

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**O ADOLESCENTE QUE TENTA SUICÍDIO: ESTUDO
EPIDEMIOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

RITA DE CÁSSIA AVANCI

**Dissertação de Mestrado, inserida na linha de pesquisa
Enfermagem psiquiátrica: O Doente, a Doença e as
Práticas Terapêuticas, apresentada ao Departamento
de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP,
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Psiquiátrica, para obtenção do Título de Mestre.**

Ribeirão Preto

2004

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**O ADOLESCENTE QUE TENTA SUICÍDIO: ESTUDO
EPIDEMIOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

RITA DE CÁSSIA AVANCI

**Dissertação de Mestrado, inserida na linha de pesquisa
Enfermagem psiquiátrica: O Doente, a Doença e as
Práticas Terapêuticas, apresentada ao Departamento
de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP,
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Psiquiátrica, para obtenção do Título de Mestre.**

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Ribeirão Preto

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

AVANCI, RITA DE CÁSSIA

O ADOLESCENTE QUE TENTA SUICÍDIO: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA / RITA DE CÁSSIA AVANCI. – RIBEIRÃO PRETO, 2004.

82P.:IL.:30CM

DISSERTAÇÃO (MESTRADO) – ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2004.

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ JORGE PEDRÃO

1. Suicídio. 2. Tentativa de Suicídio. 3. Suicídio na Adolescência.

Data da Defesa: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Junior

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. José Onildo Betioli Contel

Julgamento: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais José Avanci e Maria Farinelli Avanci, por ter-me dedicado todo amor do mundo, ensinado-me que a vida vale a pena e incentivando-me em todos momentos de dificuldades.

A minha irmã Regiane Cristina Avanci, pelo amor, carinho e união maravilhosa que existe entre nós, pelas palavras de incentivo e pelas correções de português.

Ao meu irmão Renan Mateus Avanci, pelo amor e carinho e por fazer me acreditar que conviver com um adolescente é maravilhoso e divertido.

Ao meu marido, Alexandre Alves Silva, pelo amor, paciência, incentivo, amizade e atenção prestada nos momentos de dificuldades e desabafos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, que sempre me incentivou em toda trajetória, desde a iniciação científica. Mais que um professor, orientador, uma pessoa admirável e um grande amigo.

Ao Prof. Dr. Moacyr Lobo da Costa Junior, que aprendi a admirar, ofereceu-me dicas preciosas, contribuindo de maneira ímpar na realização deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Onildo Betioli Contel pela atenção, sugestões e disponibilidade.

À Del e Lourdes, pela dedicação, carinho e disposição em ajudar.

Ao Serviço de Arquivo Médico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo HCFMRP-USP, que contribuiu fornecendo-me os dados do presente trabalho, de maneira atenciosa e com muita competência.

Aos funcionários do Serviço de Registros e Controle de Leitos da Unidade de Emergência do HCFMRP- USP, especialmente ao Rodrigo e a Jane, que com amizade e dedicação ajudaram na complementação da coleta de dados deste trabalho.

Às minhas tias e tios, que sempre me incentivaram e acreditaram em mim.

Aos meus amigos, que estiveram sempre ao meu lado nos momentos de alegrias e dificuldades.

Aos colegas da UE-FMRP-USP, que contribuíram facilitando-me na flexibilidade de horários de trabalho.

SUICIDAS (*)

Sigo como o cego segue o guia
e a noite sucede ao dia...

E o que tem sido
Nossas vidas?
Um desfile
De suicidas?

Duas almas paralelas
Lançadas ao infinito.
Duas poças vermelhas
Coagulam o mesmo grito.

O meu poeta morto
Wladimir Maiakóvsky
Disse assim:
Sobre o corpo de Yêssenin:
“É melhor morrer de vodca
que de tédio”.

Humildemente lhe respondo:
Quando se trai a vida
Já se traiu a poesia.
Sem a qual
Não há remédio.
E a noite sucede ao dia...
E eu a sigo como o cego segue o guia.

(*) Wladimir Maiakóvsky e Sergey Yêssenin, poetas russos, ambos suicidas. Esse poema foi oferecido a todos que louvam a vida. Mas, também aos que se desencantaram com ela, pelo seu enorme peso sobre a fragilidade humana...(do livro “Cântico Novo”, lançado em 2003.

Gilberto de Abreu

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 ADOLESCÊNCIA	1
<i>1.1.1 Aspectos Sócio culturais</i>	1
<i>1.1.2 Desenvolvimento Cognitivo</i>	3
<i>1.1.3 Desenvolvimento Psicológico</i>	5
1.2 SUICÍDIO	7
<i>1.2.1 Aspectos Sócio culturais</i>	8
<i>1.2.2 Ponto de vista individual</i>	10
<i>1.2.3 Ponto de vista coletivo</i>	11
1.3 O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA	13
<i>1.3.1 No mundo</i>	13
<i>1.3.2 No Brasil</i>	15
<i>1.3.3 Em Ribeirão Preto</i>	18
2. OBJETIVO	22
3. PERCURSSO METODOLÓGICO	23
3.1 Sujeitos e Local - <i>Caracterização do Município de Ribeirão Preto</i>	24
3.2 Procedimento	26
4. RESULTADOS	34
<i>4.1 Caracterizando o adolescente que tentou o suicídio</i>	34
<i>4.2 Caracterizando o local de origem</i>	40
<i>4.3 Caracterizando a tentativa de suicídio</i>	44
5. DISCUSSÃO	54
6. CONCLUSÃO	68
7.0 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Título: Distribuição percentual de adolescentes entre 10 e 19 anos, atendidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, no período entre 1998 e 2002, diagnosticados como Tentativa de Suicídio, segundo o sexo.....
27

Tabela 2 - Título: Distribuição dos valores absolutos e percentuais do atendimento de adolescentes entre 10 e 19 anos, admitidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, diagnosticados como Tentativa de Suicídio, no período entre 1998 e 2002, segundo o sexo e método utilizado.....
28

Tabela 3 – Título: Distribuição dos valores absolutos e percentuais do atendimento de adolescentes entre 10 e 19 anos, admitidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, diagnosticados como Tentativa de Suicídio, no período entre 1998 e 2002, segundo o sexo e meio utilizado.....29

Tabela 4 – Título: Distribuição percentual e absoluta da frequência de diagnósticos de Tentativa de Suicídio, classificados de acordo com o CID-10 (2000), apresentados pelos adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002.....46

Tabela 5 – Título: Distribuição percentual e absoluta de adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo sexo e método utilizado.....47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Título: Frequência das profissões apresentadas pelos adolescentes que foram admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002.....38

Quadro 2 – Título: Frequência de casos de Tentativa de Suicídio de adolescentes entre 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, de acordo com o município de origem.....40

Quadro 3 – Título: Frequência de casos de Tentativas de Suicídio, de adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, de acordo com o bairro residente em Ribeirão Preto, localizados na periferia e de classe social baixa.....42

Quadro 4 – Título: Frequência de casos de Tentativas de Suicídio, de adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, de acordo com o bairro residente em Ribeirão Preto, de classe social média a alta.....43

Quadro 5 – Título: Relação de diagnósticos de Tentativas de Suicídio, de acordo com o CID-10, presentes nos resultados deste estudo.....45

Quadro 6 – Título: Distribuição percentual e absoluta, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o método utilizado e a faixa etária.....50

Quadro 7 –Título: Comparação dos resultados, em valores absolutos, segundo sexo e faixa etária, dos trabalhos de Andrade (1979), com os resultados do presente trabalho que foi denominado “Avanci”60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Título: Distribuição percentual de adolescentes, com valores absolutos equivalentes, entre 10 e 19 anos, atendidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no período entre 1998 e 2002, segundo o sexo.....26

Figura 2 – Título: Distribuição do número de adolescentes entre 10 e 19 anos, atendidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, no período entre 1998 e 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o sexo.....27

Figura 3 – Título: Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes, entre 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, segundo o sexo.....34

Figura 4 – Título: Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes, entre 10 a 19 anos, por faixa etária e sexo, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002.....35

Figura 5 – Título: Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos

na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com a cor.....36

Figura 6 – Título: Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o estado civil.....37

Figura 7 – Título: Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, das profissões apresentadas pelos adolescentes que foram admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002.....39

Figura 8- Título: Distribuição percentual, com os valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o município de origem.....41

Figura 9 –Título: Percentual das especialidades médicas atendidas no atendimento imediato dos adolescentes, entre 10 e 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio.....
 ...44

Figura 10 –Título: Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, de acordo com a classificação diagnóstica do CID-10 (X60, X61 e X64), uso de medicamentos.....48

Figura 11- Título: Distribuição percentual, com números absolutos equivalentes, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, de acordo com a classificação diagnóstica do CID-10 (X68 e X69), uso de substâncias químicas.....48

Figura 12 - Título: Distribuição percentual, com números absolutos equivalentes, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, de acordo com a classificação diagnóstica do CID-10 (X76, X78 e X79), uso de métodos violentos.....49

Figura 13- Título: Distribuição percentual, com números absolutos equivalentes, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o método utilizado50

Figura 14- título:Distribuição do número de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-

USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o mês.....51

Figura 15-Título: Distribuição do número de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o dia da semana.....52

Figura 16-Título: Distribuição relativa e absoluta, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o horário de entrada na Unidade.....52

Figura 17-Título: Distribuição relativa e absoluta, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o horário da tentativa de suicídio, registrados em boletim de ocorrência policial.....53

RESUMO

O ADOLESCENTE QUE TENTA SUICÍDIO: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

A tentativa de suicídio é uma causa muito freqüente de atendimento em urgências psiquiátricas. O presente estudo relacionou o fenômeno do suicídio com a adolescência, que é um período de conflitos e de grande vulnerabilidade. Teve como objetivo traçar um perfil epidemiológico descritivo de adolescentes, admitidos em uma unidade de emergência psiquiátrica, diagnosticados como Tentativa de Suicídio. Para isso, foram examinados todos os atendimentos de adolescentes na faixa etária entre 10 e 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com o diagnóstico referido, no ano de 2002, obtidos através do Serviço de Arquivo Médico deste Hospital. Os dados foram analisados de forma quantitativa-descritiva. Os resultados mostraram que (77,8%) dos casos de tentativa de suicídio pertencem ao sexo feminino, a maioria está na faixa etária entre 15 e 19 anos com predominância do estado civil solteiro, a cor branca e estudantes, com residência em bairros de baixo nível sócio-econômico. O método mais utilizado foi a ingestão de drogas (medicamentos) e as maiores freqüências foram encontradas nos meses de fevereiro e agosto. A segunda-feira foi o dia da semana preferido e o maior número de atendimentos foi constatado no horário entre as 18 e 24 horas. Esses resultados são semelhantes aos descritos na literatura e sugerem maior atenção a esse problema de saúde pública.

Palavras chave: suicídio, tentativa de suicídio, suicídio na adolescência.

ABSTRACT

ADOLESCENTS WHO ATTEMPT TO COMMIT SUICIDE: EPIDEMIOLOGICAL STUDY AT AN EMERGENCY UNIT

Suicide attempts are a very frequent cause of psychiatric urgency assistance. This study established a relation between the suicide phenomenon and adolescence, which is a period characterized by conflicts and great vulnerability. We aimed to outline a descriptive epidemiological profile of adolescents admitted at a psychiatric emergency unit who were diagnosed as Suicide Attempt. Thus, we examined the assistance given to adolescents between 10 and 19 years, who were admitted at the Emergency Unit of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School Hospital das Clínicas, Brazil, with the above mentioned diagnosis, in 2002. This information was obtained through the Medical Record Service of this Hospital. Data were analyzed quantitatively and descriptively. Results demonstrated that (77,8%) of suicide attempt cases refer to women, most of which are between 15 and 19 years old, predominantly single, white and students, while live in low class neighborhoods. The most frequently used method was drugs (medication) intake and the highest frequency rates were found in February and August. Monday was the most preferred day of the week and most assistance was delivered between 18 and 24 hours. These results are similar to what is found in literature and suggest that greater attention should be given to this public health problem.

Keywords: suicide, attempted suicide, suicide in adolescence

RESUMEN

EL ADOLESCENTE QUE INTENTA SUICIDIO: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIA

El intento de suicidio es una cause muy frecuente de atención en urgencias psiquiátricas. Este estudio relacionó el fenómeno del suicidio con la adolescencia, que es un período de conflictos y de gran vulnerabilidad. La finalidad fue la de trazar un perfil epidemiológico descriptivo de adolescentes, admitidos en una unidad de emergencia psiquiátrica, diagnosticados de Intento de Suicidio. Por lo tanto, examinamos todas las atenciones de adolescentes en el grupo con edad entre 10 y 19 años, admitidos en la Unidad de Emergencia del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Brasil, con el diagnóstico referido, en 2002, obtenidos a través del Servicio de Archivo Médico de este Hospital. Los datos fueron analizados de manera cuantitativa-descriptiva. Los resultados mostraron que (77,8%) de los casos de intento de suicidio pertenecen al sexo femenino, la mayoría está en el grupo con edad entre 15 y 19 años con predominancia del estado civil soltero, blancos y estudiantes, con residencia en barrios de bajo nivel socio-económico. El método más utilizado fue la ingestión de drogas (medicamentos) y las mayores frecuencias fueron encontradas en febrero y agosto. El lunes fue el día preferido y el mayor número de atenciones fue constatado en el horario entre las 18 y las 24 horas. Estos resultados son semejantes a lo que es descrito en la literatura y sugieren mayor atención a este problema de salud pública.

Términos-clave: suicidio, intento de suicidio, suicidio en adolescentes

MOTIVAÇÃO

Trabalhando como enfermeira, na Unidade de Emergência no Setor de Observação de Clínicas Médica, Cirúrgica e Urgências Psiquiátricas, deparei-me com vários casos de tentativas de suicídio em adolescentes e jovens.

Dentre eles, um adolescente de 16 anos, foi atendido na Clínica Cirúrgica, após tentativa de suicídio por ingestão de soda cáustica. Esteve vários dias internado, podendo ser construído um relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente, estabelecendo-se, desta forma, maior confiança e vínculo, favorecendo para que ele expressasse sua motivação para a tentativa. Observei que não tinha consciência da gravidade de seu ato e o praticou para chamar à atenção de seus familiares, pois apresentava carência afetiva. Este adolescente era dotado de sensibilidade artística, durante seu período de internação produziu pinturas em grafite com beleza e perfeição. Após tratamento recebeu alta e foi para casa.

Outro jovem de 23 anos, também após tentativa de suicídio por ingestão de soda cáustica, esteve internado na Clínica Cirúrgica. Questionava-me todos os dias se ainda poderia perder a vida, pois não queria morrer. Sua família visitava-o todos os dias, estabelecendo um relacionamento harmonioso. Entretanto, quando estava recuperando-se sofreu uma reação tardia e foi a óbito.

Contudo, esses dois casos em especial fizeram com que eu me interessasse sobre o assunto, a fim de entender melhor essa clientela jovem, que embora tenha grande potencial, tenta tirar sua própria vida e na maioria das vezes não tem consciência disso, quer

simplesmente chamar à atenção, principalmente de sua família. Entendo que não é um problema estritamente familiar e sim também um problema social, pois a sociedade participa da formação desses adolescentes e jovens.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A ADOLESCÊNCIA

1.1.1 Aspectos Sócio culturais

A adolescência foi descrita de acordo com o paradigma biomédico, como uma fase do desenvolvimento humano, de transição entre a infância e a vida adulta, na segunda década da vida, notada principalmente pelas transformações biológicas da puberdade e relacionadas à maturidade bio-psico-social. Essas transformações são apresentadas como elementares na vida dos indivíduos, o que leva a identificar a adolescência como sendo um período crítico, norteador de momentos de definições de identidade sexual, profissional, de valores, e sujeito a crises, que muitas vezes são tratadas como patológicas (Peres & Rosenberg, 1998).

Vários aspectos influenciam no processo do adolescer, entre eles, a família e a sociedade. Estes caminham juntos aos processos biológicos, podendo influenciar de forma positiva ou negativa na formação da nova identidade do indivíduo.

A organização da sociedade é realizada por meio de leis, regras, costumes e tradições, onde se formam valores grupais (cultura) comum a todos seus integrantes. De acordo com os aspectos socioeconômicos a que o indivíduo pertence variam-se as características do processo do adolescer, numa mesma sociedade (Levisky, 1998).

Becker (1985) assinala a notável influência da posição social do indivíduo, num mesmo período histórico, nos padrões de comportamento e maneiras diferentes de estruturação da adolescência.

Ao buscar sua própria identidade, os adolescentes desejam ter um referencial que dê sentido a seu existir. Essa disponibilidade do adolescente deve ser observada pelos profissionais de saúde, para promover condutas comprometidas com sua qualidade de vida e das comunidades onde se inserem.

Os adolescentes constituem um dos grupos mais sensíveis a um grande número dos mais graves problemas mundiais da atualidade: fome, miséria, desnutrição, analfabetismo, violência, abandono, prostituição e desintegração familiar. Incluindo várias situações que muitas vezes são indesejadas, inoportunas e de difícil solução, como é o caso do uso de drogas, da gravidez na adolescência e da infecção pelo HIV/AIDS (Raspanti, 2000).

Na sociedade atual, o adolescente deve adquirir condições para cuidar do seu próprio destino, a fim de atingir à condição de adulto. O adolescente confronta-se com aspectos sociais, políticos, filosóficos, religiosos e econômicos, juntamente com todo o processo afetivo na qual passa, para consolidar com a formação de sua personalidade.

Entretanto, nesta sociedade capitalista na qual vivemos estamos inseridos em meio de constantes contradições, ou seja, espera-se dos jovens um comportamento afetuoso, responsável, repleto de sonhos e objetivos, mas, divulga-se a violência e o comércio do próprio corpo por meio da mídia. Desta forma, deve-se considerar que é nesse mundo de contradições e discrepâncias que o adolescente necessita aprender a viver, construir sua identidade e resolver seus conflitos (Levisky, 1998).

1.1.2 Desenvolvimento Cognitivo

Gauderer (1986 a,b e c) aponta que é na adolescência que ocorre um desenvolvimento total e absoluto da capacidade intelectual, o adolescente passa a conceituar, abstrair, filosofar, com isso desenvolve gigantesca capacidade global de funcionamento, começando a questionar tudo e todos. Se essas mudanças forem bem aceitas pela família, pela comunidade, serão motivos de satisfação e orgulho, caso contrário, serão motivos de preocupação e eventual problema. É nesta fase que o grupo passa a exercer sua grande função modeladora, o que o grupo determina é aceito sem muita reflexão. Neste momento, o adulto é essencial, deve influenciar de maneira positiva e construtiva. Limites precisam ser continuamente redefinidos, questionados e testados. O jovem participa pouco do processo educativo ao qual está sujeito. Sua posição é de ouvinte, pois lhe é proposto assimilar ensinamentos tradicionais, que muitas vezes se chocam com sua natureza renovadora. O adolescente vive em busca de sua função social, tentando desenvolver também o novo papel dentro de sua própria família.

O jovem é capaz de raciocinar, pode estabelecer relações combinatórias a nível abstrato, a inteligência formal é o ápice da evolução intelectual. Tem a capacidade coerente de formular hipóteses e estabelecer um raciocínio pautado. Amplia seu acervo cultural, adquire capacidade para questionar várias facetas da vida. É o início da vida introspectiva, da busca de suas verdades. As emoções podem influenciar no desenvolvimento cognitivo, como a ansiedade e os bloqueios emocionais ligados à inibição sexual e à curiosidade infantil (Levisky, 1998).

A busca do novo, a curiosidade, a onipotência e a contestação despertam no adolescente uma sensação de invulnerabilidade que associada a pouca experiência de vida, a dificuldade de “saber” esperar e adiar desejos, a falta de informação adequada, à inexistência de um sistema educacional estimulante para capacitação a sociabilidade e ainda a precária qualidade de serviços de saúde para esta faixa etária, fazem com que os adolescentes, tanto no nível social, como individual, se tornem altamente vulneráveis (Raspanti, 2000).

Num estudo de Günther (1996), onde investigou-se as principais preocupações de adolescentes, entre 11 e 18 anos, através da aplicação de um questionário para 1421 jovens e posteriormente outro para 865 adultos entre 20 e 73 anos. Observou-se que as preocupações assinaladas por 50% ou mais, de adolescentes foram: notas baixas na escola, provas na escola, morte na família, o problema da fome no mundo, perder um amigo próximo, AIDS, não ter amigos e a possibilidade de guerra nuclear. Já em relação aos adultos observou-se que 50% ou mais, indicaram como sendo as preocupações dos adolescentes: separação dos pais, briga entre os pais, AIDS, não ter dinheiro suficiente, ficar grávida e uso de drogas. Concluiu-se que somente a AIDS foi uma resposta comum em adolescentes e adultos.

Esse estudo reflete como os adultos não conhecem o modo de pensar dos adolescentes, sendo na maioria das vezes o principal motivo de desentendimentos entre os adolescentes e sua família. Mostra também, a falta de capacidade da sociedade adulta como um todo, em lidar com os adolescentes, esse fato é preocupante principalmente em relação aos profissionais de saúde, que muitas vezes não estão

preparados para detectar problemas pelos quais os adolescentes estão passando.

1.1.3 Desenvolvimento Psicológico

Na teoria do desenvolvimento de Erikson (1976) a tarefa principal do adolescente é construir um sentido de eu (identidade) encaminhando-se para a resolução de seu papel sexual e ocupacional. Avaliação e escolhas dependem da adesão de algum papel específico e de uma ideologia.

A adolescência é a busca de si mesmo, numa transição da identidade infantil para identidade adulta, influenciando na consolidação da estrutura básica da personalidade. A vida afetiva encontra-se em reformulação, o equilíbrio emocional é instável e oscilante. A compreensão mais racional e afetiva desses momentos poderá tornar esse período menos doloroso. As transformações sexuais são muito importantes, é neste período que inicia-se as ereções penianas, a ejaculação, a menstruação e a masturbação provocando conflitos a serem resolvidos. O adolescente também é muito sensível à sua imagem corporal, reagindo com ansiedade e frustração diante da imagem idealizada, que poderá servir como fator de desvalorização podendo levá-lo a estados depressivos (Levisky, 1998).

O corpo físico assume dimensões significativas na vida do adolescente, uma vez iniciada as transformações corporais, o jovem passa a viver todo esse processo passivamente, sem poder interferir, o que determina intensa ansiedade e cria inúmeras fantasias, ocasionando situações e momentos de afastamento ou isolamento social. Ao longo da vida o corpo cresce e se transforma, e o adolescente vive várias perdas e

conquistas, tendo que adaptar-se, ao mesmo tempo aos padrões de beleza ditados pela sociedade atual (Cano et al., 1999). Ele é freqüentemente a parte da pessoa que inicialmente é apresentada para o mundo em interações sociais, de maneira que reflete o auto-retrato e a auto-imagem do indivíduo na sociedade (Dechen et al., 2001).

Dessa forma, o adolescente passando pelas transformações corporais está realizando um processo de adaptação perante à sociedade, refletindo seu novo auto-retrato.

Barbosa (1987), define a adolescência como uma fase da vida em que a pessoa está em constante processo de desestruturação e reestruturação, cujo ponto central é a elaboração dos lutos com características bastante específicas. Isso ocorre em função das aquisições progressivas da personalidade, em todos os seus níveis e, de outro, em função dos antecedentes histórico-genéticos, do meio familiar e social, em que este processo se desenvolve. É a busca de uma nova identidade. A baixo auto-estima e indefinição de projeto de vida levam muitos adolescentes a quadros depressivos, às vezes mascarados.

De acordo com Levisky (1998) neste período vivencia-se quatro lutos que se definem:

luto pelo corpo infantil perdido: as transformações biológicas, hormonais e anatômicas modificam o corpo do jovem que se sente impotente diante dessas alterações;

luto pelo papel e identidade infantis: vive perda de privilégios da infância, há uma contradição entre o desejo de liberdade da vida adulta e o medo de novas responsabilidades;

luto pelos pais da infância: procura manter os pais da infância em sua personalidade como refugio e proteção, sente-se culpado quando não concorda com as idéias e desejos de seus pais;

luto pela bissexualidade infantil: é devido ao processo de identificação do adolescente, no qual há a evidenciação de aspectos femininos no rapaz e masculinos na moça, como processo de flutuação e de aprendizagem de ambos os papéis.

No entanto, em meio a essas transformações, os aspectos emocionais na adolescência são muito instáveis, culminando muitas vezes em quadros depressivos e a tentativa de suicídio. Na infância e início da adolescência as tentativas de suicídio refletem uma compreensão imatura da morte, não é entendida como inexorável, universal e irreversível. A partir dos 14 anos, o conceito de morte passa a ser entendido como irreversível e métodos mais fatais de tentativas de suicídio são usados, principalmente em jovens do sexo masculino (Monteiro, 1985).

1.2 SUICÍDIO

“Suicidar-se corresponde em latim a occidere, que provém do verbo transitivo occido-cidi-cisum que significa cortar, esmigalhar, dividir em muitas partes, ferir mortalmente” (Kalina & Kovadloff, 1981, pág 34). Suicídio é um tema complexo e digno de reflexões por parte de profissionais de várias áreas de atuação como enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, antropólogos, sociólogos, entre outros. Suas causas ainda são motivos de curiosidade e investigação.

O comportamento suicida é dividido em três categorias segundo Stuart & Laraia (2002):

ameaças de suicídio: são as advertências indicando que a pessoa tem a possibilidade de suicídio. Os suicidas podem indicar verbalmente que não ficarão por perto durante muito tempo ou comunicam sua

intenção de forma não verbal, ao se desfazer dos objetos preferidos, revisar um testamento e assim por diante. Essas mensagens devem ser consideradas no contexto dos eventos de vida atuais. A ameaça traduz a ambivalência da pessoa à respeito da morte. A falta de uma resposta positiva pode ser interpretada como encorajamento para a realização do ato.

tentativas de suicídio: qualquer ação auto dirigida, empreendida pela própria pessoa e que conduzirá à morte, caso não seja interrompida.

suicídio: pode ocorrer depois que os sinais de advertência passaram despercebidos ou foram ignorados. Pessoas que tentam o suicídio não pretendem se matar, mas podem acabar se suicidando, caso não sejam descobertas a tempo.

Kaplan & Sadock (1993) afirmam que o suicídio não é um ato aleatório ou sem finalidade, ele representa a saída de uma situação carregada de intenso sofrimento.

1.2.1 Aspectos sócio culturais

O suicídio vem sendo coibido desde o início da civilização com diferentes maneiras de punição e tratamento do cadáver. Na Grécia antiga, um indivíduo não podia se suicidar sem prévio consenso comunal, quando alguém se suicidava sem o consenso prévio era considerado um transgressor das leis da polis. Para obter esse respaldo o indivíduo interessado em suicidar-se expunha perante as autoridades da polis as razões que o levaram a crer que só a morte podia constituir um alívio para seus tormentos. O Estado poderia permitir ou vetar o pedido. Isto ocorria em Atenas, Esparta, Tebas e Chipre. Platão em suas leis relatou que se recusavam as honras da sepultura regular ao suicida

clandestino e que a mão do cadáver era sepultada e enterrada a parte (Tota et al., 1994).

O tema suicídio foi abordado nas tragédias gregas por Eurípides, em Hipólito, onde a personagem Fedra, possuída por uma paixão impossível e condenada pela sociedade da época, entrega-se a um estado de melancolia profunda e suicida-se por enforcamento. Observou-se o conflito entre a paixão e as normas sociais culminando com o suicídio, reforçando a idéia de que suicídio é um fenômeno que envolve vários aspectos, do indivíduo, da família e da sociedade (Pessotti, 1994).

Em Roma, o suicídio inicialmente foi julgado pelo senado, mas na medida em que foi desenvolvendo sua hegemonia sobre o mundo antigo as leis que legislavam o suicídio foram perdendo rigor, e com isso aumentando a autonomia dos indivíduos, desta forma o suicídio não aparece juridicamente condenado, somente os enforcados eram privados de sepultura, porém, não contempla o suicídio dos militares, que tinham seus bens confiscados (Tota et al., 1994).

No antigo Egito, o suicídio dos escravos era solicitado. Quando seu senhor morria e quando era o faraó, servos e bens inanimados deveriam acompanhá-lo na tumba. Na África Oriental, o cadáver do enforcado era substituído por uma cabra, sacrificada para tranquilizar seu espírito. Na China, em guerras matavam-se em campo de batalha. Na Rússia, as pessoas se enforcavam na porta da casa do inimigo (Tota et al., 1994).

Na Idade Média sua condenação teológica ganhou relevância especial. O confisco de bens e o corpo do suicida era degradado, pendurado pelos pés e queimado, colocado em tonéis e jogado em rios. Até o ano de 452 dC, o Concílio de Arlés declarou que o suicídio constituía um crime e que só podia ser efeito de um furor

diabólico. A repressão ao suicida através da Revolução Francesa foi proibida. O Estado já não se sentia na obrigação de castigar o suicida, pois acreditou que sua conduta não comprometia sua estabilidade. Posteriormente Durkheim foi um dos primeiros a voltar no tema do suicídio com repercussão social (Cassorla, 1992).

1.2.2 Ponto de vista individual

De acordo com a teoria de Freud (1969), a natureza humana funciona em duas tendências essenciais: Eros (pulsão que conduz à vida e Tanatos (pulsão que conduz à morte). São dois extremos, o primeiro conduz a vida e ao crescimento, enquanto que o segundo refere-se ao inerte, a pulsão de morte, de reverter tudo ao nada. Ambos deveriam atuar de forma paralela, quando a pulsão de morte se sobrepõe à pulsão de vida, ocorre o suicídio ou tentativa do mesmo.

O suicídio é a morte de si mesmo. As pessoas podem matar-se ou procurarem a morte de forma consciente ou inconsciente, pois existem dois instintos que se opõem: os de vida que levam as pessoas ao crescimento, desenvolvimento, reprodução, ampliação da vida unindo a matéria viva em unidades maiores e os instintos de morte que lutam para que se retorne a um estado de inércia. O instinto de morte acaba vencendo, pois as pessoas morrem. Durante a vida esses dois instintos interagem entre si. O instinto de morte também é responsável pela agressividade das pessoas que podem permitir que o indivíduo se defenda. A interação desses dois instintos com fatores externos existe sempre, e dependendo do resultado dessa interação, aumenta o risco de comportamentos autodestrutivos. Outra classificação do autor é que o suicídio pode ser total ou parcial, sendo o último definido como o

indivíduo que mata uma parte de si mesmo, podendo ser consciente ou inconsciente, por exemplo a automutilação. Na maioria dos casos o indivíduo elimina sua vida de forma inconsciente, o prazer de tornar real sua fantasia de vingança, de causar sofrimentos nos outros, é como se ele estivesse vivo para visualizar os resultados de sua morte (Cassorla, 1992).

1.2.3 Ponto de vista coletivo

No final do século XIX, Durkeim (1996), refere-se ao suicídio como toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima ato que a vítima sabia dever produzir este resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte tenha resultado. Ressalta a importância de que a vítima no momento de agir saiba a causa que o levou a essa conduta, distinguindo do paciente que não é agente do seu próprio falecimento ou o é apenas de uma maneira inconsciente. Considera o suicídio como um fenômeno social e não um problema individual, refere que cada sociedade tem em cada momento de sua história uma aptidão definida para o suicídio. Dá significado ao ato suicida: cada sociedade estaria predisposta a fornecer um contingente determinado de suicidas, e os diversos tipos deste refletiriam o tipo de perturbação nas relações entre a sociedade e o indivíduo. Referia que o suicídio é um fato social e só pode ser explicado por fatos sociais e não por fatos psíquicos.

Ainda de acordo com Durkeim (1996), em sua lei geral do suicídio, refere que não se trata apenas de um ato individual, não podendo ser pensado apenas sob a ótica da psicologia individual, pois

existem causas sociais que estão ligadas no nível da integração social dos suicidas na sociedade. Refere que a baixa integração social, períodos de guerra e conflitos numa sociedade, são fatores predisponentes ao suicídio. Os atos suicidas são efetivados dentro de regularidades de acontecimentos, havendo mais casos de suicídios em determinadas épocas do ano, por exemplo. Descreveu três formas básicas de suicídio:

egoísta: é o resultado do isolamento social do indivíduo através de uma diminuição da sua integração social.

altruísta: o indivíduo encontra-se num alto e excessivo nível de integração social, a ponto de não mais se distinguir dos demais membros do grupo. A sociedade os mantém em completa dependência, impossibilitando o desenvolvimento de suas potencialidades. Por exemplo, o auto-sacrifício dos mártires.

anômico: a falta de estrutura na sociedade, crise econômica, por exemplo, favoreceria o desequilíbrio das forças sociais e durante um período de tempo perderia a capacidade de regulação. Os grupos se enfraquecem, as competições se exacerbam, favorecendo a perda da vontade de viver.

Kalina & Kovadloff (1981), criticam o enfoque psiquiátrico individual sobre o suicídio e ressaltam o enfoque coletivo. Colocam o suicídio não apenas como uma reação psicótica e sim como resultado de uma indução da sociedade e da família em que o indivíduo está inserido. A responsabilidade ao suicídio é multipessoal e social. Nesta obra são citadas a autodestruição da sociedade contemporânea, o homem agride a natureza, produz a bomba atômica, agridem uns aos outros e a si próprio, produzindo condutas autodestrutivas. Referem ao suicídio como sendo um comportamento induzido, assimilado por toda a família no seio da sociedade e transmitido por ela a seus integrantes. Apontam também a

existência tóxica que “...corresponde a uma cultura tanática, a autodestruição é homologada ao triunfo sob a adversidade e à vida. É uma modalidade suicida” pág. 35, “As soluções tanáticas lhe são imprimidas com significados messiânicos de diversas características, segundo a cultura ”pág 38. Falam de culturas suicidas, entendendo que o homem que se mata o faz porque está previamente condicionado e é constantemente estimulado para adotar comportamentos autodestrutivos. Essa preparação é baseada em modelos de comportamentos impostos pela sociedade e pela família.

1.3 O SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

1.3.1 No mundo

Evidencia-se durante o exercício de atividade profissional atuando como enfermeira numa Urgência Psiquiátrica, que torna-se freqüente os casos de tentativa de suicídio entre adolescentes e que uma tentativa os torna vulneráveis e suscetíveis a outras. Dessa forma, o presente estudo relacionou a adolescência, que é um período conflituoso na vida dos indivíduos, com o fenômeno do suicídio.

Verificou-se através de um estudo de revisão bibliográfica sobre suicídio na adolescência, no mundo realizado por Serfaty (1998), que este constitui a 2ª ou 3ª causa de morte para a faixa etária entre 15 e 25 anos, em quase todos os países. Em relação à incidência o estudo mostrou que as taxas de suicídio são maiores no sexo masculino em todos os países da América Latina. Estados Unidos (EUA) e Canadá possuem taxas de suicídio mais elevadas em relação à América Latina e os países do Oriente, onde as taxas de suicídio oscilam entre 6 e 10:

100.000 habitantes para o sexo masculino e 2 a 4: 100.000 para o sexo feminino. A Federação Russa, Litânia, Letônia, Hungria e Nova Zelândia possuem as taxas mais altas do mundo. O Brasil apresentou taxas entre 5 e 6:100.000 habitantes para o sexo masculino e entre 1 e 3:100.000 habitantes para o sexo feminino. Observou-se também que dos adolescentes que tentaram suicídio 10% acabam se suicidando dentro de 10 anos após a primeira tentativa e que somente $\frac{1}{4}$ dos que tentaram procuraram consulta médica, pois acreditam que podem resolver seus problemas sem ajuda. Além disso, a existência de um clima de tensão, hostilidade ou violência familiar são considerados fatores de risco para suicídio (Serfaty, 1998).

Nos Estados Unidos o índice encontrado foi de 11,1:100.000 habitantes, apresentando-se como 3^a causa de morte na adolescência (O'Carroll et al., 1993). Na Austrália as taxas de suicídio encontra-se como a principal causa de morte entre adolescentes com um índice de 16,4:100.000 habitantes (Veit & Schwarz, 1995).

Em estudo realizado por Frank & Crumley (1990) através de revisão bibliográfica de casos de tentativas de suicídios e suicídios consumados nos Estados Unidos, em adolescentes, entre as décadas de 1970 e 1980, foram observados evidências significativas entre o aumento do uso de substâncias psicoativas com o aumento das taxas de tentativas de suicídios e suicídios completos, bem como a associação entre os dois. Informa também a importância da associação entre intoxicação alcoólica e suicídio por arma de fogo entre os adolescentes.

Em um estudo realizado por Viscardi et al. (1994), no Uruguai, a fim de compreender melhor o que motivava os adolescentes a tentativa de suicídio, pois segundos os autores, as taxas de suicídio no Uruguai para o grupo etário entre 10 a 20 anos encontravam-se próximas

às taxas dos Estados Unidos da América. Foi aplicada uma escala de desesperança de Bech em 2630 adolescentes na faixa etária entre 15 e 19 anos, em escolas públicas e privadas de Montevideo, durante o ano de 1993 e primeiros dois meses de 1994. Observaram que os alunos de escolas públicas apresentaram maiores problemas econômicos e necessidade de trabalhar, já os alunos das escolas privadas apresentaram maiores dificuldades em relação ao rendimento escolar. Também foi verificado que entre os adolescentes que apresentaram poucas expectativas de futuro e desesperanças, mostraram não manter bom relacionamento familiar, geralmente têm problemas econômicos e não tem amigos, podendo vir a manifestarem condutas suicidas.

1.3.2 No Brasil

Segundo Cassorla (1992), ao entrevistar jovens considerados normais em seus domicílios, observou que a idéia de suicídio é comum entre os adolescentes e pode servir como uma maneira de compreender e elaborar as idéias sobre a morte o que até então eram consideradas vagas. Mas ressalta que essas idéias podem ser superadas naturalmente, no entanto se persistirem ou o chegar ao ato suicida, o jovem precisa de ajuda e avaliação de seu estado mental.

Em um estudo realizado por Monteiro (1985), num Hospital Municipal do Rio de Janeiro em 1982, estudando-se 182 casos de tentativas de suicídio entre 10 a 20 anos, verificou-se que a maioria são mulheres, sendo os homens mais bem sucedidos por usarem métodos mais letais, com maior evidência em brancos, nos meses quentes e no período das 12 às 24 horas do dia.

Cassorla (1984 a) num estudo clínico-epidemiológico onde utilizou-se o método de casos-controles, estudou-se 50 jovens entre 12 e 27 anos que haviam tentado suicídio, e comparou-se com dois grupos-controle de 50 jovens normais e 50 jovens que compareciam a consulta psiquiátrica. Observou-se que não existe diferenças significativas entre os grupos em relação à doença somática atual ou anterior. O grupo que havia tentado suicídio apresentou maior proporção de doenças psicossomáticas, internações em hospital geral, maior uso de bebidas alcoólicas e que o pensamento de suicídio fazia parte do seu cotidiano, tendo em grande parte, tentativas de suicídios anteriores.

Cassorla (1985) como continuação do estudo citado acima, verificou que os jovens suicidas apresentavam, em seus antecedentes, maior proporção de brigas, de problemas com a polícia e a justiça, de problemas na escola, no trabalho, de gravidez em solteiras e abortos provocados.

No trabalho de Cassorla (1987) que trouxe parte dos resultados da pesquisa já mencionada em Cassorla (1984a), foram observados e discutidos vários aspectos em relação à adolescência e os comportamentos suicidas. Entre eles, destacou-se que durante o processo da adolescência normal há ocorrência de fases de tristeza e idéias de morte, ocorre um processo de elaboração de vários lutos e reativação de conflitos pré-genitais e pulsões instintivas. No entanto, esses aspectos fazem parte de um processo normal. Porém, a melancolia, as idéias de morte e a natural impulsividade do adolescente podem ser consideradas fatores de risco a tentativas de suicídio. Em relação à adolescente do sexo feminino destacou-se que o ato suicida geralmente ocorre após um rompimento de um relacionamento amoroso ou da figura parental. O

objetivo do ato neste caso é agredir o objeto perdido, provocar-lhe culpa obrigando-o a voltar, porém possui componente autodestrutivo.

Quanto à idade e sexo Cassorla (1984 b), observou que as mulheres jovens se constituem num grupo mais vulnerável a tentativa de suicídio. Verificou-se também que em relação ao trabalho é alta a percentagem de desemprego no grupo suicida, o que evidencia a importância social do fato. Quanto à morbidade espacial, há evidências de que grupos migrantes têm maior predisposição a perturbações mentais em geral e quanto ao suicídio há vários estudos que mostram maiores taxas em imigrantes e em refugiados. Quanto à religião há uma proporção maior de indivíduos que não a pratica, o que sugeriu que a religiosidade, e não a religião, é um fator associado aos atos suicidas.

Feijó et al. (1996), realizou um estudo num Hospital em Porto Alegre-RS, com 32 adolescentes com idade entre 13 a 20 anos, que apresentaram tentativas de suicídio, no ano de 1995. Concluiu que há uma predominância significativa do sexo feminino e que a desagregação familiar, medida através da separação parental, uso de álcool e drogas, assim como as altas taxas de morbidade entre familiares de adolescentes com tentativa de suicídio, são importantes fatores de risco.

Em relação ao suicídio pode se dizer que a sociedade e a família podem influenciar favoravelmente ou desfavoravelmente na escolha do caminho a ser seguido pelo adolescente. Taylor (1992) reafirma que o suicídio é uma das maiores causas de morte de pessoas entre 10 e 24 anos de idade, com crescente aumento nas últimas décadas, definido por alguns estudiosos como um problema catastrófico e epidêmico. As questões individuais, familiares e sócio-culturais influenciam nesse comportamento. Transtornos psiquiátricos maiores e traço de personalidade impulsiva são identificados como fatores que

levam ao suicídio, entre outros, como abuso de drogas, isolamento social e a confusão acerca dos impulsos sexuais emergentes.

A presença de distúrbio psiquiátrico pode favorecer o desenvolvimento e comportamento suicida, principalmente em jovens. Além das características biológicas, o conflito familiar e isolamento social são fatores que aumentam o risco de suicídio (Spirito et al., 1989).

Deve-se considerar que, no Brasil, o fenômeno do suicídio ainda é marcado por uma herança cultural dotada de preconceitos, principalmente por parte dos membros da família do indivíduo que tentou o suicídio. Aspectos religiosos influenciam nesses conceitos, verifica-se como o exemplo os judeus que nos dias atuais realizam sepultamento dos cadáveres de suicidas em cemitérios separados. A influência sócio-econômica também deve ser considerada, pois famílias de classe econômica privilegiada tendem a omitir os casos perante o meio social.

Dessa forma, em alguns casos, famílias de indivíduos que tentaram o suicídio, trazendo toda essa influência cultural, sócio-econômica e religiosa, temendo a divulgação da imprensa e a realização de boletim de ocorrência policial, realizam a omissão do fato, dificultando a realização do diagnóstico, o que faz-se acreditar que no total de casos registrados nos Sistemas de Registros atuais existam lacunas.

1.3.3 Em Ribeirão Preto

Evidenciou-se num estudo epidemiológico realizado por Teixeira & Luis (1997 a), na Unidade de Emergência de Ribeirão Preto, no período de 1988 a 1993, com todos pacientes atendidos neste período,

o fato preocupante de que distúrbios psiquiátricos e comportamentos autodestrutivos estarem ocorrendo com frequência bastante alta em população jovem. Estes representam 23% dos atendimentos no período, com o predomínio da faixa etária entre 15 a 19 anos e 20 a 24 anos. No sexo feminino predominaram os Transtornos Neuróticos, Suicídios e Lesões auto-infligidas e Psicoses Esquizofrênicas, no sexo masculino, predominaram quadros relacionados a álcool e drogas, Psicoses Esquizofrênicas e Transtornos neuróticos, respectivamente. É importante ressaltar que da população total de jovens assistidos (3.100) no período mencionado, verificou-se que 77% dos casos de Suicídio e Lesões auto-infligidas estava presente no sexo feminino.

Parte deste estudo foi divulgado em outro trabalho de Teixeira & Luis (1997 b), no período de 1988 a 1991, de adolescentes diagnosticados com: Suicídio e Lesões auto-infligidas, Lesões que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas. Observou-se que a porcentagem de atendimentos a adolescentes com o diagnóstico: Suicídio e Lesões auto-infligidas manteve-se praticamente estável com ligeira diminuição no decorrer dos quatro anos. Já no outro grupo de Lesões que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas, os adolescentes constituíram praticamente a metade da população. Notou-se também o predomínio do sexo feminino, em ambos os diagnósticos durante o período citado.

Em um estudo de Vansan & Fávero (1987), aplicou-se um questionário aos familiares e ou pessoas mais ligadas aos indivíduos que se suicidaram entre agosto de 1975 e dezembro de 1976, residentes no Município de Ribeirão Preto. Evidenciou-se que em 82,3% dos casos, os familiares perceberam os suicidas tristes, pensativos, angustiados, quietos, aborrecidos, agitados, desligados, indiferentes, aéreos,

desanimados e cansados, durante a última semana que antecedeu o suicídio. Em 58,8% percebeu-se alterações de conduta, 52,9% constatou-se que haviam antecedentes de componentes autodestrutivos.

Ainda em Ribeirão Preto, Vansan (1996), delineou um perfil epidemiológico de 60 casos de tentativa de suicídio atendidos no setor de Urgência Psiquiátrica de um Hospital Universitário, no ano de 1993, e constatou que as pessoas que tentam suicídio são na maioria mulheres entre 15 e 29 anos, que pratica o ato suicida em locais familiares, habitualmente o próprio domicílio, de preferência entre o fim da tarde e à noite, que deve ser de modo mais impulsivo do que planejado, em decorrência de estados emocionais imediatos a situações de perdas ou transtornos nas relações sócio-familiares, utilizando, ao contrário dos homens, de métodos menos violentos.

Andrade (1979) realizou uma investigação epidemiológica em Ribeirão Preto, no ano de 1977, para distribuir os casos de tentativas de suicídio na zona urbana. Verificou-se que de um total de 362 casos, 169 casos estão entre a faixa etária de 10 a 19 anos, sendo 147 casos femininos e 22 masculinos, com maior incidência entre solteiros e brancos. Foi encontrado maior percentual dos casos entre 15 a 19 anos cerca de 28%. Verificou-se no sexo feminino maior aquisição de comprimidos na tentativa de suicídio e de líquidos corrosivos para o sexo masculino.

Vansan (1978) estudou a mortalidade por suicídio em Ribeirão Preto, no período entre 1953 a 1976, obtendo um total de 324 óbitos. observou-se maior pico em 1964 no mês de março. Entre 0 a 19 anos obteve-se um total de 37 óbitos, sendo 4 masculinos e 33 femininos durante todo o período pesquisado.

Em outro trabalho de Vansan (1981), estudou 17 casos de suicídios em Ribeirão Preto, com idade variada, por meio de entrevistas domiciliares com familiares. Encontrou que a grande maioria dos suicidas estão em baixos estratos sociais, e que 52,9% haviam antecedentes de comportamentos autodestrutivos. Além disso, mais da metade sofreram experiências de perdas parentais na infância e adolescência, e os motivos mais freqüentes foram: problemas amorosos, má saúde física, mental ou ambas. Contudo, mais da metade foram percebidos alterações de condutas anterior à tentativa como encontrando-se tristes, pensativos, aborrecidos, agitados, desligados, indiferentes, aéreos, desanimados e cansados. O grupo formado por solteiros, desquitados e união livre apresentaram maior risco que os casados.

Com base nessas considerações, destaca-se a importância do tema, a fim de ser explorado tanto em estudos epidemiológicos quanto reflexivos, pois são necessários para que se descrevam cada vez mais os fatores de risco para tentativas de suicídio a fim de construir-se estratégias de prevenção.

2. OBJETIVO

Traçar um perfil epidemiológico descritivo de adolescentes entre 10 e 19 anos, atendidos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), com o diagnóstico de Tentativa de Suicídio de acordo com o CID-10, no ano de 2002.

3. PERCURSSO METODOLÓGICO

3.1 Sujeitos e local:

Todos os adolescentes atendidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, residentes em Ribeirão Preto e região, diagnosticados como Tentativa de Suicídio segundo o Código Internacional de Doenças (Cid-10), com idade entre 10 e 19 anos completos, no ano de 2002.

Adotou-se a definição cronológica da adolescência segundo a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, que delimita essa fase entre 10 e 19 anos.

Caracterização do município de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto localiza-se no interior do estado de São Paulo tendo como municípios limítrofes: ao norte Jardinópolis, ao Nordeste Brodoskwi, ao Leste Serrana, ao Sul Cravinhos e Luiz Antônio, ao Sudeste Araraquara, Dumont, Pradópolis e Rincão e a Oeste Sertãozinho e Barrinha. A área do município abrange 642 Km² e encontra-se a 330Km da capital. Possui uma população total de 527.634, população urbana de 525.653 e taxa de urbanização de 99,62% , sendo 90.549 a população que encontra-se na faixa etária entre 10 a 19 anos (Lista telefônica de Ribeirão Preto, 2004).

A economia de Ribeirão Preto gira em torno da agro-indústria canavieira, sendo a maior produtora mundial de açúcar e álcool. Também estão presentes na região várias indústrias de suco de laranja, beneficiadoras de café, soja, milho etc. Além das indústrias, observa-se atividades comerciais em geral, com uma variedade de comércio formal e informal. É um pólo atrativo de oferta de serviços para migrantes da região de Minas Gerais e do Nordeste do país, que intensificou-se com a divulgação através da imprensa, na década de 90, intitulando o município como sendo “ a Califórnia brasileira” (Site da prefeitura de Ribeirão Preto,2004).

Além dessas atividades, Ribeirão concentra uma grande população universitária que contribui muito com as pesquisas a nível estadual e nacional, além de aumentar a movimentação econômica da região. Atualmente se encontram instaladas seis centros universitários particulares e uma universidade pública que oferecem tanto cursos clássicos como medicina e direito, quanto cursos atuais como moda e turismo (Site da prefeitura de Ribeirão Preto).

Possui também uma atividade cultural muito rica com três teatros, três bibliotecas públicas e quatro cinemas, sendo eles: Cine Cauim com 1 sala, Cine Santa Úrsula Shopping com 8 salas, Cine Mark no Novo Shopping com 11 salas e UCI no Ribeirão Shopping com 11 salas. No total são 31 salas de cinemas funcionando durante o dia e noite, possuindo um dos maiores números de salas de cinema por habitantes, do Estado de São Paulo (Fonte: consulta direta aos cinemas).

Entretanto, o crescimento econômico e populacional desorganizado, tem gerado aumento do número de favelas, o mercado de trabalho está cada vez mais competitivo gerando desemprego e conseqüentemente esse quadro culmina com o aumento da violência e de problemas sociais.

Dessa forma, os jovens estão inseridos num contexto de diversidades, ou seja, de um lado um pólo atrativo de grandes shoppings, Universidades e de outro, uma realidade centrada em desemprego, desesperança e crescimento de favelas. Esses são fatores que exaltam grandes diferenças sociais, gerando sentimentos de baixa-estima, o que muitas vezes contribuem para que os jovens trilhem por caminhos que oferecem poder econômico e status social num curto período de tempo, porém distanciando-se de valores éticos e morais.

3.2 Procedimento

Inicialmente foi realizada uma pesquisa piloto, junto ao Serviço de Arquivo Médico do HCFMRP-USP, solicitando-se uma listagem contendo todos pacientes, entre 10 e 19 anos, atendidos na Unidade de Emergência com o diagnóstico de Tentativa de Suicídio, segundo o CID –10, durante o período de 1998 a 2002. Essa solicitação foi mediante autorização prévia de um docente do Departamento de Psiquiatria da FMRP-USP.

Esses dados foram computados e agrupados em forma de figuras e tabelas, que se seguem, a fim de obter-se melhor visualização.

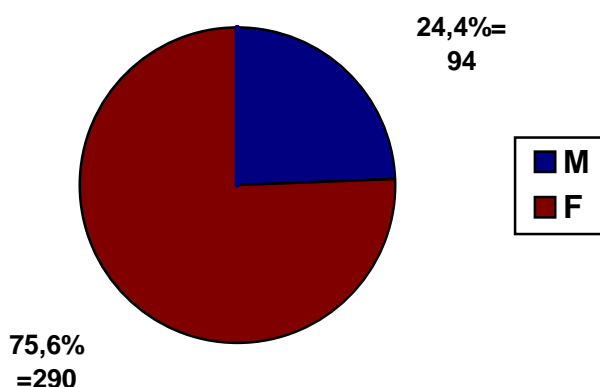


Figura 1. Distribuição percentual de adolescentes, com valores absolutos equivalentes, entre 10 e 19 anos, atendidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, diagnosticados como Tentativa de Suicídio, no período entre 1998 e 2002, segundo o sexo

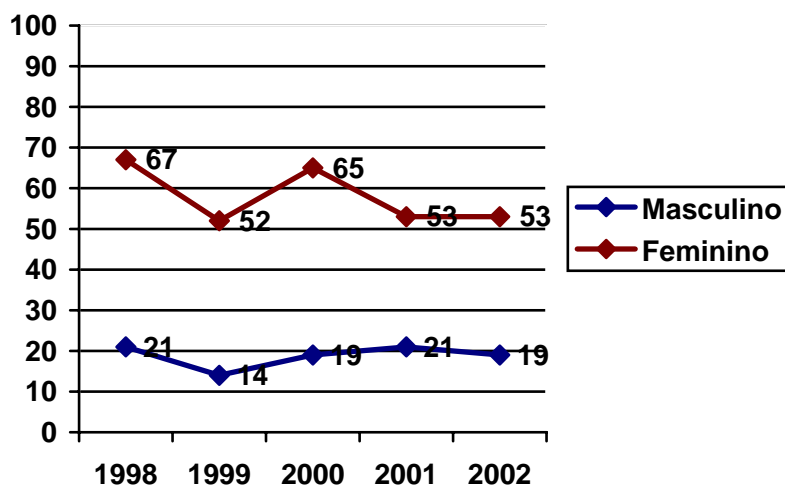


Figura 2. Distribuição do número de adolescentes entre 10 e 19 anos, atendidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, no período entre 1998 e 2002, diagnosticados como Tentativa de Suicídio, segundo o sexo

Tabela 1. Distribuição percentual de adolescentes entre 10 e 19 anos, atendidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, no período entre 1998 e 2002, diagnosticados como Tentativa de Suicídio, segundo o sexo

Valor	1998	1999	2000	2001	2002
Percentual					
Feminino	76	79	78	72	74
Masculino	24	21	22	28	26
Total	100	100	100	100	100

Observa-se nas figuras 1, 2 e tabela 1 o predomínio do número de adolescentes do sexo feminino, durante os cinco anos.

Os diagnósticos pertencentes ao CID – 10 que estão sendo representados neste trabalho, foram divididos didaticamente em métodos violentos e não violentos de Tentativa de Suicídio, descritos como:

métodos violentos (X76, X78 e X79), Lesão intencional por fogo, objeto cortante ou penetrante e por objeto contundente;

métodos não violentos (X60, X61, X64, X68 e X69), Ingestão intencional de medicamentos e outras substâncias químicas (venenos e pesticidas).

Tabela 2. Distribuição dos valores absolutos e percentuais do atendimento de adolescentes entre 10 e 19 anos, admitidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, diagnosticados como Tentativa de Suicídio, no período entre 1998 e 2002, segundo o sexo e método utilizado

MÉTODOS	MASCULINO		FEMININO	
	absoluto	percentual	absoluto	percentual
Não violentos	53	56	281	97
Violentos	41	44	9	3
total	94	100	290	100

Tabela 3. Distribuição dos valores absolutos e percentuais do atendimento de adolescentes, entre 10 e 19 anos, admitidos no Setor de Urgências Psiquiátricas do HCFMRP-USP, diagnosticados como Tentativa de Suicídio, no período entre 1998 e 2002, segundo o sexo e meio utilizado

MEIO UTILIZADO	MASCULINO		FEMININO	
	absoluto	percentual	absoluto	percentual
Medicamentos	29	31,1	218	75,5
Substâncias Químicas	24	25,9	63	21,5
Outros	41	43	9	3
Total	94	100	290	100

Observa-se nas tabelas 2 e 3 o predomínio da utilização de métodos não violentos para ambos os sexos. No entanto, quando observa-se a proporcionalidade, a proporção do uso de método violento por parte das adolescentes do sexo masculino é muito maior em relação ao sexo feminino.

No entanto, após a realização deste estudo piloto, não foram observadas variações significativas no decorrer dos cinco anos (tabela 1). Dessa forma, foi escolhido o ano de 2002 para realizar-se um estudo epidemiológico mais aprofundado sobre o adolescente que tenta suicídio em Ribeirão Preto.

Após aprovação do Comitê de Ética do HCFMRP-USP (anexo), foram solicitados uma listagem, em disquete, junto ao Serviço

de Arquivo Médico do HCFMRP- USP, constando todos pacientes atendidos na Unidade de Emergência do HFMRP-USP, com idade entre 10 e 19 anos no ano de 2002. Estes dados foram incluídos em programa específico de computador (EPIINFO) onde se selecionou somente os casos de Tentativa de Suicídio, segundo o CID –10. Esses casos apresentaram os seguintes códigos: X76, X78, X79, X60, X61, X64, X68 e X69, extraindo-se 72 pacientes.

A partir desses dados foram obtidos as seguintes variáveis: método utilizado na tentativa de suicídio, especialidade médica atendida no momento da entrada do paciente, sexo, faixa etária, município de origem, mês e dia da semana em que aconteceu o evento.

Em seqüência foi realizada uma busca no Serviço de Registro do HC – Campus, solicitando-se os prontuários dos pacientes sujeitos da pesquisa. Os prontuários arquivados nessa unidade foram os de pacientes que permaneceram mais que 12 horas no hospital, ou seja, foram internados, nesses casos, pelo Sistema Único de Saúde. Foram selecionados 62 prontuários, fornecidos para pesquisa, semanalmente e sob reserva prévia.

Os 10 prontuários restantes estavam arquivados no Serviço de Registro da Unidade de Emergência, pois esses pacientes permaneceram menos que 12 horas no hospital, não sendo realizado pedido de internação.

Nesses prontuários pesquisados foram analisados a ficha de entrada na Unidade de Emergência, de cada paciente sujeito da pesquisa. Através dessa ficha foram selecionadas as seguintes variáveis: bairro, profissão, cor, horário de entrada na Unidade e estado civil.

Essa ficha é preenchida para todo paciente que entra na Unidade de Emergência. Os dados dessa ficha são: nome, sexo, registro,

especialidade médica que deverá ser atendido, profissão, estado civil, endereço e telefone, data e horário de entrada. Essas informações são fornecidas pelo paciente se estiver em condições de responder, ou por familiar responsável. Mesmo que o paciente chegue sem familiar trazido por ambulância ou polícia, essa ficha é preenchida com data e horário e nas informações pessoais coloca-se “desconhecido” até que o paciente ou responsável o identifique. O intervalo de tempo entre a entrada do paciente e o preenchimento dessa ficha é de aproximadamente 15 minutos.

De acordo com informações colhidas de funcionários do Serviço de Registro da Unidade de Emergência, quando estão preenchendo essa ficha de entrada e são informados pelo paciente ou familiar responsável que ocorreu uma tentativa de suicídio, a conduta tomada é acionar a polícia militar para que se faça um boletim de ocorrência (BO). O BO é arquivado através de um sistema de informações informatizadas da Unidade.

Ao informar aos funcionários citados que as informações contidas no BO seriam importantes para a pesquisa, houve uma disposição em colaborar. Com isso, foi escolhido um período de maior tranquilidade no setor, e foram visualizados junto com um funcionário todos os boletins de ocorrência feitos dos pacientes sujeitos da pesquisa. Para se pesquisar basta ter o registro do paciente e acesso ao programa, que somente o funcionário do setor possui. Nesse BO constam: nome, endereço, método utilizado, horário e data da tentativa de suicídio. Através desse rastreamento pelos boletins de ocorrência extraiu-se uma nova variável : horário da tentativa de suicídio. Essa variável difere muitas vezes do horário de entrada na Unidade de Emergência contido na ficha de entrada.

Posteriormente essas variáveis colhidas foram agrupadas e cruzadas em programa específico de computador EPIINFO e expostas em figuras, quadros e tabelas, sendo analisadas descritivamente.

Como chegar ao diagnóstico de Tentativa de Suicídio?

Todo paciente que é admitido na Sala de Urgência inicialmente por intoxicação exógena, intencional ou acidental é avaliado pela equipe de clínica médica. Posteriormente a equipe de psiquiatria é acionada para avaliação. A mesma avalia o paciente e solicita a família em todos os casos. Se a família ou o paciente referir que houve intencionalidade no ato, o diagnóstico realizado é de Tentativa de Suicídio, caso contrário permanece como Intoxicação Exógena.

No entanto, nos casos das lesões consideradas violentas, como por exemplo (ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, traumas automobilísticos, quedas e outros) a equipe da psiquiatria somente é solicitada se a família ou o paciente manifestar a intenção no ato durante o primeiro atendimento, caso contrário permanece os diagnósticos realizados pelas outras equipes: clínica-médica, cirúrgica e neurológica, sem investigação psiquiátrica. Nesses casos tem-se exceção, nos casos de enforcamento, onde a equipe da psiquiatria sempre é solicitada para avaliação.

Salienta-se ainda, que a prioridade de atendimento na sala de poli traumatismo nesta Unidade de Emergência é a estabilização do paciente, através de intervenções clínicas e cirúrgicas e que não é realizado comumente um inquérito aprofundado nesses casos, buscando

–se investigar possíveis tentativas de suicídio, os casos identificados são os que realmente foram explícitos pelo paciente ou familiar.

As observações realizadas acima, sugerem algumas dúvidas em relação à investigação de casos de Tentativa de Suicídio e a possibilidade de sub notificação em lesões violentas, já mencionadas, bem como nas intoxicações caso não seja informado sua intencionalidade.

4. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZANDO O ADOLESCENTE QUE TENTOU SUICÍDIO

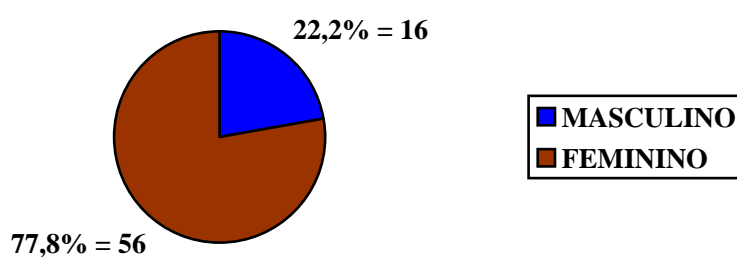


Figura 3. Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes, entre 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, segundo o sexo

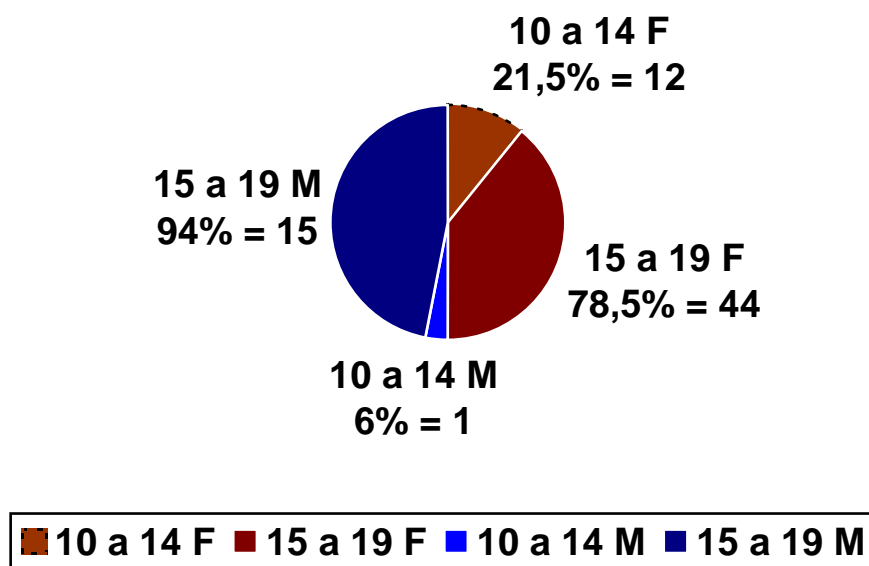


Figura 4. Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes, entre 10 a 19 anos, por faixa etária e sexo, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002

Observa-se na figura 3 a ocorrência de maior número de atendimentos para adolescentes do sexo feminino com 77,8%. Em relação à faixa etária (figura 4), observa-se maior número de atendimentos entre 15-19 anos, para ambos os sexos, em todo o período.

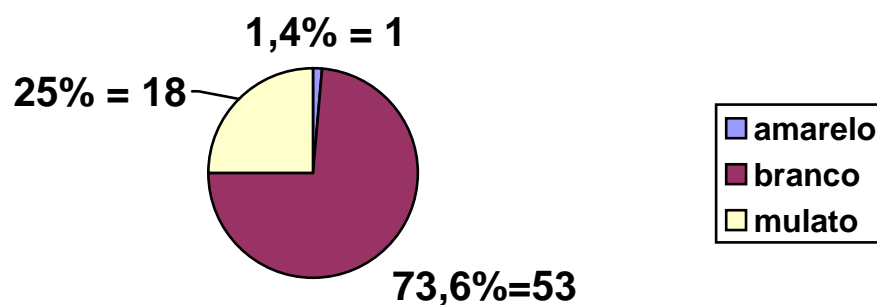


Figura 5. Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com a cor.

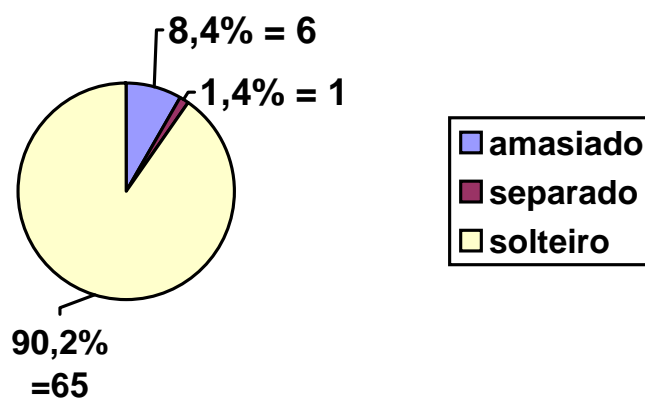


Figura 6. Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o estado civil

Observa-se nas figuras 5 e 6 que a maioria dos adolescentes são brancos e como já era de se esperar, solteiros, porém 10% aproximadamente, demonstraram ter a vivência de um relacionamento conjugal.

Quadro 1. Frequência das profissões apresentadas pelos adolescentes que foram admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002

PROFISSÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Ajudante de cozinha	1	1,4
Ajudante de produção	1	1,4
Desempregado	2	2,8
Doméstica	1	1,4
Dona de casa	15	20,8
Estudante	32	44,4
Feirante	1	1,4
Garçon	1	1,4
Garçonete	1	1,4
Guarda	1	1,4
Inativo	3	4,2
Menor	7	9,6
Não consta	2	2,8
Serviços gerais	4	5,6
Total	72	100

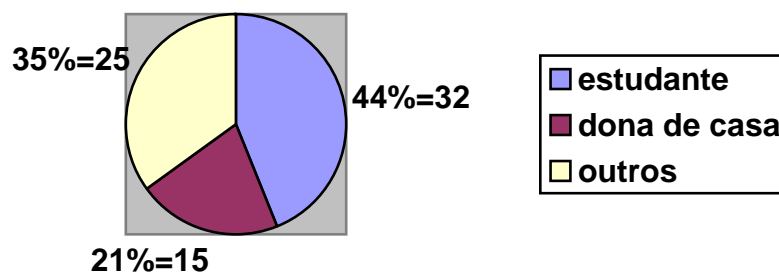


Figura 7. Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, das profissões apresentadas pelos adolescentes que foram admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002

No quadro 1 e figura 7 observa-se que apenas 44% dos adolescentes são estudantes, o restante trabalham em subempregos e ou são inativos.

4.2 CARACTERIZANDO O LOCAL DE ORIGEM

Quadro 2. Frequência de casos de Tentativa de Suicídio de adolescentes entre 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, de acordo com o município de origem

MUNICÍPIO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Barrinha	1	1,4
Batatais	2	2,8
Brodowski	1	1,4
Cajuru	1	1,4
Cravinhos	2	2,8
Dumont	3	4,2
Ipuã	1	1,4
Jaboticabal	2	2,8
Jardinópolis	1	1,4
Luis Antônio	1	1,4
Monte Alto	1	1,4
Nuporanga	1	1,4
Pitangueiras	3	4,2
Pontal	1	1,4
Pradópolis	2	2,8
Ribeirão Preto	45	62
São Simão	2	3
Serrana	1	1,4
Sertãozinho	1	1,4
Total	72	100

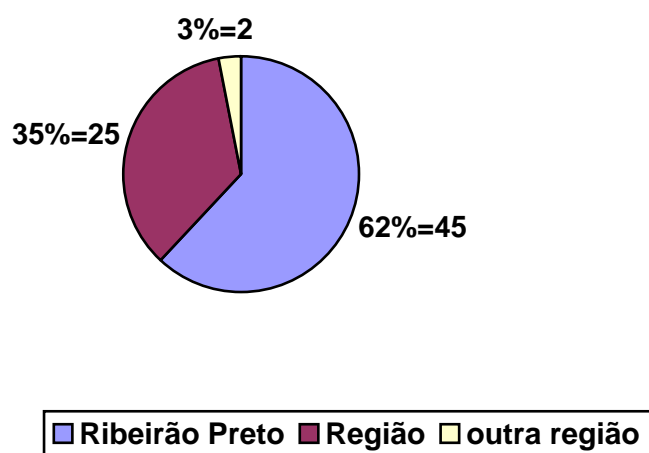


Figura 8. Distribuição percentual com os valores absolutos equivalentes, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o município de origem

Observa-se no quadro 2 e figura 8 que apenas 2 casos de tentativas de suicídio em adolescentes não são da região de Ribeirão Preto (Ipuã e Nuporanga) e que a maioria dos casos com 62,5% concentrou-se no município de Ribeirão Preto.

Quadro 3. Frequência de casos de Tentativas de Suicídio, de adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, de acordo com o bairro residente em Ribeirão Preto, localizados na periferia e de classe social baixa

BAIRRO	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL
Candido Portinari	1	1,4
Distrito República	1	1,4
Ipiranga	13	18,1
Jd Alexandre Balbo	1	1,4
Jd Heitor Rigon	1	1,4
Jd Jandaia	2	2,8
Jd Piratininga	2	2,8
Jd Progresso	3	4,2
Monte Alegre	2	2,8
Pq Ribeirão Preto	2	2,8
Quintino II	1	1,4
Simioni	1	1,4
Tanquinho	1	1,4
VI Amélia	1	1,4
VI Maria Luíza	1	1,4
VI Eliza	1	1,4
VI Virgínia	5	6,9
Total	39	54,4

Quadro 4. Frequência de casos de Tentativas de Suicídio, de adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, de acordo com o bairro residente em Ribeirão Preto, de classe social média a alta

Centro	1	1,4
Jd Paulista	1	1,4
Nova Ribeirânia	2	2,8
Sumarezinho	1	1,4
Jd Recreio	1	1,4
Total	6	8,4

Observa-se nos quadros 3 e 4 o predomínio do número de tentativas de suicídio em adolescentes provindos de bairros periféricos e pobres de Ribeirão Preto com 54,4% do atendimento total no ano de 2002.

4.3 CARACTERIZANDO A TENTATIVA DE SUICÍDIO

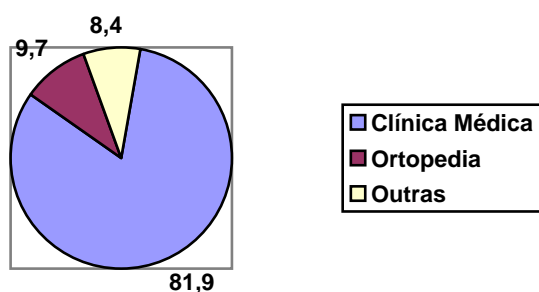


Figura 9. Percentual das especialidades médicas atendidas no atendimento imediato dos adolescentes, entre 10 e 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio

Observou-se que a maioria dos atendimentos iniciais foram realizados pela clínica médica com uma frequência de 81,9% seguido da ortopedia (9,7%) e demais clínicas.

Em relação ao método utilizado, os resultados estão classificados de acordo com o CID-10 (2000) pág 1043-1046, que se seguem no quadro abaixo:

Quadro 5. Relação de diagnósticos de Tentativas de Suicídio, de acordo com o CID-10, presentes nos resultados deste estudo

X60 : Auto-intoxicação por exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não opiáceos.
X61 : Auto-intoxicação por exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes (antiepiléticos), sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos, não classificados em outra parte.
X64 : Auto-intoxicação por exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas.
X68 : Auto-intoxicação por exposição, intencional, a pesticidas.
X69 : Auto-intoxicação por exposição, intencional, a outros produtos químicos e as substâncias nocivas não especificadas.
X76 : Lesão autoprovocada intencionalmente por fumaça, fogo e chamas.
X78 : Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.
X79 : Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.

Tabela 4. Distribuição percentual e absoluta da frequência de diagnósticos de Tentativa de Suicídio, classificados de acordo com o CID-10 (2000), apresentados pelos adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002

Classificação diagnóstica	Frequência	Percentual
X60	1	1,4
X61	34	47,2
X64	12	16,7
X68	9	12,5
X69	6	8,3
X76	1	1,4
X78	8	11,1
X79	1	1,4
Total	72	100

Tabela 5. Distribuição percentual e absoluta de adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo sexo e método utilizado

MÉTODOS	MASCULINO		FEMININO	
	absoluto	percentual	absoluto	percentual
Não violentos (X60, X61, X64, X68, X69)	10	62,4	52	93
Violentos (X76, X78 E X79)	6	37,6	4	7
total	16	100	56	100

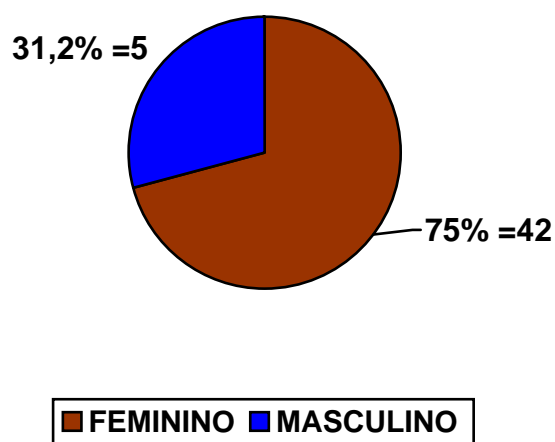


Figura 10. Distribuição percentual, com valores absolutos equivalentes, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, de acordo com a classificação diagnóstica do CID-10 (X60, X61 e X64), uso de medicamentos

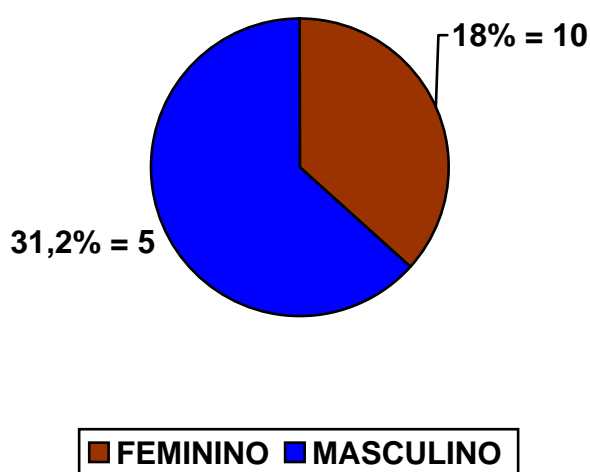


Figura 11. Distribuição percentual, com números absolutos equivalentes, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de

Suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, de acordo com a classificação diagnóstica do CID-10 (X68 e X69), uso de substâncias químicas

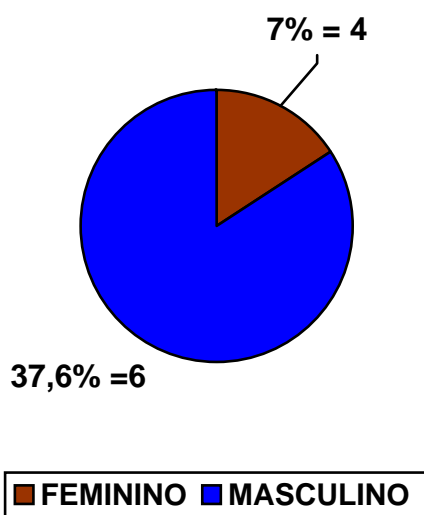


Figura 12. Distribuição percentual, com números absolutos equivalentes, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o sexo e o método utilizado, de acordo com a classificação diagnóstica do CID-10 (X76, X78 e X79), uso de métodos violentos

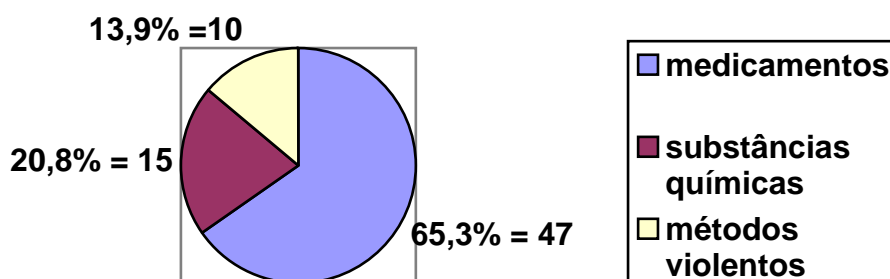


Figura 13. Distribuição percentual, com números absolutos equivalentes, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o método utilizado

Quadro 6. Distribuição percentual e absoluta, dos atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, no ano de 2002, por Tentativa de Suicídio, segundo o método utilizado e a faixa etária

METODO/FAIXA ETÁRIA	10 A 14 ANOS		15 A 19 ANOS	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Medicamentos	6	8,3	29	40,3
Substâncias Químicas	6	8,3	21	29,2
Métodos violentos	1	1,4	9	12,5
Total	13	18	59	82

Em relação à população total do estudo, observa-se nas tabelas 4 e 5 e na figura 13 o predomínio da utilização de métodos não violentos, principalmente uso de medicamentos, sendo na maioria de psicotrópicos como tentativa de suicídio, para a população total do estudo.

Selecionando-se gênero, observa-se nas figuras 10, 11 e 12, para o sexo feminino o predomínio do uso de medicamentos, já no sexo masculino observa-se o predomínio do uso de substâncias químicas e do uso de métodos violentos para tentativa de suicídio.

Em relação à faixa etária e método, observa-se no quadro 6, que a maioria dos adolescentes estão entre 15 e 19 anos e utilizam medicamentos como meio predominante para tentar se matar.

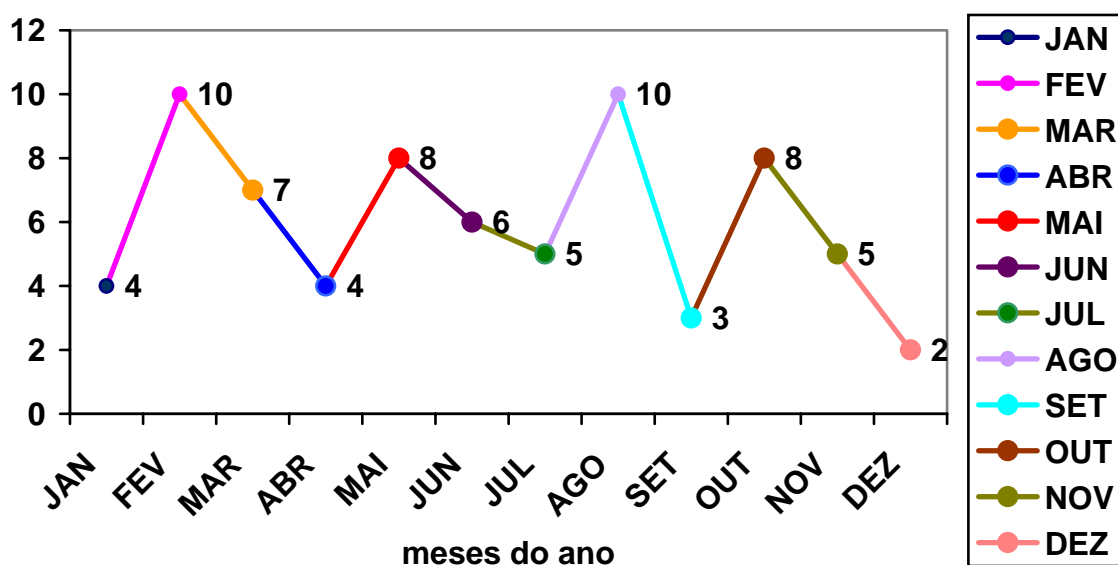


Figura 14. Distribuição do número de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o mês

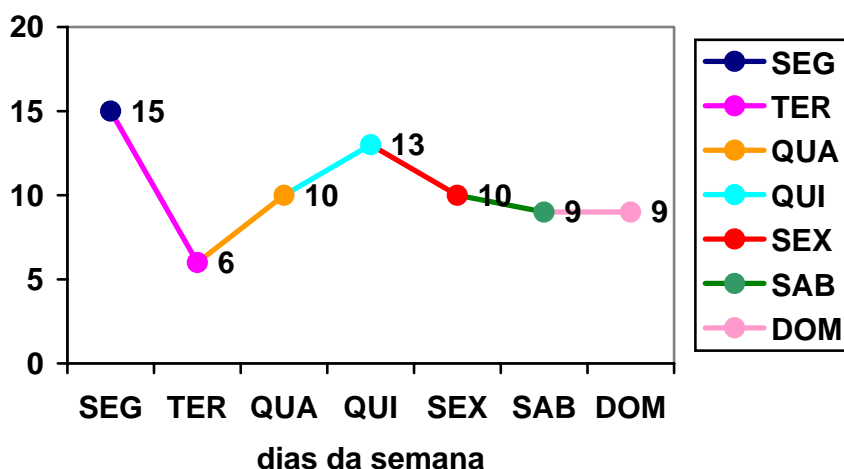


Figura 15. Distribuição do número de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o dia da semana

Observou-se neste trabalho uma variação do número de tentativas de suicídio durante o ano todo e na semana toda, não havendo mês, nem dia da semana característico que justificasse ser fator de risco de tentativa de suicídio entre os adolescentes.

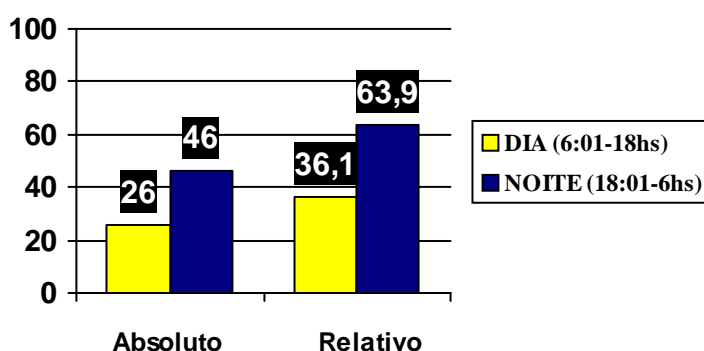


Figura 16. Distribuição relativa e absoluta, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o horário de entrada na Unidade

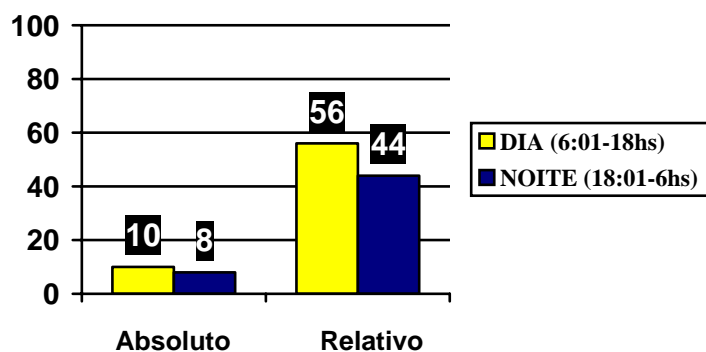


Figura 17. Distribuição relativa e absoluta, de atendimentos a adolescentes de 10 a 19 anos, admitidos na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, por Tentativa de Suicídio, no ano de 2002, de acordo com o horário da tentativa de suicídio, registrados em boletim de ocorrência policial

De acordo com as figuras 16 e 17 observou-se que a maioria dos atendimentos de adolescentes que haviam tentado suicídio na Unidade de Emergência foram admitidos no período da noite. Em relação aos horários registrados por ocorrências policiais, mostra-se que a maioria foram registrados no período diurno.

5. DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZANDO O ADOLESCENTE QUE TENTOU SUICÍDIO

Neste trabalho verificou-se, em relação às características do adolescente que tentaram suicídio em Ribeirão Preto, que a maioria são brancos, do sexo feminino, e como já era de se esperar, solteiros, porém, 10% aproximadamente, demonstraram ter a vivência de um relacionamento conjugal. A faixa etária predominante encontrou-se entre 15-19 anos e em relação à ocupação apenas 44% dos adolescentes são estudantes, o restante trabalham em subempregos e ou são inativos.

Esses resultados vão de encontro com a literatura vigente.

Em relação à cor, de acordo com o trabalho de Marcondes et al. (2002), encontrou-se o predomínio de brancos com 61,4%.

Scanavino & Medeiros (1989) também constataram que adolescentes brancos cometem mais suicídios que não brancos.

Cassorla (1984 b), informou que não foram observadas diferenças significativas em relação à cor, comparando-se os três grupos de adolescentes estudados sendo eles: 50 adolescentes que tentaram suicídios e dois grupos-controle, 50 adolescentes considerados normais e 50 adolescentes com problemas psiquiátricos. No entanto, verificou-se que havia uma sensibilidade maior dos sujeitos do estudo mais escuros (mesmo de cor branca) quanto a rejeições atribuídas a cor, acreditando ser ilegítimos e discriminados em relações a seus irmãos que são mais claros. Salienta o fato que os adolescentes se importam com a cor da pele e que nas populações atuais se dá um status maior a cor mais clara.

Vários outros autores encontraram percentuais de predomínio da raça branca entre os adolescentes que tentaram suicídio, entre eles: Andrade (1979) com 77,7%; Monteiro (1985) com 62% e Feijó et al. (1996) com 78%. Esses resultados vêm de encontro com o estudo atual, porém não foi encontrado na literatura justificativa que explicasse esse predomínio, o que vem a ser motivo de novas investigações.

Em relação ao estado civil, Marcondes et al. (2002), encontrou 85,7% de solteiros entre os adolescentes estudados. Cassorla (1984 b), encontrou menor número de solteiros e maior número de indivíduos vivendo em uniões irregulares e separados entre os adolescentes que tentaram suicídio, em relação aos outros dois grupos controle.

Andrade (1979), encontrou em primeiro lugar 48,5% de homens solteiros e 56,9% de mulheres solteiras seguidos de casados e separados. Porém, deve-se salientar que esses resultados pertencem a toda população de Ribeirão Preto que tentou o suicídio em 1977 e não somente entre os adolescentes. Porém, o maior percentual de tentativas encontradas foram entre os jovens de 10 a 19 anos.

Em relação à ocupação, observa-se, na literatura que indivíduos que tentaram suicídio tendem a apresentar-se inseridos em funções não qualificadas. Cassorla (1984 b), verificou-se que mais da metade dos casos de tentativas de suicídios entre os adolescentes estudados possuem renda per capita inferior a 2 salários mínimos. Observou uma pequena diferença em favor do grupo suicida nas ocupações não qualificadas.

Andrade (1979), encontrou no total da população de Ribeirão Preto que tentou suicídio em 1977, para o sexo masculino 6,2%

de lavradores, serventes de pedreiro e pedreiro; 5,2% de marceneiros e 4,4% de operários não qualificados. Em relação ao sexo feminino encontrou 29,0% de domésticas; 10,1% do lar e 8,4% de estudantes.

Hesketh & Castro (1978), em relação à ocupação encontraram maior incidência em funções auxiliares não qualificadas.

Feijó et al. (1996), encontrou 46,9% de adolescentes que tentaram suicídio pertencente à classe inferior e 28,1% pertencentes à classe média.

Observou-se que os resultados desse estudo vem de acordo com a literatura, pois os adolescentes, apresentaram-se, em sua maioria, pertencerem a classe social baixa e desenvolverem atividades menos qualificadas. Chombart et al. (1967) referem que cada profissão traz impressa em si a posição do indivíduo perante os grupos sociais e os conseqüentes papéis prescritos.

Dessa forma, esses adolescentes, inseridos num contexto de diversidades, como já citado na caracterização do município de Ribeirão Preto, convivendo num mundo atrativo de grandes shoppings e Universidades, onde exacerbam-se as diferenças sociais, encontram-se desenvolvendo atividades de baixo extrato social, que muitas vezes impossibilita-os em seguir suas atividades escolares, tendem a ter sua auto-estima rebaixada, facilitando o aumento de suas frustrações.

Em relação ao sexo observou-se o predomínio do sexo feminino. Entende-se- que o período referido é característico do início do relacionamento afetivo com o sexo oposto, o que também é um fator de grande importância na geração de conflitos e frustrações, podendo predispor a uma tentativa de suicídio.

Acredita-se que as mulheres, principalmente na idade mencionada e em condições econômicas mais humildes atribuem maior

valor ao estabelecimento de um vínculo afetivo com um parceiro do sexo oposto, o qual representa segurança e autonomia. A conseqüente perda desse parceiro associado ao período vulnerável e impulsivo em qual se encontra, são fatores predisponentes à tentativa de suicídio, o que contribuem para o aumento na freqüência de tentativa de suicídio para as mulheres (Cassorla, 1984 b).

Em relação à faixa etária observou-se predomínio de adolescentes entre 15 e 19 anos. Neste período, o adolescente está na fase de pós-adolescência, onde seu corpo de adulto está adquirindo formas mais definidas, considerando ser um período de definição de identidade (Erickson, 1971). Entende-se que nesta fase da vida ocorre um período preparatório para o início de escolhas profissionais, que é um passo importante para o adolescente, pois é através da aquisição de sua independência financeira que ele vai conquistando sua autonomia, porém, essa fase também pode ser geradora de conflitos e frustrações. Observa-se que 35% dos adolescentes do presente estudo possuem subempregos, 21% são donas de casa ou são inativos, e que 44% apenas estão estudando, o que demonstra o baixo status social, favorecendo a baixa auto-estima e a dificuldade na realização de escolhas para o início da vida profissional. A tentativa de suicídio poderia ser um meio para livrar-se dessas dificuldades.

Em relação à faixa etária e sexo os resultados do presente estudo vão de encontro à literatura. Marcondes et al. (2002), caracterizaram o perfil das tentativas de suicídio em adolescentes num hospital de Londrina – Paraná, num total de 70 sujeitos entre 12 e 24 anos, observaram maior freqüência para o sexo feminino com 80% e entre a faixa etária de 16-19 anos com 45,7%.

Vários outros autores concordam que tentativas de suicídios são mais freqüentes no sexo feminino, entre eles, Collins et al. (1989) e Spirito et al. (1993); enquanto que suicídios consumados são mais freqüentes no sexo masculino (Cassorla, 1987; Kachur et al., 1995; Larraguibel et al., 2000).

Outro estudo de Martínez et al. (1998), em que se analisou o comportamento suicida em menores de 20 anos, que deram entrada numa clínica no município de Bayamo, província Granma –Cuba, observou a prevalência de jovens entre 17 e 19 anos.

Autores como Scanavino & Medeiros, (1989) e Halfon et al. (1995), observaram que tentativas de suicídios são mais freqüentes em adolescentes do sexo feminino, principalmente na faixa etária entre 15-19 anos.

Lopez et al. (1998), através de um estudo prospectivo com adolescentes que tentaram suicídio, admitidos em uma Unidade de emergência em Santo Domingo, República Dominicana, de um total de 55 pacientes, 52 estão na faixa etária entre 14 a 20 anos, sendo 37 pacientes do sexo feminino.

Feijó et al. (1996 a), investigou 65 adolescentes entre 12 e 20 anos, hospitalizados por tentativa de suicídio num hospital de emergência de Porto Alegre – RS, obteve a maior freqüência para o sexo feminino. Feijó et al. (1996 b), investigou 32 casos de adolescentes, entre 13 a 20 anos, com tentativa de suicídio e obteve um resultado de 84,4% para o sexo feminino. Sougey et al. (1998), através de um estudo em Pernambuco obtiveram o mesmo resultado.

Monteiro (1985), ao estudar 182 casos de tentativa de suicídio em adolescentes entre 10 a 20 anos, num hospital do Rio de

Janeiro, obteve 88% dos casos para o grupo etário de 15 a 20 anos, com 80% para o sexo feminino.

Lippi et al. (1990), num estudo comparativo com bases em estatísticas oficiais de Belo Horizonte –MG, no período entre 1973 e 1988, verificou-se que de 734 casos de tentativas de suicídio, 237 encontravam-se na faixa etária entre 13 a 21 anos.

Em Ribeirão Preto, Andrade (1979), realizou uma investigação epidemiológica distribuindo os casos de tentativas de suicídio na zona urbana, em 1977, utilizando-se três fontes de dados: pacientes atendidos no setor de Urgências do HCFMRP –USP, Pronto – Socorro Municipal e dados da Delegacia de Polícia. A população total do estudo foi de 476 casos de tentativas de suicídio, sendo 114 homens e 362 mulheres entre 10 e 60 anos. Na faixa etária, entre 10 e 19 anos, obteve-se 22 casos para o sexo masculino e 147 casos para o sexo feminino. Obteve-se maior número de casos por faixa etária em adolescentes femininas de 15 a 19 anos, somando 115 casos.

Quadro 7. Comparação dos resultados, em valores absolutos, segundo sexo e faixa etária, dos trabalhos de Andrade (1979), com os resultados do presente trabalho que foi denominado “Avanci”

AUTOR	PERÍODO	RESULTADOS			
		FEMININO		MASCULINO	
		10 a 14 anos	15 A 19 anos	10 a 14 anos	15 A 19 anos
ANDRADE	1977	32	115	3	19
AVANCI	2002	12	44	1	15

Observou-se que houve uma diminuição de casos de tentativas de suicídio, na faixa etária entre 10 e 19 anos, para ambos os sexos, entre os anos de 1977 e 2002, com uma diferença de 97 casos. No entanto, em relação à proporcionalidade, o predomínio das adolescentes entre 15 e 19 anos permanecem.

Entretanto, em relação à frequência de tentativas de suicídio nos anos de 1998 a 2002, como foi demonstrado no estudo piloto, não foram observadas variações significativas nos cinco anos.

Essas comparações entre os resultados sugerem novos estudos epidemiológicos, a fim de se verificar quais mudanças sociais ocorreram, que poderiam ser responsáveis pela queda da frequência de tentativas de suicídio, em adolescentes entre 10 e 19 anos, em Ribeirão Preto, entre 1977 a 1997, pois entre 1998 e 2002 foi demonstrado que não houve grandes variações. Contudo, é importante salientar que apesar dessa comparação ser quantitativa e quedas numéricas serem significativas, a face qualitativa da tentativa de suicídio deve ser

relevante, pois uma única tentativa pode se transformar num suicídio consumado e na perda de um jovem de nossa sociedade.

5.2 CARACTERIZANDO O LOCAL DE ORIGEM

Em relação ao município de origem verificou-se que apenas 2 casos de tentativas de suicídio em adolescentes não são da região de Ribeirão Preto (Ipuã e Nuporanga), e que a maioria dos casos com 62,5% concentraram-se no município de Ribeirão Preto.

Em relação ao bairro de origem verificou-se o predomínio do número de tentativas de suicídios em adolescentes provindos de bairros periféricos e pobres de Ribeirão Preto, com 54,4% do atendimento total, no ano de 2002.

De acordo com o trabalho de Andrade (1979), verificou-se que o bairro Ipiranga traduziu o maior coeficiente de tentativa de suicídio e o bairro Vila Virgínia ficou em 4º lugar, no ano de 1977. Observou que esses bairros concentravam uma população carente, que na maioria das vezes possuíam profissões de baixa qualificação. Esses bairros, no presente estudo, também apresentaram uma frequência elevada.

De acordo com a OMS (1969) apud Andrade (1979), observa-se que a relação entre as taxas de tentativa de suicídio e as características sociais do lugar de residência, têm-se encontrado maiores taxas em locais que possuem um índice de desorganização social alto, em que há confinamento ou grande proporção de pessoas vivendo só, onde existe uma alta taxa de alcoolismo, toxicomania e delinquência e uma grande mobilidade da população.

Observa-se que atualmente os bairros periféricos e pobres de Ribeirão Preto, possuem um grande contingente populacional e muitos problemas relacionados com alcoolismo, tráfico e consumo de drogas, representando locais de desorganização social e de manifestação de violência. Isso leva muitas vezes seus moradores ao confinamento no próprio lar, pois conversar com um vizinho na calçada, que era de costume nesses bairros populares tornou-se uma atividade periculosa.

Cassorla (1984 b), observou que houve em seu trabalho uma predominância da periferia com 54% dos casos, sendo a região da cidade mais pobre e onde se concentra a maior parte da população. Concluiu que o fator moradia é mais um fator associado do que causal em relação ao ato suicida.

Relacionando-se fatores sociais como local de moradia e ocupação, obteve-se que os adolescentes que tentam suicídio em Ribeirão Preto, em sua maioria residem em bairros de periferia, populosos e com sérios problemas sócio-econômicos. Possuem profissões de baixa qualificação, pertencendo a classe social baixa. De acordo com Viscardi et al. (1994), a desesperança em jovens adolescentes apresenta alta relação com percepção de problemas socioeconômicos, familiares e solidão.

5.3 CARACTERIZANDO A TENTATIVA DE SUICÍDIO

A maioria dos atendimentos iniciais foram realizados pela clínica médica, com uma frequência de 81,9%, seguido da ortopedia 9,7% e demais clínicas. Esse percentual já era de se esperar, pois a maioria dos casos de tentativas de suicídio do presente estudo foram devidos a intoxicações exógenas.

Em relação à população total do estudo, verificou-se o predomínio da utilização de métodos não violentos, principalmente uso de medicamentos, sendo na maioria de psicotrópicos como tentativa de suicídio.

Selecionando-se gênero, observa-se, em relação ao sexo feminino o predomínio do uso de medicamentos, já no sexo masculino observa-se o predomínio do uso de substâncias químicas e do uso de métodos violentos para tentativa de suicídio.

Em relação à faixa etária e método, observa-se que a maioria dos adolescentes estão entre 15 e 19 anos e utilizam medicamentos como meio predominante para tentar se matar.

Esses resultados vão de encontro à literatura. Spirito et al. (1993); Levy et al. (1995) e Feijó et al. (1996) concordam que tentativa de suicídio entre adolescentes são caracterizadas principalmente por intoxicação exógena.

Marcondes et al. (2002), obteve-se entre 70 jovens que tentaram suicídio, em relação ao método, 70% utilizaram medicamentos e 18,3% utilizaram praguicidas na tentativa. Observou-se a maior frequência no sexo feminino, nas residências e com uso de medicamentos, o que demonstra a facilidade de acesso a essas substâncias.

Outro estudo de Martinez et al. (1998), obteve-se em relação ao método mais utilizado a ingestão de psicofármacos com 51% e sua grande maioria foi do sexo masculino.

Lopez et al. (1998), observou num total de 55 adolescentes que o método para tentativa de suicídio mais frequente foi a ingestão de organofosforados com 20 casos e medicamentos com 17 casos.

Scanavino & Medeiros (1989), concluíram que houve um aumento significativo no índice de suicídio em adolescentes, principalmente na faixa etária de 15 – 19 anos. Concordam que as adolescentes preferem a ingestão em relação ao método utilizado, e os adolescentes utilizam métodos mais violentos.

Monteiro (1985), em relação a 167 casos de tentativa de suicídio, observou que 92% utilizou a ingestão de medicamentos como método de preferência e 8% métodos violentos.

Sougey et al. (1998), realizou um estudo retrospectivo sobre todos pacientes que tentaram suicídio por intoxicação exógena atendidos em Pernambuco-Recife, do total da amostra 89 casos, 31,4% eram adolescentes, sendo os psicofármacos as drogas mais utilizadas.

Lippi et al. (1990), através de um total de 734 casos tentativas de suicídio entre adolescentes, obteve-se 154 casos que utilizaram produtos tóxicos, 178 casos de ingestão de medicamentos e 402 casos de utilização de métodos violentos.

Andrade (1979), obteve, em Ribeirão Preto, em 1977, em relação a ambos os sexos que o agente mais utilizado foram os comprimidos com 82,5% dos casos, seguidos de venenos 9%, meios violentos 6,5% e líquidos corrosivos com 1,8%. Em relação ao sexo feminino obteve-se 86,4% dos casos de ingestão de comprimidos, seguidos de venenos 8,3%, meios violentos 3,8% e líquidos corrosivos com 1,5%. Quanto ao sexo masculino observou-se 69,8% dos casos de ingestão de comprimidos, seguidos de venenos 12,3%, meios violentos 15,1% e líquidos corrosivos com 2,8%.

No trabalho de Ficher (2000), em Ribeirão Preto, o método mais utilizado para as tentativas de suicídio entre os adolescentes, em ambos os sexos foram: o envenenamento com 94,5% que inclui a

ingestão de medicamentos com 75,9% e a ingestão de outras substâncias químicas com 18,6%. O emprego de outros procedimentos ocorreu em apenas 5,5% dos casos, predominantemente com armas brancas nos homens e atear-se fogo nas mulheres. Em relação ao sexo feminino verificou-se que a ingestão de medicamentos foi a mais freqüente com 80%, já a ingestão de outras substâncias químicas e outros procedimentos mais violentos foram mais utilizados pelos homens.

Observou-se que a maioria dos estudos citados estão de acordo com o estudo atual, em que a ingestão de medicamentos e uso de substâncias químicas, vem a ser fator predominante e importante nas tentativas de suicídio entre adolescentes. Entretanto, esses produtos, necessitam de maior controle na sua venda e distribuição. Os pais deveriam ser orientados para dificultar o acesso desses adolescentes, dentro de casa, a medicamentos e produtos químicos como venenos, soda cáustica, entre outros.

Em relação ao mês, observou-se no presente estudo uma variação do número de tentativas de suicídio durante o ano todo, não havendo mês característico que justificasse ser fator de risco de tentativa de suicídio entre os adolescentes estudados.

Em outros estudos encontrou-se em relação ao mês da tentativa de suicídio, que a maior freqüência de tentativas de suicídio entre os adolescentes pesquisados foi durante o mês de dezembro com 27 casos (Lopez et al., 1998)

Monteiro (1985), observou maior incidência nos meses quentes do ano com 60%. Garfinkel & Golombek (1974) observaram a maior freqüência no verão e na primavera.

Andrade (1979), obteve em relação ao sexo masculino predomínio do mês de março com 13,2% seguidos de janeiro, fevereiro e

outubro com 11,4%, julho e dezembro com 7,9%, abril, maio e agosto com 7,0%, junho com 4,4% e novembro com 2,6%. Para o sexo feminino obteve: 14,1% em outubro e 11,9% em agosto.

Em relação aos dias da semana verificou-se, no estudo atual, que a maior frequência de tentativa de suicídio foi observada na segunda-feira com 15 casos, porém não apresentou variações significativas entre os dias da semana, não podendo ser inferido como fator de risco para tentativa de suicídio.

Em relação aos dias da semana e períodos do dia, Andrade (1979), encontrou para o sexo masculino o predomínio da tentativa de suicídio no sábado com 19,3%, seguido pela terça-feira com 18,4% e domingo com 16,7%, e maior frequência de tentativas no período entre as 18 e 24hs do dia com 26,3% dos casos. Para o sexo feminino obteve predomínio no sábado com 18,2% seguido pelo domingo com 17,4% e maior frequência de tentativas no período entre as 12 e 18hs do dia com 21,5% dos casos.

Em relação ao período do dia, observa-se que a maioria dos atendimentos na UE, aos adolescentes que tentaram suicídio foram realizados no período noturno. E que os boletins de ocorrência policial foram, em sua maioria, realizados no período diurno, que são considerados horários reais da tentativa.

Esses resultados vêm de encontro com o trabalho de Andrade (1979) que obteve no turno entre as 0-6hs um total de 6,1%, das 6-12hs (12,8%), das 12-18hs (21,0%) e entre as 18-24hs (43,1%), o restante foi ignorado.

Garfinkel & Golombek (1974), observaram em relação ao horário de chegada ao hospital um predomínio entre 12 e 24 horas com 74% dos casos.

Portanto, observa-se em relação aos horários das tentativas de suicídio entre os adolescentes, que são admitidos no hospital em sua maioria no período noturno, o que sugere que a tentativa de suicídio tenha ocorrido no período diurno, como confirma os resultados do boletim de ocorrência policial. Durante o dia, considera-se um ambiente facilitador, pois a maioria dos pais de adolescentes trabalham nesse período, deixando-os sozinhos, o que facilitaria a tentativa de suicídio.

6. CONCLUSÃO

Perfil do adolescente que tenta suicídio em Ribeirão Preto:

A partir dos dados obtidos neste estudo, pode-se concluir que os adolescentes que tentam suicídio em Ribeirão Preto, apresentam as seguintes características:

- 77,8% pertencentes ao sexo feminino e 22,2% ao sexo masculino.
- Apresentam maior frequência na faixa etária entre 15-19 anos e menor frequência na faixa entre 10-14 anos.
- 73,6% são da raça branca, 25% são mulatos e 1,4% amarelos.
- 90,2% são solteiros, 1,4% separados e 8,4% são amasiados.
- 44% são estudantes, 35% pertencem a profissões de baixa qualificação e 21% são donas de casa.
- 62% residem em Ribeirão Preto e 38% em outros municípios da região.
- Os bairros de maior frequência foram: periféricos, populosos e de baixo nível sócio-econômico.
- As especialidades médicas mais atendidas foram: 81,9% pela clínica médica, 9,7% ortopedia e 8,4% outras especialidades.
- O método mais utilizado para ambos os sexos foram: 65,3% ingestão de medicamentos, 20,8% ingestão de substâncias químicas e 13,9% utilização de métodos violentos.

- Dentre os medicamentos, os psicotrópicos e neurolépticos são os mais utilizados, em ambos os sexos.
- Em relação ao sexo feminino 75% casos de ingestão de medicamentos , 18% casos do uso de substâncias químicas e 7% casos da utilização de métodos violentos.
- Em relação ao sexo masculino 31,2% casos de ingestão de medicamentos, 31,2% casos do uso de substâncias químicas e 36% casos da utilização de métodos violentos.
- Em relação aos meses do ano as maiores frequências foram em fevereiro e agosto, porém não apresentou variações significativas.
- Quanto ao dia da semana a maior frequência foi observada na segunda-feira, no entanto também não foram observadas variações significantes.
- Verificou-se que a maior frequência de admissão, de adolescentes, que tentaram suicídio, em 2002, na Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, deu-se no período da noite, entre as 18:01 e 6 horas.
- Em relação ao horário da tentativa de suicídio, registrados nos boletins de ocorrência policial, verificou-se maior frequência ocorridas no período do dia, entre as 6:01 e 18 horas.

Neste estudo procurou-se caracterizar o adolescente que tenta suicídio e registrou entrada na Unidade de Emergência, considerando-se vários aspectos, entre eles, a adolescência - fase da vida que possui várias particularidades e as características sócio-culturais na qual esse jovem está inserido.

Durante experiência profissional, atuando como enfermeira em uma Urgência Psiquiátrica, tem-se a oportunidade de observar vários casos de tentativas de suicídio entre adolescentes. Através da observação empírica, interação e do estabelecimento de um relacionamento terapêutico entre enfermeiro-paciente, pode-se inferir alguns aspectos relacionados à tentativa de suicídio.

O perfil do adolescente que tenta suicídio descrito neste trabalho vem de encontro ao que se percebe no cotidiano. Dentre os vários casos observados e interagidos, destaca-se alguns aspectos considerados importantes.

Observa-se que esses adolescentes, na maioria das vezes possuem uma visão imatura da morte, e que tentam o suicídio como forma de chamar à atenção, pois estão vivenciando algum tipo de conflito, seja ele relacionado ao desenvolvimento de sua sexualidade, ao desentendimento ou rompimento de um relacionamento amoroso, a um desentendimento familiar, a problemas na escola com amigos, ou ainda a conflitos em relação a sua auto-imagem corporal e sua auto-estima que interfere nas suas relações sociais, entre outros.

A família, geralmente está presente no hospital durante atendimento e internação. Dessa forma, faz-se importante no atendimento intra-hospitalar, a realização do acolhimento do adolescente e de sua família.

O adolescente que tentou o suicídio, assim como em todas as idades, deve ser acolhido e seu sofrimento deve ser compreendido e respeitado por todos profissionais de saúde. O enfermeiro deve procurar estabelecer um relacionamento terapêutico com o paciente, uma relação de confiança, deve ouvir o paciente, sem realizar juízos de valores e permitir que ele próprio realize a reconstrução dos resignificados dos seus conflitos e sofrimentos.

No entanto, o que se observa no cotidiano profissional é que o local na qual esses pacientes são atendidos são caracterizados como atendimento de urgência e emergência, em que são valorizados a rapidez, dinamismo e objetividade desses profissionais, dificultando uma maior aproximação e melhor estabelecimento de vínculo. Associado a isso também encontra-se o preconceito relacionado ao suicídio, pois muitos profissionais realizam juízo de valores em casos de tentativas de suicídio, não compreendem como um pedido de ajuda e sim como um afronto a vida acarretando em trabalho e gastos desnecessários que poderiam ser evitados pelo paciente.

A presença da família para o adolescente é fundamental, servindo como suporte e amparo para seus sofrimentos, dentro do seu lar. No entanto, a herança cultural em relação ao suicídio, de uma sociedade preconceituosa e discriminadora muitas vezes bloqueia o entendimento e a compreensão dos pais para com seus filhos.

Dessa forma, durante a internação hospitalar, a família também deve ser acolhida. Ouvir a família dos adolescentes, principalmente seus responsáveis, sejam eles pais ou não, estabelecer uma relação de confiança e até realizar orientações relacionadas aos conflitos típicos da adolescência, a importância do diálogo e da observação do comportamento dos adolescentes a fim de se prevenir

outras tentativas de suicídio, são medidas que auxiliam no tratamento e na prevenção de reincidência.

Os aspectos abordados acima, foram sugestões de intervenções intra-hospitalar. Entretanto, no ambiente extra-hospitalar, em serviços de saúde pública, no Programa de Saúde da Família, por exemplo, poderiam ser realizadas orientações de adolescentes e de sua família, abordando temas como: “A adolescência e seus conflitos”, “A importância do diálogo dentro de casa”, entre outros. Essas abordagens poderiam ser realizadas em grupos de diversos tipos, entre eles: somente de pais, somente de adolescentes ou juntos pais e adolescentes. No grupo de pais poderiam ser abordados os conflitos típicos da adolescência, o risco de depressão e suicídio, já no grupo de adolescentes poderiam ser trabalhados esses conflitos. Também, poderiam ser abordados problemas relacionados ao consumo de álcool na adolescência, pois muitos autores destacaram a relação entre alcoolismo e tentativa de suicídio, entre eles, Cassorla (1984b), Frank & Crumley (1990) e Feijó (1996).

Além disso, construir projetos em que o adolescente possa desenvolver suas potencialidades e sua criatividade, estabelecer convivência grupal, ter sua auto-imagem e sua auto-estima estimuladas, são medidas importantes para auxiliar o adolescente na construção de sua nova identidade, na resolução de seus conflitos e na formação de seu novo papel social dentro da família e da sociedade.

As sugestões abordadas são meios que se pode utilizar para promover a saúde mental do adolescente, prevenindo períodos depressivos, tentativas de suicídio e sua reincidência.

Entretanto, como já foi mencionado, acredita-se que ocorram subregistros de casos de tentativas de suicídio, devido ao

preconceito relacionado e a influência histórico-cultural do tema. De acordo com Cassorla (1979) o subregistro de ocorrências de tentativa de suicídio na adolescência é visto como um tabu para a sociedade e para a família, resultando em critérios deficientes de diagnósticos.

De acordo com Feijó (1999), a frequência aumentada de comportamentos autodestrutivos entre os jovens, principalmente nas últimas décadas, apresenta-se como um desafio para toda a sociedade e para os pesquisadores, que procuram estabelecer modelos causais, a fim de elaborar estratégias de prevenção.

Portanto, faz-se necessário a realização de novos estudos epidemiológicos e estudos de caráter sociológicos, com a finalidade de avaliar o impacto na população atual frente ao fenômeno do suicídio. Dessa forma, poder-se-á obter-se uma visão epidemiológica e sociológica do tema, a fim de traçar-se estratégias de prevenção.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE J.J.B. **Epidemiologia da tentativa de suicídio em Ribeirão Preto**. 1979. 95p. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
2. BARBOSA, L.H.S. Depressão na infância e na adolescência. Aspectos sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.3, n.3, p.250-265, jul/1987.
3. BECKER, D. **O que é adolescência**. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.
4. CANO, M.A.T; FERRIANI, M.G.C et al. Auto-imagem na adolescência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.1, n.1, 1999.
5. CASSORLA, R.M.S. Suicídio e Adolescência. I- Incidência, histórico e fatores suicidógenos. **Acta Psiquiát Psicol Amér Lat**, N.25, p.288-295, 1979.
6. _____ Jovens que tentam suicídio características demográficas e sociais: um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.33, n.1, p.3-12, 1984 a.

7. _____ Jovens que Tentam Suicídio. Antecedentes Mórbitos e de Condutas Autodestrutivas. Um estudo comparativo em jovens normais e com problemas mentais II. **J. bras. Psiq**, v.33, n.2, p. 93 – 98, 1984 b.
8. _____ Jovens que tentam suicídio- Relacionamento social, gravidez e abortamentos. Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais III. **J. bras. Psiq**. v.34, n.3 p. 151 – 156, 1985.
9. _____ Comportamentos suicidas na infância e adolescência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 36, n.3, p.137-144, 1987.
10. _____ **O que é suicídio**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.
11. CHOMBART, D.L. et al. La femme dans la Societé – son Image dans Differentes Milieux Sociaux. **C. NRS Paris**, 1967.
12. CASSORLA, R.M.S & SMEKE, E.L.M. Autodestruição Humana. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v.10, p.61-73, 1994.
13. **CID-10. Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10ª revisão, v.1, São Paulo: Edusp, 2000.

14. COOLINS, J.L. ; APPEL E.M.; POPHAM W. J. The 1987 National Adolescent Student Health Survery. **MMWR**, v.38, p.147 – 150, 1989.
15. DECHEN, S; CANO M.A.T, et al. A obesidade na adolescência e seus reflexos na auto-imagem corporal. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, São Paulo, v.12, n.1, 2001.
16. DURKEIM, E. **O Suicídio Estudo Sociológico**. 4 ed. Lisboa: Presença, 1996.
17. ERICKSON, E.H. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
18. FEIJÓ, R.B. et al. O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.45, n.11, p.657-664, 1996.
19. FEIJÓ, R.B. et al. Perfil de uma amostra de adolescentes internados por tentativa de suicídio em hospital de emergência médica de Porto Alegre. **Revista HCPA & Fac. Méd. Univ. Fed. Rio Grande do Sul**, v.16, n.1, p. 44-47, 1999.
20. FICHER A.M.F.T. **Tentativas de suicídio de adolescentes atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital**

geral.2000. Dissertação Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

21. FRANK E. & CRUMLEY, M.D. Substance abuse and adolescent suicidal behavior. **Special Communication. Jama**, vol. 263, n.22, p. 3051-3056, junho, 1990.
22. FREUD, S. **Luto e Melancolia**, v.14, 1917; **Além do Princípio do Prazer**, v.18, 1920. In: Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago, 1969.
23. GARFINKEL B.D & GOLOMBEK. Suicide and depression in childhood and adolescence. **Canad. Med. Assoc.J.**, v.110, p. 1278, 1974.
24. GAUDERER, E.C. Adolescência, os jovens e nós. Uma visão pessoal. 2. parte. Um ser esquisito. **Jornal de Pediatria**. v.6, p.132-150, 1986 a.
25. _____ Adolescência, os jovens e nós. Uma visão pessoal. 3. parte. Um ser em perigo. **Jornal de Pediatria**. v.6, p.213-218, 1986 b.
26. _____ Adolescência, os jovens e nós. Uma visão pessoal. 4. parte. Um ser amável. **Jornal de Pediatria**. v.6, p.337-346, 1986 c.

27. GÜNTHER I.A. Preocupações de adolescentes ou Os Jovens Têm na Cabeça Mais do que Bonés. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, jan-abr, vol. 12, n.1, p.061-069, 1996.
28. HALFON, O. ; LAGET, J. et al. An epidemiological and clinical approach to adolescent suicide. A comparison between suicidal and non-suicidal groups in a health foundation center for French students. *Eur child Adolesc Psychiatry*, v.4 , p. 32 – 38, 1995.
29. HESKET J.L; CASTRO A.G. Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. **Revista Saúde Pública**, v. 12, p.138-46, 1978.
30. KACHUR S.P. ; POTTER L.B. ; POWELL K.E. et al. Suicide: Epidemiology, Prevention, Treatment. In **CHRISTOFFEL K.K. (ed) Adolescent Medicine: State of the Art Reviews**, v.6, p. 171-182, 1995.
31. KALINA E. & KOVADLOFF S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro(RJ): Francisco Alves, 1981.
32. KAPLAN M.D, SADOCK M.D. **Compêndio de Psiquiatria – Ciências Comportamentais, psiquiatria clínica**. 6. ed. Porto Alegre(RS):Artes Médicas Sul, 1993, 901p.
33. LARRAGUIBEL, Q. et al. Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. **Rev. Chile, pediatria**; v.71, n.3, p. 183-91, mayo, jun, 2000.

34. LEVISKY, D.L. **Adolescência reflexões psicanalíticas**. 2.ed.rev. e atual. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.
35. LEVY S.R. ; JURKOVIC G.L. ; SPIRITO A. A Multisystems analysis of adolescent suicide attempters. **J Abnorm Child Psychol**, v.23, p. 221-234, 1995.
36. LIPPI, J.R.S., et al. Suicídio na Infância e adolescência. **J.bras. Psiq.** , v.39, n.4, p. 167-174, 1990.
37. **Lista Telefônica da Comunidade de Ribeirão Preto**, 2004.
38. MARCONDES, F., et al. Tentativas de Suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. **Adolescência e latinoamericana**, v.3,n.2, p.0 – 0, nov, 2002.
- 39.MARTINEZ, J., et al. Comportamento de la conducta suicida infanto – juvenil. **Revista cuba.med.gen.integr**; v.14, n.6, p. 554 – 9, nov, 1998
40. MONTEIRO L.F. Tentativas de suicídio em adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v.58, p.32-34, 1985.
41. PERES, F. & ROSENBERG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência / adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saúde pública. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n..1, p.53-86, 1998.

42. Prefeitura de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www.pmrp.com.br>. Acesso em: 15 de abr. 2004.
43. PESSOTTI I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro(RJ):editora 34;1994.
44. RASPANTI, L.M.P.S. **Trabalho com grupo de adolescentes através da abordagem sociodramática**. 2002. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
45. SAGGESE, E.D. Adolescência: Patologia ou Normalidade? **J. bras. Psiq.**, v.34, n.2, p. 103-104, 1985.
46. SCANAVISMO, M. T.; Medeiros, J L. Suicídio em adolescentes : considerações epidemiológicas. **Pesqui. Méd**, Porto Alegre, v.23, n.1, p. 44 – 7, 1989.
47. SERFATY E. Suicídio em la adolescência. **Rev. Adolescência Latinoamericana**, v.1, n. 2, p.105-110, 1998.
48. SOUGEY E.B et al. Tentativas e suicídio com medicametos. Experiência do CEATOX –PE em 1995. **Inform.Psiq.** v.17, n.1, p. 22-25, 1998.

49. SPIRITO A. ; BROWN L., et al.. Attempted Suicide in Adolescence: a Review and Critique of the literature. **Clinical Psychology Review**, v 9, p.335-363, 1989.
50. SPIRITO A. ; BOND A. et al. Gender differences among adolescent suicide attempters. **Crisis**, v.14, p. 178 – 184, 1993.
51. STUART G.W & LARAIA M.T . **Enfermagem Psiquiátrica**. Reichmann & Affonso ed, Rio de Janeiro, 2002.
52. TAYLOR, C.M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
53. TEIXEIRA, A.M.F. & LUIS M.A.V. Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão preto, São Paulo, 1988-1993. **Cad. Saúde Pública**, v.13, n.3, p.517-525, jul-set, 1997 a.
54. _____ Suicídio, Lesões e envenenamento em adolescentes: Um estudo epidemiológico. **Revista latino-amenfermagem**. v.5, número especial, p.31-36, maio, 1997 b.
55. TOTA A.P.; BASTOS P. ; ASSIS P. **História Geral**. Grécia Antiga, nova cultural, p.14 -23, 1994.
56. VANSAN G.A. & FÁVERO R.V. Comunicações Indiretas da Intenção Suicida. **J. Bras. Psiq.**, v.36, n.1, p. 29-34, 1987.

57. VANSAN G.A. Tentativas de suicídio admitidas em um serviço de urgências psiquiátricas de um hospital geral. **Neurobiologia**, v.59, n.1, p.17-28, 1996.
58. _____ **Estudo da mortalidade por suicídio no município de Ribeirão Preto.**1978. Dissertação Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
59. _____ **Suicídio: Aspectos Sociais, clínicos e psicodinâmicos.**1981. Dissertação Doutorado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
60. VEIT F. & SCHWARZ M. Adolescent suicide attempts: a general practice perspective. **Aust Fam Physician**, v.24, p.2041-2044, 1995.
61. VISCARDI N.; HOR F. ; DAJAS F. Alta tasa de suicídio em Uruguay, Evaluación de la desesperanza em adolescentes. **Rev. Méd.Uruguay**; v.10, p. 79-91, 1994.