

## Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil

Prevalence of mental disorders associated with suicide attempts treated at an emergency hospital in Rio de Janeiro, Brazil

Simone Agadir Santos <sup>1</sup>

Giovanni Lovisi <sup>1</sup>

Letícia Legay <sup>1</sup>

Lúcia Abelha <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

### Correspondência

S. A. Santos

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Praça Jorge Machado

Moreira, Cidade

Universitária, Rio de Janeiro, RJ 21944-970, Brasil.

simoneagadir@yahoo.com.br

### Abstract

*There are few Brazilian studies on prevalence of mental disorders in suicide attempters. The available studies have mainly used secondary data and screening instruments. The principal objective of this study was to estimate the prevalence of mental disorders in 96 suicide attempters seen in an emergency ward in Rio de Janeiro, Brasil (2006-2007) using the Composite International Development Interview. Most were female, young, and illiterate, and the main method was ingestion of psychoactive drugs. Other factors included history of prior attempts and use of alcohol at the time of attempt. The most frequent mental disorders were: depression (38.9%), use of psychoactive substances (21.9%), posttraumatic stress disorder (20.8%), alcohol abuse (17.7%), and schizophrenia (15.6%). Total prevalence of mental disorders was 71.9%. These findings are largely consistent with studies conducted in other developing countries. Besides access to treatment for mental disorders, public policies with an emphasis on the control of suicide methods and social responses for the reduction of suicidal behavior are needed.*

*Mental Disorders; Attempted Suicide; Packaged Hospitals*

### Introdução

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que, no ano 2000, aproximadamente um milhão de pessoas morreram por suicídio, sendo a taxa global de 16 por 100 mil habitantes. Isso representa uma morte a cada 40 segundos <sup>1</sup>. As altas taxas de suicídio afetam países desenvolvidos e em desenvolvimento, colocando este agravo entre as três principais causas de óbitos na população jovem entre 15 e 44 anos <sup>2</sup>. Isso é particularmente preocupante ao se observar que esse grupo economicamente ativo, que já é o mais vulnerável a outros tipos de violências em nosso meio, está cada vez mais sob risco para o suicídio.

No caso das tentativas de suicídio, esse panorama é ainda mais grave. Estudo europeu estimou que o número de tentativas de suicídio pode ser até 40 vezes maior que o de suicídios <sup>3</sup>. Contudo, a OMS, numa perspectiva mundial, aponta um valor superior em até 20 vezes <sup>1</sup>. Na população jovem de 15 a 44 anos, as lesões ou traumas decorrentes das tentativas de suicídio são a sexta maior causa de problemas de saúde e incapacitação física <sup>2</sup>. Esses dados colocam as tentativas de suicídio como um grave problema de Saúde Pública mundial, que vem atingindo cada vez mais jovens e gerando sérios danos à saúde, incluindo os psicológicos e sócio-econômicos.

Entre os fatores de risco para as tentativas de suicídio sobressaem-se variáveis sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas, a história de tentativa de suicídio anterior e os transtornos mentais<sup>2,4</sup>. As variáveis sócio-demográficas e clínicas mais freqüentemente observadas nas tentativas são: sexo feminino, jovem, desempregado(a), solteiro(a), com baixo nível educacional, uso de álcool ou drogas durante a tentativa, tratamento psiquiátrico anterior. A ingestão de medicamentos psicoativos é o método mais utilizado<sup>5,6,7,8,9,10</sup>. Estudos apontam a importância da história de tentativa de suicídio anterior como um preditor de novas tentativas e do suicídio<sup>3,11,12,13</sup>.

Dentre os transtornos mentais relacionados às tentativas de suicídio, destaca-se a depressão, cujas freqüências encontradas nos estudos variaram de 13% a 53,8%; dependência de álcool de 17,5% a 35,9%; transtorno de estresse pós-traumático de 10,73% a 27,1%; esquizofrenia de 4,8% a 9,3%; personalidade anti-social de 5,4% a 20,6%; e co-morbidades variando de 12,2% a 60,6%. As co-morbidades principais são a depressão e o abuso/dependência de substâncias psicoativas<sup>14,15,16,17</sup>.

Poucos estudos nacionais se dedicaram a avaliar a prevalência dos transtornos mentais nas tentativas de suicídio<sup>9,18,19,20,21,22</sup>. Nesses, os transtornos mais freqüentes foram: depressivos, variando de 18% a 28%, uso de álcool com 40,7% e uso de substâncias, variando de 11,1% a 29,5%. Quanto ao método, as amostras desses estudos variaram bastante, de 32 a 121 participantes, sendo a maioria coletada em hospitais. Os instrumentos mais utilizados para a avaliação dos transtornos mentais foram o *Inventário de Ideação Suicida de Beck* e *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão*. Como se sabe, esses instrumentos não fornecem o diagnóstico de transtornos mentais e sim o rastreamento de sintomas psiquiátricos. O único estudo encontrado, cujo objetivo principal foi a avaliação dos transtornos mentais, é o desenvolvido por Teixeira e Villar Luis<sup>18</sup> por meio de dados secundários (n= 3.100) coletados de um serviço de urgência psiquiátrica. Os transtornos mentais encontrados foram: esquizofrenia, em 15% dos casos; transtornos neuróticos, 28%; e quadros relacionados a álcool e drogas, 12%.

No Brasil, fica evidente a necessidade de se desenvolver pesquisas que avaliem os transtornos mentais relacionados às tentativas de suicídio, com a utilização de dados primários coletados usando-se instrumentos padronizados e validados internacionalmente, capazes de diagnosticar um grande número de transtornos mentais, permitindo assim uma comparação com a literatura internacional. Essas pesquisas

são de grande relevância para o planejamento de ações que visem à prevenção do suicídio.

Diante da importância do tema ainda muito pouco explorado por nossa comunidade científica, e a rara utilização de dados primários coletados por meio de instrumentos diagnósticos padronizados e validados, este estudo tem o objetivo principal de estimar a prevalência dos transtornos mentais nos casos de tentativas de suicídio atendidos em um hospital de emergência público no Rio de Janeiro, Brasil, no período de abril de 2006 a março de 2007.

## Métodos

### Local do estudo

O Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA) está localizado em área urbana no centro da cidade do Rio de Janeiro e é considerado o maior hospital de emergência da América Latina. Atende pacientes dos mais diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de outros estados, além de turistas estrangeiros. O atendimento no HMSA ocorre por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que a maior parte de seus pacientes pertence a um nível social muito baixo. Os casos de tentativas de suicídio que chegam ao serviço de emergência do HMSA são notificados por meio da *Ficha de Notificação de Suicídio e Tentativas*, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), pelas psicólogas do serviço de Saúde Mental do hospital. Essa ficha é preenchida tanto em casos suspeitos quanto em confirmados. Durante o período deste estudo, as pesquisadoras registraram e notificaram os casos.

### População estudada

Estudos recentes trazem uma discussão sobre a importância de se avaliar a intencionalidade no comportamento suicida, visando a uma melhor definição do termo *tentativa de suicídio* como proposta para uma redução dos problemas metodológicos encontrados nas pesquisas sobre o tema e melhor planejamento das ações de prevenção<sup>15,23</sup>. Foram admitidos todos os casos de tentativas de suicídio atendidos no HMSA, no período de abril de 2006 a março de 2007. Para o presente estudo, utilizou-se a definição adotada pela OMS<sup>2</sup>: *comportamento suicida não fatal* para os atos que não resultem em morte.

## Instrumentos

### • Características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas

Um questionário foi construído com base na *Ficha de Notificação de Suicídio e Tentativas*, da SMS-RJ, e complementado com variáveis importantes encontradas na literatura sobre tentativas de suicídio. As informações sócio-demográficas foram: sexo, idade, estado civil, local de nascimento, escolaridade e ocupação. As informações clínico-epidemiológicas: história de tentativa anterior, história de suicídio na família, histórico de transtorno mental na família, uso de álcool/drogas no momento do agravo, hospitalização psiquiátrica, tratamento psiquiátrico ou psicológico anterior e atual, uso regular de medicamentos psicoativos, doenças físicas, meios utilizados e última consulta a um profissional de saúde.

### • Transtornos mentais

O *Composite International Development Interview* (CIDI), versão 2.1, foi desenvolvido pela OMS<sup>24</sup> e escolhido para avaliar os transtornos mentais. Trata-se de um instrumento totalmente estruturado e padronizado, permitindo que não-clínicos o administrem após treinamento. As pesquisadoras do presente estudo foram treinadas pelo Centro de Treinamento do CIDI/Escola Paulista de Medicina (40 horas/treinamento), seguindo as normas estabelecidas pela OMS. Esse instrumento foi traduzido e validado em vários países, inclusive no Brasil ( $k = 0,97$ )<sup>25</sup>, permitindo que resultados de diferentes estudos possam ser comparados.

O CIDI abrange 17 principais áreas diagnósticas de acordo com as definições e critérios da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da OMS, e da quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais* (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana. Ele possui um programa próprio que gera diagnósticos de transtornos mentais. Os autores optaram por usar a classificação da CID-10 por esta ser mais utilizada universalmente. Os transtornos mentais abaixo foram selecionados por serem os diagnósticos mais frequentemente associados às tentativas na grande maioria dos estudos da área.

1) Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com estresse e somatoformes: fobia social, agorafobia, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo compulsivo.

2) Transtornos do humor (afetivos): transtorno depressivo, distímia, transtorno afetivo bipolar.

3) Transtornos alimentares: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

4) Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes: esquizofrenia e transtornos psicóticos agudos e transitórios.

5) Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas: incluindo abuso e dependência de álcool.

## Coleta de dados

Quatro psicólogas treinadas previamente em todos os instrumentos conduziram as entrevistas. As pesquisadoras realizaram busca ativa para identificar e recrutar os casos e inseri-los no estudo. As entrevistas foram conduzidas individualmente, depois de estabilizado o quadro clínico, durante as quais os casos foram confirmados pelos próprios pacientes ou pelos familiares/acompanhantes. Essas entrevistas tiveram uma duração média de uma hora. Todos os participantes ou os responsáveis legais, no caso de menores de idade, assinaram o termo de consentimento informado.

## Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo apresentado à Direção do HMSA que oficializou a sua realização no hospital.

## Análise dos dados

Foram calculadas as prevalências de transtornos mentais, das características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). O teste qui-quadrado e o teste de Fisher foram utilizados para medir associações entre variáveis categóricas, e o teste T para variáveis contínuas. Os resultados da análise bivariada foram considerados estatisticamente significativos quando o valor de p foi igual ou menor que 0,05. As associações cujos valores de significância são limítrofes (0,05-0,1) e foram consideradas de importância clínica<sup>26</sup>, não foram excluídas. O programa SPSS 10.1 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) foi utilizado para as análises estatísticas.

## Resultados

### Características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas

Um total de 118 casos de tentativas de suicídio foi admitido no setor de emergência do HMSA. Desse, dez evoluíram a óbito e dois foram reincidentes, considerando-se apenas a primeira admissão. Não conseguimos realizar a entrevista em dez casos, os quais evadiram-se antes da abordagem (seis homens e quatro mulheres), sendo excluídos da pesquisa. Assim, entrevistou-se 96 dos 106 casos elegíveis para o estudo (90,6%, taxa de participação). Predominaram as seguintes características sócio-demográficas: sexo feminino (62,5%), faixa etária de 25 a 49 anos (55,2%), sol-

teiro (44,8%), natural do Rio de Janeiro (62,5%), baixo nível educacional (66,7%) e emprego formal (35,4%). Os homens apresentaram uma taxa significativamente maior de desemprego em relação às mulheres (47,1% e 17,5%,  $\chi^2 = 8,79$ ;  $p = 0,01$ ) (Tabela 1).

As características clínico-epidemiológicas que apresentaram maior frequência foram: tentativas de suicídio anteriores (51%), tratamento psiquiátrico/psicológico anterior (44,8%), uso regular de medicamentos psicoativos (40,6%) e uso de álcool/drogas no momento do agravo (35,4%). O método mais utilizado foi o medicamento (39,6%), seguido pelo uso de pesticida (33,3%). Ao comparar as características clínico-epidemiológicas entre os sexos, os homens apresentaram uma prevalência estatisticamente significativa

Tabela 1

Distribuição das variáveis sócio-demográficas nos casos de tentativas de suicídio no Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, Brasil, período 2006-2007.

Variáveis *	Total (N = 96)		Masculino (n = 36)		Feminino (n = 60)	
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%
Idade (anos)						
< 18	8 (8,3)	3,9-16,2	2 (5,6)	0,9-20,0	6 (10,0)	4,1-21,1
18-24	24 (25,0)	16,9-35,0	4 (11,1)	3,6-27,0	20 (33,3)	22,0-46,7
25-34	22 (22,9)	15,2-32,8	10 (27,8)	14,7-45,4	12 (20,0)	11,1-32,7
35-49	31 (32,3)	23,3-42,7	15 (41,7)	25,9-59,1	16 (26,7)	16,4-39,8
≥ 50	11 (11,5)	6,1-19,9	5 (13,9)	5,2-30,2	6 (10,0)	4,1-21,1
Estado civil						
Casado/União estável	39 (40,6)	30,8-51,1	13 (36,1)	21,3-53,7	26 (43,3)	30,8-56,7
Solteiro	43 (44,8)	34,7-55,2	16 (44,4)	28,3-61,7	27 (45,0)	32,3-58,3
Separado	10 (10,4)	5,3-18,7	6 (16,7)	6,9-33,4	4 (6,7)	2,1-17,0
Viúvo	4 (4,2)	1,3-10,9	1 (2,8)	0,1-16,2	3 (5,0)	1,3-14,8
Local de nascimento						
Rio de Janeiro	60 (62,5)	51,9-72,0	22 (61,1)	43,5-76,3	38 (63,3)	49,8-75,1
Sudeste (exceto Rio de Janeiro)	13 (13,5)	7,6-22,4	2 (5,6)	0,9-20,0	11 (18,3)	9,9-30,8
Nordeste	15 (15,6)	9,2-24,7	7 (19,4)	8,8-36,5	8 (13,3)	6,3-25,1
Outros	8 (8,3)	3,9-16,2	5 (13,9)	5,2-30,2	3 (5,0)	1,3-14,8
Escolaridade						
Ensino Fundamental	64 (66,7)	56,2-75,7	25 (69,4)	51,7-83,0	39 (65,0)	51,5-76,5
Ensino Médio	28 (29,2)	20,5-39,4	10 (27,8)	14,7-45,4	18 (30,0)	19,2-43,3
Ensino Superior	4 (4,2)	1,3-10,9	1 (2,8)	0,1-16,2	3 (5,0)	1,3-14,8
Ocupação **						
Estudante	7 (7,3)	3,2-14,9	1 (2,9)	0,1-16,2	6 (10,5)	4,1-21,1
Desempregado	26 (27,1)	18,7-37,2	16 (47,1)	28,3-61,7	10 (17,5)	8,7-28,9
Do lar/Aposentado	11 (11,5)	6,1-19,9	0 (0,0)	0,0-12,0	11 (19,3)	9,9-30,8
Trabalho Informal	11 (11,5)	6,1-19,9	4 (11,8)	3,6-27,0	7 (12,3)	5,2-23,1
Trabalho Formal	34 (35,4)	26,1-45,9	12 (35,3)	19,1-51,0	22 (38,6)	24,8-50,1
Pensionista	2 (2,0)	0,3-8,0	1 (2,9)	0,1-16,2	1 (1,8)	0,08-10,1

\* O total de observações pode variar devido à ocorrência de ausência de informações;

\*\*  $p < 0,05$ .

na história de transtorno mental na família e no uso do álcool no momento do agravo, respectivamente ( $\chi^2 = 10,60$ ;  $p = 0,007$ ;  $\chi^2 = 6,83$ ;  $p = 0,01$ ) (Tabela 2). Cerca de 31% ( $n = 30$ ) dos indivíduos que tentaram suicídio tiveram contato com um profissional de saúde e 23% ( $n = 7$ ) destes tiveram contato com um profissional de saúde mental na semana da tentativa de suicídio.

#### Prevalência de transtornos mentais dos últimos 12 meses

O total de transtornos mentais encontrados foi de 71,9%. Os mais prevalentes foram: o episódio depressivo maior (38,9%), abuso/dependência de substâncias psicoativas (21,9%), transtorno de estresse pós-traumático (20,8%), abuso/dependência de álcool (17,7%) e esquizofrenia (15,6%) (Tabela 3).

Os homens apresentaram a maior prevalência dentre todos os transtornos avaliados, com exceção do abuso/dependência de substâncias psicoativas que foi maior nas mulheres. Os seguintes transtornos mentais foram significativamente maiores nos homens em relação às mulheres: agorafobia com 19,4% e 3,3% ( $\chi^2 = 6,874$ ;  $p = 0,009$ ), abuso/dependência de álcool com 30,6% e 10% ( $\chi^2 = 6,524$ ;  $p = 0,01$ ), transtor-

no de ansiedade generalizada com 13,9% e 3,3% ( $\chi^2 = 3,709$ ;  $p = 0,05$ ).

A taxa de prevalência de co-morbidades ( $\geq 2$  transtornos mentais) encontrada foi de 25%, sendo 33,3% em homens e 20% em mulheres. As duas co-morbidades mais freqüentes foram: (1) transtorno de ansiedade e de depressão em 6,3% dos pacientes; e (2) o transtorno de abuso/dependência de substâncias psicoativas, de ansiedade e de depressão em 6,3% dos pacientes.

#### Associação entre transtornos mentais e tentativas de suicídio anteriores

A história de tentativa de suicídio anterior foi a variável clínica encontrada com maior freqüência no nosso estudo. Ela foi utilizada para verificar se haveria ou não associação com os diferentes transtornos mentais apresentados na nossa amostra. O episódio depressivo maior foi encontrado com maior prevalência entre aqueles indivíduos com relato de tentativas de suicídio anteriores. O abuso/dependência de álcool e o transtorno de estresse pós-traumático associaram-se significativamente à tentativa de suicídio anterior: 28,9%;  $\chi^2 = 4,952$ ,  $p = 0,03$  e 31,1%;  $\chi^2 = 3,263$ ,  $p = 0,07$ , respectivamente.

Tabela 2

Distribuição de variáveis clínico-epidemiológicas nos casos de tentativas de suicídio no Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, Brasil, período 2006-2007.

Variáveis *	Total (N = 96)		Masculino (n = 36)		Feminino (n = 60)	
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%
Tentativas de suicídio anteriores	49 (51,0)	40,6-61,3	18 (50,0)	33,2-66,7	31 (51,7)	38,5-64,6
História de suicídio na família	13 (13,5)	7,6-22,4	3 (8,3)	2,1-23,5	10 (16,7)	8,7-28,9
História de transtorno mental na família **	24 (25,0)	16,9-35,0	13 (36,1)	21,3-53,7	11 (18,3)	9,9-30,8
Uso de álcool no momento do agravo **	21 (21,9)	14,3-31,7	13 (36,1)	21,3-53,7	8 (13,3)	6,3-25,1
Uso de drogas no momento do agravo	13 (13,5)	7,6-22,4	6 (17,1)	6,9-33,4	7 (11,7)	5,2-23,1
Internação em hospital psiquiátrico	17 (17,7)	10,9-27,1	8 (22,2)	10,7-39,5	9 (15,0)	7,5-27,0
Tratamento psiquiátrico/psicológico anterior	43 (44,8)	34,7-55,2	18 (50,0)	33,2-66,7	25 (41,7)	29,3-55,0
Uso regular de medicamentos psicoativos	39 (40,6)	30,8-51,1	16 (44,4)	28,3-61,7	23 (38,3)	26,3-51,8
Doença física	23 (23,9)	16,0-33,9	11 (30,6)	16,9-48,2	12 (20,0)	11,1-32,7
Meios utilizados						
Medicamentos ***	38 (39,6)	29,9-50,1	10 (27,8)	14,7-45,4	28 (46,7)	33,8-59,9
Pesticidas	32 (33,3)	24,2-43,7	14 (38,9)	23,6-56,4	18 (30,0)	19,2-43,3
Meios violentos	20 (20,8)	13,4-30,5	9 (25,0)	12,7-42,5	11 (18,3)	9,9-30,8
Outros	6 (6,2)	2,5-13,6	3 (8,3)	2,1-23,5	3 (5,0)	1,3-14,8

\* O total de observações pode variar devido à ocorrência de ausência de informações;

\*\*  $p < 0,05$ ;

\*\*\* Diazepam, Clonazepam, Carbamazepina, Haloperidol, Fenobarbital e outros.

Tabela 3

Prevalência de transtornos mentais nos casos de tentativas de suicídio no Hospital Municipal Souza Aguiar, Rio de Janeiro, Brasil, período 2006-2007.

Transtornos mentais	Total (N = 96)		Masculino (n = 36)		Feminino (n = 60)	
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%
Episódio depressivo maior	34 (35,4)	26,1-45,9	14 (38,9)	23,6-56,4	20 (33,3)	22,0-46,7
Bipolar	5 (5,2)	1,9-12,2	3 (8,3)	2,1-23,5	2 (3,3)	0,5-12,5
Distímia	6 (6,2)	2,5-13,6	3 (8,3)	2,1-23,5	3 (5,0)	1,3-14,8
Transtorno de estresse pós-traumático	20 (20,8)	13,4-30,5	8 (22,2)	10,7-39,5	12 (20,0)	11,1-32,7
Transtorno de ansiedade generalizada *	7 (7,3)	3,2-14,9	5 (13,9)	5,2-30,2	2 (3,3)	0,5-12,5
Agorafobia *	9 (9,4)	4,6-17,4	7 (19,4)	8,8-36,5	2 (3,3)	0,5-12,5
Abuso/Dependência de álcool *	17 (17,7)	10,9-27,1	11 (30,6)	16,9-48,2	6 (10,0)	4,1-21,1
Abuso/Dependência de substâncias psicoativas **	21 (21,9)	14,3-31,7	5 (13,9)	5,2-30,2	16 (26,7)	16,4-39,8
Esquizofrenia e transtornos psicóticos agudos e transitórios	15 (15,6)	9,2-24,7	6 (16,7)	6,9-33,4	9 (15,0)	7,5-27,0
Todos os transtornos mentais	69 (71,9)	61,6-80,3	28 (77,8)	60,4-89,2	41 (68,3)	54,9-79,4

\*  $p < 0,05$ ;

\*\* Sedativos, estimulantes, solventes, cocaína, canabinóides e múltiplas drogas.

## Discussão

### Limitações

O desenho do estudo foi seccional e, portanto, não se pode estabelecer uma relação causal entre os fatores estudados. Esta amostra não é representativa de todos os casos de tentativas de suicídio no Rio de Janeiro e sim dos casos de tentativas que buscam atendimento médico emergencial no HMSA.

As perdas (9,4%) foram pequenas e possivelmente não afetaram os resultados do estudo. Sabe-se que os transtornos mentais são mais freqüentes nas tentativas de suicídio graves em comparação àquelas mais leves<sup>17,19,21,23</sup>. Apesar de não se ter avaliado a gravidade das tentativas no estudo, supõe-se que aqueles pacientes que evadiram-se da emergência apresentam transtornos mentais leves ou não tenham transtornos. Por conseguinte, na hipótese deles não terem se evadido, o total da prevalência dos transtornos mentais seria menor.

### A prevalência dos transtornos mentais

A taxa total de transtornos mentais foi de 71,9%. Devido à diversidade metodológica empregada nos diversos estudos realizados sobre o tema, tais como a seleção e tamanho das amostras e os instrumentos de diagnósticos, encontrou-se uma grande dificuldade na comparação da prevalência de transtornos mentais. Essa dificuldade, entretanto, não impediu a observação de que a taxa

total encontrada em nosso estudo seja mais próxima da de pesquisas realizadas em países como Israel, Ilhas Fiji e Índia, que apresentaram uma taxa total dos transtornos mentais que variaram de 53% a 64%<sup>27,28,29</sup>. Os estudos conduzidos em países europeus e americanos encontraram taxas próximas a 90%<sup>14,17</sup>.

O episódio depressivo maior foi o transtorno mental mais freqüente neste estudo (35,4%), o que está em consonância com a grande maioria das pesquisas sobre o tema<sup>11,14,19,20,28,29,30</sup>. Estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e Alemanha apresentaram taxas bem maiores do que a nossa, entre 53,8% a 61,4%, respectivamente<sup>15,31</sup>.

A prevalência de agorafobia (9,4%) e do transtorno de ansiedade generalizada (7,3%) foram similares a estudos conduzidos nos países europeus (10,1%)<sup>14</sup> e nos Estados Unidos (14,7%)<sup>15</sup>, com exceção de um estudo na Holanda em que a taxa de transtorno de ansiedade generalizada encontrada foi 20,5%<sup>32</sup> e de agorafobia na Alemanha com taxa de 24,3%<sup>31</sup>. O transtorno de estresse pós-traumático em nosso estudo foi de 20,8%, encontrando-se entre as taxas dos estudos internacionais, que variaram de 10,7% a 27,1%<sup>14,15,31</sup>.

A freqüência de transtornos de ansiedade foi de 37,5%, sendo bem menos presente que nos estudos desenvolvidos na Alemanha e na Holanda cujos valores estão em torno de 64%<sup>31,32</sup>. Chama a atenção o resultado de pesquisa realizada na Índia, que encontrou uma freqüência de 1% para transtornos de ansiedade<sup>29</sup>. Segundo os

autores essa taxa poderia ser explicada pelo uso de entrevistas clínicas, ao invés de instrumentos padronizados, as quais poderiam subestimar os valores encontrados.

Os homens apresentaram uma maior prevalência de transtornos de ansiedade e de depressão em relação às mulheres, sendo a diferença estatisticamente significativa na agorafobia e no transtorno de ansiedade generalizada. Esse resultado a princípio contraria a literatura internacional, que mostra uma prevalência acentuada desses transtornos no sexo feminino nas tentativas de suicídio<sup>31,33</sup>. Por outro lado, estudos em países em desenvolvimento têm também demonstrado uma maior taxa desses transtornos no sexo masculino<sup>28,29</sup>. A razão para essa diferença é desconhecida e, portanto, sujeita à especulação<sup>28</sup>. Segundo Kumar et al.<sup>29</sup>, os fatores culturais e sociais presentes nos países em desenvolvimento poderiam explicar essa diferença. No Brasil, essa diferença pode estar relacionada aos aspectos como baixo nível educacional e um alto índice de desemprego, que poderiam aumentar a probabilidade de depressão e dos transtornos de ansiedade<sup>34</sup> e conseqüentemente do comportamento suicida nos homens.

A prevalência do abuso/dependência de álcool (17,7%) foi similar aos estudos nacionais e internacionais. Em acordo com a literatura internacional, neste estudo esse transtorno foi mais freqüente significativamente no sexo masculino<sup>7,8,14,18,20,29,31,35,36,37,38,39</sup>.

No Brasil, a dependência do álcool já é um importante problema na área da Saúde Pública, principalmente entre os homens. Cerca de 50% das hospitalizações psiquiátricas masculinas são devidas ao abuso/dependência do álcool, além de inúmeros problemas sociais associados a ele, como a violência interpessoal e acidente de trânsito<sup>40,41</sup>. Um recente estudo paulista mostrou que 33,1% dos casos de suicídio analisados por meio dos registros do Instituto Médico Legal apresentaram alcoolemia média (37,1% *vs.* 20,1%) e alta (23,5% *vs.* 20%) entre homens e mulheres, respectivamente. Os autores concluíram que cerca de um terço dos suicídios dessa amostra ocorreu subseqüentemente ao consumo de álcool<sup>42</sup>. No nosso estudo, 21,9% das pessoas, principalmente os homens, estavam sob efeito do álcool no momento da tentativa de suicídio.

Uma possível explicação para a maior prevalência de transtornos mentais no sexo masculino entre os casos de tentativas de suicídio aponta para a hipótese já descrita de que uma síndrome depressiva nos homens seria diferente daquela presente nas mulheres. Essa síndrome se caracterizaria por sintomas psiquiátricos

como: baixa tolerância ao estresse, baixo controle do impulso, baixa auto-estima, alcoolismo e suicídios<sup>43,44</sup>. Outra possibilidade seria o fato de os homens demorarem a buscar ajuda médica, encontrando-se assim com quadros mais graves de transtornos mentais. Desse modo, a gravidade do transtorno mental seria um fator distintivo entre homens e mulheres, implicando que os casos de tentativas de suicídio masculinos devem ser acompanhados de modo mais rigoroso e por um longo tempo; por outro lado, as mulheres devem receber atenção quanto à possibilidade de tentativa de suicídio no início do curso do transtorno mental<sup>45</sup>.

As co-morbidades incrementam o risco de tentativas de suicídio. A freqüência de co-morbidades foi de 25%, entre elas se destacam a ansiedade e depressão (6,3%), e uso de substâncias, ansiedade e depressão (6,3%). Estudos internacionais apontam associação entre co-morbidades e tentativas de suicídio, destacando o episódio depressivo maior, uso/dependência de álcool e drogas<sup>15,17,46,47,48,49,50</sup>. Wunderlich et al.<sup>51</sup> encontraram um risco para tentativa de suicídio 3,5 vezes maior entre os participantes de seus estudos com dois diagnósticos de transtornos mentais do que os sem diagnóstico, de 6,4 vezes para aqueles com três diagnósticos e, ainda, um risco 18 vezes maior entre aqueles com mais de três diagnósticos.

Encontramos 21,9% de abuso/dependência de substâncias psicoativas. Esse transtorno só foi avaliado em um único estudo, que encontrou uma taxa de 56% de abuso/dependência de substâncias psicoativas ao longo da vida<sup>15</sup>. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de nossa pesquisa apresentar taxas dos últimos 12 meses. As principais substâncias psicoativas encontradas foram: maconha, cocaína e solventes, as mesmas observadas por Marcondes Filho et al.<sup>20</sup>, em estudo realizado em Londrina, Paraná.

A esquizofrenia apresentou uma prevalência importante no nosso estudo (15,6%), o que está em acordo com pesquisas nacionais e internacionais<sup>18,49,52</sup>. É importante destacar que a depressão e a esquizofrenia são os dois principais transtornos mentais que mais contribuem para o aumento de risco de suicídio nos indivíduos adultos<sup>53</sup>.

O episódio depressivo foi encontrado com maior freqüência entre aqueles com relatos de tentativas de suicídio anteriores. Outros estudos demonstram que a associação entre a história de tentativa de suicídio anterior e transtornos mentais aumentam em 5 a 6 vezes o risco para novas tentativas e suicídio, principalmente nos casos com maior letalidade<sup>48,54,55,56,57</sup>.

### **Características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas da amostra**

As características sócio-demográficas e clínico-epidemiológicas que apresentaram uma maior frequência foram: baixo nível educacional, jovem, história de tentativas de suicídio anteriores, história de tratamento psiquiátrico/psicológico anterior, uso de álcool/drogas no momento do agravo. Esses fatores estão referidos em estudos nacionais e internacionais, confirmando a importância deles como um preditor positivo para as tentativas de suicídio <sup>2,3,5,6,7,9,52,58,59,60</sup>.

No nosso estudo sobressaiu a população jovem, principalmente mulheres entre 14 e 24 anos. Esse resultado é consistente com os relatos previamente na literatura <sup>2,3,61,62</sup>. Na nossa amostra existiu um grande número de adultos jovens desempregados com baixo nível educacional. A literatura aponta que o desemprego e o baixo nível sócio-econômico incrementam o risco de suicídio e tentativa naqueles indivíduos vulneráveis, como aqueles com história de suicídio anterior <sup>10,30,59,63,64,65</sup>.

Nosso achado foi de que quase a metade das mulheres (46,7%) utilizou a ingestão de medicamentos psicoativos como o principal método da tentativa de suicídio. Esse resultado foi corroborado por estudos nacionais e internacionais <sup>5,20,22,27,28,58,64</sup>. O uso abusivo de medicamentos psicoativos trata-se de um problema de Saúde Pública no Brasil. Segundo a OMS, em 1990 consumiu-se 500 milhões em doses diárias de tranquilizantes no Brasil. Essa quantidade foi três vezes mais alta do que a esperada <sup>65</sup>. Recentemente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) está tentando resolver esse problema por meio de um maior controle na regulamentação da produção e dispensação desses medicamentos.

A ingestão de pesticida foi também um importante método nas tentativas de suicídio, especialmente entre os homens. Esse resultado é consistente com os de outros estudos nacionais <sup>5,22,58,64</sup>. Em nossa investigação, todos os 32 indivíduos que tentaram com o uso de pesticida, utilizaram a fórmula denominada “chumbinho”. O uso desse pesticida também foi identificado como o principal método utilizado nas tentativas em outros estudos realizados no Rio de Janeiro <sup>5,66</sup>. A ingestão de pesticidas constitui a terceira maior causa de intoxicação aguda no Brasil. Um recente estudo sobre intoxicação realizado no

Ceará, indicou que 84,2% de todos os casos de intoxicação por pesticida eram relacionados à tentativa de suicídio <sup>67</sup>. Todos esses estudos, incluindo a nossa investigação, sugerem a necessidade de se desenvolver estratégias que restrinjam o acesso a esse método, como parte de uma política de redução de casos por intoxicação e tentativas de suicídio. É necessário e urgente ampliar o controle da aquisição do “chumbinho”, uma vez que apesar da venda ser proibida, o acesso é fácil e barato (a dose custa cerca de R\$ 2,00 nas ruas do Rio de Janeiro). Quanto à medicação psicoativa, além da fiscalização para o cumprimento da exigência de apresentação da prescrição médica para o seu acesso, faz-se também necessário uma maior conscientização da comunidade médica quanto à dispensação destes medicamentos.

Destacou-se nos nossos resultados a prevalência de história de transtorno mental na família entre os homens. Esse achado foi confirmado por um estudo que mostrou um risco maior nos casos em que a família tinha história de doença mental <sup>68</sup>. Nesse aspecto, é preciso conhecer mais sobre o impacto do transtorno mental nos membros da família e a sua inclusão nas intervenções preventivas do suicídio.

Nossos dados também mostraram que 31% dos indivíduos que tentaram suicídio tiveram contato com um profissional de saúde, e 23% destes com um profissional de saúde mental na semana da tentativa. Nossos resultados, apoiados em outros estudos, indicam a importância de se desenvolver treinamento junto aos profissionais de saúde, não só os de saúde mental, para a avaliação dos riscos de suicídio e prevenção do mesmo <sup>58,64</sup>.

A tentativa de suicídio é um importante problema de saúde pública que precisa ser melhor investigado por meio de metodologias adequadas à nossa realidade. Em razão da grande diversidade regional, as taxas de suicídio variam de 2 a 16 mortes por 100 mil habitantes no Brasil. Existe a necessidade de se pesquisar sobre os transtornos mentais, incluindo as distinções de gênero e os aspectos culturais, sociais e regionais que influenciam o comportamento suicida nessas diferentes populações. Nossos achados sugerem que a prevenção do suicídio precisa ser multissetorial, incluindo ações e políticas para educação e empregos, além das medidas de intervenção e tratamento dos transtornos mentais.

## Resumo

*Há poucos estudos nacionais sobre prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio, os quais utilizaram principalmente dados secundários e instrumentos de rastreamento. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de transtornos mentais em 96 casos de tentativas de suicídio atendidos em hospital de emergência, Rio de Janeiro, Brasil (2006-2007), utilizando o Composite International Development Interview. A maioria da amostra consistiu em mulheres, jovens, baixa escolaridade e ingestão de medicamentos psicoativos como principal meio. Outros fatores: histórias prévias de tentativa e uso de álcool no momento do agravo. Os transtornos mentais mais frequentes foram: episódio depressivo (38,9%), dependência de substâncias psicoativas (21,9%), transtorno de estresse pós-traumático (20,8%), dependência de álcool (17,7%) e esquizofrenia (15,6%). A taxa total dos transtornos mentais foi de 71,9%. Tais achados são mais próximos aos estudos em países em desenvolvimento. Além do acesso ao tratamento dos transtornos mentais, são necessárias políticas públicas que enfatizem o controle de meios e respostas sociais à redução do comportamento suicida.*

*Transtornos Mentais; Tentativa de Suicídio; Hospitais de Emergência*

## Colaboradores

S. A. Santos foi responsável pela coleta e participou da análise dos dados, levantamento bibliográfico e redação. G. Lovisi foi responsável pela metodologia empregada, análise dos dados, redação e revisão final do artigo. L. Legay foi responsável pelo desenvolvimento do estudo junto ao Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, metodologia empregada e revisão final do artigo. L. Abelha foi responsável pela metodologia empregada e revisão final do artigo.

## Agradecimentos

À direção do Hospital Municipal Souza Aguiar por permitir a realização da pesquisa, e ao Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde pelo apoio financeiro.

## Referências

1. World Health Organization. Suicide. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) (acessado em 26/Mai/2007).
2. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted 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* 1996; 93:327-38.
4. Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Universidade Estadual de Campinas; 2006.
5. Werneck G, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2201-6.
6. Fleischmann A, Bertolote JM, Leo D, Botega N, Phillips M, Sisask M, et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospital in eight low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2005; 35:1467-74.
7. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004; 161:562-63.
8. Borges G, Saltijeral MT, Bimbela A, Mondragón L. Suicide attempts in a Sample of Patients from a General Hospital. *Archives of Medical Research* 2000; 31:366-72.

9. Feijó RB, Salazar CC, Bozko MP, Bozko MP, Candia-go RH, Ávila S, et al. O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45:657-64.
10. Platt S. Unemployment and suicidal behavior: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1984; 19: 93-115.
11. Skogman K, Alsén M, Öjehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide: a follow-up study of 1052 suicide attempters. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:113-20.
12. 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* 2001; 104:117-201.
13. Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulten A, Bille-Brahe U, Bjerke T, et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52:191-4.
14. Bernal M, Haro JM, Bernet S, Brugha T, Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007; 101:27-34.
15. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol* 2006; 115:616-23.
16. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 2001; 178:48-54.
17. Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1009-14.
18. Teixeira AMF, Luís MAV. Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:517-25.
19. Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:285-9.
20. Marcondes Filho W, Mezzaroba L, Turini CA, Koike A, Motomatsu Junior A, Shibayama EEM, et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolesc Latinoam* 2002; 3:0-0.
21. Rapeli CB, Botega NJ. Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47:157-62.
22. Botega NJ, Cano FO, Kohn SC, Knoll AI, Pereira WAB, Bonardi CM. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *J Bras Psiquiatr* 1995; 44:19-25.
23. Kumar CTS, Mohan R, Ranjith G, Chandrasekaran R. Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J Affect Disord* 2006; 91:77-81.
24. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE. The composite international diagnostic interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1069-77.
25. Wittchen HU, Robbins LN, Sartorius N, Burke JD, Regier D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry* 1991; 159:645-53.
26. Browner W. Publishing and presenting clinical research. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
27. Novack V, Jotkowitz A, Delgado J, Novack L, Elbaz G, Shleyfer E, et al. General characteristics of hospitalized patients after deliberate self-poisoning and risk factors for intensive care admission. *Eur J Intern Med* 2006; 17:485-9.
28. Aghanwa H. The determinants of attempted suicide in a general hospital setting in Fiji Islands: a gender-specific study. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:63-9.
29. Kumar CTS, Mohan R, Ranjith G, Chandrasekaran R. Gender differences in medically serious suicide attempts: a study from South India. *Psychiatry Res* 2006; 144: 79-86.
30. Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld S, Stewart DE, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry* 2008; 192:279-84.
31. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU, Carter R. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychit Scand* 2001; 104:332-9.
32. Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf R, Asmundson GJG, Have M, et al. Anxiety disorders and risk of suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:1249-57.
33. Zalsman G, Braun M, Arendt M, Grunebaum ME, Sher L, Burke AK, et al. A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorders. *Bipolar Disord* 2006; 8:558-65.
34. Ludermir AB. Associação dos transtornos mentais comuns com a informalidade das relações de trabalho. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54:198-204.
35. Hufford MR. Alcohol and suicidal behavior. *Clin Psychol Rev* 2001; 21:797-811.
36. Dieserud G, Loeb M, Ekeberg O. Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30:61-73.
37. Hjelmeland H. Repetition of parasuicide: a predictive study. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26: 395-404.
38. Ostamo A, Connquist J, Heinone S, Lepavori A, Likkane A, Mattila M, et al. Epidemiology of parasuicides in Finland. *Psychiatria Fennica* 1991; 22:181-9.
39. Ferreira-de-Castro E, Cunha MA, Pimenta F, Costa I. Parasuicide and mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:25-31.

40. Laranjeira R. Álcool: da saúde pública à comorbidade psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26:1-2.
41. Laranjeiras R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
42. Ponce JC, Andreuccetti G, Jesus MGS, Leyton V, Muñoz DR. Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2008; 35 Suppl 1:13-6.
43. Kimayer LJ, Boorhroyd LJ, Hodgins S. Attempted suicide among Inuit youth: psychosocial correlates and implications for prevention. *Can J Psychiatry* 1998; 43:816-22.
44. Rutz W, Walinder J, Rhimer Z, Pestality P. Male depression stress reaction combined with serotonin deficiency? *Lakartidningen* 1999; 96:1177-8.
45. Jamison KR. Quando cai a noite: entendendo o suicídio. Rio de Janeiro: Gryphos Editora; 2002.
46. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Kessler RC. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *J Affect Disord* 2008; 105:25-33.
47. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617-27.
48. Sokero TP, Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2005; 186:314-8.
49. Dhossche DM, Meloukheia AM, Chakravorty S. The association of suicide attempts and comorbidity depression and substance abuse in psychiatric consultation patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22:281-8.
50. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *Eur Psychiatry* 2001; 16:395-9.
51. Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU. Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 95:248-87.
52. Murase S, Ochiai S, Ueyama M, Honjo S, Ohta T. Psychiatric features of seriously life-threatening suicide attempters. A clinical study from a general hospital in Japan. *J Psychosom Res* 2003; 55: 379-83.
53. Gunnell D, Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *Br J Psychiatry* 2005; 187:206-8.
54. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 2004; 161:437-43.
55. Raja M, Azzoni A. Suicide attempts: differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk. *J Affect Disord* 2004; 82:437-42.
56. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *Br J Psychiatry* 2004; 185:70-5.
57. Carter G, Reith DM, Whyte IM, McPherson M. Repeated self-poisoning: increasing severity of self-harm as a predictor of subsequent suicide. *Br J Psychiatry* 2005; 186:253-7.
58. Kachava AM, Escobar BT. Perfil das intoxicações exógenas registradas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) em Tubarão (SC). *ACM Arq Catarin Med* 2005; 34:46-52.
59. Qin P, Mortensen PB, Agerbo E, Westergaard-Nielsen N, Eriksen T. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* 2000; 177:546-50.
60. Petronis KR, Samuels JE, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990; 25:193-9.
61. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A, Wasserman D. Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2001.
62. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv* 2001; 52:368-75.
63. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003; 160:765-72.
64. Nunes SV. Atendimento de tentativas de suicídios em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr* 1988; 37: 39-41.
65. World Health Organization. La situation pharmaceutique dans le monde. Geneva: World Health Organization; 1990.
66. Moraes ACL. Contribuição para o estudo da intoxicação humana por carbamatos: o problema do "chumbinho" no Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
67. Marques RB. Estudo do perfil epidemiológico e avaliação do tratamento proposto aos pacientes com intoxicação aguda por inseticida organofosforado, atendidos no Centro de Assistência Toxicológica do Ceará (CEATOX), no período de fevereiro a julho de 2004 [Dissertação de Mestrado]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2005.
68. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in Young people: nested case-control study. *BMJ* 2002; 325:74.

---

Recebido em 11/Nov/2008

Versão final reapresentada em 11/Mar/2009

Aprovado em 26/Mai/2009