

1. INTRODUÇÃO

Durante muitos séculos, a morte voluntária foi considerada um crime, sem direito a enterros religiosos e escondida da sociedade. Na Grécia antiga, o suicídio não era um ato que feria a lei, ainda assim aqueles que o cometessem, tinham negado os ritos fúnebres e a mão usada para o procedimento era decepada (Jamison, 2002). Na Inglaterra e País de Gales o suicídio era uma ofensa capital e, até o início do século XIX, caso alguém tentasse ou cometesse suicídio, todos os seus bens imóveis e pessoais eram confiscados, assim como os de seu cônjuge (Farmer, 1996).

Provavelmente a palavra suicídio foi utilizada pela primeira vez por Thomas Browne, em sua obra publicada em 1642, *Religio médici*, sendo o termo cunhado do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (morte) (Minus, 1999).

Trata-se de um fenômeno complexo que tem atraído a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas através dos séculos (World Health Organization, 2000a); e apresenta aspectos multidimensionais, biológicos, psicológicos, conscientes, inconscientes, interpessoais, sociais, culturais, filosóficos e existenciais (Leenaars, 1996).

Em seu primeiro relatório sobre mortes violentas, a *World Health Organization* (WHO) (Organização Mundial de Saúde) afirma que esse é um importante problema de saúde, assim como a aids e o cigarro. Segundo o mesmo relatório, em 2000 morreram 815 mil pessoas por suicídios, 520 mil por homicídio e 310 mil por conflitos (Laurance, 2002). Enquanto a maioria das causas de morte teve

suas taxas reduzidas ao longo das últimas décadas, as taxas de suicídio têm mostrado um aumento progressivo, principalmente entre os homens (Correa e cols., 2002).

O risco de morte prematura entre pessoas com problemas psiquiátricos se mostra superior ao risco da população geral (Joukamaa e cols., 1991; Simpson e Tsuang, 1996; Hansel e cols., 1997; Fraile e cols., 1998), sendo o suicídio uma das causas mais frequentes de mortalidade nesta população (Goldacre e cols., 1993), e assim, tornando-se um problema de saúde pública (Minoletti e Pérez, 1986).

Portadores de Transtornos Mentais Graves (TMG), como a esquizofrenia, apresentam uma taxa de suicídio superior à da população geral (Zegers, 1986). A esquizofrenia constitui-se no segundo diagnóstico mais frequente entre as pessoas que apresentavam histórico de internação psiquiátrica, sendo precedido apenas pelos portadores de transtornos de humor (Bertolone e Fleisemann, 2002). Entre 20 a 40% das pessoas que apresentam esquizofrenia tentam suicídio durante a vida (Friedman, 1997). Nos Estados Unidos, o custo estimado com o tratamento das tentativas de suicídio e investigação de suicídios completos é de cerca de 190 milhões de dólares por ano (Wyatt e cols., 1995). Estudos de seguimento de pessoas com esquizofrenia demonstram que existe um risco maior entre os sujeitos que apresentavam tentativa de suicídio de virem a consumir o suicídio (Lester, 1993). A compreensão dos motivos de suicídio em pessoas com TMG é um importante passo para o manejo mais adequado destas por parte dos profissionais de saúde mental no sentido de reduzir a alta mortalidade observada nesse grupo (Meltzer, 2001); e a apropriada disseminação destas informações é um elemento essencial para o sucesso dos programas de prevenção do suicídio (World Health Organization, 2000b).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definições

2.1.1 Definição de suicídio, tentativa de suicídio e ideação suicida

Muitos estudos têm usado diferentes termos e definições para o comportamento suicida, causando confusão para os pesquisadores do tema (O'Carroll e cols., 1996).

Um dos primeiros conceitos sobre suicídio utilizado até os dias atuais é a do sociólogo Durkeim, que em 1897, definiu suicídio como: “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado 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 daí tenha resultado” (Durkeim, 1986). Há discordância em torno do termo mais apropriado para definir o que se trata realmente de tentativa de suicídio (Botega, 1996).

A WHO definiu como tentativa de suicídio: “Todo ato com um desfecho não fatal, quando o indivíduo deliberadamente inicia um comportamento não habitual que, sem a intervenção de outros, poderá lhe causar lesão física ou uma excessiva ingestão de uma substância, cujo objetivo do sujeito é o desejo expresso de obter uma real conseqüência física” (Schnyder e Valach, 1997). Não importa, portanto, a intenção letal e o conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (Botega e cols., 1995).

Apesar da definição de Durkeim, ser do ponto de vista teórico, muito bem elaborada, na prática ela se mostra de difícil aplicação, visto que em muitos casos existe a impossibilidade de estabelecer a real intenção da vítima. Este fato pode ser notado, pelas tendências da classificação internacional da WHO; em sua nona edição o termo suicídio aparece junto com lesões autoinflingidas (World Health Organization, 1983), já na décima edição, não se encontra o termo suicídio, apenas autolesão intencional (World Health Organization, 1992). Provavelmente esta escolha ocorreu, pela dificuldade de se estabelecer o pensamento da vítima, antes de realizar o ato contra a sua própria vida.

Como o termo suicídio já está consagrado na literatura especializada e leiga a retirada do nome iria causar uma menor preocupação dos meios de divulgação e uma difícil assimilação do público leigo e especializado; portanto, a definição mais abrangente de tentativa de suicídio apresentada anteriormente, foi a utilizada no presente trabalho.

Para ideação suicida, foram utilizados os seguintes conceitos: Bastos (1997) considera a ideação como a capacidade de elaborar idéias e conceitos, correspondendo a uma atividade puramente intelectual e independente de estimulação sensorial. O conteúdo é aquilo que preenche a estrutura do processo de pensar, correspondendo à temática do pensamento (Dalgarrondo, 2000). Para Mardomingo, a ideação suicida caracteriza-se por uma ampla gama de pensamentos, na qual estariam presentes desde pensamento inespecíficos de morte até idéias de suicídio com planos concretos de realização (Bandim e cols., 1997).

2.1.2 Definição de Transtorno Mental Grave

Os Transtornos Mentais Graves podem ser definidos como aqueles que levam o indivíduo a apresentar deterioração grave de funcionamento mental e social. Deteriorações como dificuldades no pensamento, interferências no processo do pensamento, experiências desagradáveis com sons, visão ou toque, convicções estranhas ou incomuns, dificuldade em movimentos e ações, concentração diminuída, perda de energia, direcionamento e habilidade reduzida de resolver problemas causam inaptidões cognitivas (soluções ineficientes para problemas, velocidade do pensamento reduzida), afetivas (ansiedade severa e medo, sentimentos de incapacidade) e comportamentais (dificuldade com ações construtivas), que levam a impossibilidades práticas, como falta de amigos, desemprego, atividades de lazer limitadas, cuidados pessoais pobres, dificuldade com moradia, sobrecarga dos cuidadores. De forma geral, os TMG incluem: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos, transtornos delirantes, transtornos afetivos bipolares (T.A.B.) e quadros graves e incapacitantes de depressão e ansiedade (Ruggeri e cols., 2000).

2.2 Estudos abordando o suicídio

2.2.1 Mortalidade por suicídio na população geral – dados mundiais

O Centro Nacional de Estatísticas da Saúde dos Estados Unidos, registrou o suicídio como a 9^a causa de morte em 1998, sendo precedido pelas doenças do coração, neoplasma maligno, doenças cérebro vasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, acidentes, pneumonia, diabetes mellitus e infecção pelo HIV; perfazendo 1,1% do total de mortes (Maris e cols., 2000a).

Um dos mais interessantes fenômenos é a variação da razão de suicídio entre diferentes países (Lester, 1997). Os dados mais recentes da WHO (2002) podem ser vistos na tabela 1.

TABELA 1 – TAXAS DE SUICÍDIO POR 100.000 HABITANTES/ANO, SEGUNDO O PAÍS, ANO DA COLETA DE DADOS E SEXO

País	Ano	Homens	Mulheres
Alemanha	1999	20,2	7,3
Argentina	1996	9,9	3,0
Austrália	1999	21,2	5,1
Áustria	2000	29,3	10,4
Canadá	1997	19,6	5,1
Chile	1994	10,2	1,4
China	1998	13,4	14,8
Colômbia	1994	5,5	1,5
Cuba	1996	24,5	12,0
Dinamarca	1998	20,9	8,1
Egito	1987	0,1	0,0
Estônia	1999	56,0	12,1
E.U.A.	1998	18,6	4,4
Finlândia	1999	37,9	9,6
França	1998	27,1	9,2
Holanda	1999	13,0	6,3
Honduras	1978	0,0	0,0
Hungria	2000	51,5	15,4
Índia	1998	12,2	9,1
Irã	1991	0,3	0,1
Itália	1998	12,3	3,6
Jamaica	1985	0,5	0,2
Japão	1999	36,5	14,1
Kuwait	2000	1,6	1,6
Lituânia	2000	75,6	16,1
Peru	1989	0,6	0,4
Portugal	2000	8,5	2,0
Reino Unido	1999	11,8	3,3
Rússia	1998	62,6	11,6
Síria	1985	0,2	0,0
Tailândia	1994	5,6	2,4
Ucrânia	2000	52,1	10,0

Fonte: World Health Organization, 04 de setembro de 2002.

O único país que apresentou uma taxa maior de suicídio para as mulheres, foi a China, com uma razão de chance de 3,6 (IC95%: 2,8 – 4,7) em relação aos homens (Phillips e cols., 2002). Alguns pesquisadores acreditam que o motivo para isto seria o baixo status sócio econômico e as limitadas oportunidades no país para as mulheres (Phillips e Zhang, 2002). Os suicídios ocorreram com maior frequência na zona rural

(3,39 vezes mais freqüente que na zona urbana), fato este que se repete em outros países, onde as taxas de suicídio estão diminuindo no meio urbano, mas aumentando nas zonas rurais, como observado na Finlândia (Pesonen e cols., 2001). Devido a boa parte das mulheres na China trabalhar na zona rural, pode-se supor, que um dos fatores precipitantes seria a exposição aos pesticidas, que levaria a uma pior performance cognitiva (Baldi e cols., 2001) e, conseqüentemente, a sintomas depressivos e suicídio.

Existem vários modelos que tentam explicar a ampla variação nas taxas de suicídio entre diferentes países. Alguns fatores fisiológicos foram investigados Manson e Jacobs (1978), acreditavam que as nações que consumiam mais milho que outros cereais, apresentavam um maior risco, pois tal cereal possui menos aminoácido L-tryptofano, que participa da síntese da serotonina. No entanto em 1985, Lester estudou 38 nações não encontrando uma associação entre o consumo de milho e taxas de suicídio (Lester, 1997). Outro fator que poderia estar associado seria a predisposição genética. Os países mais atingidos seriam aqueles que apresentam um maior número de pessoas afetadas por uma herança genética de seus descendentes, que não teriam o gene da enzima triptofano hidroxilase situado no cromossomo 2, ou o gene que codifica o transporte de serotonina, situado no cromossomo 17 (Gutiérrez, 2002). Nenhuma pesquisa avaliando diferentes nações foi encontrada, para saber se esta teoria poderia ter algum fundamento empírico.

O consumo de álcool tem mostrado associação com taxas de suicídio (McClure, 2000). Países em que o álcool é proibido apresentam baixas taxas de suicídio, enquanto os países onde o consumo é mais intenso, como a Lituânia, demonstram taxas elevadas de suicídios consumados.

McClure (1987) observou que as nações desenvolvidas, com uma alta proporção de idosos, apresentam uma alta taxa de suicídio. Em dados absolutos a população jovem é a mais afetada: 55% dos suicídios são cometidos por pessoas entre 5 e 54 anos (Bertolote e Fleischman, 2002), mas quando comparadas as faixas etárias, a maior taxa de suicídio é entre homens com mais de 65 anos (Solomon, 2002), o que justificaria, em parte, os índices elevados nos países desenvolvidos que apresentam uma maior expectativa de vida.

Existe uma correlação inversamente proporcional, entre homicídio e suicídio. Países que apresentam um número muito grande de homicídios, como o Brasil, costumam apresentar um menor número de suicídios. No Canadá, onde os índices de homicídios são baixos, a taxa de suicídio é sete vezes maior em relação as vítimas de homicídio (Langlois e Morrison, 2002). Este fenômeno é mais facilmente visualizado em países que estão em guerra (Somasundaram e Rajadurai, 1995), como na Região de Nis (sudoeste da região da Servia, Iugoslávia), que apresentou um decréscimo do suicídio nos últimos anos, justamente no período que ocorreram a guerra com a Bósnia e o bombardeamento de Kosovo (Petrovich e cols., 2001).

Crises econômicas e desemprego apresentam as mais diversas interpretações na literatura. Alguns trabalhos associam o aumento na taxa de suicídio aos momentos de crise, como Silva e cols. (1999), que correlacionaram o aumento do número de auto-extermínio na cidade de Salvador (BA), nos anos de 1928 a 1932, à crise da economia americana, gerando uma diminuição dos lucros com a produção agrícola, um descenso social e conseqüentemente um aumento do número de suicídios. Explicação semelhante é descrita em trabalho realizado no leste da Finlândia para explicar o aumento de suicídio na zona rural (Pesonen e cols., 2001). Martikainen

(1990) identifica o aumento de mortalidade geral em desempregados, incluindo suicídio, na Finlândia, mas correlaciona com o tempo que as pessoas ficam desempregadas e não apenas o fato das pessoas estarem desempregadas, e faz uma inferência, que as pessoas que estão desempregadas estão propensas a terem uma saúde pior, dificultando a readmissão. Martikainen, em trabalho posterior (1996), não encontra correlação entre suicídio e desemprego. Segundo o autor, o motivo para esta diferença pode ser as variáveis de confusão, como idade, região geográfica, classe social, tabagismo, consumo de álcool, peso e presença de doença pré-existente.

Outros autores não encontram associação entre suicídio e desemprego e/ou crise econômica são: Hintinka e cols. (1999), na Finlândia, de 1985 até 1995; Yang (2001), nos Estados Unidos da América, de 1940 até 1984; Ostamo e Lönnqvist (2001), Finlândia, de 1989 até 1997.

A religião é um fator muito discutido em relação ao ato suicida. Países muçulmanos (ex.: Irã e Egito), como regra geral, apresentam baixos índices de suicídio. Para as outras religiões, isso não é tão marcante. Existem países predominantemente católicos que apresentam altos índices de suicídio (ex.: Áustria e Hungria), e outros têm baixos índices (ex.: Colômbia e Peru). Da mesma forma, países predominantemente protestantes também apresentam variações nas taxas de suicídio. Já os países predominantemente Budistas apresentam taxas de suicídio médias e altas (ex.: China e Japão) (Maris e cols., 2000b).

Outros aspectos interessantes são as variações culturais em relação ao suicídio entre os diversos países. Na Dinamarca, as crianças são criadas com um sentimento de culpa acentuado e o ato do suicídio não é considerado tabu sendo, portanto aceito pela sociedade. E ainda existe a fantasia que após a morte, eles se reúnem com os

seus entes queridos. Na Hungria, que tradicionalmente apresenta altos índices de suicídio, existe uma grande sensibilidade quando ocorre a perda de status social. Na Áustria, a população que comete suicídio é composta de pessoas idosas, que moram sozinhas e em muitos casos, apresentam uma doença clínica debilitante. Outros fortes componentes culturais são o *hara-kiri* e *seppukku*, que ocorrem no Japão, como uma forma de restituir a honra perdida. Na Índia, quando o marido falece, é comum a mulher se matar como forma de se reunir com o marido em outra vida. Os esquimós, quando idosos se afastam de sua família, para morrerem isolados, pois se consideram um fardo para todos da comunidade onde vivem (Maris e cols., 2000c).

Não é possível isolar um único fator como responsável pelas diferenças encontradas entre os países. Entretanto, a somatória de alguns destes fatores podem fornecer pistas sobre a ocorrência de auto-extermínio nas diferentes nações.

Alguns dos dados oficiais da WHO se mostram no mínimo intrigantes, como as taxas de suicídio para alguns países como Honduras, Síria e Peru. Existe a possibilidade de que estes dados tenham sido muito subestimados na coleta de dados.

2.2.2 Mortalidade por suicídio na população geral – dados nacionais

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio em 1992 foi de 3,5/100.000 habitantes (5,6 para homens e 1,6 para mulheres) (Botega e cols. 2002). No município de São Paulo, o coeficiente de mortalidade por suicídio vem se mantendo estável nos últimos anos. Em 1991, o coeficiente foi de 4,7/100.000 habitantes e em 1999 foi de 4,4 (Gawryszewski, 2000). Nestes estudos foram considerados suicídios somente as lesões autoprovocadas.

A tabela 2 mostra os coeficientes de suicídio, por 100.000 habitantes, segundo a região do país para o estado e o município de São Paulo, de acordo com os dados do DATASUS, referentes ao ano de 1999. Foram considerados como suicídio as lesões autoprovocadas voluntariamente e os casos de envenenamento por substância nociva. Este é o motivo mais provável para a diferença encontrada entre os dados da tabela 2 e os de Gawryszewski (2000).

TABELA 2 – NÚMERO DE SUICÍDIOS, TOTAL DA POPULAÇÃO E COEFICIENTES POR 100.000 HABITANTES, SEGUNDO A REGIÃO, DETALHANDO O ESTADO E O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Região	Suicídios	População	Índice para 100.000 Habitantes
Norte	314	12.133.636	2,6
Nordeste	1.217	46.288.935	2,6
Sudeste	2.559	69.858.187	3,7
Sul	2.099	24.445.843	8,9
C. Oeste	645	11.220.835	5,7
São Paulo (estado)	1.591	35.816.704	4,4
São Paulo (município)	482	9.968.485	4,8

Fonte: DATASUS, dados relativos ao ano de 1999.

2.2.3 Relação entre suicídio e transtornos mentais

Diversos pesquisadores estudaram a relação entre suicídio e transtorno mental na população (tabela 3). As evidências mostram que pessoas acometidas por transtorno mental apresentam uma maior chance de vir a cometer suicídio, em comparação com a população geral (Tanney, 2000).

Segundo estudos que utilizaram como método a autópsia psicológica*, 86% a 98% dos suicidas apresentam algum transtorno mental (Cheng, 1995; Foster e cols., 1997; Arato e cols., 1988; Heriksson, 1993). Já outros tipos de estudo

*Grüspun, 1991 - descreve o método como um inquérito que pode ser extenso, como a pesquisa de prontuários, realização de entrevistas com os trabalhadores de saúde mental que atenderam ao paciente, familiares ou pessoas que conviviam com o paciente antes de sua morte.

verificaram que entre as pessoas que se mataram, 33% a 48,4% haviam tido contato com algum serviço de saúde mental (King, 1994; Rushena e cols., 1998; Lawrence e cols., 2001; Qin e cols., 2001) .

TABELA 3 – ESTUDOS QUE RELACIONAM MORTE POR SUICÍDIO COM PRESENÇA DE TRANSTORNO MENTAL OU CONTATO COM SERVIÇOS PSIQUIÁTRICOS

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento	Amostra	Resultados
Cheng (1995)	Oeste, Taiwan	1981 – 1985	Caso-controle, Populacional, Autópsia psicológica.	Compara 116 suicídios ocorridos entre aborígenes e controles não aborígenes pareados por idade, sexo e área de residência.	Somente 1,7% não tinham diagnóstico psiquiátrico (psiq.). Antecedentes psiq. de casos e controles foram semelhantes.
Foster e cols. (1997)	Irlanda do Norte	1992 – 1993	Série de casos, Populacional, Autópsia psicológica.	Investigaram 118 suicídios, do total de 154 ocorridos no período.	106 (90%) apresentavam algum Transtorno (T.) psiq., sendo 102 (86%) do eixo I ¹ , comorbidade ² esteve presente em 65 (56%).
Arato e cols. (1988)	Budapeste, Hungria	1985	Série de casos, Populacional, Autópsia Psicológica.	Entrevista com familiares de 200 pessoas que cometeram suicídio.	Somente 28 (14%) não apresentavam diagnóstico psiq. 16 (8%) eram esquizofrênicos (esq.) 100 (50%) apresentavam depressão maior.
Heriksson e cols. (1993)	Finlândia	1987 – 1988	Série de casos, Populacional, Autópsia psicológica	Os sujeitos desta amostra representavam 16,4% (229) de todas as pessoas que cometeram suicídio no período de estudo.	Um ou mais diagnósticos do eixo I foram realizados em 93% dos casos, em 2% nenhum diagnóstico foi possível, em 5% as informações foram insuficientes.
Myers e Neal (1978)	Shospshire, Inglaterra	1965 – 1973	Série de casos, Populacional.	Estudou os registros de morte e de atendimento psiq. no período.	256 suicídios ocorreram, 100 (39%) pessoas haviam passado em serviço psiquiátrico (psiq.).

continua

conclusão

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento	Amostra	Resultados
King (1994)	Southampton Inglaterra	1974 – 1981.	Série de casos, Populacional.	Estudou os registros oficiais de mortes por suicídio e a existência de contato destas pessoas durante o ano que antecedeu a morte com serviços psiq..	Foram identificados 286 sujeitos, sendo que em 41 casos não foi possível identificar se a causa foi realmente por suicídio. Cento e oito (37,8%) apresentavam passagem pelo psiquiatra.
Ruschena e cols. (1998)	Vitória, Austrália	1995	Caso-controle, Populacional.	Estudo através do registro das mortes ocorridas no período e dados do setor público se o pac. havia recebido tratamento psiq..	Do total de mortes por suicídio (569), 188 (33%) pessoas tinham passagem pelo serviço psiq..
Lawrence e cols. (2001)	Oeste da Austrália	1980 – 1998	Série de casos, Populacional.	3.731 mortes por suicídio durante o período estudado, através de informações do sistema de saúde observou-se quantos haviam passado pela saúde mental.	1.681 (45%) passaram pelo psiquiatra antes de sua morte.
Agerbo e cols. (2002)	Dinamarca	1981 - 1997	Caso-controle, Populacional.	496 jovens (10 a 21 anos) que cometeram suicídio foram pareados com 24.800 controles por sexo e idade.	As pessoas que haviam se matado, apresentavam história de admissão psiq. (OR: 1,90; IC95% 1,85 – 3,29).
Qin e cols. (2000) e Agerbo e cols. (2001)	Dinamarca	1982 – 1994	Caso-controle, Populacional	Foram comparados 811 casos de suicídio com 79.871 controles que morreram no tempo de estudo.	História de internação psiq. foi o maior fator de risco: 48,4% casos vs. 4,5% controles.
Geddes e Appleby (1999)	Reino Unido	1996 – 1998	Série de casos, Populacional.	Ocorreram 10.040 suicídios no período.	2.370 (24%), haviam tido contato com o serviço de saúde mental no período de 12 meses que antecederam ao suicídio.

¹A autópsia psicológica tende a fornecer valores elevados, pois conforme a metodologia utilizada, são entrevistados familiares após a morte por suicídio de um indivíduo, existindo, portanto a tendência de supervalorização dos sintomas psiquiátricos.

Outros pesquisadores (Myers e Neal, 1978; King, 1994; Rushena e cols., 1998; Lawrence e cols., 2001), analisaram os dados de todos os suicídios ocorridos em um determinado período de tempo, e observaram retrospectivamente se estas pessoas passaram por algum serviço de saúde mental. Os resultados destes estudos mostram valores bem inferiores à autópsia psicológica, pois várias pessoas que cometem suicídio, podem ter algum problema psiquiátrico e nunca ter recorrido a um serviço de saúde mental. Para corroborar esta idéia, Villano realizou um trabalho com pacientes que eram consultados em um ambulatório de clínica geral, e utilizando um instrumento padronizado de diagnóstico psiquiátrico, estimou que somente 36% dos “casos psiquiátricos” eram diagnosticado pelos médicos clínicos (Botega e Smaira, 2002).

Diversas investigações utilizando desenho caso controle (Qin e cols., 2000; Agerbo e cols., 2001), onde são comparadas pessoas que morreram por suicídio com aquelas que morreram por morte natural, as pessoas suicidas apresentam a internação psiquiátrica como fator de risco. A premissa adotada seria de que portadores de TMG necessitariam de internação com frequência, e possivelmente uma parte desta amostra foi internada por estar apresentando ideação ou tentativa de suicídio.

1 - A classificação americana de psiquiatria, através do seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM –IV-TR, 2002), realiza um sistema de avaliação multiaxial, o Eixo 1 corresponde a todos os transtornos psiquiátricos exceto T. de Personalidade e Retardo Mental (Eixo 2).

2 - Comorbidade – termo criado por Fenton (1970): “Qualquer entidade clínica adicional que tenha ocorrido ou venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença índice esteja sob estudo” (Marques, 2000).

2.2.4 Frequência de suicídio em pacientes com transtornos mentais

Altas taxas de suicídio têm sido encontradas entre os portadores de transtornos mentais, em especial os TMG, como a esquizofrenia, onde as taxas de suicídio apresentam-se cerca de 20 vezes superiores às observadas na população geral (Menezes, 2000).

Para os portadores de TMG, o suicídio foi responsável por 7,6 a 38,1% da causa de todas as mortes. A mortalidade geral por suicídio variou de 2% a 13,1%, semelhante à das pessoas que apresentavam qualquer transtorno psiquiátrico, que variou de 1,2% a 17,7% (Tabela 4).

TABELA 4 – ESTUDOS SOBRE A FREQUÊNCIA DE SUICÍDIO EM PACIENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento	Amostra	Resultados
Wilkinson (1982)	Londres, Inglaterra	1965 - 1979	Coorte histórica, Hospitalar.	39 pacientes (pac.) com diagnóstico de esquizofrenia (esq.) que apresentaram sua primeira internação hospitalar entre 1965 e 1969, foram reavaliados em 1979.	7 morreram, sendo 3 (7,6%) por suicídio.
Krauz e cols. (1995)	Hamburgo, Alemanha	1972 – 1990	Coorte histórica, Hospitalar.	61 adolescentes (14-18 anos) com diagnóstico de esq., que estiveram internados entre 1972 e 1978, foram reavaliados em 1990.	8 (13,1%) cometeram suicídio, existindo uma diferença significativa quanto ao sexo, 2 mulheres (6,0%) contra 6 homens (21,4%).

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento	Amostra	Resultados
Wiersma e cols. (1998)	Províncias do norte, Holanda	1978 – 1993	Coorte histórica, Hospitalar.	82 esq. e portadores de outras psicoses funcionais não afetivas, que tiveram um primeiro contato com serviço de saúde em 1978 foram reavaliados 15 anos após.	9 (11%) cometeram suicídio, 7 enquanto apresentavam uma remissão parcial do quadro sendo predominantes os sintomas de depressão e ansiedade.
Naik e cols. (1997)	Nottingham, Inglaterra	1974 – 1992	Coorte histórica, Hospitalar.	87 pessoas que apresentaram a sua primeira internação psiquiátrica em 1974 foram rastreadas através da central de registros de saúde.	9 (10,3%) haviam cometido suicídio. Infere que o suicídio é a mais importante consequência dos Transtornos (T.) Psiq..
Lee e cols. (1998)	Hong Kong, China	1977 – 1993	Coorte histórica, Hospitalar.	100 pac. com um primeiro episódio de esq. em 1977, foram reavaliados 2 e 15 após.	Na Segunda reavaliação 9 pac. não foram rastreados, 23% dos sujeitos nunca foram internados, 10 (10%) faleceram por suicídio, 5 durante uma fase ativa da doença.
Donnelly e cols. (1997)	Irlanda do Norte	1987 – 1993	Coorte prospectiva, Hospitalar.	112 pac. que ficaram internados por muitos anos (2/3 de esq.) foram reavaliados 3 a 6 anos após a alta.	3 (2,68%) cometeram suicídio dois anos após a alta.

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento	Amostra	Resultados
Wieselgren e Lindström (1996)	Uppsala, Suécia	1979 – 1989	Coorte histórica, Hospitalar.	120 esq., que foram consecutivamente admitidos no hospital foram seguidos por 5 anos.	Não foi possível encontrar 19 (15,9%). Dos pac. encontrados 7 (7%) tinham cometido suicídio.
Bralet e cols. (2000)	Somme e Oise, França	1991 – 1999	Coorte prospectiva, Hospitalar.	150 esq. crônicos foram seguidos pelo período de 8 anos.	13 (8,67%) pac. morreram no período, 3 (23,08%) por suicídio.
Black e Fisher (1992)	Iowa, E.U.A.	1970-1988	Coorte histórica, Hospitalar.	356 pac. com esq. que estiveram internados foram rastreados através do registro de mortalidade no período estudado.	42 (11,8%) morreram, sendo que 16 (38,1%) por suicídio.
Brow e cols. (2000)	Southampton Inglaterra	1981 – 1994	Coorte histórica, Populacional.	370 pac. esq. que tiveram contato com os serviços de psiquiatria foram rastreados através dos dados do censo.	13 (4%) não foram rastreados, 79 (21,3%) tinham morrido, sendo 14 (17,7%) por suicídio. 10 pac. estavam sob tratamento psiq., 3 tinham recusado tratamento e 1 tinha saído do hospital duas semanas antes da morte.
Tsuang (1978)	Iowa, E.U.A.	1934 – 1974.	Coorte-histórica, Hospitalar.	Estudou 200 pac. esq., 100 pac. com mania e 160 pac. cirúrgicos que estiveram internados entre 1935 e 1944.	Após um seguimento por 40 anos, 8 (4%) esq., 6 (6%) dos pac. com mania e apenas 1 (0,6%) dos controles (cirúrgicos), morreram por suicídio

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento	Amostra	Resultados
Allebeck e Wistedt (1986)	Stocolmo, Suécia	1971 – 1981	Coorte histórica, Populacional.	Avaliaram 1.190 portadores de esq. que foram liberados dos hospitais psiquiátricos em 1971, através do registro das mortes em 1981.	47 (3,9%) haviam cometido suicídio e 14 morreram por causa indeterminada.
Donnelly e cols. (1997)	Irlanda do Norte	1987 – 1993	Coorte prospectiva, Hospitalar.	112 pac. que ficaram internados por muitos anos (2/3 de esq.) foram reavaliados 3 a 6 anos após a alta.	3 (2,68%) cometeram suicídio dois anos após a alta.
Mortensen e Juel (1993)	Dinamarca	1970 – 1987	Coorte histórica, Populacional.	Foram incluídas todas as primeiras internações de pac. esq. (9.156), durante o período estudado e o registro de mortalidade no mesmo período.	707 homens morreram, 379(53%) por suicídio, entre as mulheres foram 393 óbitos, 138(35%) por suicídio. O risco foi maior nos primeiros anos de doença.
Stephens e cols. (1997, 1999)	E.U.A.	1913 – 1954	Coorte histórica, Hospitalar	De uma amostra de 1.357 pac. esq. internados entre 1913 e 1940 foi possível realizar o levantamento de 1.212 (92,7%) pac. através de seus prontuários de 1936 até 1954 em alguns casos.	Somente 28 (2%) cometeram suicídio.
Newman e Bland (1991)	Alberta, Canadá	1972 – 1981	Coorte histórica, Populacional.	3.400 pac. esq. que haviam recebido tratamento psiq. entre 1972 e 1986.	301 (8,3%) mortes, 97 (32,2%) devido ao suicídio.
Hannerz e Borga (2000)	Suécia	1978 – 1993	Coorte histórica, Hospitalar.	Todos os pac. suecos internados no período de 1978 a 1982 com diagnóstico de psicose funcional (41.134), investigados pelo registro de morte da Suécia.	Ocorreu uma diminuição da expectativa de vida de 25% (IC95%: 22,1 a 27,9%), sendo que o grupo entre 20-49 anos, 62% do excesso de mortalidade foi devido ao suicídio.

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento	Amostra	Resultados
Black e cols. (1985)	Iowa, E.U.A.	1972 – 1981	Coorte histórica, Hospitalar.	5.412 pac. psiq. internados entre 1972 e 1981.	68 (1,2%) cometeram suicídio. O suicídio correspondeu a 20,5% de todas as causas de morte.
Allebeck e Wistedt (1986)	Stocolmo, Suécia	1971 – 1981	Coorte histórica, Populacional.	Avaliaram 1.190 portadores de esq. que foram liberados dos hospitais psiquiátricos em 1971, através do registro das mortes em 1981.	47 (3,9%) haviam cometido suicídio e 14 morreram por causa indeterminada.
Hoyer e cols. (2000)	Dinamarca	1973 – 1993	Coorte histórica, Populacional.	54.103 pac. com diagnóstico de T. Afetivo que haviam sido admitidos no hospital pela primeira vez.	29 % dos pac. morreram, sendo o suicídio responsável por 20% destas mortes.
Lawrence e cols. (2000)	Oeste, Austrália	1980 – 1995	Coorte histórica, Populacional.	133.105 pacientes que realizaram contato com serviço de saúde mental, entre 1980 – 1995, investigados pelos registros de morte.	14.068 (11%) morreram no período. A razão de mortalidade por suicídio para as mulheres (RR: 8,38; IC 95%: 7,11 a 9,89) foi maior que para homens (RR: 7,37; IC95%: 6,74 – 9,89) em relação à população geral.

continua

conclusão

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento	Amostra	Resultados
Bostwick e Pankratz (2000)	17 trabalhos publicados em língua inglesa	1966 – 1999	Meta-análise.	Os trabalhos com portadores de T. Afetivos foram divididos entre os que possuíam ou não internação psiquiátrica.	A estimativa de suicídio na vida, em pessoas que tinham hospitalização por ideação suicida foi de 8,6%, nos hospitalizados sem relato de ideação 4,0%, sem diferenciação de ter ou não internação 2,2%.
Harris e Barraclough (1998, 1997)	Trabalhos de língua Inglesa	1966 – 1995	Meta-análise.	Foram pesquisados mais de 150 trabalhos que relatavam a mortalidade em T. mentais.	O risco de suicídio em pac. portadores de esq. foi 8,5 a 9 vezes maior que o observado na população geral.

Os diferentes resultados podem ter ocorrido pela variação quanto ao tempo de observação, tipos de estudo, metodologia utilizada e tamanho da amostra.

Um trabalho que diverge bastante dos demais, pelo baixo índice de suicídio, foi o realizado por Stephens e cols. (1997, 1999), em uma amostra de 1307 pacientes internados entre 1913-1940 nos Estados Unidos. Foi possível realizar o seguimento de 1212 (92,7%) pacientes. Destes, 28 (2%) sabidamente cometeram suicídio. O tipo de fonte de informação utilizada, a leitura de prontuários, pode ser o motivo deste baixo índice, mas isto dificilmente pode ser quantificado. Como eles não puderam saber o que ocorreu com 7% da amostra inicial, pode ser que parte dessas pessoas tenha cometido suicídio.

Os estudos que selecionaram pacientes jovens ou que estavam em uma primeira internação (Wilkinson, 1992; Krauz e cols., 1995; Wiesma e cols. 1998; Naik e cols., 1997; Lee e cols., 1998; Mortensen e Juel, 1993) mostraram taxas mais altas que aqueles que acompanharam pacientes que já tinham transtorno há vários anos (Dennelly e cols., 1997; Bralet e cols, 2000; Allebeck e Wistedt, 1986).

Em estudos cujo tempo de seguimento foi menor (Black e cols., 1985; Wieselgren e Lindström; 1996), a proporção de suicídio encontrada também foi menor. Outros trabalhos não apresentam os dados absolutos, mas a razão de mortalidade (Lawrence e cols., 2000) e de expectativa de vida (Hannerz e Borga, 2000), em relação à população geral. De acordo com tais estudos, comparada à população geral, o risco de morrer por suicídio em pessoas com TMG é 8 vezes maior.

2.2.5 Fatores de risco para o suicídio em portadores de transtornos mentais

Fatores de risco são características individuais associadas a um maior risco de ter o desfecho estudado (Fletcher e cols., 1997). Oferecem subsídios para os programas preventivos e medidas interventivas na coletividade. Para os clínicos, tais fatores são usados para identificar os pacientes com alto risco de suicídio, determinando o seu período crítico na evolução e instituindo intervenção médica apropriada (Meleiro e Wang, 1995).

Pelos dados da WHO (World Health Organization, 2000c), as pessoas com esquizofrenia que apresentam maior risco de suicídio são jovens, solteiros, inativos, nos primeiros estágios da doença, com alta educação, presença de sintomas persecutórios e depressivos.

Na pesquisa bibliográfica realizada para o presente estudo, as variáveis mais frequentemente associadas ao risco de suicídio foram: desemprego, presença de sintomas depressivos, ideação suicida, tentativas anteriores de suicídio, ausência de um relacionamento afetivo estável, uso de substância psicoativa e número de internações psiquiátricas (Tabela 5).

TABELA 5 – ESTUDO SOBRE FATORES ASSOCIADOS A SUICÍDIO EM PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Rose e cols. (1983)	Nova Iorque, E.U.A.	1955 – 1980	Caso-controle, Hospitalar.	14 pac. depressivos que cometeram suicídio, pareados com 28 pac., também internados no mesmo período de tempo, com igual diagnóstico.	A prevalência de delírios foi maior no grupo que cometeu suicídio (10/14 casos versus (vs.) 9/28 controles), com uma razão de risco de 5,3 e $p < 0,05$.
Roy (1982a)	Toronto, Canadá	Não descrito	Caso-controle, Hospitalar.	30 pac. esq. crônicos que cometeram suicídio, pareados por sexo e idade, com amostra de igual número e diagnóstico que não cometeram suicídio.	Desemprego (24 casos vs. 17 controles, $p < 0,005$), Exacerbação dos sintomas psicóticos (24 casos vs. 15 controles, $p < 0,01$), história de episódio depressivo (17 casos vs. 5 controles, $p < 0,001$).

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Roy e Draper (1995)	Toronto, Canadá	1970 – 1981	Caso-controle, Hospitalar.	37 pac. que cometeram suicídio enquanto internados foram pareados por sexo, idade com amostra de igual número de pacientes que também internados.	Esq. (28 casos vs. 12 controles, $p < 0,0005$). Tentativa (tent.) anteriores de suicídio (17 casos vs. 2 controles, $p < 0,007$), morar sozinho (20 casos vs. 6 controles, $p < 0,02$).
Sharma (1998)	Ontário, Canadá	1969 – 1995	Caso-controle, Hospitalar.	44 pac. que cometeram suicídio enquanto estavam internados foram pareados por sexo, idade e data de admissão hospitalar com controles que não se mataram.	História de problemas psiq. na família (34 casos vs. 26 controles, $p < 0,05$), tent. de suicídio no passado (32 casos vs. 18 controles, $p < 0,005$), presença de ideação suicida (30 casos vs. 17 casos, $p < 0,05$).
Deisenhammer e cols. (2000)	Innsbruck e Tyrol, Áustria	1987 – 1994	Transversal, Hospitalar.	44 pac. que se mataram enquanto estavam internados.	45% tinham T. Afetivo ou esq. (27,3%), 79,5% estavam sendo tratados em hospitais de portas abertas e 15,9% em unidades fechadas.
Isometsä (1994)	Finlândia	1987 – 1988	Caso controle, Populacional, Autópsia psicológica.	Entre todos os suicídios (1.397) no período, existiam 24 pacientes com depressão e sintomas psicóticos e 46 sem sintomas psicóticos.	Não existiram diferenças quanto a fatores sociodemográficos, comorbidade, história clínica. As vítimas com sintomas psicóticos usaram mais métodos violentos (88% vs. 59%).

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Modestin e cols. (1992)	Suíça	1973 – 1987	Caso-controle, Hospitalar	53 pac. esq. que cometeram suicídio enquanto estavam internados, pareados com igual número de controles também esq. internados no período.	Comportamento suicida durante a hospitalização (33 casos vs. 4 controles, $p=0,0001$), dificuldades vocacionais precoces (41 casos vs. 19 controles, $p=0,0007$) e duração da internação (24 semanas-casos vs. 3 semanas-controles, $p=0,047$).
Shah e Ganesvaran (1999)	Melbourne, Austrália	1973 – 1983	Caso-controle, Hospitalar.	62 pac. esq. internados que se mataram foram comparados com 22 pac. esq. que não se mataram.	Presença de auto-agressão, (74% casos vs. 31% controles, $p<0,02$), ideação suicida antes da internação (77% casos vs. 20% controles, $p<0,0005$), ideação suicida durante a internação (88% casos vs. 13% controles, $p<0,00005$), tent. de suicídio durante a admissão (53% casos vs. 6% controles, $p<0,005$).
Funahashi e cols. (2000)	Nagoya, Japão	1967 - 1992	Caso-controle, Hospitalar.	80 pac. esq. que se mataram foram pareados por sexo e duração da doença com 80 controles esq..	67,5% dos pac. suicidas, apresentavam ideação suicida. A PANSS apresentou associação com suicídio para as seguintes categorias: hostilidade, ansiedade, sentimento de culpa, tensão, depressão e pobre controle dos impulsos. Já o grupo que não apresentou suicídio apresentava mais embotamento afetivo .

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Roy (1982b)	Toronto, Canadá	1968 – 1979	Caso-controle Hospitalar.	90 pac. psiq. suicidas foram pareados por sexo e idade com pac. que haviam realizado um primeiro contato com o serviço, no mesmo período do suicídio.	A maioria do grupo suicida eram pac. esq. crônicos (30 casos vs. 11 controles, $p < 0,02$) e T. afetivo recorrente (17 casos VS. 2 controles, $p < 0,0002$), casado ou amasiado (27 controles vs 14 casos, $p < 0,05$), moravam sozinhos (50 casos vs. 21 controles, $p < 0,001$), desempregado (60 casos vs. 44 controles, $p < 0,02$), tent. prévia de suicídio (42 casos vs. 18 controles, $p < 0,001$), apresentavam sintomas depressivos durante o último episódio (76 casos vs. 46 controles, $p < 0,001$)
Heilä e cols. (1997)	Finlândia	1987 – 1988	Transversal, Populacional, Autópsia psicológica.	Identificados 92 (7%) casos de esq. entre todos os suicídios ocorridos no período. Investigados sintomas anteriores ao suicídio.	Sintomas ativos da doença (78%), sintomas depressivos (64%), tentativa de suicídio anterior (71%), alcoolismo foi mais comum em homens de meia idade 33-44 anos (45%), somente 3% não tinham internação psiquiátrica.

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Isometsä e cols. (1994)	Finlândia	1987 – 1988	Transversal, Populacional, Autópsia Psicológica.	Em seu estudo nacional de mortalidade por suicídio foram identificados e comparados 31 vítimas com T. A.B. (casos) X 71 com depressão maior (controles).	Entre os portadores de T. A. B., na época do suicídio 79% estavam em episódio depressivo, 11% estado misto e 11% durante ou logo após a remissão de um estado de mania com sintomas psicóticos. Divorciados (35% casos vs. 6% controles, $p < 0,001$), história de tratamento psiquiátrico durante a vida (100% casos vs. 75% controles, $p < 0,001$), no período da morte (74% casos vs. 45% controles, $p < 0,05$), presença de hospitalização psiquiátrica durante a vida (97% casos vs. 58% controles, $p < 0,001$), durante o último ano (77% casos vs. 44% controles, $p < 0,01$).
Heriksson e cols. (1993)	Finlândia	1987 – 1988	Retrospectivo, Populacional, Autópsia psicológica	16,4% (229) de todas as pessoas que cometeram suicídio no período de estudo foram escolhidas ao acaso.	Pacientes com depressão apresentavam comorbidade com dependência de álcool (17/71, 24%), T. de personalidade (22/71, 31%) e transtorno físico (35/71, 49%).
Heilä e cols. (1998)	Finlândia	1987 – 1988	Caso-controle, Populacional, Autópsia psicológica.	86 esq. foram comparados com 1.133 pessoas sem evidência de psicose, que haviam cometido suicídio no período.	Presença de tentativa suicídio previa (62% casos vs. 36% controles, $R.R=3,2$; $IC_{95\%} 1,8-5,5$, $p=0,0001$)

continua

conclusão

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Rossau e Mortensen (1997)	Dinamarca	1970 – 1987	Caso-controle aninhado, Populacional.	De 9.156 pac. esq., 508 cometeram suicídio. Para cada indivíduo que cometeu suicídio foram pareados 10 controles. Os dados de mortalidade foram obtidos através dos registros dinamarqueses de morte.	Pac. internados 8 vezes ou mais, apresentavam 11,3 vezes mais chance de suicídio que os que não tinham internação. Pac. que tinham internações clínicas apresentavam 1,60 vezes mais risco que os que nunca passaram em hospital clínico. Duas ou mais tent. prévias ofereciam um risco 2,14 vezes maior que os que nunca tentaram.
Qin e cols. (2002)	Dinamarca	1981 - 1987	Caso-controle Aninhado, Populacional.	4.262 pessoas que cometeram suicídio, com idade entre 9 e 45 anos comparados com 80.238 controles, pareados por idade e sexo.	História familiar de suicídio aumenta o risco de suicídio em pessoas que são possuidoras de T. mental (2,37; IC: 1,11 – 5,09). Tal ocorrência também foi encontrada entre as pessoas que não apresentavam T. mental (2,66; IC: 1,82 – 3,88).

Uma das dificuldades encontradas para sintetizar os resultados dos trabalhos acima relacionados reside no fato de cada estudo examinar fatores diferentes, como o local onde o paciente se tratava (Deisenhammer, 2000), número de internações anteriores (Rossau e Mortensen, 1997), história de problemas psiquiátricos na família (Sharma, 1998), duração da internação (Modestin e cols, 1992) e dependência de álcool (Heriksson e cols., 1993).

Além disso, boa parte dos estudos (Rose e cols, 1983; Roy e cols., 1982a; Roy e Draper, 1995; Sharma, 1998), utilizam amostras pequenas e de serviços específicos.

A maioria dos estudos relacionados examina amostras hospitalares (Rose e cols, 1983; Roy, 1982a, Roy e Draper, 1995; Sharma, 1998, Deisenhammer e cols., 2000; Modestin e cols., 1992; Shah e Ganesvaran, 1999; Roy, 1982b; Powell, 2000), nas quais pode ocorrer uma maior freqüência de sintomas psiquiátricos, inclusive ideação suicida que pode ser um dos motivos da internação.

2.2.6 Influência do tratamento em relação ao suicídio

Muitos tratamentos psiquiátricos contemporâneos reduzem ou previnem sintomas e melhoram o estado funcional e a qualidade de vida dos pacientes. Há suporte consistente para o risco reduzido de atos suicidas durante a profilaxia com lítio (Muller-Oerlinghausen, 2001; Ahrens e Muller-Oerlinghausen, 2001).

Há evidências de que o uso de medicação reduz sensivelmente a mortalidade por suicídio em portadores de transtorno mental, principalmente para aqueles que aderem corretamente ao uso da medicação (Tabela 6).

TABELA 6 – ESTUDOS SOBRE O PAPEL DO TRATAMENTO EM RELAÇÃO AO SUICÍDIO

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Taiminen e Kujari (1994)	Finlândia	1967 – 1993	Caso-controle, Hospitalar.	28 pac. com diagnóstico de esq. Que cometeram suicídio foram pareados por sexo, idade e diagnóstico com pac. Internados no mesmo período.	Pac. que cometeram suicídio usavam baixas doses de neurolépticos (Doses médias equivalentes de 183 mg de Clorpromazina) com RR 4,5 vezes maior que os que tomavam dose acima de 300mg.
Heilä e cols. (1999)	Finlândia	1997 – 1998	Coorte histórica, Populacional, Autópsia psicológica.	88 pac. que cometeram suicídio.	57 % não aderiram corretamente à medicação (foram consideradas efetivas doses equivalentes a 300 mg de Clorpromazina).
Meltzer (1999)	Londres, Inglaterra	1990 – 1995	Coorte prospectiva, Hospitalar.	88 pac. (73 esq. Resistentes a tratamento e 15 esquizoafetivos) foram avaliados a cada 6 meses por 2 anos após a introdução de Clozapina.	Nos dois anos que precederam a introdução de Clozapina, 22 sujeitos haviam tentado suicídio. Após a introdução da medicação ocorreram apenas 3 tentativas.
Coppen e Farmer (1998)	Epson, Grã-Bretanha	1977 – 1995	Coorte prospectiva, Hospitalar.	76 pac. com depressão unipolar (no mínimo 3 episódios depressivos), 36 com T. A. B. (no mínimo 3 episódios sendo pelo menos um de mania e outro depressivo) ou T. esquizoafetivo.	70% dos pac. continuaram tratamento por pelo menos 2 anos após a alta hospitalar, alguns chegaram a ser acompanhados por 18 anos. A mortalidade por suicídio foi de 1,3 por 1000 pac.-ano. Para os pacientes que haviam descontinuado o tratamento, a taxa de suicídio foi de 7,1 por 1000 pac.-ano.

continua

conclusão

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Oerlinghausen e cols. (1994)	Aarhus, Risskov e Berlim, Dinamarca e Alemanha.	Não descrito	Ensaio clínico, Hospitalar.	471 pac. (Depressão unipolar - 108, mania bipolar - 3, T. A.B. - 276, esquizoafetivo- 49, outros -7) que começaram o uso de lítio.	140 pac. descontinuaram o tratamento com lítio antes de um ano, neste grupo ocorreram 6 mortes, sendo 2 por suicídio, dando uma razão de mortalidade 16 vezes maior quando comparada à população geral. Para os pac. que tomaram a medicação por vários meses (estudo foi de 87 meses), a razão de mortalidade para suicídio não diferiu significativamente da população geral.
Tondo e cols. (2001)	Artigos escritos em Inglês dos sistemas de busca: Medline, PsychList e PubMed.	1970 - 2000	Meta-análise.	5.647 pacientes (33.473 pac. risco ano) portadores de transtorno afetivo, em 22 estudos.	Ocorreram menos mortes por suicídio em pacientes que realizaram tratamento de manutenção em comparação aos que paravam o uso (Razão: 8,85; IC95% 4,14 - 19,1; p<0,0001).

Os estudos que examinaram a relação entre medicação e suicídio (Meltzer, 1999; Oerlinghausen e cols., 1994) não tiveram um grupo controle com utilização de placebo ou outra medicação para saber a real influência da utilização da mesma.

Os resultados dos estudos de coorte (Coppen e Farmer, 1998; Taiminen e Kujari, 1994; Heila e cols, 1999) levam em conta o fato do pacientes não estar tomando corretamente a medicação. Pode ter ocorrido que pacientes já tivessem apresentado sintomas psiquiátricos ou mesmo ideação suicida quando não estavam utilizando adequadamente a medicação e a má aderência ser somente um marcador dessa piora na sua psicopatologia.

2.3 Relação entre tentativas de suicídio e suicídio

Rapeli e Botega (1998) descrevem que 15 a 25% das pessoas que tentam suicídio apresentarão uma nova tentativa no período de um ano, e que 10% das pessoas que tentam suicídio conseguem se matar nos próximos dez anos.

Friedell e cols. (1995) acompanharam por 5 anos, 75 pessoas que haviam tentado suicídio e ficaram internadas na Suécia. Neste período, 10 (13%) faleceram por suicídio. Da amostra inicial foi possível entrevistar o próprio sujeito ou familiar de 42 pessoas. Dezesete (40%) tinham tentado suicídio novamente no período estudado. Preditores para uma nova tentativa de suicídio foram: ser jovem, ter sintomatologia psiquiátrica mais proeminente, apresentar um funcionamento social pobre e uma longa história de tratamento psiquiátrico.

Suokas e cols. (2001) acompanharam 1018 pessoas que foram atendidas em um serviço de emergência da Finlândia por apresentarem lesões auto infligidas, durante o ano de 1983. Após 14 anos de acompanhamento 68 (6,7%) haviam cometido suicídio. Os principais fatores de risco para o suicídio foram ser do sexo masculino, ter história de tratamento psiquiátrico prévio, doenças somáticas e apresentar desejo expresso de morrer.

Drake e cols. (1986) compararam pacientes esquizofrênicos 3 a 7 anos após o período em que estiveram internados em hospital americano e posteriormente se suicidaram (n=15) a outros que haviam tentado suicídio sem êxito letal (n=19). Comparados aos que tentaram e não conseguiram se suicidar, os pacientes que cometeram suicídio com maior frequência moravam sozinhos (60% vs. 11%, $p<0,01$), apresentavam desesperança (67% vs. 26%, $p<0,05$), ideação suicida (87% vs. 37%, $p<0,01$) e humor deprimido (60% vs. 52%, $p<0,05$).

Beautrais (2001) realizou um estudo caso-controle na Nova Zelândia no qual características de risco para comportamento suicida foram examinadas em 202 indivíduos que morreram de suicídio, 275 que realizaram sérias tentativas de suicídio e 984 controles sem história de tentativa de suicídio. Foram encontrados os seguintes fatores comuns para tentativa de suicídio e suicídio: presença de transtorno de humor atual, tentativas prévias de suicídio, admissões em hospitais psiquiátricos no ano anterior, exposição recente a fatores de stress pessoais, eventos de vida ligados ao trabalho ou a questões legais. Os pacientes suicidas eram mais velhos e pertenciam ao sexo masculino. Já os pacientes que tentaram suicídio e não conseguiram apresentavam mais sintomas ansiosos.

Os trabalhos de Friedell e cols. (1995) e Suokis e cols. (2001) apresentaram semelhanças quanto ao fato de ter seguido os pacientes por um determinado período de tempo, mas a amostra de Friedell apresentava pacientes mais graves, até pelo fato dos mesmos terem necessitado de internação, resultando em maiores taxas de suicídio apesar do tempo de exposição ter sido menor.

O trabalho de Beautrais (2001), relata a semelhança entre o grupo que tentou suicídio e não conseguiu o intento com aqueles que conseguiram se matar. A própria autora considera que podem existir fatores que diferenciam estes dois grupos, mas existe a probabilidade destes fatores não terem sido estudados.

2.4 Estudos sobre tentativas de suicídio

2.4.1. Tentativas de suicídio na população geral

Dados relativos a tentativas de suicídio são mais difíceis de serem obtidos que os de mortalidade por suicídio. Estima-se que as taxas de tentativa de suicídio sejam pelo menos dez vezes superiores às de suicídio (Botega e cols. 2002). O número de tentativas de suicídio em quinze diferentes centros europeus, em 1989, mostrou grande variação, com cidades com altos coeficientes, como Helsinque (414/100.000 habitantes) e outras com coeficientes baixos, como Pádua (64/100.000 habitantes). A média de tentativas de suicídio destes centros europeus foi de 167/100.000 habitantes para o sexo masculino e 222/100.000 habitantes para o sexo feminino (Platt e cols., 1991).

Schmidtke e cols. (1996) realizaram estudo sobre as tentativas de suicídio de 1989 a 1992, em 13 centros Europeus. No período estudado, ocorreu uma diminuição do número de tentativas para a população geral, principalmente na faixa etária dos 35 aos 44 anos (homens, 19%; mulheres, 19%). A única faixa etária que destoou foi a de pessoas maiores de 55 anos, que apresentaram um aumento do número de tentativas (homens, 11%; mulheres 9%). Mais de 50% das pessoas que tentaram suicídio apresentavam mais de uma tentativa e quase 20% das segundas tentativas foram feitas nos 12 meses posteriores à primeira tentativa. O método utilizado foi considerado leve na maioria dos casos.

Trabalho realizado por Cassorla (1991) na cidade de Campinas estimou um coeficiente de 154 tentativas para 100.000 habitantes. No entanto, este valor pode estar subestimado, pois em um grupo controle populacional de cinquenta pessoas que

não faziam tratamento psiquiátrico, descobriu-se que 12% já haviam tentado suicídio e quase metade destes não procuraram nenhum serviço de saúde por ocasião da tentativa. Outro problema que contribui para uma subestimação do coeficiente de tentativas de suicídio, conforme Stubbe (1995) é o tabu social, que faz com que muitas famílias e médicos tendam a camuflar a tentativa, e o paciente, quando atendido no setor de emergência do hospital, pode não receber o diagnóstico de tentativa de suicídio.

2.4.2 Freqüência de tentativas de suicídio em portadores de transtornos mentais graves

A tentativa de suicídio, como descrito anteriormente, é um dos maiores fatores de risco para que o paciente cometa o suicídio no futuro. Pacientes com transtorno mental grave, segundo a presente revisão bibliográfica (Tabela 7), apresentaram taxas de tentativa de suicídio que variaram de 25% a 55% ao longo da vida. Apesar disso, importantes pesquisadores, como Weisman (1974), consideram como diagnósticos que apresentam associação com tentativa de suicídio apenas a histeria, a depressão e a presença de hostilidade, não fazendo menção aos transtornos psicóticos.

TABELA 7 – ESTUDOS SOBRE A FREQUÊNCIA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Hislop e cols. (1996)	Glasgow, Escócia	4 meses em 1995	Serie de casos, Hospitalar	47 pacientes atendidos pelo serviço de interconsulta.	31 (66%) apresentavam autolesão. 25 (80,6%) já tinham acompanhamento psiq. e 24 (77,4%) tent. prévias.
Verdoux e cols (2001)	Bordeaux, França.	Não Descrito.	Coorte prospectiva, Hospitalar.	65 pac. que apresentaram a sua primeira internação por sintomas psicóticos, seguidos por dois anos após o surto.	Dados foram coletados de 59 (92,2%) pessoas: 1 paciente cometeu suicídio e 7 (11,3%) apresentaram atos suicidas.
Landmark e cols. (1987)	Londres, Inglaterra	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	118 esquizofrênicos, internados.	59 (50%) pac. com tent. de suicídio, 27 (23%) tent. graves de suicídio, e 14 (12%) tinham múltiplas tentativas ao longo da vida.
Roy e cols. (1984)	Maryland, E.U.A.	1974 – 1983	Transversal, Hospitalar.	127 pac. com esq. crônicos que foram admitidos no hospital.	70 (55,1%) tinham história de tent. de suicídio na vida.
Cohen e cols. (1994)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	184 pac. admitidos em regime hospitalar.	43 (23%) tinham história de tent. de suicídio na vida.
Planansky e Johnston (1971)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	205 esq. que residiam ou foram internados em um período de 18 meses.	52 (25,4%) pacientes apresentavam tentativa de suicídio (TS) durante a vida.
Amador e cols. (1996)	Nova Iorque, Belmont, Richmond, Arkansas, Iowa, Monterrey e Yale, México e E.U.A.	1994	Transversal, Hospitalar.	218 esq., que realizavam tratamento em um dos locais escolhidos para a pesquisa.	49 (22,7%) pac. apresentaram comportamento suicida.
Grupta e cols. (1998)	Búfalo, E.U.A.	1990 – 1994	Transversal, Hospitalar.	336 esq. ou com T. esquizoafetivo avaliados pelo serviço de pesquisa.	98 (29,3%) relatavam ter uma ou mais TS durante a vida.

continua

conclusão

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Mann e cols. (1999)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	347 pac. que foram internados consecutivamente em hospital psiquiátrico.	184 (53%) tinham história de TS na vida.
Walsh e cols. (2001)	Londres e Manchester, Inglaterra	1998 – 2000	Caso-controle, Hospitalar.	353 psicóticos que recebiam “ <i>intensive case management</i> ” foram comparados com 355 psicóticos recebiam “ <i>standart care</i> ”, em um período de seguimento de 2 anos.	Não existiram diferenças significativas de comportamento suicida entre os dois grupos. Da amostra total, 73 (10,3%) tentaram suicídio no período, 9 (1,3%) se mataram.
Radomsky e cols. (1999)	Pittsburgh, E.U.A.	1992-1994	Transversal, Hospitalar.	Foram avaliados 1.048 pacientes admitidos para internação que apresentavam sintomas psicóticos.	317 (30,2%) relatavam TS na vida e 75 (7,2%) no último mês.

2.4.3 Fatores associados a tentativas de suicídio em pessoas com transtornos mentais graves

A relação entre as tentativas não fatais e o suicídio em pessoas com TMG é complexa, existindo uma considerável interação entre ambas para o suicídio (Maris e cols. 2000b). Na revisão de literatura foram identificados fatores muito semelhantes para tentativas ou para suicídio. Algumas das diferenças encontradas podem ter ocorrido em função de se entrevistar somente os pacientes que apresentaram tentativa de suicídio. Hospitalizações mais frequentes, presença de sentimentos de culpa, sintomas depressivos, deterioração funcional, desesperança, idade do início dos sintomas, consciência de possuir sintomas psicóticos, história de tentativa de suicídio

e ideação suicida são os fatores mais freqüentemente associados às tentativas de suicídio (Tabela 8).

TABELA 8 – ESTUDOS SOBRE FATORES ASSOCIADOS A TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Prasad (1986)	Londres, Inglaterra	Não descrito	Caso-controle, Hospitalar.	25 esq. hospitalizados com TS foram comparados com 30 esq. sem TS.	Os sujeitos com TS apresentavam: culpa (13 vs. 7, $p<0,05$), auto depreciação (24 vs. 5, $p<0,01$), falta de energia (12 vs. 3, $p<0,05$), desesperança (18 vs. 5, $p<0,01$) e humor depressivo (25 vs. 7, $p<0,01$)
Jones e cols. (1994)	Nova York, E.U.A.	Não descrito	Caso-controle, Hospitalar.	25 esq. com TS foram comparados a 34 que não tentaram. Os 2 grupos estavam internados.	13 (39%) casos vs. 3 (8,8%) controles preenchiem critérios para o diagnóstico de depressão maior ($p<0,01$). Ideação suicida ($p<0,001$), desesperança ($p<0,05$) e cortisol plasmático após uso de dexametasona ($P<0,026$) foram associados a TS.
Vocisano e cols. (1997)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	Foram comparados 29 esq. com deterioração funcional ¹ , 27 com T de humor e 27 com T de Humor e deterioração funcional quanto a presença de ideação suicida.	Maior risco de TS em pac. com Transtorno de humor e deterioração funcional (77,8%), seguidos dos que não tinham deterioração funcional 12 (44,4%). 37,9% dos esquizofrênicos com deterioração apresentavam ideação suicida.

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Fayand e cols. (2001)	Paris, França.	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	50 pac. esq. que estavam internados ou faziam acompanhamento ambulatório.	18 (36%) pac. apresentavam abuso ou dependência de substância. Estes pac. apresentavam mais TS que os demais (77,8% vs. 43,7%, $p=0,02$).
Addington e Addington (1992)	Alberta, Canadá	Não descrito	Coorte prospectiva, Hospitalar.	50 esq. admitidos no hospital, foram reentrevistados 6 meses após a internação.	Foram reavaliados 41 pac.. TS foram mais associadas a sintomas depressivos, sexo feminino, menor nível educacional e maior número de hospitalizações.
Friedman e cols (1999)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Caso-controle, Hospitalar.	Compararam 52 pac. esq. ou esquizoafetivos que tentaram suicídio com 104 que não tentaram, com igual diagnóstico.	Foram diferentes: Idade de início dos sintomas depressivos (19,05 média em anos para os casos vs. 24,29 para controles, $p<0,003$) e número de hospitalizações (8,02 para os casos vs. 5,46 para os controles, $p<0,02$).
Bai e cols (1997)	Taiwan	1982 – 1991	Caso-controle, Hospitalar.	Foram comparados 58 pac. (19 esq., 20 com depressão e 19 com outros diagnóstico) que apresentaram TS durante a internação, com igual número de pacientes com os mesmos diagnósticos que não haviam tentado se matar.	A presença de tent. anterior de suicídio foi o único dado para os esq. com associação significativa (12 casos vs. 3 controles, $p=0,003$).

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Verdoux e cols (2001)	Bordeaux, França.	Não Descrito.	Coorte-prospectiva, Hospitalar.	65 pessoas que apresentaram a sua primeira internação por sintomas psicóticos, dois anos após o surto.	Variáveis associadas com T.S.: História de TS prévia (42,9% casos vs. 22,2%; R.P. : 5,9, IC95% 1,5 – 23,4; p=0,01), PANSS escore positivo (média 20,9): (16,3 casos vs.. 21,2 controles; RP 0,8, IC95% 0,6 – 0,97; p=0,03), duração da primeira internação, em semanas: 10,4 casos vs.. 6, 50 controles; RP: 1,1 (1 – 1,2); p=0,04).
Landmark e cols. (1987)	Londres, Inglaterra	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	118 esq., que estavam internados.	O número de internações psiquiátricas foi maior no grupo com TS (p<0,001).
Roy e cols. (1984)	Maryland, E.U.A.	1974 – 1983	Transversal, Hospitalar.	127 esq. crônicos que foram admitidos no hospital.	Apresentaram associação com TS: número de internações psiquiátricas (5,4 casos vs. 3,6 controles, p<0,004), história de episódio depressivo (32 casos vs. 6 controles, p<0,0001), tratamento com eletroconvulsoterapia (18 casos vs. 4 controles, p<0,01).
Cohen e cols. (1994)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	184 pac. admitidos em regime hospitalar.	Associações com TS: Sintomas depressivos (p<0,001), sentimento de desesperança (p<0,01), presença de sintomas negativos (p<0,01), presença de alucinações (p<0,01) e transtorno do pensamento (p<0,05).
Planansky e Johnston (1971)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	205 esq. que residiam ou foram internados em um período de 18 meses.	Os atos suicidas ocorreram nas fases iniciais da doença ou durante a exacerbação dos sintomas.

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Amador e cols. (1996)	Nova Iorque, Belmont, Richmond, Iowa, Monterrey e Yale, México e E.U.A.	1994	Transversal, Hospitalar.	218 esq. que realizavam tratamento em uma dos locais escolhidos para a pesquisa.	Associação com nível de “insight” sobre os sintomas como delírios e sociabilização.
Grupta e cols. (1998)	Búfalo, E.U.A.	1990 – 1994	Transversal, Hospitalar.	336 pac. com diagnóstico de esq. ou T. esquizoafetivo avaliados pelo serviço de pesquisa.	Fatores associados: idade do início da doença (média em anos): 19,8 casos vs. 21,8 controles, $p=0,007$. Número de episódios depressivos (média por paciente): 0,8 casos vs. 0,3 controles, $p=0,025$.
Mann e cols. (1999)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar.	347 pac. que foram internados consecutivamente em hospital psiquiátrico.	Fatores associados: Nível educacional (média): 12,7 casos vs. 14 controles, $p=0,0001$; ganho pessoal no último ano \$6.000 casos vs. \$ 8.000 controles, $p=0,005$; católicos: 27% dos casos e 41% dos controles, $p=0,01$; Episódio de depressão maior ou psicose (média): 3 casos vs. 2 controles, $p=0,04$, idade do início da doença (em anos): 23 casos vs. 27 controles, $p=0,0002$; passado de uso de álcool e outras drogas: 70% casos vs. 47% controles, $p<0,0001$; parente de primeiro grau com tentativa ou suicídio completo: 20% casos vs. 9% controles, $p=0,006$.

continua

conclusão

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Walsh e cols (2001)	Londres e Manchester, Inglaterra	1998 – 2000	Caso-controle, Hospitalar.	353 pessoas que recebiam “ <i>intensive case management</i> ” foram comparados com 355 recebiam <i>standart care</i> , em um período de seguimento de 2 anos.	A pessoas com TS eram mais jovens no início da doença (OR: 0,84 por 5 anos de aumento na idade, p=0,02), idade da primeira hospitalização por sintomas psicóticos (OR: 0,81 por 5 anos de aumento na idade, p=0,009), internações múltiplas (OR: 4,51, p<0,001), passado de TS (OR: 7,76, p<0,001).
Radomsky e cols. (1999)	Pittsburgh, E.U.A.	1992-1994	Transversal, Hospitalar.	1.048 pac. admitidos para internação que apresentavam sintomas psicóticos.	Pacientes com tentativas mais graves (que necessitaram atendimento médico) foram mais comuns entre os esq. (16/36) que entre os portadores de psicoses afetivas (4/61) p<0,05.

1- Os critérios escolhidos para definir deterioração funcional foram: apresentar várias hospitalizações, dependência de outras pessoas para suas necessidades, como vestimenta e comida, não estar trabalhando ou sem remissão total dos sintomas. Vocisano e cols. (1997).

Os estudos que avaliaram pacientes que estavam internados, (Prasad, 1986; Jones e cols., 1993; Addington e Addington, 1992; Bai e cols., 1997; Verdoux e cols., 2001; Landmark e cols., 1987; Roy e cols, 1984; Planansky e Johnston, 1971), tendem a valorizar mais sintomas psiquiátricos, pois representam uma amostra com quadros apresentando uma sintomatologia mais grave, podendo a tentativa de suicídio ter sido o motivo da internação.

Os itens que podem dificultar a comparação entre os estudos são o período em que foram realizados, pois ocorreram profundas mudanças na política de saúde mental com alterações dos critérios diagnósticos, DSM-III-R (Jones e cols., 1994; Vocisano e cols., 1997, Friedman e cols. 1999), DSM – III (Roy e cols., 1984), DSM

– IV (Amador e cols.,1996) e o tipo de estudo empregado. Os estudos caso-controle (Prasad, 1986; Jones e cols., 1994; Vocisano e cols., 1997; Bai e cols., 1997; Walsh e cols., 2001), podem levar a uma dificuldade para determinar a seqüência entre a exposição e o desfecho, as informações sobre a exposição são mais sujeitas ao viés e o risco relativo da exposição não pode ser medido diretamente. Estudos transversais (Fayand e cols., 2001; Landemark e cols., 1987; Roy e cols, 1984; Cohen e cols., 1994; Planansky e Johnston, 1971; Amador e cols., 1996; Grupta e cols., 1998; Radomsky e cols.,1999) apresentam a desvantagem de não permitir estabelecer uma relação temporal entre exposição e efeito, e o risco não pode ser medido diretamente. Nos estudos de coorte (Addington e Addington, 1992; Verdoux e cols, 2001; Walsh e cols., 2001) existe a perda de indivíduos durante o tempo de estudo e em alguns casos, para ocorrer a variável desfecho, é necessário esperar vários anos.

2.5 Ideação suicida

2.5.1 Ideação suicida na população geral

A ideação suicida é bem mais comum que a tentativa de suicídio e o suicídio completo (Marzuk, 1991). Um estudo de 1995 encontrou que 3,3% dos pacientes que procuraram uma unidade primária de saúde relatavam apresentar ideação suicida (Zimmerman e cols., 1995).

Nos últimos anos, para se estimar a presença de ideação suicida na população geral, grupos de pesquisa têm enviado questionários para serem preenchidos pela população geral. Na Finlândia, Hintinkka e cols. (2001) encontraram a incidência de 4,6% no período de um ano e prevalência de 14,7%. As idéias suicidas apresentaram

associação com sintomas depressivos (através do inventário de depressão de Beck), com o fato do sujeito morar sozinho, estar desempregado, fazer uso de álcool e cigarro além de apresentar dificuldades financeiras. Kjoller e Larsen (2000), também na Finlândia, encontraram 6,9% de ideação suicida nos 12 meses anteriores ao questionário, sendo que 0,5% realizaram alguma tentativa de suicídio no período estudado. Fatores associados tanto à ideação quanto à tentativa de suicídio foram estar economicamente inativo e não ter um relacionamento afetivo estável.

Na Austrália, 2501 pessoas responderam ao questionário e 5,6% dos homens e 5,3% das mulheres apresentaram ideação suicida nos 12 meses anteriores. Apresentaram associação com ideação suicida a presença de sintomas depressivos e eventos traumáticos (violência doméstica, discriminação, mudança de casa, relação afetiva rompida e presença de doença clínica séria) (Goldney e cols., 2000).

2.5.2 Ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves

O profissional da área de saúde não deve ter inibições para abordar o tema suicídio abertamente. A crença ingênua de que falar de suicídio pode levar à idéia do seu cometimento está longe de ser verdadeira. Os pacientes psiquiátricos, em geral, já terão refletido sobre o tema da preservação da vida muito antes do profissional de saúde (Amaral, 2000). Mesmo sendo extremamente relevante o conhecimento da ideação suicida em pacientes psiquiátricos, são poucos os trabalhos que abordam diretamente o tema (Tabela 9). Na revisão apresentada a presença de ideação suicida variou de 37% a 55% o único grupo que apresentou resultado inferior foi o de pacientes com transtorno afetivo bipolar que estavam em episódio de mania, com uma taxa de 2,3%.

Os principais fatores associados à ideação suicida foram: presença de sintomas depressivos, sintomas psicóticos, sintomas ansiosos e uso de substância psicoativa.

TABELA 9 – ESTUDOS SOBRE IDEAÇÃO SUICIDA E TRANSTORNO MENTAL: PREVALÊNCIA E ASSOCIAÇÕES

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Shuwall e Siris (1994)	Nova Iorque, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar	68 esq. e esquizoafetivos durante o período de internação.	34 (50%) relatavam ideação suicida. A ideação apresentou correlação com sintomas depressivos (p=0,006), sintomas psicóticos (p=0,004) e sintomas ansiosos (p=0,01).
Strakowski e cols. (1996)	Cincinnati, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar	91 internações consecutivas com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (T.A.B.).	Dos 34 (37%) pac. com episódio misto 9(26%) apresentavam ideação suicida, já os 57 em episódio mania, 4 (7%) apresentavam ideação.

continua

continuação

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Young e cols. (1998)	Los Angeles, E.U.A.	Não descrito	Coorte prospectiva, Hospitalar	96 pac. com episódio recente de esquizofrenia foram acompanhadas por um ano sendo avaliadas a cada 2 semanas.	Durante o período pesquisado 51 não apresentaram ideação suicida, 20 apresentaram ideação, uma ou mais vezes e 11 apresentaram constantemente ideação suicida. Não existiram diferenças quanto as variáveis demográficas e ideação suicida, mas ocorreu associação entre sintomas depressivos (escala BPRS) e ideação suicida. (p=0,01).
Kamali e cols. (2000)	Irlanda	Não descrito	Transversal, Hospitalar	97 pac. esq. ou esquizoafetivos que foram readmitidos no hospital, durante um período de 12 meses.	42 (41%) pac. relataram ideação suicida, 40 (39%) apresentavam critérios para abuso de substância em algum momento durante a vida. Ideação suicida foi mais prevalente em pessoas que estavam usando substâncias atualmente: uso atual 15/20 (75%); uso no passado 5/18 (28%), sem uso 22/59 (37%) tendo p<0,01.
Dilsavie e cols. (1997)	Texas, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar	129 internações consecutivas com diagnóstico de T. A. B. .	Houve associação entre pensamento (pens.) suicida e diagnóstico: depressão (79,3%), misto (56,3%) e mania (2,3%).
Hintinka e cols. (1998)	Kuopio, Finlândia	1993	Caso-controle, Hospitalar	84 pac. com ideação suicida, são comparados com 166 pac. sem ideação que realizavam tratamento em serviço comunitário.	Os pac. que apresentavam ideação, apresentavam mais desesperança, sintomas depressivos e vontade de mudar de terapeuta.

continua

conclusão

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Schawartz e cols. (2001)	Florida, E.U.A.	Não descrito	Transversal, Hospitalar	267 pac. esq.	97 (36%) apresentavam idéias suicidas de intensidade moderadas a extrema. Intensidade dos pens. de suicídio foi associada com a gravidade da depressão ($p < 0,001$) e alteração do pensamento ($p < 0,001$).
Fenton e cols. (1997)	Rockville, E.U.A.	1950 – 1975	Coorte prospectiva, Hospitalar	295 esq. ou outra doença do espectro da esquizofrenia, por 18,8 (média) anos.	40% apresentaram ideação suicida em algum momento do acompanhamento. Não existiram diferenças significativas quanto ao diagnóstico.
Asnis e cols. (1993)	E.U.A.	1987 – 1989	Transversal, Hospitalar	651 pac. ambulatoriais, que tratavam em sistema privado de saúde.	55 % apresentaram ideação suicida na vida, 135 (39%) apresentavam idéias suicidas persistentes, portadores de esquizofrênia apresentaram ideação suicida 8 vezes maior que os pac. com T. de ajustamento e 5,8 vezes com distímia.

Beck e cols. (1985), realizaram um seguimento de 5 a 10 anos, em 207 pacientes hospitalizados por ideação suicida com os mais diversos diagnósticos, mas sem tentativa de suicídio quando da admissão hospitalar. Neste período, 14 (6,7%) pacientes cometeram suicídio, reforçando a importante relação entre presença de ideação e o risco do sujeito vir a falecer por suicídio. Na internação, foi aplicada uma

escala para medir a desesperança dos pacientes, e 91% dos casos que cometeram suicídio apresentavam alta pontuação nesta escala. Para o autor, a terapia cognitiva em conjunto com a medicação podem diminuir a desesperança e, consecutivamente, o risco de suicídio.

O tempo investigado é um importante fator para se avaliar a prevalência de ideação suicida. Os trabalhos que avaliaram a presença de pensamentos em um determinado momento (Yong e cols., 1998; Schawartz e cols., 2001) apresentaram prevalências menores que os que avaliaram a presença de pensamento suicidas ao longo da vida (Asnis e cols., 1993; Fenton e cols., 1997).

Outro aspecto que precisa ser melhor avaliado é a relação entre ideação suicida, sintomas psiquiátricos e uso de substâncias. Pacientes que apresentam ideação suicida podem, pela ideação, vir a apresentar mais sintomas ansiosos e abuso de substâncias (Shuwall e Siris, 1994; Kamali e cols., 2000).

2.6 Estudos sobre suicídio em portadores de transtornos mentais no Brasil

Na literatura nacional, o número de publicações abordando o tema suicídio em pacientes com transtornos mentais graves é muito reduzido. Em uma revisão dos últimos 15 anos através do sistema LILAC, colocando no campo de pesquisa a palavra suicídio com as palavras psicose, esquizofrenia ou transtorno mental, foram encontrados 45 trabalhos, em sua maioria revisões bibliográficas e trabalhos que não tratavam de pacientes com diagnósticos psiquiátricos. Os artigos originais que discutiam o tema em questão estão relacionados na tabela 10.

TABELA 10 – ESTUDOS SOBRE TENTATIVA OU SUICÍDIO EM PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE NO BRASIL

Autor (ano de publicação)	Local	Período	Delineamento do estudo	Amostra	Resultados
Shirakawa (1987)	São Paulo	Não descrito	Relato de caso	2 esq. que cometeram suicídio.	Descreve os pacientes como sendo jovens, tendo experimentado vários surtos, mostrando desesperança e no momento do suicídio estarem assintomáticos.
Andrade (1993)	Rio de Janeiro	1980 - 1985	Relato de caso, Hospitalar	14 pac. com diagnóstico de T. esquizoafetivo internados.	6 pacientes (43,8%) apresentaram tanto idéias como história de tentativa de suicídio.
Feijó (1998, 2000)	São Paulo	Não descrito	Relato de caso, Hospitalar	35 pac. logo após TS e 9 casos que tinham tentado suicídio há algum tempo e voltavam para solicitar ajuda especializada.	Não conseguiu concluir se todos os casos foram decorrentes de transtorno mental, também não foi possível identificar características específicas para quem tenta suicídio.
Menezes e Mann (1996)	São Paulo	1991-1993	Prospectivo, Hospitalar	116 indivíduos com diagnóstico de psicose funcional não afetiva que haviam sido internados consecutivamente em hospitais psiquiátricos.	Após seguimento de dois anos, 5 (4,3%) cometeram suicídio, com uma razão de mortalidade padronizadas para sexo e idade de 317,9 (IC95%: 125,2 – 669,3)

Como podemos notar a produção científica sobre o tema é muito restrita, existindo apenas um trabalho epidemiológico, de autoria de Menezes e Mann (1996), que incluiu pacientes com psicoses funcionais, mas excluiu pacientes que apresentavam dependência de álcool e drogas, o que possivelmente aumentaria a estimativa de mortalidade por suicídio.

3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, ideação e tentativa de suicídio em pessoas com TMG tem sido pouco estudadas e provavelmente sub-diagnosticadas por psiquiatras e outros profissionais de saúde mental em sua clínica diária.

A investigação desta questão em pacientes portadores de transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, em um grande centro urbano como São Paulo, tem importantes implicações para o planejamento de saúde mental do país, principalmente neste momento em que estão ocorrendo grandes mudanças na forma de atendimento aos pacientes psiquiátricos. Os resultados deste estudo podem possibilitar uma formação mais adequada dos profissionais envolvidos no atendimento e contribuir para uma melhor estruturação dos serviços.

4 OBJETIVOS

1 - Estimar a prevalência de tentativas e ideação suicida, durante a vida e nos 12 meses anteriores à avaliação em pessoas com transtornos mentais graves atendidas em serviços de Saúde Mental do setor público no município de São Paulo.

2 - Estudar quais dos seguintes fatores apresentavam associação com a presença de ideação e tentativa de suicídio ao longo da vida e nos 12 meses que antecederam a entrevista: características sócio-demográficas, diagnóstico, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, número de internações e meses internado em hospital psiquiátrico, ajustamento social, sintomas psiquiátricos, envolvimento familiar e tratamentos relacionados ao transtorno psiquiátrico que o paciente recebeu 12 meses antes da entrevista.

5 MÉTODO

5.1 Desenho

Foi realizado um estudo observacional do tipo corte transversal (Hennekens e Buring, 1997) com pessoas portadoras de transtornos mentais graves residentes em regiões definidas da cidade de São Paulo, que foram atendidas no setor público.

5.2 Amostra

Foram definidas 3 regiões geográficas para a realização do estudo. A escolha das regiões foi baseada na organização dos serviços psiquiátricos públicos de cada área, de forma a viabilizar a execução do estudo. As regiões escolhidas possuíam serviços psiquiátricos de um ou mais dos três níveis de atenção (hospital, emergência, ambulatório ou centro de atenção psicossocial).

I) Distrito Administrativo de Pinheiros (Núcleo Regional de Saúde da Capital 1)

Essa região, com cerca de 72 mil habitantes engloba o complexo do Hospital das Clínicas da FMUSP. O serviço do Instituto de Psiquiatria do HC FMUSP atende, em suas enfermarias, ambulatórios e centro de atenção psicossocial, parte dos moradores da região que apresentam transtorno mental.

II) Distritos Administrativos da Bela Vista, Consolação e Santa Cecília (Núcleo administrativo de Saúde da Capital 1)

Com uma população de aproximadamente 200.000 habitantes, essa área fica na região central da cidade de São Paulo, e é coberta pelo serviço de psiquiatria da

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com serviços de enfermagem, ambulatório e emergência.

III) Distritos Administrativos da Casa Verde, Mandaqui e Santana

(Núcleo Regional de Saúde da Capital 4)

Essa área possui uma população de cerca de 337.000 habitantes, na zona Norte da cidade de São Paulo. Os serviços psiquiátricos da região incluem enfermagem em hospital geral, um ambulatório de saúde mental, o serviço de emergência psiquiátrica do Hospital do Mandaqui, e cerca de 1.000 leitos psiquiátricos conveniados com o SUS.

5.2.1 Critérios de inclusão

Para serem elegíveis, os pacientes deveriam residir em uma das áreas pré-definidas, ter tido pelo menos um contato com os serviços psiquiátricos do setor público (internação, emergência, serviços intermediários ou atendimento ambulatorial) no período de 01/09/1997 a 30/11/97, idade entre 18 e 65 anos e diagnóstico clínico de transtorno mental grave (F20-29 – esquizofrenia, transtorno esquizotípico e transtornos delirantes; F30-F31 - transtorno do humor episódio maníaco e transtorno afetivo bipolar; e F32.3 – episódio depressivo grave com sintomas psicóticos) de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (WHO, 1998a)(Anexo I).

5.3 Instrumentos de avaliação

5.3.1 Informações sócio-demográficas

Foram obtidas informações sobre idade (através da data de nascimento), sexo, estado civil, procedência, tempo de residência em São Paulo, escolaridade, ocupação, renda, composição familiar e condições de habitação, em ficha padronizada para esse objetivo (Anexo II).

5.3.2 História psiquiátrica

Foi utilizada uma ficha padronizada para colher informações sobre o número de internações ao longo da vida, tratamentos e envolvimento familiar nos doze meses que antecederam a entrevista. Esta ficha, adaptada da "Life Chart Rating Form" (WHO, 1992b), um questionário desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde para se obter informações longitudinais para um estudo multicêntrico sobre o curso e evolução da esquizofrenia. Foram acrescentadas questões sobre a ocorrência de pensamentos e tentativas de suicídio, número de tentativas, método utilizado, gravidade e intencionalidade ao longo da vida e nos doze meses que precederam a entrevista (Anexo III).

As questões relativas ao uso de medicação nos últimos 12 meses apresentavam como alternativas: *nunca* (o paciente não utilizou em nenhum momento no período), *às vezes* (não apresentava uso contínuo; utilizando esporadicamente quando sentia necessidade, sem um controle rigoroso do uso) e *a maior parte do tempo* (nos 12 meses fez uso regular da medicação por 6 meses ou mais).

Em “**outros tratamentos além da medicação psiquiátrica nos últimos 12 meses**”, foram incluídos: *E.C.T.* (eletroconvulsoterapia), *Reabilitação ou hospital-dia* (que incluía recreação, educação, treinamento social, trabalho abrigado), *Terapia familiar* (sessões regulares com membros da família do indivíduo com duração média de pelo menos meia hora por mês), *Medicina popular* (uso de ervas, chás, consulta com benzedeira, etc; utilizados não como forma de ritual, mas especificamente para a melhora dos sintomas psiquiátricos), *Tratamentos não convencionais em saúde* (acupuntura, florais de Bach, Shiatsu, medicina ortomolecular, hipnose e yoga, especificamente para melhorar os sintomas psiquiátricos), *Outros tratamentos para problemas psiquiátricos* (utilizado para abranger alguma forma que não tenha sido relacionada nos itens anteriores, posteriormente retirado da análise, por se mostrar pouco específico e praticamente sem respostas positivas para esta questão), *Tratamento para problemas com drogas e Tratamento para problemas com álcool*.

No “envolvimento da família no tratamento do paciente nos últimos 12 meses”, foram realizadas as seguintes assertivas: *nunca* (em nenhum momento no período a família acompanhou o paciente, seja levando o paciente às consultas ou monitorando a medicação), *às vezes* (a família o acompanhava esporadicamente às consultas, somente quando ocorriam problemas com o paciente) e *a maior parte do tempo* (a família acompanhou regularmente o paciente por 6 meses ou mais).

Para a determinação da abordagem a ser utilizada sobre o tema suicídio, foi realizado contato com o Prof. Dr. Neury J. Botega, professor associado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, coordenador no Brasil do *Multisite intervention study on suicidal behaviors – supre-miss*, organizado pelo

Departamento de Saúde Mental e Dependência de substância da O.M.S. (2000d). Foram discutidas as questões que se encontram na “Life Chart Rating Form” (WHO, 1992b), no tópico de tentativa de suicídio e heteroagressão. Foram acrescentadas questões sobre a ocorrência de pensamentos e tentativas de suicídio, número de tentativas, método utilizado, gravidade e intencionalidade na vida e nos doze meses que precederam a entrevista (Anexo III).

Para facilitar a compreensão, o entrevistador deveria ao invés de utilizar o termo suicídio, questionar se o paciente havia pensado em fazer algo contra a própria vida. Caso o paciente respondesse afirmativamente para os últimos 12 meses, a resposta era contabilizada também para todo o período de vida.

Os investigadores perguntavam se o paciente havia pensado em suicídio nos 12 meses que antecederam a entrevista ou em outro momento ao longo da vida. As respostas possíveis eram: *não* (a pessoa nunca havia pensado em se matar), *ocasionalmente* (a idéia ocorreu algumas vezes à pessoa, menos que uma vez por mês, por períodos menores que uma semana), *frequentemente* (a idéia ocorria quase sempre para o entrevistado, apresentando a idéia mais que uma vez por mês ou, quando as idéias de se matar apareciam, duravam mais que uma semana, e tais pensamentos ocorriam diariamente no período).

Também era perguntado se o paciente havia tentado suicídio alguma vez na vida ou nos 12 meses que antecederam a entrevista, tendo como assertivas apenas as alternativas *sim* e *não*. Caso a resposta fosse positiva, era investigado o número de tentativas de suicídio na vida e nos 12 meses que antecederam a entrevista e a gravidade da tentativa de suicídio na vida e nos 12 meses que antecederam a entrevista. A gravidade poderia ser: *leve* (nenhuma ou quase nenhuma

conseqüência), *moderada* (alguma conseqüência - necessitou ser levado a algum serviço médico), *grave* (quase morreu, ou teve uma conseqüência séria permanente). A real intenção da tentativa de suicídio na vida e nos 12 meses que antecederam a entrevista poderia ser: *leve* (a pessoa não tinha a intenção de morrer), *moderada* (queria morrer, mas tinha dúvidas sobre a real intenção) e *grave* (queria realmente morrer) verificou-se também se o indivíduo estava sob efeito de álcool ou outras drogas quando realizou a tentativa de suicídio.

Em relação a heteroagressão, perguntava-se ao paciente se havia agredido alguém nos últimos 12 meses, e caso a resposta fosse afirmativa, qual a gravidade da agressão: *leve* (quase nenhuma lesão), *moderada* (alguma lesão, sendo necessário a intervenção de terceiros, como levar o agredido a um serviço médico, sendo liberado posteriormente ou ser socorrido por familiares) e *grave* (após a agressão, que pode ocasionar conseqüências temporárias ou permanentes, foi necessário levar o agredido a um serviço médico, lá permanecendo no mínimo por algumas horas).

5.3.3 Diagnóstico psiquiátrico

O diagnóstico foi obtido usando-se a “check list” da CID-10 (Janca e cols., 1994), preenchida a partir das informações constantes nos prontuários médicos, complementadas pela entrevista psiquiátrica (Anexo VI).

5.3.4 Sintomas psiquiátricos

Foi utilizada a "Positive and Negative Symptom Scale" (PANSS) (Kay e cols., 1998; Chaves e cols, 1998), uma escala padronizada para avaliação da presença

e intensidade de sintomas psiquiátricos. A escala já está traduzida para o Português, e mostrou boa confiabilidade entre entrevistadores (Vessoni, 1993).

As informações são baseadas no comportamento durante a última semana do sujeito avaliado, sendo a escala dividida em 3 seções: sintomas positivos (7 itens), sintomas negativos (7 itens) e sintomas gerais (16 itens). Ela é baseada na classificação de Crow, que em 1980 propôs duas síndromes interdependentes na esquizofrenia: a de tipo I, caracterizada por delírios e alucinações (chamados sintomas produtivos ou positivos – sintomas que ocorrem a mais do que o esperado para uma pessoa normal), e a de tipo II em que predominam o embotamento afetivo e a pobreza de discurso (chamado sintomas negativos ou deficitários – sintomas que ocorrem por uma redução da capacidade cognitiva) (Louzã Neto, 1995). A pontuação para cada item vai de 1 até 7, sendo assim dividida: 1-sintoma ausente, 2-mínimo (patologia questionável, pode estar no limite da normalidade), 3-leve, 4-moderado, 5-moderadamente grave, 6-grave e 7-extremo (Anexo V).

5.3.5 Uso de álcool e drogas ilícitas

Informações foram obtidas com o uso das seções correspondentes do “Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry”(WHO, 1996), uma entrevista psiquiátrica semi-estruturada, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde. Em suas seções 11 e 12 são avaliados detalhadamente o uso de álcool, de substâncias psicoativas, e suas conseqüências físicas, psíquicas e sociais, permitindo o diagnóstico pelos critérios da CID-10.

5.3.6 Ajustamento social

Para a avaliação do ajustamento social foi utilizada a “Disability Assessment Schedule” (DAS) (WHO, 1998). A DAS foi elaborada para avaliar, de forma padronizada e reprodutível, o funcionamento social de pacientes com um transtorno psiquiátrico, em diferentes culturas. A DAS, consiste de 5 seções: comportamento global, papéis sociais, pacientes hospitalizados, fatores modificadores e avaliação global. A primeira seção contém 4 itens sobre comportamento global e a segunda, 10 itens sobre papéis sociais específicos. A seção 3 consiste de 4 subseções sobre o funcionamento de pacientes em enfermarias psiquiátricas por mais de 3 meses. A quarta seção refere-se à avaliação da presença ou ausência de fatores do meio social e familiar do paciente que possam modificar seu ajustamento social. Esta foi a única seção utilizada para análise no presente estudo. A confiabilidade da versão em português foi avaliada em 20 pacientes com esquizofrenia e foi bastante satisfatória, sendo que os coeficientes de correlação intraclassa para cada item das seções 1 e 2 variaram de 0,88 a 1,00 (Menezes e Scazufca, 1993). Para o presente trabalho foi utilizada apenas a parte V da “DAS”, - Avaliação Global, levando em conta todos os itens das seções 1 e 2 (Anexo VI).

5.3.7 Renda e acomodação

Para obter informação sobre a renda familiar e do paciente foi utilizado o “Client Service Receipt Interview”, um questionário estruturado com questões abertas, abordando acomodação, história de trabalho, finanças, os serviços utilizados pelo paciente, cuidados informais dados ao paciente nos 6 meses anteriores à data da entrevista.

5.4 Procedimentos

5.4.1 *Identificação dos Serviços*

Nos distritos definidos para o estudo foram identificados os principais serviços de saúde mental que prestam atendimento a pacientes com transtornos mentais graves ¹.

Após a definição dos serviços de saúde mental a serem contatados, foram identificados os responsáveis pelos mesmos e feito contatos, para explicação da natureza do estudo em questão e solicitação de autorização para acesso aos registros de atendimento.

Através de consulta dos registros de atendimento foram identificados os sujeitos potencialmente elegíveis. Organizou-se uma planilha com os seguintes dados: nome, data de nascimento, data do último contato com serviços dentro do período estudado, hipótese diagnóstica, endereço completo, número de registro no serviço de origem e nome deste serviço. A partir desta lista foram sorteados os sujeitos, estratificando-se por distrito administrativo, e obtendo-se um número de sujeitos proporcional ao total de indivíduos identificados em cada distrito.

1 Ambulatório de Saúde Mental do Mandaqui; Pronto Socorro do Mandaqui; Hospital das Clínicas (ambulatórios de psiquiatria, enfermaria psiquiátrica e hospital dia); Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Pronto Socorro de Psiquiatria e Ambulatório); Hospital do Servidor Público Estadual (Ambulatório); Hospital do Servidor Público Municipal (Ambulatório); Plano de Atendimento à Saúde do Tucuruvi (Ambulatório); Plano de Atendimento à Saúde de Joaquim Eirado (Ambulatório); Plano de Atendimento à Saúde de Santa Cecília (Ambulatório); Plano de Atendimento à Saúde do Itaim Bibi (Hospital Dia); Plano de Atendimento à Saúde do Humaitá (Ambulatório); Ambulatório de Saúde Mental Centro; Ambulatório de Saúde Mental Lapa; Central de vagas para internação psiquiátrica no município de São Paulo, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; Centro de Atenção Psicossocial Itapeva; NGA Bom Retiro; NGA Centro.

5.4.2 *Treinamento e Estudo piloto*

Foram contratados auxiliares de pesquisa com experiência em atendimento a pacientes com transtornos mentais (dois psiquiatras, uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais e duas psicólogas), que foram então treinados. O treinamento consistiu de leitura e discussão de cada escala, observação de entrevistas e realização de entrevistas sob supervisão. Cada entrevistador avaliou pelo menos um paciente.

Foram realizadas 3 entrevistas completas com pacientes e familiares, que permitiram estimar o tempo médio para completar uma avaliação com todos os instrumentos (3 horas) e identificar pequenas adaptações que se mostraram necessárias.

5.4.3 *Entrevistas com pacientes e informantes*

Passou-se a enviar cartas contendo informações básicas sobre o estudo, um telefone de contato com os coordenadores da pesquisa para tirar dúvidas, remarcar entrevista ou recusar a participação, e uma data provável para a visita dos auxiliares de pesquisa aos indivíduos sorteados para serem entrevistados.

Os instrumentos foram divididos em dois blocos, um para a entrevista com o paciente e outro para a entrevista com o familiar ou cuidador responsável. Os instrumentos utilizados com o paciente foram a ficha padronizada com dados sócio demográficos, a Life Chart Rating Form (WHO, 1992), a PANSS (Positive e Negative Symptom Schedule) (Kay e cols., 1998; Chaves e cols., 1998), o SCAN (Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry (WHO, 1996) e o Check List

CID –10 (Janca e cols., 1994). No presente estudo, da entrevista com os familiares, foi utilizado apenas a DAS (Disability Assesment Shedule) (WHO, 1998).

Em reuniões semanais com os entrevistadores, eram passadas planilhas com os nomes dos indivíduos sorteados, seus endereços, data e horário enviados através das cartas para a realização da entrevista, e um mapa da região com a marcação das ruas onde os indivíduos sorteados moravam. Eram marcadas 3 entrevistas por período para cada dupla de entrevistadores, procurando respeitar a proximidade entre os endereços, vias de acesso e tempo de deslocamento entre eles. Optou-se por fazer entrevistas em dupla, para diminuir o tempo de contato com o indivíduo e com a sua família, uma vez que separadamente, as entrevistas demoraram cerca de uma hora e trinta minutos, e para evitar possíveis problemas com a segurança dos entrevistadores.

Havendo relato, por parte dos familiares de que o paciente se encontrava internado, fazia-se contato com o hospital, pedindo autorização para a realização da entrevista dentro do nosocômio. Nestes casos a DAS era respondida pelo informante na residência, ou a seção 3 do referido instrumento, era aplicada a um funcionário da enfermagem que tivesse contato direto com o paciente durante sua internação, se a internação, já durasse três meses ou mais.

Muitos indivíduos não puderam ser localizados inicialmente nos endereços constantes nas pesquisas aos serviços de saúde mental. Retornou-se aos serviços em busca de novos dados e referências sobre estes pacientes. Foi também realizada uma consulta ao banco de dados do Programa de Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (PRO-AIM), responsável pelas notificações de óbito da cidade de São Paulo.

5.5 Análise

Os dados obtidos foram digitados por duas vezes, sendo utilizado o programa Epi Info 6.04 (Dean e cols., 1994), para que se pudesse identificar possíveis erros de digitação. Checou-se a consistência dos dados e foram feitas as correções necessárias. A análise dos dados foi feita com o programa STATA 6.0 (Statacorp, 1999). Realizou-se então uma análise descritiva para a caracterização da amostra. Foram definidas como variáveis de desfecho:

- I - História de tentativas de suicídio nos últimos 12 meses.
- II - História de tentativas de suicídio ao longo da vida.
- III - História de ideação suicida nos últimos 12 meses.
- VI - História de ideação suicida ao longo da vida.

As variáveis de interesse estudadas foram as seguintes:

I – sócio-demográficas:

Sexo: masculino

feminino

Idade (em anos)¹: 18-24

25-34

35-44

45-54

55-64

¹ – Foi utilizado na regressão logística o seguinte reagrupamento para faixa etária: 18-24; 25-34 e 35-64 anos.

Escolaridade (em anos): 0-3

4-8

9-11

12 ou mais

Estado civil: casado

solteiro

separado

viúvo

Natural de São Paulo: sim

não

Renda do paciente (reais/mês): nenhuma

até 359

de 360 até 699

de 700 até 1.299

de 1.300 até 2.599

acima de 2600

Renda familiar (reais/mês): nenhuma

até 359

de 360 até 699

de 700 até 1.299

de 1.300 até 2.599

acima de 2600

Relação pessoa/cômodo: menos que uma pessoa por cômodo

de 1 até 1,75

duas ou mais pessoas por cômodo

II – Psiquiátricas:

Diagnóstico: Esquizofrenia

Episódio Depressivo com sintomas psicóticos

Transtorno Afetivo Bipolar

Transtorno Esquizoafetivo

Outros transtornos psicóticos (dos espectros da esquizofrenia)

Abuso de álcool: não

sim

Abuso de outras drogas: não

sim

Número de internações: nenhuma

1 até 3 internações

4 até 9 internações

10 ou mais internações

Número de meses internados no hospital: 1 até 3 meses

4 até 10 meses

10 até 28 meses

29 ou mais meses

Ajustamento social: bom

regular

pobre

PANSS: sintomas positivos

sintomas negativos

sintomas gerais

total

III – tratamentos recebidos

Uso de neurolépticos: sem uso no período de 12 meses

uso ocasional no período de 12 meses

uso freqüente no período de 12 meses

Eletroconvulsoterapia: não recebeu nos últimos 12 meses

recebeu nos últimos 12 meses

Reabilitação e Hospital-dia: não realizou nos últimos 12 meses

realizou nos últimos 12 meses

Psicoterapia: não realizou nos últimos 12 meses

realizou nos últimos 12 meses

Medicina popular: não realizou nos últimos 12 meses

realizou nos últimos 12 meses

Tratamentos não convencionais em saúde: não realizou

realizou

IV – Envolvimento familiar

Acompanhamento da família ao tratamento que recebeu: nunca

ocasionalmente

freqüentemente

Monitorização pela família da medicação: nunca

ocasionalmente

freqüentemente

Envolvimento da família em decisões com os técnicos: nunca

ocasionalmente

freqüentemente

Agrediu alguém nos últimos 12 meses: não

sim

Para avaliar a associação entre as características dos indivíduos e as variáveis desfecho, foram calculadas razões de prevalência, com IC95% e utilizados testes de χ^2 ou χ^2 para tendência linear quando a variável era categórica ou ordenada. Para as variáveis contínuas, como os escores da “PANSS”, utilizou-se teste t.

A regressão logística foi usada para construir modelos que melhor explicassem os dados e controlassem efeitos de confusão para as variáveis desfecho. Foram selecionadas para a construção dos modelos, as variáveis com valores inferiores ou iguais a 0,20 (Hosmer e Lemeshow, 1989). Utilizou-se a estratégia “stepwise” para a inclusão de variáveis nos modelos multivariados, e foram mantidas nos modelos finais variáveis com valores de $p < 0,05$ de acordo com o teste da razão

de verossimilhança, comparando os modelos com e sem a variável estudada. A ordem de entrada das variáveis foi realizada do menor para maior valor de p da análise univariada.

5.6 Considerações éticas

Todos os pacientes incluídos no estudo foram informados sobre seus objetivos e procedimentos, e os seus consentimentos foram solicitados somente após explicação feita pessoalmente pelos entrevistadores. Aqueles que consentiram em participar assinaram uma declaração. A identidade dos participantes e as informações obtidas são absolutamente confidenciais. Todos os participantes foram assegurados da possibilidade de interrupção de sua participação no estudo a qualquer momento, se assim o desejassem. Aos participantes era esclarecido que o estudo seria feito de forma independente a não interferir com o tratamento que os mesmos estivessem recebendo. Este projeto foi aprovado pela comissão de ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e por comitês de ética de outros hospitais onde os pacientes foram recrutados – Termo de consentimento esclarecido (Anexo VII).

5.7 Financiamento

O presente trabalho faz parte, de um projeto de pesquisa de responsabilidade do Prof. Dr. Paulo Rossi Menezes, intitulado “Estudo sobre a comorbidade de transtornos psicóticos e transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas”, financiado pela FAPESP no programa de Apoio a Jovens Pesquisadores em Centros Emergentes (Proc. 96/10077-3).

6 RESULTADOS

6.1 Entrevistas avaliadas

Foram identificados 620 indivíduos potencialmente elegíveis nos registros dos serviços de saúde mental. Foram então sorteados 404 para a realização das entrevistas. No período de outubro de 1998 a julho de 1999 foram realizadas 206 (50,1%) entrevista. Os principais motivos para a não realização das entrevistas foram endereço inexistente ou incorreto e mudança para endereço desconhecido. Quatorze sujeitos foram excluídos por não preencherem critérios para um diagnóstico de psicose funcional, de acordo com os critérios da CID-10. Oito indivíduos da amostra não entrevistada faleceram (Tabela 11).

TABELA 11– ENTREVISTAS REALIZADAS E RAZÕES PARA NÃO REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS (N=404)

Variáveis	Número	%
Entrevistas avaliadas	192	47,5
Endereço não existente/endereço desconhecido	45	11,1
Mudança para endereço desconhecido	38	9,4
Mudança de cidade/estado/país	33	8,2
Recusa de paciente	27	6,7
Não foi possível marcar entrevista por motivo de trabalho ou viagem	19	4,7
Entrevistas com diagnóstico não compatível	14	3,5
Recusa de familiar	13	3,2
Morte	8	2,0
Desaparecido/morando na rua	6	1,4
Erro no sorteio	6	1,4
Preso	3	0,7

A amostra entrevistada diferiu pouco da amostra não entrevistada quanto ao sexo, idade e diagnóstico (Tabela 12).

TABELA 12 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA ENTREVISTADA E ENTREVISTAS NÃO REALIZADAS

Variável	Amostra entrevistada n=206	Entrevistas não realizadas n=198	p
Sexo			
Masculino	108 (55,4%)	98 (46,9%)	0,09 ^a
Idade (média em anos)	40,0 (d.p.=11,22)	38,2 (d.p.=11,89)	0,42 ^b
Diagnóstico*			0,15 ^a
Esquizofrenia	103	81	
Outros T. Psicóticos	56	57	
T. do Humor	47	60	

a – teste do χ^2

b – teste t

d.p.=desvio padrão

*Diagnósticos dos serviços pesquisados

6.2 Caracterização da amostra (análise descritiva)

6.2.1 Características sócio demográficas

Mais da metade dos sujeitos eram solteiros (57,3%), do sexo masculino (53,1%) e não nascidos no município de São Paulo (52,5%). A média de idade foi de 41,5 anos (mínimo=18 anos, máximo=64 anos, d.p. = 11,4 anos), e a média de escolaridade de 7,5 anos (mínimo=0 anos, máximo=19 anos, d.p. = 4,2 anos). Setenta pessoas (37,0 %) não tinham renda própria (Tabela 13).

TABELA 13 – FREQUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA POR SEXO E TOTAL (N=192)

Variável	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Idade			
18-24	8 (7,8)	6 (6,7)	14 (7,3)
25-34	29 (28,4)	11 (12,2)	40 (20,8)
35-44	33 (32,3)	30 (33,3)	63 (32,8)
45-54	19 (18,6)	23 (23,5)	42 (21,9)
55-65	13 (12,7)	20 (22,2)	33 (17,3)
Escolaridade			
0-3	12 (11,8)	18 (20,0)	30 (15,6)
4-8	57 (55,9)	39 (43,3)	96 (50,0)
9-11	18 (17,6)	16 (17,8)	34 (17,7)
12 ou mais anos	15 (14,7)	17 (18,9)	32 (16,7)
Estado civil			
Solteiro	70 (68,6)	40 (44,4)	110 (57,3)
Casado/ amasiado	20 (19,6)	24 (26,7)	44 (22,9)
Viúvo	1 (00,9)	5 (5,5)	6 (3,1)
Separado/divorciado	11 (10,8)	21 (23,3)	32 (16,7)
Natural de São Paulo			
	50 (49,0)	41 (45,5)	91 (47,4)
Renda do paciente (reais/mês)			
Nenhuma	35 (35,0)	35 (39,7)	70 (37,0)
Até 360	20 (20,0)	14 (15,9)	34 (18,0)
131-360	18 (18,0)	15 (17,0)	33 (17,5)
Acima de 360	27 (27,0)	25 (28,4)	52 (27,5)
Ignorado			3
Renda familiar (reais/mês)			
Ate 360	20 (19,6)	8 (8,9)	28 (14,6)
361-699	19 (18,6)	20 (22,2)	40 (20,8)
700-1.299	24 (23,5)	27 (30,0)	51 (26,6)
1.300-2.599	25 (24,5)	18 (20,0)	43 (22,4)
Acima de 2.600	14 (13,7)	16 (17,8)	30 (15,6)
Relação pessoa/cômodo			
Menos de uma pessoa	47 (46,5)	36 (41,4)	83 (43,9)
1-1,75	32 (31,7)	37 (41,6)	70 (37,4)
Duas ou mais	22 (21,2)	14 (15,7)	36 (19,1)
Ignorado			3

6.2.2 Características psiquiátricas da amostra

O diagnóstico de esquizofrenia foi o mais freqüente com 112 pessoas (58,3%). A comorbidade com abuso ou dependência de álcool foi relativamente baixa, sendo encontrada em apenas 14 (7,3%) entrevistados, assim como o abuso e dependência de outras drogas, que ocorreu em 9 (4,7%) dos pesquisados. Quarenta pessoas (20,8%) não apresentaram interações. A escala para medir sintomas psiquiátricos (PANSS) nas duas semanas que antecederam a entrevista mostrou médias de 11,5 (d.p. 5,5) para sintomas positivos, 14,8 (d.p. 8,6) para sintomas negativos e 25,9 (d.p. 19,1) para sintomas gerais. O ajustamento social foi considerado regular para 96 pacientes (51,1%) (Tabela 14).

TABELA 14 – FREQUÊNCIA DAS CARACTERÍSTICAS PSIQUIÁTRICAS DA AMOSTRA POR SEXO E O TOTAL PARA CADA VARIÁVEL INVESTIGADA (N=192)

Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Diagnóstico – CID 10			
Esquizofrenia	62 (60,8)	50 (55,6)	112 (59,3)
T. A. B.	22 (21,6)	24 (26,7)	46 (24,0)
Depressão grave com sintomas psicóticos	7 (6,9)	10 (11,1)	17 (8,8)
T. Esquizoafetivo	3 (2,9)	3 (3,3)	6 (3,1)
Outros T. do espectro da esquizofrenia	8 (7,8)	3 (3,3)	11 (5,7)
Abuso ou dependência de álcool			
Ausente	92 (90,2)	86 (95,6)	178 (92,7)
Presente	10 (9,8)	4 (4,4)	14 (7,3)

continua

conclusão			
Variáveis	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Abuso ou dependência de outras drogas			
Ausente	94 (92,24)	89 (48,6)	183 (95,3)
Presente	8 (7,8)	1 (11,1)	9 (4,7)
Número de internações			
Nenhuma	20 (19,6)	20 (22,2)	40 (20,8)
1-3	27 (26,5)	33 (36,7)	60 (31,2)
4-9	28 (27,4)	15 (16,7)	43 (22,4)
10 ou mais	27 (26,5)	22 (24,4)	49 (25,5)
Número de meses internado em hospital			
1-3	18 (17,7)	22 (24,4)	40 (26,5)
4-9	23 (22,5)	14 (15,6)	37 (24,5)
10-28	17 (16,7)	21 (23,3)	38 (25,2)
29 ou mais	24 (23,5)	12 (13,3)	36 (23,8)
Pacientes sem internação			40
Ignorado			1
Ajustamento social			
Bom	29 (29,0)	39 (44,3)	68 (36,2)
Regular	56 (56,0)	40 (44,5)	96 (51,1)
Pobre	15 (15,0)	9 (10,2)	24 (12,8)
Ignorado			4
PANSS			
Sintomas positivos	Média (d.p.) 12,4 (6,4)	Média (d.p.) 10,5 (4,3)	Média (d.p.) 11,5 (5,5)
Ignorado			3
Sintomas negativos	15,6 (9,0)	13,8 (8,1)	14,8 (8,6)
Ignorado			5
Sintomas gerais	26,5 (8,7)	25,1 (8,3)	25,9 (8,5)
Ignorado			4
TOTAL	54,2 (20,2)	49,5 (17,5)	52 (19,1)
Ignorado			5

6.2.3 Tratamento e envolvimento familiar nos doze meses que antecederam a entrevista

Somente três sujeitos não utilizaram medicação psiquiátrica no período. A maioria dos sujeitos usava medicações psiquiátricas frequentemente (n=177, 92,2%), sendo que os neurolépticos eram usados por 164 pacientes (86,3%). A maioria dos sujeitos não recebeu eletroconvulsoterapia (95,3%) nos 12 meses anteriores à entrevista, não frequentaram hospital-dia (85,9%), psicoterapia (72,4%), tratamento não convencional em saúde (93,2%) ou medicina popular (91,7%) nos 12 meses que antecederam a entrevista. Seja ocasionalmente ou frequentemente, as famílias acompanharam o tratamento dos sujeitos, indo junto à consulta (72,4%), monitorando a medicação (58,5%) e se envolvendo em decisões com os técnicos responsáveis (74,5%). Apenas quatro sujeitos da amostra estudada moravam sozinhos (Tabela 15).

A utilização de neurolépticos foi desigual entre os diferentes grupos de diagnósticos, 57,7% (15 casos) dos portadores de transtorno afetivo bipolar não utilizaram neurolépticos ou utilizaram o mesmo apenas ocasionalmente (9 casos; 47,4%) enquanto 88,5% (108) dos esquizofrênicos utilizaram neurolépticos no período estudado.

TABELA 15 – FREQUÊNCIA DE TRATAMENTOS RECEBIDOS E DO ENVOLVIMENTO FAMILIAR NOS 12 MESES ANTERIORES À ENTREVISTA (N=192)

Variável	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Recebeu medicamentos psiquiátricos			
Sem uso	2 (1,9)	1 (1,1)	3 (1,6)
Uso ocasional	8 (7,8)	4 (4,4)	12 (6,2)
Uso freqüente	92 (90,2)	85 (94,4)	177 (92,2)
Neurolépticos			
Sem uso	12 (11,9)	14 (15,7)	26 (13,7)
Uso ocasional	11 (10,9)	8 (8,9)	19 (10,0)
Uso freqüente	78 (77,2)	67 (75,3)	145 (76,3)
Não sabe			2
Eletroconvulsoterapia			
Não recebeu	101 (92,7)	82 (98,7)	183 (95,3)
Recebeu	8 (7,9)	1 (1,2)	9 (4,7)
Reabilitação/Hospital-dia			
Não realizou	87 (85,3)	77 (86,5)	164 (85,9)
Realizou	15 (14,7)	12 (13,5)	27 (14,1)
Não sabe			1
Psicoterapia			
Não realizou	75 (73,5)	64 (71,1)	139 (72,4)
Realizou	27 (26,5)	26 (28,9)	53 (27,6)
Medicina Popular			
Não realizou	92 (90,2)	84 (93,3)	176 (91,7)
Realizou	10 (9,8)	6 (6,7)	16 (8,3)
Tratamentos não convencionais			
Não realizou	93 (91,2)	86 (95,6)	179 (93,2)
Realizou	9 (8,2)	4 (4,4)	13 (6,8)
A família acompanhou o paciente no tratamento que ele recebeu			
Nunca	27 (27,5)	25 (27,8)	52 (27,7)
Ocasionalmente	34 (34,7)	21 (23,6)	55 (29,3)
Freqüentemente	37 (37,7)	44 (49,4)	81 (43,1)
Não se aplica			4

continua

conclusão			
Variável	Masculino	Feminino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
A família monitorou as medicações			
Nunca	39 (39,8)	39 (43,3)	78 (41,5)
Ocasionalmente	20 (20,4)	19 (21,1)	39 (20,7)
Freqüentemente	39 (39,8)	32 (35,6)	71 (37,8)
Não se aplica			4
A família se envolveu em decisões sobre o tratamento com os técnicos responsáveis			
Nunca	23 (23,5)	25 (27,8)	48 (25,5)
Ocasionalmente	20 (20,4)	18 (20,0)	38 (20,2)
Freqüentemente	55 (56,1)	47 (52,2)	102 (53,3)
Não se aplica			4

6.2.4 Características quanto à auto e heteroagressão nos últimos doze meses anteriores à entrevista

Trinta e oito indivíduos (20,1%) apresentaram pensamentos suicidas nos 12 meses anteriores à entrevista (Tabela 16), sendo que 29 (15,3%) tinham tais pensamentos ocasionalmente. Oito (4,2%) tentaram suicídio no período. Sete (87,5%) declararam que tinham o desejo real de morrer e seis (75%) apresentaram uma única tentativa de suicídio. Nenhum dos entrevistados referiu que a intencionalidade da tentativa era leve (não queria morrer).

TABELA 16 – FREQUÊNCIA ENTRE AS CARACTERÍSTICAS QUANTO À AUTO E HETEROAGRESSÃO DA AMOSTRA 12 MESES ANTES DA ENTREVISTA (N=192)

Variável	Masculino n(%)	Feminino n(%)	Total n(%)
Pensou em suicídio			
Não	82 (82,0)	69 (77,5)	151 (79,9)
Ocasionalmente	14 (14,0)	15 (16,8)	29 (15,3)
Freqüentemente	4 (4,0)	5 (5,6)	9 (4,8)
Não sabe			3
Tentou suicídio			
Não	98 (97,7)	85 (94,4)	183 (95,8)
Sim	3 (2,3)	5 (5,5)	8 (4,2)
Não sabe			1
Número de tentativas de suicídio			
1	2 (66,7)	4 (80,0)	6 (75,0)
2	1 (33,3)	1 (20,0)	2 (25,0)
Não sabe			1
Gravidade da tentativa de suicídio			
Leve (nenhuma consequência)	2 (66,7)	3 (60,0)	5 (62,5)
Moderada (alguma consequência)	1 (33,3)	1 (20,0)	2 (25,0)
Grave (quase morreu)		1 (20,0)	1 (12,5)
Não sabe			1
Intencionalidade da tentativa			
Leve (não queria morrer)	-	-	-
Moderada (não tinha certeza)	-	1 (33,3)	1 (12,5)
Grave (desejo claro de morrer)	5 (100,0)	2 (66,7)	7 (87,5)
Não sabe			1

continua

conclusão			
Variável	Masculino n(%)	Feminino n(%)	Total n(%)
Agrediu alguém			
Não	78 (76,5)	76 (85,4)	154 (80,6)
Sim	24 (23,5)	13 (14,6)	37 (19,3)
Não sabe			1
Gravidade da agressão			
Leve (quase nenhuma lesão)	14 (58,3)	12 (92,3)	26 (70,3)
Moderada (alguma lesão)	9 (37,5)	-	9 (24,3)
Grave (alguma lesão)	1 (4,2)	1 (7,7)	2 (5,4)
Não sabe			1
Não agrediu			154

6.2.5 Pensamentos e tentativas de suicídio durante a vida

Cento e nove (57,7%) sujeitos referiram ter tido pensamentos suicidas em algum momento da vida, sendo que 89 (47,1%) apresentavam estes pensamentos ocasionalmente e 20 (10,6%) freqüentemente. Cinquenta e nove (30,9%) entrevistados tentaram suicídio, 25 (43,1%) com conseqüências sobre sua saúde, e destes 7 (12,1%) quase morreram. Vinte e seis (46,4%), quando da auto agressão, tinham um desejo claro de morrer e apenas 8 (13,2%) referiram ter feito uso de álcool ou outras drogas antes da tentativa (Tabela 17).

TABELA 17 – FREQUÊNCIA ENTRE AS CARACTERÍSTICAS QUANTO À AUTO E HETEROAGRESSÃO DA AMOSTRA POR SEXO E O TOTAL DE CADA VARIÁVEL DURANTE TODO O PERÍODO DE VIDA (N=192)

Variável	Masculino n(%)	Feminino n(%)	Total n(%)
Pensou em suicídio			
Não	42 (42,0)	38 (42,7)	80 (42,3)
Ocasionalmente	48 (48,0)	41 (46,1)	89 (47,1)
Freqüentemente	10 (10,0)	10 (11,2)	20 (10,6)
Não sabe			3
Tentou suicídio			
Não	69 (68,3)	63 (70,0)	132 (69,1)
Sim	32 (31,7)	27 (30,0)	59 (30,9)
Não sabe			1
Número de tentativas de suicídio			
1	20 (62,5)	15 (57,7)	35 (60,3)
2	7 (21,9)	8 (30,8)	15 (25,9)
3	4 (12,5)	1 (3,9)	5 (8,6)
5	-	1 (3,9)	1 (1,7)
10	1 (3,1)	1 (3,9)	2 (3,4)
Não sabe			2
Gravidade da tentativa de suicídio			
Leve (nenhuma conseqüência)	16 (48,5)	17 (63,0)	33 (56,9)
Moderada (alguma conseqüência)	12 (36,4)	6 (22,2)	18 (31,0)
Grave (quase morreu)	4 (12,1)	3 (11,1)	7 (12,1)
Não sabe	1 (3,0)	1 (3,7)	2

continua

conclusão			
Variável	Masculino n(%)	Feminino n(%)	Total n(%)
Intencionalidade da tentativa			
Leve (não queria morrer)	9 (27,3)	5 (18,5)	14 (25,0)
Moderada (não tinha certeza)	9 (27,3)	7 (26,0)	16 (28,6)
Grave (desejo claro de morrer)	13 (39,4)	13 (48,1)	26 (46,4)
Não sabe	2 (6,1)	2 (7,4)	4
Estava sob efeito de álcool ou drogas quando da tentativa			
Não	26 (81,2)	24 (92,3)	50 (86,2)
Sim	6 (18,7)	2 (7,7)	8 (13,8)
Não sabe			2

6.3 Análise univariada

6.3.1 Fatores associados a tentativas de suicídio nos últimos doze meses

Ter realizado psicoterapia ($x^2=5,22$; g.l.=1; $p=0,02$) e ter recebido eletroconvulsoterapia ($x^2=7,21$; g.l.=1; $p=0,006$) foram às únicas variáveis que apresentavam associações estatisticamente significativas à tentativa de suicídio nos doze meses que antecederam a entrevista (Tabela 18).

Não houve associação estatisticamente significativa entre escores positivos, negativos e gerais da PANSS com tentativa de suicídio no último ano. No entanto, houve associação para dois itens específicos da PANSS: sentimentos de culpa ($x^2=15,06$; g.l.=1 $p=0,0001$) e presença de sintomas depressivos ($x^2=8,10$; g.l.=1; $p=0,004$).

TABELA 18 – ASSOCIAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO E TENTATIVA DE SUICÍDIO NOS 12 MESES QUE ANTECEDERAM A ENTREVISTA

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos suicidas nos 12 meses (%)	Razão de Prevalência	IC95%	p
Sexo	(191)			0,37 ^a
Masculino	(101)	3 (3,0)	1	
Feminino	(90)	5 (5,6)	1,87	0,46-7,60
Idade	(191)			0,68 ^b
18-24	(14)	1 (7,1)	1	
25-34	(39)	1 (2,5)	0,35	0,23-5,23
35-44	(62)	1 (1,6)	0,22	0,01-3,39
45-54	(42)	4 (9,5)	1,33	0,16-10,95
55-64	(33)	1 (3,0)	0,42	0,28-6,31
Escolaridade	(191)			0,14 ^b
0-3	(30)	3 (10,0)	1	
4-8	(95)	4 (4,2)	0,42	0,10-1,78
9-11	(34)	0 (0,0)	-	-
12 ou mais	(32)	1 (3,1)	0,31	0,34-2,84
Estado Civil	(191)			0,39 ^a
Solteiro	(109)	6 (5,5)	1	
Separado	(32)	2 (6,2)	1,13	0,24-5,35
Viúvo	(6)	-	-	
Casado	(44)	-	-	
Natural de S.P.	(191)			0,86 ^a
Não	(101)	4 (4,0)	1	
Sim	(90)	4 (4,4)	1,12	0,29-4,35
Renda do paciente	(188)			0,54 ^b
Reais/mês				
Nenhuma	(69)	2 (2,9)	1	
Até 130	(34)	2 (5,9)	2,02	0,30-13,80
130-360	(33)	1 (3,0)	1,04	0,10-11,12
Acima de 360	(52)	3 (5,8)	2,00	0,34-11,48
Renda familiar	(190)			0,23 ^b
Reais/mês				
Até 360	(28)	1 (3,6)	1	
360-699	(39)	4 (10,3)	2,87	0,34-24,3
700-1299	(51)	2 (3,9)	1,09	0,10-11,6
1300-2600	(43)	0 (0,0)	-	-
Acima de 2600	(29)	1 (3,4)	0,96	

continua

continuação

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos suicidas nos 12 meses (%)	Razão de Prevalência	IC95%	p
Relação pessoa/cômodo (188)				0,63 ^b
Menos que	4 (4,8)	1		
Uma pessoa (83)				
1-1,75 (69)	1 (1,4)	0,30	0,03-2,63	
Duas ou mais (36)	3 (8,3)	1,73	0,41-7,33	
Diagnóstico (191)				0,45 ^a
Esquizofrenia (111)	3 (2,7)	1		
E. Depressivo com sintomas psicóticos (17)	1 (5,8)	2,18	0,24-19,74	
Outros transtornos psicóticos (11)	1 (9,1)	3,36	0,38-29,66	
T. A. B. (46)	2 (4,3)	1,61	0,28-9,31	
T. Esquizoafetivo (6)	1 (16,7)	6,17	0,75-50,80	
Abuso de álcool (191)				0,05 ^a
Não (177)	6 (3,4)	1		
Sim (14)	2 (14,3)	4,21	0,93-18,98	
Abuso de outras Drogas (191)				0,28 ^a
Não (182)	7 (3,8)	1		
Sim (9)	1 (11,1)	2,89	0,40-21,04	
Número de internações (191)				0,11 ^b
1-3 (60)	3 (5,0)	1		
4-9 (42)	1 (2,4)	0,47	0,05-4,42	
10 ou mais (49)	4 (8,2)	1,63	0,38-6,95	
Nenhuma (40)	0 (0,0)	-	-	
Número de meses internado no hospital (150)				0,29 ^b
1-3 (40)	1 (2,5)	1		
4-10 (36)	2 (5,6)	2,22	0,21-23,48	
10-28 (38)	2 (5,3)	2,10	0,20-22,27	
29 ou mais (36)	3 (8,3)	3,33	0,36-30,63	
Ajustamento social (187)				0,08 ^a
Pobre (23)	1 (4,3)	1		
Regular (96)	7 (7,3)	1,06	0,46-2,49	
Bom (68)	0 (0,0)	-	-	
Neurolépticos (190)				0,06 ^a
Sem uso (26)	1 (3,8)	1		
Uso ocasional (19)	1 (5,3)	1,37	0,09-20,52	
Uso freqüente (145)	6 (4,1)	1,07	0,13-8,57	
Eletroconvulsoterapia (191)				0,006
Não recebeu (182)	6 (3,3)	1		
Recebeu (9)	2 (22,2)	6,74	1,57-28,84	

continua

continuação

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos suicidas nos 12 meses (%)	Razão de Prevalência	IC95%	p
Reabilitação/ Hospital-Dia (190)				0,05 ^a
Não realizou (163)	5 (3,1)	1		
Realizou (27)	3 (11,1)	3,62	0,92-14,39	
Psicoterapia (191)				0,02 ^a
Não realizou (139)	3 (2,2)	1		
Realizou (52)	5 (9,6)	4,45	1,10-17,98	
Terapia familiar (191)				0,35 ^a
Não realizou (181)	7 (3,9)	1		
Realizou (10)	1 (10,0)	2,58	0,35-19,03	
Medicina Popular (191)				0,67 ^a
Não realizou (175)	7 (4,0)	1		
Realizou (16)	1 (6,2)	1,56	0,20-11,92	
Tratamentos não convencionais (191)				0,51 ^a
Não realizou (178)	7 (3,9)	1		
Realizou (13)	3 (7,7)	1,96	0,26-14,72	
A família acompanhou o paciente no tratamento que ele recebeu (187)				0,56 ^a
Nunca (51)	3 (5,9)	1		
Ocasionalmente (55)	3 (5,4)	0,93	0,19-4,39	
Freqüentemente (81)	2 (2,5)	0,42	0,73-2,43	
A família monitorou as medicações (187)				0,47 ^a
Nunca (77)	3 (3,9)	1		
Ocasionalmente (39)	3 (7,7)	1,97	0,42-9,33	
Freqüentemente (71)	2 (2,8)	0,72	0,12-4,20	
A família se envolveu em decisões sobre o tratamento com os técnicos Responsáveis (187)				0,22 ^a
Freqüentemente (102)	2 (2,0)	1		
Ocasionalmente (38)	3 (7,9)	4,03	0,70-23,17	
Nunca (47)	3 (6,4)	3,25	0,56-18,84	

continua

conclusão				
Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos suicidas nos 12 meses (%)	Razão de Prevalência	IC95%	p
Agrediu alguém nos últimos 12 meses				0,19 ^a
Não (190)	5 (3,3)	1		
Sim (37)	3 (8,1)	2,48	0,62-9,92	
Variáveis	Média	Desvio Padrão	p	
Sintomas positivos (188)				
Sem pensamento de suicídio	11,3	5,4	0,43 ^c	
Com pensamento de suicídio	13,4	6,7		
Sintomas negativos (186)				
Sem pensamento de suicídio	14,8	8,7	0,08 ^c	
Com pensamento de suicídio	13,4	4,9		
Sintomas gerais (187)			0,97 ^c	
Sem pensamento de suicídio	25,7	8,5		
Com pensamento de suicídio	29,9	8,6		
TOTAL (186)				
Sem pensamento de suicídio	51,7	19,2	0,27 ^c	
Com pensamento de suicídio	56,6	13,7		

a-teste de homogeneidade do qui-quadrado

b-teste de tendência do qui-quadrado

c-test t

p=nível de significância estatística

IC95%=intervalo de confiança de 95%.

6.3.2 Fatores associados a tentativas de suicídio durante todo o período de vida

Somente uma variável apresentou associação estatisticamente significativa com história de tentativa de suicídio na vida: uso de neurolépticos nos 12 meses que antecederam a entrevista ($x^2=8,74$; g.l.=2; $p=0,01$) (Tabela 19).

Quando os itens da PANSS foram avaliados individualmente com o teste x^2 de tendência linear, presença de sentimento de culpa ($x^2=4,64$; g.l.=1; $p=0,03$) e sintomas depressivos ($x^2=6,74$; g.l.=1; $p=0,009$) mostraram significância estatística com tentativa de suicídio durante a vida.

TABELA 19 – ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO DURANTE TODO O PERÍODO DE VIDA

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Tentativas de suicídio (%)	Razão de prevalência	IC95%	p
Sexo (191)				0,80 ^a
Feminino (90)	27 (30,0)	1		
Masculino (101)	32 (31,7)	1,06	0,69-1,62	
Idade (191)				0,65 ^b
55-64 (33)	8 (24,2)	1		
45-54 (42)	14 (33,3)	1,37	0,66-2,88	
35-44 (62)	20 (32,3)	1,33	0,66-2,69	
25-34 (40)	13 (32,5)	1,34	0,63-2,84	
18-24 (14)	4 (28,6)	1,18	0,42-3,28	
Escolaridade (191)				0,87 ^b
0-3 (30)	9 (30,0)	1		
4-8 (95)	31 (32,6)	1,09	0,59-2,02	
9-11 (34)	9 (26,5)	0,88	0,40-1,93	
12 ou mais (32)	10 (31,2)	1,04	0,49-2,20	
Estado Civil (191)				0,88 ^a
Viúvo (6)	1 (16,7)	1		
Casado (44)	13 (29,5)	1,77	2,79-11,24	
Separado (32)	10 (31,2)	1,87	0,29-12,06	
Solteiro (109)	35 (32,1)	1,93	0,31-11,77	
Natural de S.P. (191)				0,57 ^a
Sim (90)	26 (28,9)	1		
Não (101)	33 (32,7)	1,13	0,29-4,35	
Renda do paciente (188)				0,67 ^b
Reais/mês				
Nenhuma (69)	21 (30,4)	1		
Até 130 (34)	13 (38,2)	1,26	0,72-2,19	
130-360 (33)	11 (33,3)	1,09	0,60-1,99	
Acima de 360 (52)	14 (26,9)	0,88	0,50-1,57	
Renda familiar (190)				0,15 ^b
Reais/mês				
Até 360 (28)	10 (35,7)	1		
360-699 (39)	14 (35,9)	1,00	0,52-1,92	
700-1299 (51)	16 (31,4)	0,88	0,46-1,67	
1300-2600 (43)	14 (32,6)	0,91	0,47-1,76	
Acima de 2600 (29)	5 (17,2)	0,48	0,19-1,23	

continua

continuação

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Tentativas de suicídio (%)	Razão de prevalência	IC95%	p
Relação pessoa/cômodo (188)				0,57 ^b
Menos que uma pessoa (83)	27 (32,5)	1		
1-1,75 (69)	17 (24,6)	0,76	0,45-1,27	
Duas ou mais (36)	15 (41,7)	1,28	0,78-2,10	
Diagnóstico (191)				0,59 ^a
T. A. B. (46)	10 (21,7)	1		
Outros transtornos psicóticos (11)	3 (27,3)	1,25	0,42-3,81	
E. Depressivo com sintomas psicóticos (17)	5 (29,4)	1,35	0,54-3,39	
T. Esquizoafetivo (6)	2 (33,3)	1,53	0,44-5,39	
Esquizofrenia (111)	39 (35,1)	1,61	0,88-2,95	
Abuso de álcool (191)				0,84 ^a
Sim (14)	4 (28,6)	1		
Não (177)	55 (31,1)	1,09	0,46-2,56	
Abuso de outras Drogas (191)				0,37 ^a
Não (182)	55 (30,4)	1		
Sim (9)	4 (44,4)	1,47	0,68-3,15	
Número de internações (191)				0,08 ^b
Nenhuma (40)	7 (17,5)	1		
1-3 (60)	18 (30,0)	1,71	0,79-3,72	
4-9 (42)	18 (42,9)	2,45	1,15-5,23	
10 ou mais (49)	16 (32,6)	1,86	0,85-4,09	
Número de meses internado no hospital (150)				0,52 ^b
1-3 (40)	10 (25,0)	1		
4-10 (36)	16 (44,4)	1,78	0,93-3,40	
10-28 (38)	12 (31,6)	1,26	0,62-2,57	
29 ou mais (36)	13 (36,1)	1,44	0,72-2,89	
Ajustamento social (187)				0,06 ^a
Bom (68)	14 (20,6)	1		
Regular (96)	36 (37,5)	1,82	1,07-3,10	
Pobre (23)	8 (34,8)	1,69	0,81-3,50	
Neurolépticos (190)				0,01 ^a
Sem uso (26)	3 (11,5)	1		
Uso ocasional (19)	10 (52,6)	4,56	1,45-14,36	
Uso freqüente (145)	46 (31,7)	2,75	0,92-8,18	

continua

continuação

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Tentativas de suicídio (%)	Razão de prevalência	IC95%	p
Eletroconvulsoterapia (191)				0,37 ^a
Não recebeu (182)	55 (30,2)	1		
Recebeu (9)	2 (22,2)	1,47	0,68-3,15	
Reabilitação/Hospital-Dia (190)				0,47 ^a
Não realizou (163)	49 (30,1)	1		
Realizou (27)	10 (37,0)	1,23	0,71-2,12	
Psicoterapia (191)				0,50 ^a
Não realizou (139)	41 (29,5)	1		
Realizou (52)	18 (34,6)	1,17	0,74-1,85	
Terapia familiar (191)				0,95 ^a
Não realizou (181)	56 (30,9)	1		
Realizou (10)	3 (30,0)	0,97	0,37-2,56	
Medicina Popular (191)				0,25 ^a
Não realizou (175)	52 (29,7)	1		
Realizou (16)	7 (43,7)	1,47	0,81-2,68	
Tratamentos não convencionais em saúde (191)				0,99 ^a
Realizou (13)	4 (30,8)	1		
Não realizou (178)	55 (30,9)	1,00	0,43-2,34	
A família acompanhou o paciente no tratamento que ele recebeu (187)				0,44 ^a
Nunca (51)	14 (27,4)	1		
Ocasionalmente (55)	21 (38,2)	1,39	0,79-2,43	
Freqüentemente (81)	24 (29,6)	1,08	0,62-1,89	
A família monitorou as medicações (187)				0,14 ^a
Nunca (77)	24 (31,2)	1		
Ocasionalmente (39)	17 (43,6)	1,40	0,86-2,28	
Freqüentemente (71)	18 (25,3)	0,81	0,48-1,37	
A família se envolveu em decisões sobre o tratamento com os técnicos responsáveis (187)				0,50 ^a
Nunca (47)	30 (29,4)	1		
Ocasionalmente (38)	15 (39,5)	1,32	0,73-2,39	
Freqüentemente (102)	14 (29,8)	0,99	0,58-1,68	

continua

conclusão					
Variável	Tentativas de	Razão de	IC95%	p	
(número de pessoas que informaram corretamente)	suicídio (%)	prevalência			
Agrediu alguém nos últimos 12 meses				0,16 ^a	
(190)					
Não	44 (28,7)	1			
Sim	15 (40,5)	1,41	0,89-2,24		
Variáveis	Média	Desvio Padrão	p		
Sintomas positivos (187)					
Sem tentativa de suicídio	11,0	5,1	0,20 ^c		
Com tentativa de suicídio	12,2	6,3			
Sintomas negativos (185)					
Sem tentativa de suicídio	14,9	8,9	0,66 ^c		
Com tentativa de suicídio	14,3	8,3			
Sintomas gerais (186)					
Sem tentativa de suicídio	25,4	8,6	0,85 ^c		
Com tentativa de suicídio	26,8	8,4			
TOTAL (185)					
Sem tentativa de suicídio	51,4	19,8	0,27 ^c		
Com tentativa de suicídio	52,9	17,4			

a-teste de homogeneidade do qui-quadrado

b-teste de tendência para o qui-quadrado

c-test t; p=nível de significância estatística; IC95%=Intervalo de confiança de 95%

6.3.3 Fatores associados a pensamentos suicidas nos 12 meses que antecederam a entrevista

Apresentaram associação estatisticamente significativa as seguintes variáveis: idade ($x^2=4,06$; g.l.=4; $p=0,04$), estado civil ($x^2=9,77$; g.l.=1; $p=0,02$), procedência ($x^2=4,58$; g.l.=1; $p=0,03$), abuso de álcool ($x^2=4,85$; g.l.=1; $p=0,03$), uso de neurolépticos nos últimos 12 meses ($x^2=7,27$; g.l.=2 $p=0,03$), realização de psicoterapia ($x^2=12,0$, g.l.=1; $p=0,0005$) e envolvimento familiar em decisões sobre o tratamento com os técnicos responsáveis ($x^2=9,64$; g.l.=2; $p=0,008$).

Em relação à PANSS, apresentaram associação apenas os seguintes itens: presença de excitação ($x^2=5,42$; g.l.=1; $p=0,02$), idéias de desconfiança ($x^2=9,22$; g.l.=1; $p=0,002$), dificuldade de pensamento abstrato ($x^2=5,73$; g.l.=1; $p=0,02$),

ansiedade ($x^2=9,92$; g.l.=1; $p=0,002$), sentimento de culpa ($x^2=27,19$; g.l.=1; $p<0,0001$), depressão ($x^2= 22,74$; g.l.=1; $p<0,0001$) e esquivia social ativa ($x^2=9,05$; g.l.=1; $p=0,003$).

TABELA 20 – ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS E PENSAMENTOS DE SUICÍDIO NOS 12 MESES QUE ANTECEDERAM A ENTREVISTA

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos de suicídio (%)	Razão de Prevalência	IC95%	p
Sexo (189)				0,44 ^a
Masculino (100)	18 (18,0)	1		
Feminino (89)	20 (22,5)	1,25	0,71-2,20	
Idade (189)				0,04 ^b
55-64 (33)	4 (12,2)	1		
45-54 (41)	8 (19,5)	1,61	0,53-4,88	
35-44 (62)	13 (21,0)	1,72	0,61-4,88	
25-34 (39)	5 (12,8)	1,06	0,30-3,62	
18-24 (14)	8 (57,1)	4,71	1,69-13,13	
Escolaridade (189)				0,14 ^b
0-3 (29)	4 (13,8)	1		
4-8 (95)	17 (17,9)	1,29	0,47-3,55	
9-11 (34)	9 (26,5)	1,91	0,66-5,59	
12 ou mais (31)	8 (25,8)	1,87	0,63-5,55	
Estado Civil (189)				0,02 ^a
Casado (44)	3 (6,82)	1		
Solteiro (108)	25 (23,6)	3,39	1,08-10,7	
Separado (31)	10 (32,3)	4,73	1,42-15,79	
Viúvo (6)	0 (0,0)	-	-	
Natural de S.P. (189)				0,03 ^a
Não (99)	14 (14,1)	1		
Sim (90)	24 (26,7)	1,88	1,04-3,41	
Renda do paciente (186)				0,78 ^b
Reais/mês				
Nenhuma (68)	14 (20,6)	1		
Até 130 (34)	4 (11,8)	0,57	0,20-1,60	
130-360 (32)	7 (21,9)	1,06	0,47-2,37	
Acima de 360 (52)	11 (21,1)	1,02	0,51-2,07	

continua

continuação

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos de suicídio (%)	Razão de Prevalência	IC95%	p
Renda familiar (188)				0,91 ^b
Reais/mês				
Até 360 (28)	7 (25,0)	1		
360-699 (39)	7 (17,9)	0,72	0,28-1,81	
700-1299 (51)	10 (19,6)	0,78	0,33-1,83	
1300-2600 (41)	5 (12,2)	0,48	0,17-1,38	
Acima de 2630 (29)	8 (27,6)	1,10	0,46-2,64	
Relação pessoa/cômodo (186)				0,97 ^b
Menos que uma pessoa (82)	17 (20,7)	1		
1-1,75 (68)	12 (17,6)	0,85	0,44-1,65	
Duas ou mais (36)	8 (22,2)	1,07	0,57-2,79	
Diagnóstico (189)				0,20 ^a
Outros transtornos psicóticos (11)	1 (9,1)	1		
Esquizofrenia (109)	17 (15,6)	1,71	0,25-11,69	
E. Depressivo com sintomas psicóticos (17)	4 (23,5)	2,58	0,33-20,22	
T. Afet. Bipolar (46)	14 (30,4)	3,34	0,49-22,81	
T. Esquizoafetivo (6)	2 (33,3)	3,67	0,41-32,58	
Abuso de álcool (189)				0,03 ^a
Não (175)	32 (18,3)	1		
Sim (14)	6 (42,9)	2,34	1,18-4,63	
Abuso de outras drogas (189)				0,87 ^a
Não (180)	36 (20,0)	1		
Sim (9)	2 (22,2)	1,11	0,31-3,90	
Número de internações (189)				0,56 ^b
Nenhuma (40)	10 (25,0)	1		
1-3 (60)	12 (20,0)	0,80	0,38-1,67	
4-9 (41)	6 (14,6)	0,58	0,23-1,46	
10 ou mais (48)	10 (20,8)	0,83	0,39-1,80	
Número de meses internado no hospital (148)				0,86 ^b
1-3 (40)	7 (17,5)	1		
4-10 (35)	7 (20,0)	1,14	0,44-2,94	
10-28 (37)	7 (18,9)	1,08	0,42-2,79	
29 ou mais (36)	7 (19,4)	1,11	0,43-2,86	

continua

continuação

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos de suicídio (%)	Razão de Prevalência	IC95%	p
Ajustamento social (185)				0,21 ^a
Bom (68)	9 (13,2)	1		
Regular (95)	23 (24,2)	1,82	0,90-3,70	
Pobre (22)	5 (22,7)	1,71	0,64-4,58	
Neurolépticos (188)				0,03 ^a
Sem uso (26)	10 (38,5)	1		
Uso ocasional (19)	5 (26,3)	0,68	0,28-1,67	
Uso freqüente (143)	23 (16,1)	0,42	0,23-0,77	
Eletroconvulsoterapia (189)				0,06 ^a
Não recebeu (180)	34 (18,9)	1		
Recebeu (9)	4 (44,4)	2,35	1,07-5,19	
Reabilitação/ Hospital-Dia (189)				0,78 ^a
Não realizou (161)	32 (19,9)	1		
Realizou (27)	6 (22,2)	1,12	0,52-2,42	
Psicoterapia (189)				0,0005 ^a
Não realizou (137)	19 (13,9)	1		
Realizou (52)	19 (36,5)	2,63	1,52-4,57	
Terapia familiar (189)				0,99 ^a
Não realizou (179)	36 (20,1)	1	0,28-3,59	
Realizou (10)	2 (20,0)	0,99	0,28-3,55	
Medicina Popular (189)				0,25 ^a
Não realizou (173)	33 (19,1)	1		
Realizou (16)	5 (31,2)	1,63	0,74-3,60	
Tratamentos não convencionais em saúde (189)				0,78 ^a
Não realizou (176)	35 (19,9)	1		
Realizou (13)	3 (23,1)	1,16	0,41-3,27	
A família acompanhou o paciente no tratamento que ele recebeu (185)				0,06 ^a
Nunca (51)	11 (21,6)	1		
Ocasionalmente (55)	16 (29,1)	1,35	0,69-2,63	
Freqüentemente (79)	10 (12,7)	0,59	0,27-1,28	
A família monitorou as medicações (185)				0,32 ^a
Nunca (77)	17 (22,1)	1		
Ocasionalmente (39)	10 (25,6)	1,16	0,59-2,29	
Freqüentemente (69)	10 (14,5)	0,66	0,32-1,33	

continua

conclusão

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos de suicídio (%)	Razão de Prevalência	IC95%	p
A família se envolveu em decisões sobre o tratamento com os técnicos responsáveis (185)				0,0081 ^a
Nunca	(47) 12 (25,5)	1		
Ocasionalmente	(38) 13 (34,2)	1,34	0,69-2,59	
Freqüentemente	(100) 12 (12,0)	0,47	0,23-0,97	
Agrediu alguém nos últimos 12 meses (188)				0,49 ^a
Não	(151) 28 (18,5)	1		
Sim	(37) 9 (24,3)	1,27	0,66-2,44	
Variáveis	Média	Desvio Padrão	p	
Sintomas positivos (187)				
Sem pensamento de suicídio	11,0	5,0	0,11 ^c	
Com pensamento de suicídio	13,0	7,0		
Sintomas negativos (185)				
Sem pensamento de suicídio	15,0	8,9	0,11 ^c	
Com pensamento de suicídio	13,0	6,0		
Sintomas gerais (186)				
Sem pensamento de suicídio	25,2	8,4	0,78 ^c	
Com pensamento de suicídio	28,4	8,7		
TOTAL (185)				
Sem pensamento de suicídio	51,3	19,6	0,16 ^c	
Com pensamento de suicídio	53,6	16,1		

a-teste de homogeneidade do qui-quadrado

b-teste de tendência do qui-quadrado

c-test t

p=nível de significância estatística

IC95%=Intervalo de confiança de 95%

6.3.4 Fatores associados a pensamentos suicidas durante todo o período de vida

Apresentaram associação estatisticamente significativa as seguintes variáveis: faixa etária ($x^2=6,32$; g.l.=1; $p=0,01$), uso de neurolépticos nos 12 meses que antecederam a entrevista ($x^2=7,28$; g.l.=2; $p=0,03$) e envolvimento familiar nas decisões com os técnicos responsáveis ($x^2=9,01$; g.l.=2; $p=0,03$) (Tabela 21).

Os itens da PANSS que apresentaram associações estatisticamente significativas foram: embotamento afetivo ($x^2=7,57$; g.l.=1; $p=0,006$), falta de espontaneidade e fluência na conversação ($x^2=5,31$; g.l.=1; $p=0,02$), ansiedade ($x^2=9,43$; $p=0,002$), sentimento de culpa ($x^2=15,70$; g.l.=1; $p=0,0001$), depressão ($x^2=10,82$; g.l.=1; $p=0,0001$) e desorientação ($x^2=4,88$; g.l.=1; $p=0,03$).

TABELA 21 – ASSOCIAÇÃO ENTRE CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS E PENSAMENTOS DE SUICÍDIO DURANTE TODO O PERÍODO DE VIDA

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos de suicídio (%)	Razão de prevalência	IC95%	p
Sexo (189)				0,92 ^a
Feminino (89)	51 (57,3)	1		
Masculino (100)	58 (58,0)	1,01	0,79-1,29	
Idade (189)				0,01 ^b
55-64 (33)	15 (45,4)	1		
45-54 (41)	23 (56,1)	1,23	0,78-1,96	
35-44 (62)	34 (54,8)	1,21	0,78-1,87	
25-34 (39)	24 (61,5)	1,35	0,86-2,12	
18-24 (14)	13 (92,9)	2,04	1,37-3,05	
Escolaridade (189)				0,07 ^b
0-3 (29)	12 (41,4)	1		
4-8 (95)	55 (57,9)	1,40	0,88-2,23	
9-11 (34)	22 (64,7)	1,56	0,95-2,58	
12 ou mais (31)	20 (64,5)	1,56	0,94-2,58	

continua

continuação

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos de suicídio (%)	Razão de prevalência	IC95%	p
Estado Civil (189)				0,19 ^a
Viúvo (6)	2 (33,3)	1		
Casado (44)	22 (50,0)	1,50	0,46-4,83	
Solteiro (108)	63 (58,3)	1,75	0,56-5,49	
Separado (31)	22 (71,0)	2,13	0,67-6,15	
Natural de S.P. (189)				0,36 ^a
Não (99)	54 (54,5)	1		
Sim (90)	55 (61,1)	1,12	0,88-1,43	
Renda do paciente (186)				0,64 ^b
Reais/mês				
Nenhuma (68)	40 (58,8)	1		
Até 130 (34)	17 (50,0)	0,85	0,57-1,26	
130-360 (32)	17 (53,1)	0,90	0,62-1,32	
Acima de 360 (52)	33 (63,5)	1,08	0,81-1,44	
Renda familiar (188)				0,62 ^b
Reais/mês				
Até 360 (28)	17 (60,7)	1		
360-699 (39)	20 (51,3)	0,84	0,55-1,29	
700-1299 (51)	33 (64,7)	1,06	0,74-1,53	
1300-2600 (41)	24 (58,5)	0,96	0,65-1,43	
Acima de 2600 (29)	14 (48,3)	0,79	0,49-1,28	
Relação pessoa/cômodo (186)				0,92 ^b
Menos que uma pessoa (82)	48 (58,5)	1		
1-1,75 (68)	38 (55,9)	0,95	0,72-1,26	
Duas ou mais (36)	21 (58,3)	0,99	0,71-1,39	
Diagnóstico (189)				0,16 ^a
E. Depressivo com sintomas psicóticos (17)	8 (47,1)	1		
Outros transtornos psicóticos (11)	7 (63,6)	1,35	0,69-2,65	
Esquizofrenia (109)	57 (52,3)	1,11	0,65-1,90	
T. Afet. Bipolar (46)	32 (69,6)	1,48	0,86-2,53	
T. Esquizoafetivo (6)	5 (83,3)	1,77	0,95-3,29	
Abuso de álcool (189)				0,28 ^a
Não (175)	99 (56,6)	1		
Sim (14)	10 (71,4)	1,26	0,88-1,80	
Abuso de outras drogas (189)				0,21 ^a
Não (180)	102 (56,7)	1		
Sim (9)	7 (77,8)	1,37	0,95-1,99	

continua

continuação

Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos de suicídio (%)	Razão de prevalência	IC95%	p
Número de internações (189)				0,69 ^b
Nenhuma (40)	23 (57,5)	1		
1-3 (60)	36 (60,0)	1,04	0,74-1,47	
4-9 (41)	24 (58,5)	1,02	0,70-1,47	
10 ou mais (48)	26 (54,2)	0,94	0,65-1,37	
Número de meses internado no hospital (148)				0,33 ^b
1-3 (40)	24 (60,0)	1		
4-10 (35)	21 (60,0)	1,00	0,69-1,45	
10-28 (37)	23 (62,2)	1,04	0,72-1,48	
29 ou mais (36)	17 (47,2)	0,78	0,51-1,21	
Ajustamento social (185)				0,81 ^a
Bom (68)	38 (55,9)	1		
Regular (95)	55 (57,9)	1,04	0,79-1,36	
Pobre (22)	14 (63,6)	1,14	0,78-1,66	
Neurolépticos (188)				0,03 ^a
Sem uso (26)	17 (65,4)	1		
Uso ocasional (19)	16 (84,2)	1,29	0,91-1,81	
Uso freqüente (143)	76 (53,1)	0,81	0,59-1,12	
Eletroconvulsoterapia (189)				0,05 ^a
Não recebeu (180)	101 (56,1)	1		
Recebeu (9)	8 (88,9)	1,58	1,21-2,06	
Reabilitação/Hospital-Dia (189)				0,88 ^a
Não realizou (161)	93 (57,8)	1		
Realizou (27)	16 (59,3)	1,02	0,73-1,44	
Psicoterapia (189)				0,10 ^a
Não realizou (137)	74 (54,0)	1		
Realizou (52)	35 (67,3)	1,25	0,97-1,59	
Terapia familiar (189)				0,25 ^a
Realizou (10)	4 (40,0)	1		
Não Realizou (173)	105 (58,5)	1,46	0,68-3,16	
Medicina Popular (189)				0,14 ^a
Não realizou (173)	97 (56,1)	1		
Realizou (16)	12 (75,0)	1,34	0,98-1,83	
Tratamentos não convencionais em saúde (189)				0,77 ^a
Realizou (13)	7 (53,8)	1		
Não realizou (176)	102 (57,9)	1,07	0,64-1,80	

continua

conclusão				
Variável (número de pessoas que informaram corretamente)	Pensamentos de suicídio (%)	Razão de prevalência	IC95%	p
A família acompanhou o paciente no tratamento que ele recebeu (185)				0,62 ^a
Nunca (51)	28 (54,9)	1		
Ocasionalmente (55)	35 (63,6)	1,16	0,84-1,59	
Freqüentemente (79)	45 (57,0)	1,04	0,76-1,42	
A família monitorou as medicações (185)				0,48 ^a
Nunca (77)	44 (57,1)	1		
Ocasionalmente (39)	26 (66,7)	1,17	0,87-1,57	
Freqüentemente (69)	38 (55,1)	1,96	0,72-1,28	
A família se envolveu em decisões sobre o tratamento com os técnicos responsáveis (185)				0,03 ^a
Nunca (47)	28 (59,6)	1		
Ocasionalmente (38)	29 (76,3)	1,28	0,95-1,72	
Freqüentemente (100)	51 (51,0)	0,86	0,63-1,16	
Agrediu alguém nos últimos 12 meses (188)				0,34 ^a
Não (151)	85 (56,3)	1		
Sim (37)	24 (64,8)	1,15	0,87-1,52	
Variáveis	Média	Desvio Padrão	p	
Sintomas positivos (187)				
sem pensamento de suicídio	11,1	5,2	0,41 ^c	
com pensamento de suicídio	11,7	7,7		
Sintomas negativos (185)				
sem pensamento de suicídio	16,2	9,0	0,26 ^c	
com pensamento de suicídio	13,5	7,1		
Sintomas gerais (186)				
sem pensamento de suicídio	25,1	8,7	0,69 ^c	
com pensamento de suicídio	26,3	8,3		
TOTAL (185)			0,16 ^c	
Sem pensamento de suicídio	52,4	20,6		
Com pensamento de	51,2	17,7		

suicídio

a-teste de homogeneidade do qui-quadrado

b-teste de tendência do qui-quadrado

c-ttest

p=nível de significância estatística

IC95%=Intervalo de confiança de 95%

6.3.5 Relação entre pensamentos e tentativas de suicídio

Observou-se uma relação lógica entre as variáveis tentativa de suicídio e pensamento suicida (Tabela 22): todos os sujeitos que referiram tentativas de suicídio, seja nos 12 meses anteriores à entrevista ou na vida, também referiram ter apresentado pensamentos suicidas no período correspondente.

TABELA 22 – ASSOCIAÇÃO ENTRE PENSAMENTOS DE SUICÍDIO E TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Variável	n	Tentativas no período	Valor preditivo positivo	p
Pensamento de suicídio nos 12 meses anteriores à entrevista				
Presente	38	8	8/38	<0,0001
Ausente	151	0		
Pensamentos de suicídio na vida				
Presente	109	58	58/109	<0,0001
Ausente	80	0		

p=nível de significância estatística

6.4 Análise multivariada

Pela baixa frequência encontrada, optou-se por não realizar a regressão logística para a variável desfecho “tentativa de suicídio nos 12 meses anteriores à entrevista”.

6.4.1 Tentativas de suicídio durante todo o período de vida

As variáveis selecionadas para se realizar a análise multivariada foram as seguintes: uso de neurolépticos nos últimos 12 meses, número de internações psiquiátricas, ajustamento social, monitorização da medicação pela família do

paciente, renda familiar, agressão a outras pessoas nos últimos 12 meses e os escores para sintomas positivos da PANSS (tabela 23 e 24).

TABELA 23 – ORDEM DE ENTRADA, VALOR DO TESTE DE RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇA (R.V.) E GRAUS DE LIBERDADE (G.L.) PARA O QUI-QUADRADO, COM OS RESPECTIVOS VALORES DE P, PARA A ANÁLISE MULTIVARIADA DE TENTATIVA DE SUICÍDIO DURANTE TODA A VIDA (N=181)

Ordem de entrada	Variável	R.V.	G.L.	p
1	Uso de neuroléptico nos 12 meses* que antecederam a consulta	6,48	2	0,04
2	Número de internações psiquiátricas	6,35	3	0,09
3	Ajustamento social	1,75	1	0,19
4	Monitorização da medicação nos últimos 12 meses	4,63	2	0,10
5	Renda familiar	1,40	1	0,24
6	Agressão a outras pessoas nos últimos 12 meses	1,90	1	0,17
7	Sintomas positivos (PANSS)	1,10	1	0,29

*variável que permaneceu no modelo

p=nível de significância estatística

TABELA 24 – ANÁLISE MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS COM TENTATIVAS DE SUICÍDIO DURANTE TODO O PERÍODO DE VIDA (N=181)

Variáveis	Odds Ratio Bruto (IC95%)	Odds Ratio ajustado (IC95%)
Uso de neurolépticos		
Sem uso	1	1
Uso ocasional	4,56 (1,45-14,36)	6,66 (1,45-30,64)
Uso freqüente	2,75 (0,92-8,18)	3,22 (0,91-11,42)

No modelo de regressão logística, a única variável que permaneceu no modelo final, como sendo um fator associado à tentativa de suicídio, foi o uso de neurolépticos nos 12 meses que antecederam a entrevista.

Os sujeitos que nunca utilizaram neurolépticos no período pesquisado fazem parte de uma amostra diferente dos que utilizaram neurolépticos. As pessoas que não usaram neurolépticos no período, apresentaram uma melhor escolaridade ($\chi^2=15,6$; g.l.=1; $p=0,0001$)², maior renda pessoal ($\chi^2=15,0$; g.l.=1; $p=0,0001$)², menor número de internações psiquiátricas ($\chi^2=15,77$; g.l.=1; $p=0,0001$)², quando internadas permaneceram por um período menor de tempo ($\chi^2=8,01$; g.l.=1; $p=0,005$)², a maioria era portadora de transtorno afetivo bipolar ($\chi^2=15,65$; g.l.=4; $p<0,0001$)¹, com um melhor ajustamento social ($\chi^2=26,12$; g.l.=2; $p<0,0001$)¹. No teste t para a PANSS apresentavam associação com uma menor produção de sintomas positivos ($p<0,0001$), a presença de menos sintomas negativos ($p<0,0001$) e um menor número de sintomas gerais ($p<0,0001$) em comparação as que utilizaram neurolépticos.

Dos 26 pacientes que não tomavam neurolépticos, apenas 3 pacientes não utilizaram nenhuma medicação nos 12 meses que antecederam a entrevista.

A comparação entre os que se utilizaram neurolépticos ocasionalmente com os que utilizaram freqüentemente se mostrou uma amostra mais homogênea, sendo que os que usaram ocasionalmente apresentaram associação estatisticamente significativa com os portadores de transtorno afetivo bipolar ($\chi^2=9,27$; g.l.=1; $p=0,002$)¹ e apresentavam um menor número de internações psiquiátricas ($\chi^2=5,53$; g.l.=1; $p=0,02$)².

1- Utilizado o teste de χ^2

2- Utilizado o teste χ^2 para tendência linear

6.4.2 Pensamentos suicidas nos 12 meses anteriores a entrevista

As variáveis testadas no modelo de multivariada foram as seguintes: utilização de psicoterapia nos últimos 12 meses, envolvimento familiar no tratamento e com os técnicos responsáveis nos últimos 12 meses, estado civil, natural de São Paulo, abuso de álcool, escolaridade, escores de sintomas positivos (PANSS), escore de sintomas negativos (PANSS), escore do resultado total da PANSS, eletroconvulsoterapia nos últimos 12 meses, diagnóstico, idade, uso de neurolépticos nos últimos 12 meses e escolaridade (Tabela 25 e 26).

TABELA 25 – ORDEM DE ENTRADA, VARIÁVEIS, VALOR DO TESTE DE RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇA (R.V.) E GRAUS DE LIBERDADE (G.L.) PARA O QUI-QUADRADO, COM OS RESPECTIVOS VALORES DE P, PARA A ANÁLISE MULTIVARIADA DOS PENSAMENTOS DE SUICÍDIO NOS 12 MESES ANTERIORES À ENTREVISTA (N=172)

Ordem de entrada	Variável	R.V.	G.L.	P
1	Realizar psicoterapia*	12,10	1	0,0005
2	Envolvimento familiar com os técnicos responsáveis nos últimos 12 meses*	7,71	2	0,02
3	Estado civil*	7,69	3	0,02
4	Natural de São Paulo*	5,44	1	0,02
5	Dependência ou abuso de álcool	1,35	1	0,24
6	Uso de neuroléptico nos últimos 12 meses.	3,93	2	0,14
7	Idade (faixa etária)	5,64	2	0,06
8	Eletroconvulsoterapia	1,41	1	0,23
9	Família acompanhou o paciente no tratamento que recebeu	0,43	2	0,81
10	Sintomas negativos (PANSS)	0,07	1	0,79
11	Escolaridade	0,87	1	0,35
12	Sintomas positivos (PANSS)	3,21	1	0,07
13	Total (PANSS)	2,37	1	0,12
14	Diagnóstico	4,79	4	0,31

*variáveis que permaneceram no modelo
p=nível de significância estatística

TABELA 26 – ANÁLISE MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS COM PENSAMENTOS SUICIDAS NOS 12 MESES QUE ANTECEDERAM A ENTREVISTA (N=172)

Variáveis	Odds Ratio Bruto (IC95%)	Odds Ratio ajustado^a (IC95%)
Psicoterapia		
Não realizou	1	1
Realizou	2,63 (1,52-4,57)	4,87 (2,03-11,67)
A família se envolveu em decisões sobre o tratamento com os técnicos responsáveis		
Nunca	1	1
Ocasionalmente	1,34 (0,69-2,59)	1,80 (0,58-5,59)
Freqüentemente	0,47 (0,23-0,97)	0,49 (0,17-1,46)
Estado Civil		
Solteiro	1	1
Casado	0,29 (0,09-0,92)	0,39 (0,10-1,55)
Separado	1,39 (0,75-2,58)	2,37 (0,81-6,91)
Viúvo	-	-
Natural de S.P.		
Sim	1	1
Não	0,53 (0,29-0,96)	0,35 (0,14-0,88)

a – Ajustado para todas as variáveis da tabela

Em relação aos sintomas depressivos, houve uma freqüência maior de sintomas de intensidade moderada até moderadamente grave (PANSS) nas famílias que acompanharam o sujeito ocasionalmente (28,9%) em comparação às famílias que nunca acompanharam (18,7%) ou que faziam isto freqüentemente (6%) no período estudado.

Os indivíduos com relacionamentos interpessoais instável (separados e solteiros) apresentavam um contato pior com as pessoas ($x^2=5,09$; g.l.=1; $p=0,02$) além de uma maior esquivia social ativa ($x^2=4,24$; g.l.=1; $p=0,04$) (PANSS), em comparação aos que apresentavam relacionamento estável (casados).

6.4.3 Pensamento suicida durante todo o período de vida

As variáveis selecionadas para serem testadas no modelo de regressão logística foram: utilização de neurolépticos nos últimos 12 meses, faixa etária (idade), envolvimento familiar nas decisões de tratamento com os técnicos responsáveis, realização de eletroconvulsoterapia, escolaridade, diagnóstico, realização de psicoterapia nos últimos 12 meses, uso de medicina popular e o escore total da PANSS (Tabela 27 e 28).

TABELA 27 – ORDEM DE ENTRADA, VARIÁVEIS, VALOR DO TESTE DE VEROSSIMILHANÇA (R.V.) E GRAUS DE LIBERDADE (G.L.) PARA O QUI-QUADRADO, COM OS RESPECTIVOS VALORES DE P, PARA A ANÁLISE MULTIVARIADA DE PENSAMENTOS DE SUICÍDIO DURANTE TODO O PERÍODO DE VIDA (N=181)

Ordem de entrada	Variável	R.V.	G.L.	p
1	Faixa etária*	7,91	2	0,02
2	Uso de neuroléptico nos últimos 12 meses*	6,08	2	0,05
3	Envolvimento familiar com os técnicos responsáveis nos últimos 12 meses	5,76	2	0,06
4	Recebeu eletroconvulsoterapia nos últimos 12 meses	3,35	1	0,07
5	Faixa escolar (escolaridade)	2,73	3	0,43
6	Realizou psicoterapia nos últimos 12 meses	1,10	1	0,29
7	Realizou alguma medicina popular nos últimos 12 meses	2,79	1	0,09
8	Diagnóstico	5,82	4	0,21
9	Total (PANSS)	0,40	1	0,52
10	Estado civil	5,79	3	0,12

*variáveis que permaneceram no modelo
p=nível de significancia estatística

TABELA 28 – ANÁLISE MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS COM PENSAMENTOS SUICIDAS DURANTE TODO O PERÍODO DA VIDA (N=181)

Variáveis	Odds Ratio Bruto (IC95%)	Odds Ratio ajustado^a (IC95%)
Idade		
18-24	1	1
25-34	0,66 (0,49-0,88)	0,16 (0,02-1,41)
35-64	0,57 (0,46-0,71)	0,11 (0,01-0,86)
Uso de neurolépticos		
Nunca	1	1
Ocasionalmente	1,29 (0,91-1,81)	1,99 (0,42-9,60)
Freqüentemente	0,81 (0,59-1,12)	0,53 (0,20-1,41)

a – Ajustado para todas as variáveis da tabela

7 DISCUSSÃO

7.1 Sumário dos resultados

De acordo com a revisão realizada, este é o primeiro trabalho epidemiológico enfocando ideação e tentativas de suicídio em pessoas com transtorno mental grave vivendo na comunidade, realizado no Brasil. Dos 192 indivíduos incluídos no estudo, predominaram as pessoas do sexo masculino (53,1%), solteiros (57,3%), com uma média de idade de 41,5 anos, 4 a 8 anos de estudo (50,0%) e nascidos fora do município de São Paulo (52,6%). O diagnóstico mais comum foi de esquizofrenia (58,3%). Somente 7,3% apresentavam abuso ou dependência de álcool e 4,7% tinham história de abuso ou dependência de outras drogas. A maioria apresentava ao menos uma internação psiquiátrica (79,2%), o ajustamento social foi considerado regular para 51,1% dos sujeitos entrevistados, e os escores positivos, negativos e gerais da PANSS mostraram resultados pouco relevantes.

Nos doze meses que antecederam a entrevista, a grande maioria utilizava medicação psiquiátrica frequentemente (92,2%), sendo os neurolépticos a droga mais usada (86,3%). Poucos entrevistados haviam realizado eletroconvulsoterapia (4,7%), hospital dia (14,1%), tratamentos não convencionais em saúde (6,8%) ou baseados na medicina popular (8,3%) e 27,6% realizaram psicoterapia. Os familiares costumavam se envolver no tratamento, acompanhando o paciente nas consultas (72,4%), monitorando as medicações (58,5%) ou se envolvendo em decisões sobre o tratamento com os técnicos responsáveis (54,3%). Apenas 4 pacientes moravam sozinhos e apresentavam total independência de sua família.

Da amostra, 4,2% declarou ter realizado ao menos uma tentativa de suicídio nos 12 meses anteriores à entrevista, as mulheres eram maioria (62,5%) e as tentativas apresentaram quase nenhuma consequência física (62,5%), apesar de 87,5% declararem que, quando da realização da auto agressão, queriam realmente morrer. Apresentaram associação estatisticamente significativa as seguintes variáveis: ter realizado psicoterapia (R.P.: 4,45; IC95%: 1,10-17,98; p=0,02) e recebido eletroconvulsoterapia (R.P.: 6,74; IC95%: 1,57-28,84; p=0,006). Os sentimentos de culpa (p=0,0001) e a presença de sintomas depressivos (p=0,04) foram dados relevantes da PANSS. Não foi possível realizar a análise multivariada pela baixa prevalência encontrada.

Trinta e um por cento relataram tentativa de suicídio durante todo o período de vida, a maioria com apenas uma única tentativa (60,3%). Variáveis da PANSS que apresentaram relevância foram a presença de sentimento de culpa (p=0,03) e sintomas depressivos (p=0,009). Na análise multivariada a única variável que permaneceu no modelo final, foi o uso de neurolépticos; o uso ocasional estava mais relacionado com tentativa de suicídio (R.P.: 6,66; IC95%: 1,45-30,64) que o uso freqüente (R.P.: 3,22; IC95%: 0,91-11,42).

Vinte por cento dos indivíduos apresentaram ideação suicida nos 12 meses que antecederam a entrevista, cerca de ¼ destas pessoas apresentaram tais idéias freqüentemente. As variáveis da PANSS que apresentaram associações mais significativas, foram a presença de ansiedade (p=0,002), sentimentos de culpa (p<0,0001), depressão (p<0,0001) e esquivia social ativa (p=0,003). Na análise mutivariada permaneceram no modelo final: ter realizado psicoterapia (p=0,005),

envolvimento familiar em decisões com os técnicos responsáveis ($p=0,02$), estado civil ($p=0,02$) e naturalidade ($p=0,02$).

A maioria dos sujeitos (57,7%) apresentou ideação suicida em algum momento da vida, sendo mais freqüentes os pensamentos ocasionais. Os sintomas da PANSS, que apresentaram relevância foram à presença de embotamento afetivo ($p=0,006$), sintomas ansiosos ($p=0,002$), sentimento de culpa ($p=0,0001$) e sintomas depressivos ($p=0,0001$). Apresentaram um melhor ajuste no modelo de regressão logística a faixa etária ($p=0,02$) e o uso de neurolépticos ($p=0,05$).

Todos os sujeitos que referiram tentativas de suicídio também referiram presença de pensamentos suicidas, seja nos 12 meses anteriores a entrevista ($p<0,0001$) ou durante todo o período de vida ($p<0,0001$).

Estes resultados serão discutidos após considerações sobre as limitações metodológicas do presente estudo.

7.2 Limitações Metodológicas

7.2.1 Seleção

A amostra do presente estudo foi constituída por pacientes que foram atendidos pelos serviços de saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde (S.U.S.) ou ao Plano de Atendimento à Saúde (P.A.S.). Pacientes que receberam tratamento exclusivamente em convênios e consultórios particulares não entraram na pesquisa. Esta limitação pode ter sido minimizada, pois na época do estudo poucos convênios atendiam a pacientes psiquiátricos, sendo possível que estas pessoas viessem a buscar o sistema público para consultas e internações.

Não foram entrevistados indivíduos sem residência fixa. Babidge e cols. (2001), em estudo realizado na Austrália entre os moradores de rua, observaram que eles morriam 3 a 4 vezes mais que a população geral e que os esquizofrênicos representavam cerca de um quarto desta população, sendo o suicídio à primeira causa de morte entre os esquizofrênicos do sexo masculino (o tempo de seguimento do estudo foi de 10 anos). Provavelmente os moradores de rua de São Paulo, apresentem um maior número de tentativas e ideação suicida em comparação à amostra estudada.

Dos 404 sujeitos sorteados para a entrevista, 8 deles morreram no período entre o exame dos prontuários (01/09/97 – 30/11/97) e a consulta ao Programa de Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (05/99). Não tendo os dados sobre a causa *mortis*, não foi possível sabermos, se existiram mortes por suicídio no período.

Existe uma remota chance de pacientes que apresentaram tentativas recentes de suicídio, estarem internados em hospitais clínicos ou convalescendo em suas casas, não constando da consulta realizada aos serviços de saúde mental na época pesquisada.

Também não foram consultadas as delegacias, casas de detenção, os presídios ou manicômios judiciários em busca de indivíduos que preenchessem critérios de inclusão para o estudo. Da amostra inicial, três pessoas estavam detidas, não sendo possível à realização das entrevistas com os mesmos.

Dois serviços que ofereciam atendimento psiquiátrico à população nas áreas estudadas foram excluídos por não permitirem o acesso às informações dos prontuários, um serviço de emergência da zona oeste do município de São Paulo e uma enfermaria de psiquiatria em hospital geral universitário. A não inclusão destes

serviços não deve ter influenciado os resultados obtidos, pois ambas as áreas são cobertas por outras unidades de saúde mental e a maioria das internações solicitadas pelos serviços de emergência foi realizada através da Central de Vagas da Secretaria de Saúde, que foi incluída no estudo.

A falta de informações dos prontuários consultados, sobre dados de identificação, endereço, idade ou data de nascimento e diagnóstico, impediu a seleção de diversos sujeitos para o estudo, mas provavelmente esta perda foi aleatória, não interferindo nos resultados do estudo.

Apesar de somente 50,1% da amostra inicial ter sido entrevistada, acreditamos que esta seja representativa da população proposta para o estudo, pois não existiram diferenças significativas entre a amostra perdida e entrevistada, quanto a sexo, idade e diagnóstico.

Quarenta (9,9%) pessoas não participaram do estudo por recusa pessoal ou familiar e em 19 (4,7%) casos não foi possível marcar entrevistas por motivo de trabalho ou viagem, segundo informação dos sujeitos ou de seus familiares. É possível que parte dessas pessoas apresentassem mais sintomas psiquiátricos e idéias de suicídio, e que conseqüentemente a estimativa de tentativas e pensamentos suicidas tenha sido um pouco subestimada.

7.2.2 Informação

Todas as informações foram colhidas diretamente com sujeito e seus informantes, não sendo utilizada nenhuma outra fonte de informação, como prontuários ou médicos responsáveis pelo paciente (exceto com relação ao diagnóstico).

Não foram utilizados testes biológicos para a detecção de substâncias no organismo, o que pode ter colaborado para a baixa prevalência encontrada para abuso ou dependência de álcool (7,3%) e outras drogas (4,7%) (Sanguineti e Samuel, 1993) e o alto número de pessoas que afirmavam tomar as suas medicações frequentemente (76%) (Pereira e cols., 1996).

Informação sobre as principais variáveis de desfecho foi obtida através de entrevista direta com os sujeitos. Isso pode ter acarretado algum viés de memória, particularmente em relação à história de ideação suicida na vida. A frequência de pensamentos de suicídio na vida no estrato de 18 a 24 anos foi de 92,9%, enquanto que entre as pessoas de 55 a 64 anos foi somente de 45,4%. Viés de memória (recordação) é menos provável para as respostas sobre tentativas de suicídio, porque estes atos marcam mais as pessoas que os pensamentos suicidas. Tal fato parece não ser exclusiva do presente estudo e nem específico para pessoas portadoras de transtorno mental. Miranda e Queiroz (1991) estudaram tentativas e pensamentos suicidas entre estudantes de Medicina de Minas Gerais, na faixa etária de 20 a 24 anos, 1/4 dos alunos entrevistados relatavam ter tido pensamentos suicidas. Em contrapartida, apenas 3,7% das pessoas acima de 25 anos falavam de tais pensamentos.

A utilização de entrevistas semi estruturadas e questionários padronizados para obter dados sobre história psiquiátrica, avaliar a psicopatologia e o ajustamento social, além do treinamento e a constante supervisão, devem ter minimizado os possíveis erros de avaliação dos entrevistadores em relação a esses aspectos.

7.2.3 Confusão

Na maior parte das situações clínicas, múltiplos fatores agem em conjunto produzindo um efeito. Elas podem relacionar-se entre si, além de se relacionarem com as variáveis de desfecho (Fletcher e cols., 1996). A utilização da regressão logística permitiu examinar quais as variáveis independentes associadas a cada um dos desfechos.

Infelizmente não foi possível realizar a análise multivariada para tentativas de suicídio no último ano devido ao pequeno número de eventos observados.

7.2.4 Desenho do estudo

Sendo um estudo de corte transversal, o presente trabalho apresenta limitações inerentes a esse tipo de desenho. As variáveis desfecho estudadas foram avaliadas no período de doze meses até a entrevista e durante todo o período de vida. Algumas escalas utilizadas levavam em consideração apenas os doze meses que antecederam a entrevista, a PANSS avaliava apenas a semana anterior a entrevista, a DAS avaliava os 30 dias anteriores à entrevista. Isto pode levar a uma perda da relação temporal com as variáveis desfecho que consideravam todo o período de vida. Conseqüentemente, pode haver falta de associações estatísticas em decorrência do desenho do estudo, assim como as associações encontradas podem não refletir uma verdadeira relação causal.

7.3 Interpretação dos resultados

7.3.1 Características sócio-demográficas e psiquiátricas da amostra

As características sócio demográficas encontradas na presente amostra apresentam variáveis similares, aos estudos com pacientes portadores de transtornos mentais graves realizados em outros países. A maioria desses estudos aponta um equilíbrio entre os gêneros, com leve predomínio de indivíduos do sexo masculino, com uma proporção elevada de solteiros que possuíam uma baixa renda pessoal (Breier e Astrachan, 1984).

O fato da maioria dos sujeitos do presente estudo não terem nascido no município de São Paulo está relacionado a características próprias da população do município de São Paulo, que é constituída em sua maioria por pessoas nascidas em outras cidades do Brasil.

A prevalência de uso de álcool ou outras drogas se mostrou elevada em outros países, como nos Estados Unidos, onde 29% dos esquizofrênicos apresentavam abuso ou dependência de substância (Regier e cols.,1988; Regier e cols., 1990). A prevalência encontrada em nossa amostra se mostra bem inferior. Estes resultados podem ser conseqüência das condições sócio econômicas, pois políticas de saúde dos países desenvolvidos oferecem um maior apoio do estado a pacientes com transtorno mental grave, permitindo assim uma maior independência. No Brasil, não existe uma política de saúde semelhante, ficando o paciente sob um maior controle da família, apresentando uma menor independência e conseqüentemente tendo uma menor liberdade para conseguir e usar substâncias psicoativas (Ratto, 2001).

O elevado percentual de pessoas que apresentavam internações psiquiátricas se assemelha aos encontrados na literatura internacional, que estimam que 80% dos esquizofrênicos são internados em hospital psiquiátrico ao menos uma vez na vida (Menezes e Nascimento, 2001).

A maioria dos indivíduos apresentou um ajustamento social regular, de acordo com a DAS. As mulheres apresentaram um melhor ajuste e provavelmente isto ocorreu pela maior proporção de mulheres com transtornos afetivos, associados a melhores níveis de ajustamento social.

Os escores encontrados na PANSS foram baixos quando avaliados globalmente, refletindo o fato do questionário cobrir apenas a semana anterior que antecedeu a entrevista, quando a maioria dos pacientes estava em sua casa e fora do surto.

Apesar de ter decorrido um tempo entre a consulta aos prontuários e a entrevista, os indivíduos pesquisados ainda estavam em acompanhamento e necessitavam fazer uso de medicações psicotrópicas, demonstrando a severidade dos casos. Os portadores de transtorno afetivo bipolar eram os que menos utilizaram neurolépticos, pois existem medicações específicas para esses transtornos, como o Carbonato de Lítio, Carbamazepina e Acido Valpróico (Soares e cols., 2002).

Os tratamentos baseados em medicina popular ou em tratamentos não convencionais em saúde foram pouco utilizados pelos sujeitos em nosso estudo. Uma parcela considerável utilizava psicoterapia, em especial aqueles que se tratavam em hospital dia.

Os sujeitos apresentavam dependência significativa de suas famílias, pois as famílias freqüentemente acompanhavam os pacientes, monitoravam as medicações e se envolviam com o tratamento.

7.3.2 Tentativas de suicídio nos 12 meses que antecederam a entrevista

De acordo com os resultados encontrados no presente estudo, a freqüência de tentativas de suicídio no ano anterior à entrevista foi inferior aos números encontrados na literatura internacional, mas existem importantes diferenças metodológicas nestes estudos em comparação com o presente trabalho. Hislop e cols. (1996) encontraram que 66% dos entrevistados apresentavam tentativa de suicídio, mas esta amostra se constituía de pacientes internados em um hospital geral, atendidos por um serviço de interconsulta psiquiátrica. Dos sujeitos pesquisados por Young e cols. (1998), 21% apresentavam comportamento suicida em 1 ano de acompanhamento psiquiátrico. Estes sujeitos estavam no início da doença, haviam procurado recentemente o serviço de saúde mental e 53% já apresentavam idéias suicidas quando foram incluídos no estudo. Walsh e cols. (2001), chegaram a uma taxa de tentativas de suicídio de 10,3%, mas o tempo de acompanhamento foi de 2 anos, como no trabalho de Verdoux e cols. (2001), que apresentou uma prevalência de 11,3% em pacientes psicóticos após a sua primeira internação. Na presente amostra, a pergunta se referia apenas aos últimos 12 meses, nem todos haviam passado por internação e não estavam no início da sintomatologia psiquiátrica.

Ter realizado psicoterapia e eletroconvulsoterapia, foram fatores associados às tentativas de suicídio, assim como a presença de sentimento de culpa e de sintomas depressivos. A presença de tentativas de suicídio, pode ter sido o fator motivador para o encaminhamento da psicoterapia. O risco de suicídio é uma das

indicações para a realização de eletroconvulsoterapia (American Psychiatric Association, 1990; Moreno e cols, 2000), sendo natural que estes pacientes tenham recebido mais este tipo de tratamento. Discutiremos com maior propriedade os outros fatores associados, sentimentos de culpa e sintomas depressivos em tentativas durante todo o período de vida, pois estas variáveis foram positivas para as duas variáveis desfecho.

7.3.3 Tentativas de suicídio durante todo o período de vida.

No presente estudo encontramos uma frequência de 30,9% de tentativas de suicídio ao longo da vida. A maior parte dos estudos de nossa bibliografia pesquisava sujeitos internados, apresentando uma frequência de tentativas de suicídio que variava de 66 a 30% (Landmark e cols., 1987; Roy cols.,1984; Mann e cols., 1999; Radomsky, 1999). Os estudos em sujeitos que não estavam internados apresentaram valores próximos ao nosso, com 22,7% até 29,3% (Amador e cols., 1996 e Grupta e cols.,1998). O alto índice encontrado em pacientes internados pode ser explicado pelo fato de o risco de suicídio ser um dos indicadores para internação psiquiátrica (Spode e Fleck, 2001).

Na regressão logística, a única variável que permaneceu no modelo final, como fator associado à tentativa de suicídio, foi o uso de neurolépticos nos 12 meses que antecederam a entrevista. Os indivíduos que não utilizaram neurolépticos apresentavam uma razão de prevalência menor no período estudado. Este grupo possuía características próprias, a maioria era portadora de Transtorno Afetivo Bipolar, e portando deveriam estar fazendo uso de medicações específicas para a doença ao invés de neurolépticos. As pessoas com T.A.B. apresentam uma evolução

mais favorável que os acometidos de esquizofrenia (Tamada, 1996), fato este que também ocorreu em nosso estudo, pois a amostra que não recebia neurolépticos, apresentaram escores menores para sintomas positivos, negativos e gerais da PANSS, além de possuírem uma melhor escolaridade, renda pessoal e um menor número de internações psiquiátricas.

Esta diferença entre os grupos não ocorreu entre as pessoas que faziam uso ocasional e freqüente de neurolépticos. O uso irregular ou em baixa dose de neurolépticos, segundo a literatura (Taiminen e Kujari, 1994; Heilä e cols, 1999, Meltzer, 1999; Coopen e Farmer, 1998), está associado com maior risco das pessoas virem a cometer suicídio. Os resultados do presente trabalho foram semelhantes, pois as pessoas que utilizavam neurolépticos ocasionalmente apresentaram uma chance maior de ter cometido um ato contra a sua própria vida.

Sintomas depressivos (Prasad, 1986; Addington e Addington, 1992; Cohen e cols., 1994) e sentimentos de culpa (Prasad, 1986) são itens freqüentemente citados na literatura como fatores associados as tentativas de suicídio. Os dados do presente trabalho foram semelhantes, tanto para tentativas de suicídio ao longo da vida, como nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Um fator muito relacionado às tentativas de suicídio na revisão apresentada foi a utilização de substâncias psicoativas (Fayand e cols., 2001; Potash e cols., 2000; Mann e cols., 1999). A falta de associação estatisticamente significativa no presente trabalho deve-se provavelmente à baixa prevalência de abuso e dependência encontrada da nossa amostra, pois dos pacientes que apresentavam dependência ou abuso de álcool (n=14), 4(28,6%) haviam tentado suicídio, e entre os que

apresentavam dependência ou abuso de outras drogas (n=9), 4(44,4%) haviam tentado suicídio.

7.3.4 Pensamentos de suicídio nos 12 meses que antecederam a entrevista

Os trabalhos que tratam da frequência de pensamentos suicidas em portadores de TMG em curtos períodos de tempo, apresentaram prevalências de 34% a 50% (Shuwall e Siris, 1994; Strakowski, 1996; Young e cols., 1998; Kamali e cols., 2000; Schawartz e cols., 2001; Disalvier e cols., 1997). A frequência encontrada no presente estudo foi bem inferior. O motivo para esta disparidade, como já foi comentado anteriormente, é provavelmente o fato de que nos estudos referidos foram investigados pacientes internados e em boa parte no início da sintomatologia psiquiátrica.

Entre os fatores associados, ter realizado psicoterapia foi o que apresentou maior associação estatística no modelo de regressão logística. Uma possível explicação seria que pessoas que apresentam pensamentos de suicídio podem ser mais encaminhadas para a psicoterapia que aquelas que não apresentam tais pensamentos, tanto por serem portadoras de quadros afetivos, como por talvez apresentarem maior “insight” sobre o transtorno mental.

Sujeitos cujas famílias se envolviam com os técnicos responsáveis ocasionalmente referiram mais pensamentos suicidas que aquelas cujas famílias nunca se envolviam ou se envolviam frequentemente. Os pacientes cujas famílias não os acompanhavam nunca às consultas, apresentavam um melhor ajuste social. Os sintomas depressivos de intensidade moderada a moderadamente grave estavam mais

freqüentemente presentes nas pessoas cujas famílias se envolviam ocasionalmente e eram pouco freqüentes nas que as famílias se envolviam freqüentemente. Desta forma, é possível que os sujeitos cujas famílias os acompanhavam freqüentemente se sentissem mais seguros e conseqüentemente com menor intensidade de sintomas depressivos.

Os sujeitos com relacionamentos interpessoais estáveis (casados) apresentaram menos pensamentos suicidas que os solteiros e separados. Na população geral indivíduos com relacionamentos instáveis apresentam um maior risco de suicídio (Bongar e cols., 2000). Os indivíduos que não mantinham relacionamentos estáveis também apresentavam mais sintomas incapacitantes, como contato pobre e esquiva social ativa. A presença dos mesmos pode levar a uma dificuldade para estabelecer e manter relacionamentos, estando assim mais sujeitos ao isolamento social e posteriormente a pensamentos com idéias de auto-extermínio.

Ser natural do município de São Paulo apresentou-se como um fator associado aos pensamentos de suicídio nos 12 meses anteriores à entrevista. Segundo a literatura internacional os migrantes apresentam maior risco para pensamentos suicidas (Ponizovsky e Ritsner, 1999). No entanto, não foi encontrado nenhum trabalho que estudasse a presença de ideação suicida em migrantes de um mesmo país (migração interna).

A presença de sintomas depressivos em pessoas com ideação suicida é muito descrita na literatura inclusive em pessoas com TMG (Kamali e cols., 2000; Schawrtz e Cohen, 2001). Sintomas ansiosos e sentimentos de culpa foram menos investigados ou referidos nos trabalhos encontrados.

7.3.5 Pensamentos suicidas durante toda a vida.

A frequência de pensamentos suicidas ao longo da vida se mostrou muito semelhante à do estudo de Asni e cols. (1993) (55%). As duas amostras são muito semelhantes, pois ambas eram constituídas por pacientes psiquiátricos tratados em regime ambulatorial, e o questionamento foi sobre pensamentos suicidas durante todo o período de vida. O estudo de Fenton e cols. (1997) apresentou uma menor frequência de pensamentos suicidas (40%), em um estudo prospectivo de 18,8 anos.

Os fatores associados no modelo de regressão logística foi composto por faixa etária e uso de neurolépticos. Seria esperado que as pessoas com mais idade apresentassem uma maior prevalência de pensamentos suicidas na vida, até pelo risco acumulado. A associação entre idades mais jovens e pensamentos suicidas na vida deve ser consequência de um viés de informação.

Assim como foi discutido anteriormente para tentativas de suicídio ao longo da vida, as pessoas que nunca utilizaram neurolépticos representam um grupo de pacientes com maior probabilidade de apresentarem transtorno afetivo, uma melhor escolaridade e renda familiar, menos sintomas negativos, positivos e gerais nos escores da PANSS, sendo, portanto um grupo diferenciado dos que usavam ocasionalmente ou frequentemente. O fato de ter sido observado um risco maior para as pessoas que usavam ocasionalmente apóia a idéia de que pessoas com transtornos mentais graves devem ser medicadas corretamente, com doses adequadas e devem ter boa aderência ao tratamento, como forma de prevenção a pensamentos suicidas.

Quanto aos itens da PANSS, apresentaram associação importante a presença de sintomas depressivos e ansiosos, sintomas estes que devem ser investigados pelo

clínico, pois talvez se tratados adequadamente diminuam os pensamentos suicidas e, conseqüentemente, as tentativas de suicídio.

7.3.6 Relação entre pensamentos suicidas e tentativas de suicídio

Todos os sujeitos que tentaram suicídio haviam pensado em suicídio anteriormente. Apesar desta relação ser lógica e relatada em diversos trabalhos (Addington e Addington, 1992; Jones e cols.; Beck e cols., 1985; Mann e cols., 1999), ela é muito importante para a clínica psiquiátrica, pois muitos profissionais da área de saúde acreditam no mito de que as pessoas que falam de suicídio, não realizam o ato de auto destruição. A ideação suicida é fortemente relacionada ao suicídio (Pokorny, 1983) e valorizando tais pensamentos e pesquisando a presença deles, é possível identificar as pessoas com maior risco de tentar suicídio, e realizar alguma intervenção. Beck e cols. (1985) acreditam que uma combinação de terapia cognitiva e farmacoterapia possa reduzir o risco de suicídio em pessoas que apresentam tais pensamentos.

7.4 Implicações

7.4.1 Implicações para a pesquisa

Os resultados do presente trabalho levantam diversos aspectos que podem ser melhor investigados em um estudo de coorte prospectivo.

O seguimento destes pacientes permitiria examinar de forma mais precisa a relação entre pensamentos suicidas e tentativas de suicídio, além de investigar alguns possíveis fatores de risco que não mostraram associação no estudo de corte transversal, como os níveis de psicopatologia. Um estudo prospectivo também possibilitaria investigar, inclusive com o uso do banco de dados de morbidade no município de São Paulo, a relação entre pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e a consumação do suicídio.

O estudo prospectivo também permitiria tentar esclarecer a verdadeira relação entre a realização de psicoterapia e associação com tentativa e ideação suicida.

Na literatura internacional a utilização de substâncias psicoativas se mostra um importante fator de risco para portadores de transtorno mental. Como no presente estudo a prevalência se mostrou muito baixa para se realizar esta comparação, um estudo específico de pessoas com TMG e uso de substância poderia solucionar esta questão.

Uma associação inesperada e de difícil interpretação foi entre o local de nascimento e ideação suicida. Pessoas nascidas em São Paulo apresentaram mais ideação suicida, em comparação com a população de migrantes. Talvez estudos qualitativos possam esclarecer os motivos destas diferenças.

A relação entre uso de neurolépticos e pensamentos e tentativas de suicídio também deve ser melhor investigada. Estudos que realizam a dosagem de medicação podem ser úteis para se avaliar a verdadeira aderência ao tratamento, podendo se correlacionar a dose efetiva tomada com a presença de pensamentos e tentativas de suicídio.

7.4.2 Implicações clínicas

Os resultados do presente estudo sugerem a necessidade de uma maior atenção e melhor treinamento das equipes de saúde mental para identificarem os sujeitos que apresentam um maior risco de tentarem suicídio e o seu respectivo manejo, para se tentar diminuir as altas taxas de tentativa de suicídio entre as pessoas portadoras de transtorno mental grave. O profissional de saúde mental deve estar suficientemente preparado para identificar e agir nestas situações, pois 45% das vítimas de suicídio realizam algum contato com o serviço de saúde, no período de 1 mês antes do suicídio (Luoma e cols., 2002).

O manejo adequado dos sintomas depressivos e ansiosos, além dos sentimentos de culpa, se mostram relevantes, através do ajuste correto da dose de neurolépticos e antidepressivos.

Estimular a participação da família no tratamento dos pacientes, que com esclarecimentos e orientações quanto à ocorrência de pensamentos suicidas e ao risco de tentativa de suicídio pode permitir que estes identifiquem sintomas e comportamentos que possibilitam intervenções mais precoces.

8 CONCLUSÃO

A frequência de tentativas e ideação suicida apresentou resultados semelhantes aos encontrados em estudos realizados nos países desenvolvidos, principalmente quanto às variáveis referentes a todo o período de vida. É interessante notar que as taxas de suicídio na população geral do Brasil são bem inferiores às dos países desenvolvidos, porém é possível que a prevalência de suicídio em portadores de transtornos mentais graves seja igual à encontrada nestes países.

Muitos países têm desenvolvido política de saúde para a redução do suicídio em grupos de alto risco, sendo necessário para isto identificar os grupos de maior risco e oferecer tratamento efetivo. Estes pacientes devem receber uma abordagem de prevenção com a individualização e estimativa destes fatores (Pirkis e cols., 2002). Portanto a estimativa e a compreensão dos fatores associados às tentativas e ideação suicida se mostram de suma importância para a clínica psiquiátrica, para a estruturação de serviços de saúde mental, e para ensino dos trabalhadores do sistema de saúde mental de forma que consigam detectar as pessoas que estão sobre maior risco.

Referências Bibliográficas

- ADDINGTON, D. E.; ADDINGTON, J. M. Attempted suicide and depression in schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand** 85: 288 - 291, 1992.
- AGERBO, E.; MORTENSEN, P. B.; ERIKSSON, T.; QIN, P.; NIELSEN, W. Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: nested case-control study. **BMJ** 322: 334 - 335, 2001.
- AGERBO, E.; NORDENTOFT, M.; MORTENSEN, P. B. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. **BMJ** 325: 74 - 77, 2002.
- AHRENS, B.; MÜLLER-OERLINGHAUSEN, B. Does lithium exert an independent antisuicidal effect ? **Pharmacopsychiatry** 34: 132 - 136, 2001.
- ALLEBECK, P.; WISTEDT, B. Mortality in Schizophrenia. A Ten-Year Follow-up Based on the Stockholm County Inpatient Register. **Arch Gen Psychiatry** 43: 650 - 653, 1986.
- AMADOR, X. F.; FRIEDMAN, J. H.; KASAPIS, C.; YALE, S. A.; FLAUM, M.; GORMAN, J. M. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. **Am J Psychiatry** 153: 1185 - 1188, 1996.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª. edição, texto revisado – DSM-IV – TR**. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **The practice of electroconvulse therapy: recommendations for treatment, training and privileging**. Washington, American Psychiatric Association, 1990.
- ANDRADE, C. E. J. A esquizofrenia esquizoafetiva na prática clínica. **J Bras Psiqu** 42: 37 - 44, 1993.
- ARATO, M.; DEMETER, E.; RIHMER, Z.; SOMOGYI, E. Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. **Acta Psychiatr Scand** 77: 454 - 456, 1998.
- ASNIS, G. M.; FRIEDMAN, T. A.; SANDERSON, W. C.; KAPLAN, M. L.; PRAAG, H. M.; FRIEDMAN, J. M. H. Suicidal behaviours in adult psychiatric outpatients, I: Description and prevalence. **Am J Psychiatry** 150: 108 - 112, 1993.

- BABIDGE, N. C.; BUHRICH, N.; BUTLER, T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. **Acta Psychiatr Scand** 103: 105 - 110, 2001.
- BAI, Y. M.; LIU, C. Y.; LIN, C. C. Risk factors for parasuicide among psychiatric inpatients. **Psychiatr Serv** 48: 1201 - 1203, 1997.
- BALDI, I.; FILLEUL, L.; BRAHIM, B. M.; FABRIGOULE, C.; DARTIGUES, J. F.; SCHWALL, S; DREVET, J. P.; SALAMON, R.; BROCHARD, P. Neuropsychology effects of long-term exposure to pesticides: results from the French phytoner study. **Environ Health Perspect** 109: 839 - 844, 2001.
- BANDIM, J. M.; FONSECA, L.; LIMA, J. M. A. Prevalência da ideação suicida numa população de escolares do Nordeste brasileiro. **J bras Psiq** 46: 447 - 481, 1987.
- BASTOS, C. L. **Manual do exame psíquico: Uma introdução prática à psicopatologia**. Rio de Janeiro: Revinter, p.119 - 132, 1997.
- BEAUTRAIS, A. N.; JOYCE, P. R.; MULDER, R. T.; FERGUSSON, D. M.; DEAVOLL, B. J.; NIGHTINGALE, S. K. Prevalence and Comorbidity of mental disorders in person making serious suicide attempts: a case-control study. **Am J Psychiatry** 153: 1009 - 1014, 1996.
- BEAUTRAIS, A. L. Suicides and serious suicide attempt: two populations or one ? **Psychol Med** 31: 837 - 845, 2001.
- BECK, A. T.; STEER, R. A.; KOVACS, M.; GARRISON, B. Hopelessness and eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalised with suicidal ideation. **Am J Psychiatry** 142: 559 - 563, 1985.
- BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry** 1: 181 - 185, 2002.
- BLACK, D. W.; WARRACK, G.; WINOKUR, G. The Iowa record-linkage study. I. Suicide and accidental deaths among psychiatric patients. **Arch Gen Psychiatry** 42: 71 - 75, 1985.
- BLACK, D. W.; FISHER, R. Mortality in DSM-III-R schizophrenic. **Schizophr Res** 7: 109 - 116, 1992.
- BLACK, D. W.; WARRACK, G.; WINOKUR, G. Excess Mortality Among Psychiatric Patients. **JAMA** 253: 58 - 61, 1985.
- BONGAR, B.; GOLDBERG, L; CLEARY, K.; BROWN, K. Marriage, family therapy and suicide. Em: **Comprehensive textbook of suicidology**. New York: The Guilford Press; p. 222 - 239, 2000.

- BOSTWICK, J. M.; PANKRATZ, V. S. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. **Am J Psychiatry** 157: 1925 - 1932, 2000.
- BOTEGA, N. J.; CANO, F. O.; KOHN, S. C.; KNOLL, A. I.; PEREIRA, W. A. B.; BONARDI, C. M. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. **J Bras Psiq** 44:19 - 25, 1995.
- BOTEGA, N. J. Suicídio e tentativa de suicídio. Em: Almeida, O. P.; Dratcu, L.; Laranjeira, R. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 221 - 227, 1996.
- BOTEGA, N. J.; RAPELI, C. B. Tentativa de suicídio. Em: Botega, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed Editora; p. 365 - 377, 2002.
- BOTEGA, N. J.; SMAIRA, S. I. Morbidade psiquiátrica no hospital geral. Em: Botega, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artmed; p.31 - 42, 2002.
- BRALET, M. C.; YON, V.; LOAS, G.; NOISETE, C. Causes de la mortalité chez les schizophrènes: étude prospective sur 8 ans d'une cohorte de 150 schizophrènes chroniques. **L'Encéphale** 26: 32 - 41, 2000.
- BREIER, A.; ASTRACHAN, B. M. Characterization of Schizophrenic Patients Who Commit Suicide. **Am J Psychiatry** 141: 206 - 209, 1984.
- BROWN, S.; INSKIP, H. E.; BARRACLOUGH, B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. **Br J Psychiatry** 177: 212 - 217, 2000.
- CASSORLA, R. M. S. Jovens que tentam o suicídio. I – Características demográficas e sociais – Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais. **Documed** 1: 55 - 64, 1991.
- CASTRO, E. F.; CUNHA, M. A.; PIMENTA, F.; COSTA, I. Parasuicide and mental disorders. **Acta Psychiatr Scand** 97: 25 - 31, 1998.
- CHAVES, A. C.; SHIRAKAWA, I. Escala das síndromes negativa e positiva – PANSS e seu uso no Brasil. **Rev Psiquiátr Clí** 25: 337 - 343, 1998.
- CHENG, A. T. A. Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. **Arch Gen Psychiatry** 52: 594 - 603, 1995.
- COHEN, S.; LAVELLE, J.; RICH, C. L.; ROMET, E. Rates and correlates of suicide attempts in first-admission psychotic patients. **Acta Psychiatr Scand** 90: 167 - 171, 1994.
- COPPEN, A.; FARMER, R. Suicide mortality in patients on lithium maintenance therapy. **J Affect Disord** 50: 261 - 267, 1998.

- CORREA, H.; BARBI, E.; NEVES, F. S.; CAPELLINI, G.; CASTRO, J. O.; NETO, K. P.; NICOLATO, R.; CAMPOS, V. R.; SANTOS, V. G.; SILVA, M. A. R. A Neurobiologia do suicídio: evidências do papel do sistema serotoninérgico. **J Bras Psiquiatr** 51: 397 - 404, 2002.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed Editora; p.124 - 131, 2000.
- DATASUS. Informação de Saúde. <http://www.datasus.gov.br>
- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COLOMBIER, D.; BRENDEL, K. A.; SMITH, D. C.; BURTON, A. H.; DICKER, R. C.; SULLIVAN, K; FAGAN, R. F.; ARNER, T. G. Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. **Center for Disease Control and Prevention**, Atlanta, Georgia, USA, 1994.
- DEISENHAMMER, E. A.; DECOL, C.; HONEDER, M.; HINTERHUBER, H.; FLEISCHHACKER, W. W. In- patient suicide in psychiatric hospitals. **Acta Psychiatr Scand** 102: 290 - 294, 2000.
- DILSAVER, S. C.; CHEN, Y. W.; SWANN, A. C.; SHOAIB, A. M.; DILSAVER, Y. T.; KRAEJEWSKI, K. J. Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-mania and pure-mania. **Psychiatry Res** 73: 47 - 56, 1997.
- DONNELLY, M.; MCGILLOWAY, S.; MAYS, N.; PERRY, S; LAVERY, C. A 3- to 6-year follow-up of former long-stay psychiatric patients in Northern Ireland. **Soc Psychiatr Epidemiol** 32: 451 - 458, 1997.
- DRAKE, R. E. Suicide among schizophrenics: a comparison of attempters and completed suicides. **Br J Psychiatry** 149: 784 - 787, 1986.
- DURKEIM, E. **O Suicídio. Estudo Sociológico**. Lisboa: Editora Presença; p. 10, 1986.
- FARMER, R. Cultura e suicídio. **Psyche** 2: 2 - 4, 1996.
- FAYAND, A. G.; DERVAUX, A.; OLIÉ, J. P.; LÔO, H.; POIRIER, M. F.; KREBS, M. O. Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. **Psychiatry Res** 102: 65 - 72, 2001.
- FEIJÓ, M. **Suicídio. Entre a razão e a loucura**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.
- FENTON, W. S.; MCGLASHAN, T. H.; VICTOR, B. J.; BLYLER, C. R. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. **Am J Psychiatry** 154: 199 - 204, 1997.

- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas; p. 120 - 144, 1996.
- FOSTER, T.; GILLESPIE, K.; MCCLELLAND, R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. **Br J Psychiatry** 170: 447 - 452, 1997.
- FRAILE, J. S.; BENEYTO, M. G.; HOYOS, S. P.; NAVARRO, I. H. Mortality among psychiatric patients referred to the mental health services in Valencia. **Soc Psychiatr Epidemiol** 33: 224 - 229, 1998.
- FRIDEL, J. E.; ÖJEHAGEN, A.; BENDZ, T. L. A 5-year follow-up study of suicide of suicide attempts. **Acta Psychiatr Scand** 93: 151 - 157, 1996.
- FRIEDMAN, J. M. H.; NELSON, E. A. Assessment and intervention for the suicidal patient with schizophrenia. **Psychiatr Q** 68: 361 - 375, 1997.
- FRIEDMAN, J. M. H.; RESTILO, K.; MALASPINA, D.; KAUFMANN, C. A.; AMADOR, X. F.; YALE, S. A.; GORMAN, J. M. Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristic of individuals who had and had not attempted suicide. **Am J Psychiatry** 156: 1276 - 1278, 1999.
- FUNAHASHI, T.; IBUKI, Y.; DOMON, Y.; NISHIMURA, T.; AKEHASHI, D.; SUGIURA, H. A clinical study on suicide among schizophrenics. **Psychiatry and Clinical Neurosciences** 54: 173 - 179, 2000.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M. Mortalidade violenta no município de São Paulo nos últimos 40 anos. **Rev Bras Epidemiol** 3: 50 - 69, 2000.
- GOLDACRE, M.; SEAGROATT, V.; HAWTON, K. Suicide from psychiatric inpatient care. **Lancet** 342: 283 - 286, 1993.
- GOLDNEY, R. D.; WILSON, D.; GRANDE, E.; FISHER, L. J.; MCFARLANE, A. C. Suicide ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial traumatic events. **Aust N Z J Psychiatry** 34: 98 - 106, 2000.
- GRUNEBAUM, M. F.; OQUEDO, M. A.; FRIEDMAN, J. M. H.; ELLIS, S. P.; LI, S.; HASS, G. L.; MALONE, K. M.; MANN, J. J. Delusions and Suicidality. **Am J Psychiatry** 158: 742 - 747, 2001.
- GEDDES, J.; APPLEBY, L. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. **BMJ** 318, 1235 - 1240, 1999.
- GUPTA, S.; BLACK, D. W.; ARNDT, S.; HUBBARD, W. C.; ANDREASEN, N. C. Factors associated with suicide attempts among with schizophrenia. **Psychiatr Serv** 49: 1353 - 1355, 1998.

- GRÜSPUN, H. Fatores suicidógenos como avaliação do risco de suicídio em adolescentes. Em: Cassorla, R. M. S. **Do suicídio, estudos brasileiros**. Campinas: Papyrus; p.117 - 148, 1991.
- GUTIÉRREZ, J. L. A. Suicidio: Aspectos etiológicos y terapéuticos. **Psiquiatr Biol** 10: 131 - 138, 2002.
- HANNERZ, H.; BORGA, P. Mortality among with a history as psychiatric inpatients with functional psychosis. **Soc Psychiatr Epidemiol** 35: 380 - 387, 2000.
- HANSEN, V.; ARNESEN, E.; JACOBSEN, B. K. Total mortality in people admitted to a psychiatric hospital. **Br J Psychiatry** 170: 186 - 190, 1997.
- HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Suicide as an outcome for mental disorder. **Br J Psychiatry** 170: 205 - 228, 1997
- HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Excess mortality of mental disorder. **Br J Psychiatry** 173: 11 - 53, 1998.
- HEILÄ, H.; ISOMETSÄ, E. T.; HENRIKSSON, M. M.; HEIKKINEN, M. E.; MARTTUNEN, M. J., LÖNNQVIST, J. K. Suicide and Schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. **Am J Psychiatry** 154: 1235 - 1242, 1997.
- HEILÄ, H.; ISOMETSÄ, E. T.; HENRIKSSON, M. M.; HEIKKINEN, M. E.; MANRTUNEN, M. J.; LÖNNQVIST, J. K. Antecedents of suicide in people with schizophrenia. **Br J Psychiatry** 173, 330 - 33, 1998.
- HEILÄ, H.; ISOMETSA, E. T.; HENRIKSSON, M. M.; HEIKKINEN, M. E.; MARTTUNEN, M. J.; LÖNNQVIST, J. K. Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication. **J Clin Psychiatry** 60 : 200 - 208, 1999.
- HENNEKENS, C. H.; BURING, J. E. **Epidemiology in Medicine**. Boston and Toronto: Little, Brown and Company, 1987.
- HENRIKSSON, M. M.; HILLEVI, M.; MARTTUNEN, M. J.; HEIKKINEN, M. E.; ISOMETSÄ, E. T.; KUOPPASALMI, K. I.; LÖNNQVIST, J. K. Mental disorders and comorbidity in suicide. **Am J Psychiatry** 150: 935 - 940, 1993.
- HINTINKKA, J.; VIINAMÄKI, H.; KOIVUMMA, H. H. T.; SAARINEN, P.; TANSKANEN, A.; LEHTONEU. Risk factors for suicidal ideation in psychiatric patients. **Soc Psychiatry Epidemiol** 33: 235 - 240, 1998.

- HINTIKKA, J.; SAARINEN, P. I.; VIINAMÄKI, H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle. **Scand J Public Health** 2: 85 - 88, 1999.
- HINTINKKA, J.; PESONEN, T.; SAARINEN, A.; LEHTONEN, J.; VIINAMÄKI. Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 36: 590 - 594, 2001.
- HISLOP, L.; GRANT, P. T.; SMITH, I. Acute psychiatric problems in an A&E department. **Health Bull** 54: 158 - 162, 1996.
- HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1989.
- HOYER, E. H.; MORTESEN, P. M. O.; OLESEN, A. V. Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1.973 and 1.993. **Br J Psychiatry** 176: 76 - 82, 2000.
- ISOMETSÄ, E.; HENRIKSSON, M.; ARO, H.; HEIKKINEN, M.; KUOPPASALMI, K.; LÖNNQVIST, J. Suicide in psychotic major depression. **J Affect Disord** 31: 187 - 191, 1994.
- ISOMETSÄ, E. K.; HENRIKSSON, M. M.; ARO, H. M.; LÖNNQVIST, J. K. Suicide in Bipolar disorder in Finland. **Am J Psychiatry** 151: 1020 - 1024, 1994.
- JAMISON, K. R. **Quando a noite cai: entendendo o suicídio**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2002.
- JANCA, A.; ÜSTÜN, T. B.; DRIMMELEN, J. V.; DITTMANN, V.; ISAAC, M. Checklist de sintomas do CID 10 para transtornos mentais: Versão 1.1, Genebra: **Organização Mundial de Saúde**, 1994.
- JONES, J. S.; STEIN, D. J.; STANLEY, B.; GUIDO, J. R.; WINCHEL, R.; STANLEY, M. Negative and depressive symptoms in suicidal schizophrenics. **Acta Psychiatr Scand** 89: 81 - 87, 1994.
- JOUKAMAA, M.; HELIÖVARA, M.; KNEKT, P.; AROMAA, A.; RAITASALO, R., LEHTINEN, V. Mental disorders and cause-specific mortality. **Br J Psychiatry** 179: 498 - 502, 2001.
- KAMALI, M.; KELLY, I.; GERVIN, M.; BROWNE, S.; LARKIN, C.; O'CALLAGHAN, E. The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. **Acta Psychiatr Scand** 101: 452 - 456, 2000.
- KAY, S. R.; OPLER, L. A.; LINDENMAYER, J. P. Reliability and validity of positive and negative syndrome scale for schizophrenics. **Psychiatry Res** 23: 99 - 100, 1988.

- KING, E. Suicide in the mentality ill. **Br J Psychiatry** 165: 658 - 663, 1994.
- KJOLLER, M.; HELWEG-LARSEN, M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. **Scand J Public Health** 28: 54 - 61, 2000.
- KRAUSZ, M.; THOMSEN, T. M.; HAASEN, C. Suicide among Schizophrenic Adolescents in the Long-Term Course of Illness. **Psychopathology** 28: 95 - 103, 1995.
- LANDMARK, J.; CERNOVSKY, Z. Z.; MERSKEY, H. Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia. **Br J Psychiatry** 151: 18 - 20, 1987.
- LANGLOIS, S. E.; MORRISON, P. Suicide deaths and suicide attempts. **Health Rep** 13: 9 - 22.
- LAURANCE, J. Suicídio mata mais que homicídio e guerra. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3 de out.; p.A-11, 2002.
- LAWRENCE, D.; JABLENSKY, A. V.; HOLMAN, C. D. J.; PINDER, T. J. Mortality in western Australian psychiatric patients. **Soc Psychiatry Epidemiol** 35: 341 - 347, 2000.
- LAWRENCE, D.; HOLMAN, C. D. J.; JABLENSKY, A. V.; FULLER, S. A.; STONEY, A. J. Increasing rates of suicide in western Australian psychiatric patients: a record linkage study. **Acta Psychiatr Scand** 104: 443 - 451, 2001.
- LEE, P. W. H.; MAK, F. L.; WONG, M. C. The 15-year Outcome of Chinese Patients With Schizophrenia in Hong Kong. **Can J Psychiatry** 43: 706 - 713, 1998.
- LEENAARS, A. A. Suicide: A multidimensional malaise. **Suicide Life Threat Behav** 26: 221 - 236, 1996.
- LESTER, D. Mortality from suicide in follow-up studies of schizophrenics. **Percept Mot Skills** 77: 115 - 122, 1993.
- LESTER, D. Suicide in an International Perspective. Em: Leenaars, A. A.; Maris, R. W.; Takahashi, Y. **Suicide: Individual, Cultural, International Perspectives**. New York: Guilford Publications; p. 104 - 111, 1997.
- LOUZÃ NETO, M. R. Esquizofrenia. Em: **Psiquiatria Básica**. Louzã Neto, M. R.; Motta, T.; Wang, Y. P.; Elkis, H. Porto Alegre: Artes Médicas; p.167 - 294, 1995.
- LUOMA, J. B. M. A.; MARTIN, C. E. M. A.; PEARSON, J. L. Contact with mental health and primary care provires before suicide: A review of the evidence. **Am J Psychiatry** 159: 909 - 916, 2002.

- MANN, J. J.; WATERNAUX, C.; HAAS, G. L.; MALONE, K. M. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. **Am J Psychiatry** 156: 181 - 189, 1999.
- MANN, J. J. A current perspective of suicide and attempted suicide. **Ann Intern Med** 136: 302 - 311, 2002.
- McCLURE, G. M. G. Suicide in England and Wales, 1975 – 1984. **Br J Psychiatry** 150: 309 - 314, 1987.
- McCLURE, G. M. G. Changes in suicide in England and Wales, 1960 – 1997. **Br J Psychiatry** 176: 64 - 67, 2000.
- MARIS, R. W.; BERMAN, A. L.; SILVERMAN, M. M. Introduction to the Study of Suicide. Em: Maris, R. W.; Berman, A. L.; Silverman, M. M. **Comprehensive textbook of suicidology** New York: The Guilford Press; p. 3 - 25, 2000a.
- MARIS, R. W.; BERMAN, A. L.; SILVERMAN, M. M. Ethical, Religion, and Philosophical issues in suicide. Em: Maris, R. W.; Berman, A. L.; Silverman, M. M. **Comprehensive textbook of suicidology**. New York: The Guilford Press; p. 456 - 479, 2000b.
- MARIS, R. W.; BERMAN, A. L.; SILVERMAN, M. M. Racial, ethnic, and cultural aspects of suicide. Em: Maris, R.W.; Berman, A.L.; Silverman, M.M. **Comprehensive textbook of suicidology**. New York: The Guilford Press; p. 170 - 192, 2000c.
- MARIS, R. W.; BERMAN, A.L.; SILVERMAN, M. M. Suicide attempts and methods . Em: Maris, R.W.; Berman, A. L.; Silverman, M. M. **Comprehensive textbook of suicidology**. New York: The Guilford Press; p. 284 - 309, 2000d.
- MARQUES, C. Comorbidade em psiquiatria. Em: Bueno, J. R.; Nardi, A. E. **Diagnóstico e tratamento em psiquiatria**. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda; p. 281 - 297, 2000.
- MARTIKAINEN, P. T. Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. **BMJ** 301: 407 - 411, 1990.
- MARTIKAINEN, P. T.; VALKONEN, T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. **Lancet** 348: 909 - 912, 1996.
- MELEIRO, A. M. A. S.; WANG, Y. P. Suicídio e tentativa de suicídio. Em: Louzã Neto, M. R.; Motta, T.; Wang, Y. P.; Elkis, H. **Psiquiatria Básica**. Porto Alegre: Artes Médicas; 376 - 396, 1995.

- MELTZER, H. Y. Suicide and schizophrenia: clozapine and the intersept study. **J Clin Psychiatry** 60 (suppl 12) 47 - 50, 1999.
- MELTZER, H. Y. Treatment of suicidality in schizophrenia. **Ann N Y Acad Sci** 932: 45 - 59, 2001
- MENEZES, P. R.; SCAZUFCA, M. Estudo da confiabilidade de versão em Português da “Escala da avaliação da incapacitação psiquiátrica (WHO/DAS)” **Rev ABP-APAL** 15: 65 - 67, 1993.
- MENEZES, P. R.; MANN, A. H. Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan area of south-eastern Brazil. **Rev Saúde Pública** 30: 304 - 309, 1996.
- MENEZES, P. R. Prognóstico da esquizofrenia. **Rev Bras Psiquiatr** 22: 18 - 20, 2000.
- MENEZES, P. R.; NASCIMENTO, A. F. **Curso e prognóstico da esquizofrenia após a hospitalização**. Em: Shirakawa, I.; Chaves, A. C.; Mari, J. J. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Editora Lemos; p. 67 - 83, 2001.
- MINOLETTI, A. S.; PÉREZ, E. Intentos de suicídio en el servicio de urgência de um hospital general candadiense. **Rev Chil Neuro-Psiquiat** 24: 25 - 31, 1986.
- MINOS, G. **History of Suicide**. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 1999.
- MIRANDA, P. S. C.; QUEIROZ, E. A. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. **Rev ABP-APAL** 13: 157 - 160, 1991.
- MODESTIN, J.; ZARRO, I.; WALDVOGEL, D. A Study of Suicide in Schizophrenic in-patients. **Br J Psychiatry** 160: 398 - 401, 1992.
- MORENO, D. H.; MORENO, R. A.; ROSA, M. A. ECT e depressão. Em: Rigonatti, S. P.; Rosa, M. A. **Indicação e prática da eletroconvulsoterapia**. São Paulo. Editora Lemos; p. 53 - 58, 2000.
- MORTENSEN, P. B.; JUEL, K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. **Br J Psychiatry** 163: 183 - 189, 1993.
- MULLER-OERLINGHAUSEN, B. Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci** 251 Suppl 2: 1172 - 1175, 2001.
- MYERS, D. H.; NEAL, C. D. Suicide in psychiatric patients. **Br J Psychiatry** 133: 38 - 44, 1978.

- NAIK, P. C.; DAVIES, S.; BUCKLEY, A. M.; LEE, A. S. Long-term mortality after first psychiatric admission. **Br J Psychiatry** 170, 43 - 46, 1997.
- NEWMAN, S. C.; BLAND, R. C. Mortality in a Cohort of Patients with Schizophrenia: A Record Linkage Study. **Can J Psychiatry** 36: 239 - 245, 1991.
- O'CARROLL, P. W.; BERMAN, A. L.; MARIS, R. W.; TANNEY, B. L.; SILVERMAN, M. M. Beyond the tower of babel: a nomenclature for suicidology **Suicide Life Threat Behav** 26: 237 - 247, 1996.
- OERLINGHAUSEN, M. B.; WOLF, T.; AHRENS, B.; SCHOU, M.; GROF, E.; GROF, P.; LENZ, G.; SIMHANDL, C.; THAU, K.; WOLF, R. Mortality during initial and during later lithium treatment. **Acta Psychiatr Scand** 90: 295 - 297, 1994.
- OSTAMO, A.; LÖNNQVIST, J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989 – 1997. **Soc Psychiatr Psych Epidemiol** 36: 354 - 360, 2001.
- PEREIRA, C. B.; HEISE, C. O.; CUKIERT, A. High doses of carbamazepine for refractory partial epilepsy. **Arq Neuropsiquiatr** 54: 42 - 46, 1996.
- PESONEN, T. M.; HINTINKKA, J.; KARKOLA, K. O.; SAARINEN, P. I.; MARJA, A.; LEHTONEN. Male suicide mortality in eastern Finland – urban – rural changes during a 10-year period between 1988 and 1997. **Scand J Public Health** 29: 189 - 193, 2001.
- PETROVICH, B.; TIODOROVICH, B.; KOCICH, B.; CVETKOVICH, M.; BLAGOJEVICH, L. Influence of socio-economic crisis on epidemiological characteristic of suicide in the region of Nis (southern part of Serbia, Yugoslavia). **European Journal of Epidemiology** 17: 183 - 187, 2001.
- PHILIPS, M. R.; LI, X.; ZHANG, Y. Suicide rates in China, 1995-1999. **Lancet** 359: 835 – 840, 2002.
- PHILLIPS, M. R.; YANG, G.; ZHANG, Y.; WANG, L.; JI, H.; ZHOU, M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. **Lancet** 360: 1728 - 1736, 2002.
- PIRKIS, J.; BURGESS, P.; JOLLEY, D. Suicide among psychiatric patients: a case-control study. **Aust N Z J Psychiatry** 36: 86 - 91, 2002.
- PLANANSKY, K.; JOHNSTON, R. The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia. **Acta Psychiatry Scand** 47: 473 - 483, 1971.

- PLATT, S.; BRAHE, U. B.; KERKHOF, A.; SCHMIDTKE, A.; BJERKE, T.; CREPET, P.; LEO, D.; HARING, C.; LONNQVIST, J.; MICHEL, K.; PHILIPPE, A.; POMMEREAU, X.; QUEREJA, I.; RENBERG, E. S.; TÊMESVAR, Y. B.; WASSERMAN, D., FARIA, J. S. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. **Acta Psychiatr Scand** 85: 97 - 104, 1992.
- POKORNY, A. D. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. **Arch Gen Psychiatry** 40: 249 - 257, 1983.
- PONIZOVSKY, A. M.; RITSNER, M. S. Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: an epidemiological survey of prevalence and risk factors. **Suicide Life Threat Behav** 29: 376 - 392, 1999.
- POTASH, J. B.; KANE, H. S.; SIMPSON, Y. F.; MACINNON, D. F.; McLNNIS, M. G.; McMAHON, F. J.; DePAULO, J. R. Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. **Am J Psychiatry** 157: 2048 - 2050, 2000.
- POWELL, J.; GEDDES, J.; DEEKS, J.; GOLDACRE, M.; HAWTON, K. Suicide in psychiatric hospital in-patients. **Br J Psychiatry** 176: 266 - 272, 2000.
- PRASAD, A. J. Attempted suicide in hospitalised schizophrenics. **Acta Psychiatr Scand** 74: 41 - 42, 1986.
- QIN, P.; MORTENSEN, P.B.; AGERBO, E. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. **Br J Psychiatry** 177: 546 - 550, 2000.
- QIN, P.; MORTENSEN, P. B. Specific characteristics of suicide in China. **Acta Psychiatr Scand** 103: 117 - 121, 2001.
- QIN, P.; AGERBO, E.; MORTENSEN, P. B. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. **Lancet** 360 : 1126 - 1130, 2002
- RADOMSKY, E. D.; HAAS, G. L.; MAAN, J. J.; SWEENEY, J. A. Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. **Am J Psychiatry** 156: 1590 - 1595, 1999.
- RAPELI, C. B.; BOTEAGA, N. J. Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. **J Bras Psiq** 47: 157 - 162, 1998.
- RATTO, L. R. C. Prevalência de comorbidade entre transtornos mentais graves e transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas em São Paulo, Brasil. **Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da USP em 2000.**

- REGIER, D. A.; BOYD, J. H.; BURK, J. D.; RAE, D. S.; MYERS, J. K.; KRAMER, M.; GEORGE, L. K.; KARNO, M.; LOCKE, B. Z. One month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area Sites. **Arch Gen Psychiatry** 45: 977 - 986, 1988.
- REGIER, D. A.; FARMER, M. E.; RAE, D. S.; LOCKE, B. Z.; KEITH, S. J.; JUDD, L. L.; GOODWIN, F. K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. **JAMA** 264: 2511 - 2518, 1990.
- ROOSE, S. P.; GLASSMAN, A. H.; WALSH, T.; WOODRING, S.; HERNE, J. V. Depression, delusions and suicide. **Am J Psychiatry** 140: 1159 - 1162, 1983.
- ROSSAU, C. D.; MORTESEN, P. B. Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. **Br J Psychiatry** 171, 355 - 359, 1997.
- ROY, A. Suicide in Chronic Schizophrenia. **Br J Psychiatry** 141: 171 - 177, 1982a.
- ROY, A. Risk Factors for suicide in Psychiatric Patients. **Arch Gen Psychiatry** 39: 1089 - 1095, 1982b.
- ROY, A.; MAZONSON, A.; PICKAR, D. Attempted suicide in chronic schizophrenia. **Br J Psychiatry** 144: 303 - 306, 1984.
- ROY, A.; DRAPER, R. Suicide among psychiatric hospital in-patients. **Psychol Med** 25: 199 - 202, 1995.
- RUGGERI, M.; LEESE, M.; THORNICROFT, G.; BISOFFI, G.; TANSELLA, M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. **Br J Psychiatry** 177: 149 - 155, 2000.
- RUSCHENA, D.; MULLEN, P. E.; BURGESS, S. M.; CORDNER, S. M.; WALSH, J. B.; DRUMMER, O. H.; PALMER, S.; BROWNE, C.; WALLACE, C. Sudden death in psychiatric patients. **Br J Psychiatry** 172: 331 - 336, 1998.
- SAMIDTKE, A.; BILLE-BRAHE, U.; DeLEO, D.; KERKHOF, A.; BJERKE, T.; CREPET, P.; HARING, C.; HAWTON, K.; LÖNQVIST, J.; MICHEL, K.; POMMERAU, X.; QUEREJETA, I.; PHILIPPE, I.; SALANDER-RENNBERG, E.; TEMESVÁRY, B.; WASSERMAN, D.; FRICKE, S.; WEINACKER, B.; SAMPAIO-FARIA, J.G. Attempt suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989 – 1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. **Acta Psychiatr Scand** 93: 327 - 338, 1996.

- SANGUINETI, V. R.; SAMUEL, S. E. Reported prevalence of drug abuse comorbidity in a city-wide emergency rooms system. **Am J Drug Alcohol abuse** 19: 443 - 450, 1993.
- SCHWARTZ, R. C.; COHEN, B. N. Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizophrenia. **Compr Psychiatry** 42: 118 - 123, 2001.
- SHAH, A.; GANERSVARAN, T. Suicide among Psychiatric in-patients with Schizophrenia in an Australian Mental Hospital. **Med Sci Law** 39: 251 - 259, 1999.
- SHARMA, V.; PERSAD, E.; KUENEMAN, K. A closer look at inpatient suicide. **J Affect Disord** 47 : 123 - 129, 1998.
- SHIRAKAWA, I. O suicídio como momento psicótico. **Bol Psiqu SP** 20: 20 - 22, 1987.
- SHUWAL, M.; SIRIS, S. G. Suicidal ideation in postpsychotic depression. **Compr Psychiatry** 35: 132 - 134, 1994.
- SILVA, J. A. S.; SILVA, C. N.; SILVA, J. R. J. A. S.; SILVA, L. N.; SILVA, D. N. Epidemiologia do suicídio na cidade de Salvador (BA). **Rev Bras Neurol Psiqu** 3: 19 - 25, 1999.
- SIMPSON, J. C.; TSUANG, M. T. Mortality among patients with schizophrenia. **Shizophr Bull** 22: 485 - 499, 1996.
- SOARES, M. B. M.; ALMEIDA, K. M.; MORENO, R. A. Tratamento médico clínico. Em: Moreno, R. A.; Moreno, D. H. **Transtorno Bipolar do Humor**. São Paulo: Editora Lemos; p. 267 - 322, 2002.
- SOLOMON, A. Suicídio. Em **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda; p. 226 - 263, 2002.
- SOMANSUDARAM, D. J.; RAJADURAI, S. War and suicide in northern Sri Lanka. **Acta Psychiatr Scand** 91: 1 - 4, 1995.
- SPODE, A.; FLECK, M. P. A. Avaliação do paciente em emergência. Em: Kapczinski, F.; Quevedo, J.; Schimitt, R.; Chachamovich, E. **Emergências Psiquiátricas** Porto Alegre: Artmed editora; p. 18-38, 2001.
- STATA CORP. Statistical software: release 6.0. College station. Tx **Stata Corporation**, 1.999.
- STEPHENS, J. H.; RICHARD, P.; McHUGH, P. R. Long-Term Follow-up of Patients Hospitalised for Schizophrenia, 1913 to 1940. **J Nerv Ment Dis** 185: 715 - 721, 1997.

- STEPHENS, J. H.; RICHARD, P.; McHUGH, P. R. Suicide in Patients Hospitalised for Schizophrenia: 1913 - 1940. **J Nerv Ment Dis** 187: 10 - 14, 1999.
- STRAKOWSKI, M. S.; McELROY, S. L.; KECK, P. E.; WEST, S. A. Suicidality among patients with mixed and manic bipolar disorder. **Am J Psychiatry** 153: 674 - 676, 1996.
- STUBBE, C. S. Suicídio como fator de risco entre as empregadas domesticas no Rio de Janeiro. **J Bras Psiq** 44: 519 - 527, 1995.
- SUOKAS, J.; SUOMINEN, K.; ISOMETSÄ, E.; OSTAMO, A.; LÖNNQVIST, J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide – findings of a 14-year follow-up study. **Acta Psychiatr Scand** 104: 117 - 121, 2001.
- TAIMINEM, T. J.; KUJARI, H. Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenia and paranoid inpatients. **Acta Psychiatr Scand** 90: 247 - 251, 1994.
- TAMADA, R. S. Evolução no transtorno afetivo bipolar. **Rev Psiquiatr clin** 23: 104 - 114, 1996.
- TANNEY, B. L. Psychiatric Diagnoses and Suicidal Acts. Em Maris, R.W.; Berman, A.L.; Silverman, M.M. **Comprehensive textbook of suicidology**. New York: The Guilford Press; p. 311-341, 2000.
- TONDO, L.; HENNEN, J.; BALDESSARINI, R. J. Lower suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. **Acta Psychiatr Scand** 104: 163 - 172, 2001.
- TSUANG, M. T. Suicide in Schizophrenics, Maniacs, Depressives, and Surgical Controls. A comparison with general population suicide mortality. **Arch Gen Psychiatry** 35: 153 - 155, 1978.
- VERDOX, H.; LIRAUD, F.; GONZALES, B.; ASSENS, F.; ABALAN, F.; VAN, O. S. J. Predictors and outcome characteristics associated with suicidal behavior in early psychosis: a two-year follow-up of first-admitted subjects. **Acta Psychiat Scand** 103: 347 - 354, 2001.
- VESSONI, A. L. N. Adaptação e estudo de confiabilidade da escala de avaliação dos sintomas positivos e negativos para esquizofrenia no Brasil. São Paulo, 1993. **Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina – UNIFESP**.
- VOCISANO, C.; KLEIN, D. N.; KEEFE, R. S. E. Lifetime comorbidity, lifetime history of psychosis and suicide attempts, and current symptoms of patients with deteriorated affective disorder. **Psychiatry Res** 73: 33 - 45, 1997.

- WALSH, E.; HARVEY, K.; WHITE, I.; HIGGITT, A.; FRASER, J.; MURRAY, R. Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management. **Br J Psychiatry** 178: 255-260, 2001.
- WEISSMAN, M. M. The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. **Arch Gen Psychiatry** 30: 737 - 746, 1974.
- WIERSMA, D.; NENHUIS, F. J.; SLOFF, C. J.; GIEL, R. Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15 year follow-up of a Dutch incidence cohort. **Schizophr Bull** 24: 75 - 85, 1998.
- WIESELGREN, I. M.; LINDSTRÖM. A prospective 1-5 year outcome study in first-admitted and readmitted schizophrenic patients; relationship to hereditary, premorbid adjustment, duration of disease and education level at index admission and neuroleptic treatment. **Acta Psychiatr Scand** 93: 9 - 19, 1996.
- WILKINSON, D. G. The suicide rate in Schizophrenia. **Br J Psychiatry** 140: 138 - 141, 1982.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Diseases, rev. 9**. Geneva: WHO, 1977.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Chart Rating Form**. Geneva: WHO, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Schedules of clinical assessment in neuropsychiatry SCAN**. Geneva: WHO, 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Critérios diagnósticos para pesquisa**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Psychiatry Disability Assessment Schedule (who/das)**. Geneva: WHO, 1998b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide. A resource for general physicians**. Geneva: WHO, 2000a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide: How to start a survivors' group**. Geneva: WHO, 2000b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing Suicide. A resource for primary health care workers**. Geneva: WHO, 2000c.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multisite intervention study on suicidal behaviours – supre-miss: components and instruments**. Geneva, 2000d.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide prevention - Suicide Rates.**

http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000149.

WYATT, R. J.; HENTER, I.; LEARY, M. C. Na economic evolution of schizophrenia. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 30: 196 - 205, 1991.

YANG, B. The Economy and suicide: A time-series study of the U.S.A. **American Journal of Economics and Sociology** 51: 87 – 99, 2001.

YOUNG, A. S.; NUECHTERLEIN, K. H.; MINTIZ, J.; VENTURA, J.; GITLIN, M.; LIBERMAN, R. P. Suicidal ideation and suicide attempts in recent-onset schizophrenia. **Schizophr Bull** 24: 629 - 634, 1998.

ZEGERS, O. D. Suicidio y esquizofrenia. **Rev Chil Neuro-Psiquiat** 24: 17 - 23, 1986.