

**PREVALÊNCIA DE TENTATIVA E IDEAÇÃO SUICIDA ENTRE OS
PACIENTES DE UMA CLÍNICA-ESCOLA**

**PREVALENCE OF SUICIDAL IDEATION AND ATTEMPT AMONG
PATIENTS AT A CLINIC-SCHOOL**

Lívia Márcia Batista de Andrade
Luciana Moreira Lourenço
Centro Universitário Padre Anchieta (Unianchieta)

RESUMO

Diante da magnitude do fenômeno do suicídio, o presente trabalho teve como objetivo verificar a prevalência de tentativa e de ideação suicida entre os pacientes de uma clínica-escola, de um município do interior do Estado de São Paulo. Os resultados indicam a importância do conhecimento de estratégias preventivas e clínicas.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; psicopatologia; ideação suicida; psiquiatria.

ABSTRACT

Considering the magnitude of the phenomenon of suicide, this study aimed to determine the prevalence of suicidal ideation and attempts among patients in a clinical school, a municipality in the state of Sao Paulo. The results indicate the importance of knowledge of preventive strategies and clinical.

Keywords: suicide attempt, psychopathology, suicidal ideation; psychiatry.

O suicídio apresenta-se de forma paradoxal em nossa sociedade: apesar de sua magnitude global – a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) estima que aproximadamente um milhão de pessoas se suicide anualmente – de modo geral, quase não se fala sobre ele, não é um assunto sobre o qual se comente.

Apesar de não se comentar, de se tentar ignorar sua presença, certamente quase todas as pessoas conhecem alguém que tenha se matado ou tentado se matar. Se não conhecem quem tenha chegado às vias de fato, provavelmente conhecem quem tenha ao menos pensado em se matar.

A tentativa e a ideação suicida se apresentam como indicadores de risco e devem ser identificadas como tais, pois dessa forma, tornam-se importantes indicadores de prevenção ao suicídio, permitindo intervenções preventivas, já que se evidencia uma grande ocorrência de suicídio entre os indivíduos com histórico de tentativas e mesmo de ideação. (PRIETO E TAVARES, 2005).

O suicídio não é uma condição nova ou exclusiva de nossa sociedade. Em cada época e cultura houve diferentes significados e formas de se lidar com o suicídio. Na antiguidade havia aprovação por parte do Estado, que inclusive fornecia o meio para sua efetivação, (sendo normalmente o veneno o mais utilizado então), após ter sido avaliado o motivo apresentado que justificasse o suicídio. (KALINA E KOVADLOFF, 1983). Já no início do século XIX, na Inglaterra o suicídio era uma ofensa capital e, caso alguém tentasse ou cometesse suicídio, todos os seus bens imóveis e pessoais eram confiscados, assim como os de seu cônjuge. (SOARES, 2003).

Stefanello (2007) salienta que a partir da metade do século XIX, os suicídios foram relacionados a problemas mentais, e houve uma associação de suicídio com sensibilidade e instabilidade mental, que foi ligada às mulheres.

O fenômeno suicídio revela complexidades em todos seus aspectos envolvidos, desde sua significação cultural, passando por sua conceituação até sua compreensão particular na história de cada indivíduo.

Durkheim (1897/2005) define o 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”. (p. 10).

Após mais de um século, alguns pontos foram acrescentados e modificados dessa definição, principalmente quanto à intencionalidade do sujeito frente ao seu ato. Cassorla (1998) acredita que raramente o indivíduo possui a lucidez que se supõe, para saber que o seu ato o levará à morte. Dessa forma, o indivíduo atuaria rumo ao sacrifício de uma parte de si, faltando o discernimento de que, caso ocorra a morte, ela o atingirá por inteiro.

Independente do grau da consciência de quem o executa, Martínez (2008) define o suicídio como um processo sistêmico de disposição autodestrutiva, que está orientado a comunicar a intenção de uma resolução de um conflito, através de meios letais.

O comportamento suicida pode ser concebido ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por planos, tentativas de suicídio e, finalmente o suicídio, compreendendo cada nível como um gradiente de gravidade. (FENSTERSEIFER E WERLANG, 2005; STEFANELLO, 2007).

Quanto ao termo tentativa de suicídio, também não há uma comum definição, já que, da mesma forma, há dificuldade de definir a intencionalidade do indivíduo sobre seu ato. Estudos (BOTEGA E RAPELI, 2002) demonstram que a maioria das pessoas que, de alguma forma, tentam a morte, sem efetivá-la, fazem-no sem que a principal motivação seja a de morrer.

Holmes (2007) acredita que em muitos casos a tentativa de suicídio é uma forma dramática de pedir ajuda, já que muitas vezes as pessoas que tentam o suicídio se sentem ignoradas quando necessitam, reafirmando que independente da motivação, as tentativas não devem ser banalizadas.

Se os conceitos de suicídio e de tentativa de suicídio, como atos, revelam-se complexos e repletos de divergências, as definições de ideação suicida podem ser muito instáveis e diversas (SILVA, 2006), caracterizando-se por pensamentos inespecíficos de morte até idéias de suicídio com planos concretos de realização.

O suicídio é uma das 10 maiores causas de morte em todos os países, e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos (OMS, 2000), com um aumento de 60% nos índices de suicídio nas últimas cinco décadas, considerando-se os dados do mundo inteiro. (PRIETO E TAVARES, 2005).

As taxas mundiais de suicídio variam de mais de 25 para cada 100.000 habitantes na Escandinávia, Suíça, Alemanha, Áustria, países do Leste Europeu e Japão, até menos de 10 para cada 100.000 habitantes na Espanha, Itália, Irlanda, Egito e Holanda. (KAPLAN, SADOCK E GREBB, 2003).

No Brasil, embora a taxa de mortalidade por suicídios, de quatro e meio para cada 100.000 habitantes, seja considerada baixa, existem estados e municípios que apresentam taxas duas vezes superiores à média nacional, como, por exemplo, o Estado do Rio Grande do Sul (9,8 para cada 100.000 habitantes). Nesse Estado, em determinadas faixas etárias, as taxas chegam a 30,2 para cada 100.000 habitantes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Apesar da expressividade desses números, sabe-se que há uma imprecisão neles, considerando que a família não costuma registrar a morte por suicídio, por vergonha, motivos religiosos (praticamente todas as tradições religiosas estigmatizam o suicida) ou para receber o seguro, negado a quem morre por opção, tendendo o número de casos ser ainda maior. (TRIGUEIRO, 2006).

Segundo Botega e Rapeli, (2002), estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos 10 vezes.

A ideação suicida é bem mais comum que a tentativa de suicídio e o suicídio completo (SOARES, 2003). Silva (2006), aponta estudos recentes, de base populacional, realizado no Brasil, mostrou prevalência de 17,1% para ideação suicida ao longo da vida e 5,3% para ideação no último ano, e estimam que 60% dos indivíduos que se suicidam tem, previamente, ideação suicida.

Há evidências de que o perfil dos suicidas se diferencia dos que tentam. Para a mortalidade, a maioria se compõe de homens entre 25 a 39 e de 40 a 59 anos, casados, que usam o enforcamento e a arma de fogo como os principais meios para efetuar sua própria morte. Mais mulheres que homens tentam se matar, em sua maioria, domésticas, donas de casa e estudantes. Mais de 50% delas usam substâncias não medicinais, drogas e medicamentos, de forma abusiva, na tentativa. (SOUZA, MINAYO E CAVALCANTE, 2009).

Não é possível pensar em causas isoladas para o suicídio, já que muitos são esses fatores que afetam a ocorrência desse fenômeno, ainda que isso seja possível para um fim descritivo e favoreça sua compreensão.

No campo da genética, segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2003) os fatores genéticos envolvidos no suicídio, são principalmente aqueles envolvidos na transmissão dos transtornos do humor, esquizofrenia e dependência de álcool – os transtornos psiquiátricos mais comumente associados com o suicídio. Além disso, sugerem a existência de um fator genético para o suicídio, “independente ou em conjunção com a transmissão genética dos transtornos psiquiátricos, e este pode ser um fator genético para a impulsividade, que pode estar relacionado com uma anormalidade no sistema central de serotonina”. (KAPLAN, SADOCK E GREBB 2003, p. 732).

Além dos genéticos, os fatores sociológicos também se apresentam relacionados com o suicídio. Segundo D’Oliveira (2006) a compreensão é que se pode tentar entender as circunstâncias dos fatos, as crises vivenciadas pelo indivíduo e sua família, a dinâmica funcional do meio familiar, os sentimentos envolvidos e a influência e peso de fatores ambientais. Isso porque o suicídio ocorre num ambiente, que pode ser a família, a escola, o lugar de trabalho. Ele não acontece fora de um sistema social, ainda que os indivíduos pareçam estar isolados da sociedade, queixem-se de isolamento e a solidão apareça e seja frequentemente referida por eles.

Já em relação aos fatores psicodinâmicos, segundo Freud (1920/1968), vivemos constantemente num estado de conflito entre Eros e Tanatos, pulsão de vida e pulsão de morte. Esses dois grupos de pulsões estão fundidos, funcionando sempre juntos, complementando-se e opondo-se.

Brandão (2006) salienta que quando a pulsão de morte predomina, o indivíduo se defronta em situações de sofrimento, manifestado nas áreas somática, mental e social, e em estados de permanência dessa predominância pode levar à morte emocional (na loucura) e à morte do corpo, através de somatizações graves ou atos suicidas, ou mesmo mortes naturais precoces.

Questionando de que forma seria possível que o instinto de vida fosse vencido pelo de morte, Freud (1910/1968), afirma então o mesmo só ser possível considerando estado da melancolia.

Segundo Monteiro e Lage (2007), é em torno da falta, da perda do objeto, que a estruturação do sujeito é norteada, dessa forma, o luto ocupa um lugar central e na medida em que se correlaciona com a questão dos sintomas depressivos e da melancolia, observa-se uma tendência à depressão dentro da própria constituição humana.

Freud (1917/1968) afirmou sua crença de que o suicídio representava uma agressão voltada contra um objeto de amor introjetado, com investimento ambivalente, e duvidava da existência de um suicídio sem o desejo anteriormente reprimido de matar outra pessoa.

Além das pulsões, as fantasias inconscientes auxiliam a compreensão dos comportamentos autodestrutivos, no qual, em último grau, situa-se o suicídio. Dentre elas verifica-se: a) a identificação com um objeto perdido e conseqüente reencontro com pessoas queridas mortas, o que talvez explicasse a maior chance de pessoas que perderam pessoas muito próximas tornarem-se mais vulneráveis à morte; b) renascimento ou encontro com outras figuras idealizadas, como Deus ou algo similar; c) ida para um mundo paradisíaco, regulado pelo princípio do prazer e onde não existe sofrimento e d) volta ao útero materno, numa espécie de parto ao contrário, onde não existem desejos e necessidades. (CASSORLA, 1992; HOLMES, 2007).

Como salientado, não se pode pensar em uma etiologia única para um fenômeno tão complexo quanto o suicídio, sendo mais interessante pensá-lo enquanto uma combinação desses fatores.

MÉTODO

Participantes

A presente pesquisa buscou identificar a prevalência de tentativa e de ideação suicida entre os pacientes do Centro de Psicologia Aplicada (CPA) do Centro Universitário Padre Anchieta, no município de Jundiaí, no estado de São Paulo, no período de janeiro de 2008 a setembro de 2009.

O atendimento no CPA destina-se à população de todas as idades, com renda de até três salários mínimos, e é realizado por graduandos do oitavo até o décimo semestre do curso de Psicologia do citado Centro Universitário, tendo como foco de atendimento a indivíduos com quadros neuróticos, sendo aqueles com quadros psicóticos, quando identificados, encaminhados a centros especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Instrumentos

Prontuários de atendimento de todos os usuários do período de janeiro de 2008 a setembro 2009 do CPA. Este prontuário é preenchido no momento de triagem, e durante o atendimento dos pacientes. Constam nos prontuários a identificação e os dados sócio-demográficos dos pacientes; fichas do exame de estado mental; histórico psicossocial – na qual consta o item História de Idéia / Tentativa Suicida; avaliação psicossocial; e avaliação diagnóstica, além dos relatórios dos atendimentos.

Procedimento

Esta é uma pesquisa de cunho quantitativo. Todos os prontuários foram examinados um a um, e as seguintes variáveis foram anotadas: gênero, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, hipótese diagnóstica que são apresentadas em categorias, de acordo com a nosologia do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM- IV); se já pensou ou tentou suicidar-se; e o método utilizado quando houve a tentativa de suicídio.

Análise dos Dados

Foi feito um tratamento estatístico com os dados adquiridos, por meio do teste ANOVA, no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão PASW Statistics 18, uma ferramenta de análise de dados.

Considerações Éticas

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS 196/96, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Padre Anchieta.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com esta pesquisa, buscou-se relacionar algumas variáveis sócio-demográficas e clínicas com as variáveis *tentativa e ideação suicida*. Por meio dos dados obtidos em todos os prontuários analisados (n=498), foi possível estabelecer um perfil sócio-demográfico dos pacientes atendidos no CPA no período de janeiro de 2008 a setembro de 2009. (Tabela 1).

Em relação à idade, os pacientes tinham em média 29 anos (DP=16), sendo o mínimo três e o máximo de 82 anos.

Também foi investigado o diagnóstico de transtornos mentais dessa população. De todos os prontuários analisados, em apenas 36,3% havia sido definido o diagnóstico, enquanto que na maioria de prontuários (63,7%) observou-se uma ausência de definição ou de notificação de diagnóstico.

Dentre os que constavam algum diagnóstico, 14,4% estavam classificados em algum transtorno de ansiedade, tendo sido essa a categoria de transtorno mental mais diagnosticada, seguido igualmente (9%) pelos transtornos de humor e de personalidade.

Por meio da análise estatística dos dados não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis estudadas, possivelmente pelo tamanho da parcela em que constava algum registro de tentativa ou ideação suicida (95).

Dentre todos os prontuários analisados, em 13,1% deles (65) constavam anotações de ideação suicida, e em 6,0% (30) de tentativa de suicídio em algum momento da vida.

Essa prevalência se aproxima de dados da literatura (SOUZA, MINAYO E CAVALCANTE, 2009; SILVA, 2006), e confirmam que a baixa notificação de tentativa e de ideação suicida é um fator que dificulta a real estimativa sobre essas condições. (TRIGUEIRO, 2006).

Quando analisada a variável *gênero*, na amostra estudada, as mulheres foram predominantes em relação à tentativa (73,3%) e à ideação suicida (76,9%). (Figura 1).

Verificou-se que entre aqueles que haviam tentado o suicídio, a maior parte (40%) o havia feito através da ingestão de medicamentos ou substância química, demonstrando como o acesso e a disponibilidade a meios que possibilitem o suicídio favorecem que o ato, ou ao menos, que a tentativa se efetive.

Alguns autores associam o gênero feminino com a tentativa e a ideação suicida, enquanto o gênero masculino com o suicídio em si. (DURKHEIM, 1897/2005; STEFANELLO, 2007; SILVA 2006).

Em relação à idade, apesar das taxas de suicídio aumentar com a idade, dados da OMS (2000) revelam que nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens, e que em indivíduos entre 15 e 44 anos, a tentativa de suicídio é a sexta causa de incapacitação. Cassorla (1998), aponta que para os homens de 15 a 24 anos de idade, houve um aumento de 40% entre 1970 e 1980. A taxa de suicídio para mulheres no mesmo grupo etário mostrou um pequeno aumento. Entre os homens de 25 a 34 anos, a taxa de suicídios aumentou quase 30%.

No presente trabalho observou-se uma diferença em relação ao predomínio da faixa etária para tentativa e para ideação suicida. Entre os que tentaram suicidar-se a maior parte (40%) estava entre 21 a 30 anos de idade, enquanto entre os que tiveram ideação suicida, a maioria (29,3%) tinha entre 31 a 40 anos de idade.

Em relação ao *estado civil*, tanto no grupo dos pacientes que tentaram (43,3%) quanto no dos que pensaram (50,8%) em suicidar-se, a maior parte era solteira, e apontam os laços sociais estáveis como fatores protetores contra o suicídio. (FICHER E VANSAN, 2008)

O casamento, reforçado pelos filhos, parece diminuir significativamente o risco de suicídio. Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2003), entre pessoas casadas, a taxa é de 11 por 100.000, enquanto pessoas solteiras registram uma taxa geral de aproximadamente o dobro da taxa das pessoas casadas. Entretanto, as pessoas anteriormente casadas apresentam taxas ainda mais altas do que as pessoas que jamais casaram, isto é, 24 por 100.000, entre os viúvos; 40 por 100.000 entre divorciados, com

os homens divorciados registrando 69 suicídios por 100.000, comparados com 18 por 100.000 para mulheres divorciadas.

Segundo Durkheim (1897/2005), a falta de integração familiar pode ser usada para explicar por que os não casados são mais vulneráveis ao suicídio do que os casados e por que os casais com filhos são os mais protegidos.

Quando analisada a variável *escolaridade* observou-se que houve diferença no predomínio quando comparado os indivíduos que tentaram com os que pensaram em suicidar-se. A maior parte (46,2%) tinha o ensino fundamental entre os que tiveram ideiação suicida, enquanto entre os que tentaram o suicídio a escolaridade predominante foi o ensino médio (43,3%).

A variável *ocupação* também foi observada, tendo sido considerado apenas estar ou não trabalhando e não profissões específicas, considerando o emprego como um fator protetor contra o suicídio. (STEFANELLO, 2007).

Foi encontrada uma predominância de desempregados entre os que tentaram (66,7%) e também entre os que tiveram ideiação suicida (55,4 %).

Apesar de o suicídio ocorrer em todas as camadas sociais, Kaplan, Sadock e Grebb (2003) apontam que a mudança drástica de classe social, tanto para cima quanto para baixo, tornam os indivíduos mais vulneráveis ao suicídio.

No presente trabalho, a variável *renda* também foi observada, tendo sido a predominante em ambos os grupos – os que tentaram (63,3%) e os que pensaram (61,2%) – até três salários mínimos.

A variável *transtorno mental* também foi analisada, já que alguns transtornos mentais parecem estar fortemente relacionados ao suicídio.

Entre os 73 pacientes com diagnóstico de algum transtorno mental 13,3% já havia pensado em suicídio, e 5,5% já havia tentado suicidar-se. Algum transtorno de humor estava presente em 20,8% nos que pensaram em suicidar-se, sendo o diagnóstico mais encontrado naqueles com ideiação suicida. Já naqueles com histórico de alguma tentativa de suicídio o diagnóstico mais observado foi o de algum transtorno de ansiedade, com 30% de incidência. (Figura 2).

Holmes (2007) relaciona a maior incidência de ideiação suicida em transtornos de humor, onde existe limitação de ações no repertório dos indivíduos, enquanto que em

casos de tentativa de suicídio justifica a maior incidência de transtorno de ansiedade, que geram maior impulsividade, característica premente das tentativas de suicídio.

Segundo Kaplan, Sadock e Grebb (2003), dentre os suicidas diagnosticados com um transtorno mental, os transtornos depressivos respondem por 80% deste número, com a esquizofrenia sendo responsável por 10% e demência e *delirium*, por 5%, e entre todas as pessoas com transtornos mentais, 25% também são dependentes de álcool e têm diagnósticos duplos.

Alguns autores (KAPLAN, SADOCK E GREBB 2003; MENEGHEL; VICTORA; FARIA; CARVALHO E FALK, 2004) associam o suicídio com o uso de álcool, e baseiam essa associação no fato de que as taxas de suicídio estão inversamente relacionadas com o grau de integração social e que o uso abusivo de álcool produz desaprovação social e gradativa deterioração dos laços sociais. Além da ligação indireta entre consumo de álcool e suicídio, associado à desintegração social, há uma relação direta que é a diminuição do autocontrole que atuaria como causa acionando uma inclinação prévia para a conduta autodestrutiva.

Resultados encontrados por Enst, Lalovic, Lesage, Seguin, Tousignant e Turecki (2004), sugerem que a maioria dos indivíduos que cometeram suicídio e pareciam normais psiquiatricamente após uma autópsia psicológica provavelmente eram portadores de um transtorno que não foi detectado pelo processo de autópsia psicológica; o que os leva a concluir que provavelmente todos os casos de suicídio estão associados com alguma forma de transtorno psiquiátrico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa e a ideação suicida precisam ser percebidas como importantes meios de se evitar a efetivação do suicídio, e devem ser consideradas como manifestação de sofrimento que precisa ser escutado e compreendido em todo seu significado.

Sendo o suicídio um comportamento com muitos fatores e determinações implicadas, e apesar de não serem possíveis descrições precisas capazes de identificar indivíduos que se encontram sob alto risco, algumas descrições gerais são importantes a

serem observadas pelos profissionais envolvidos na área da saúde, e essa atenção deve estar presente desde sua formação.

Evidencia-se a necessidade de se desencadear discussão acerca de programas, tratamento e prevenção para os grupos mais vulneráveis aos suicídios – entendendo que a tentativa e a ideação suicida são fortes indicadores de vulnerabilidade, e os indivíduos que passam por essas condições necessitam de atenção profissional especializada, além de indicar a importância do conhecimento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise.

Algumas dificuldades metodológicas se impuseram no presente trabalho por ser o CPA uma clínica para atendimento de casos considerados de gravidade de nível até médio. Dessa forma, sugere-se a continuidade do desenvolvimento do presente trabalho em locais de atendimento de casos considerados de gravidade de nível grave, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o que possibilitaria uma correlação mais precisa de comorbidades com a tentativa e a ideação suicida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOTEGA, Neury. J. e RAPELI, Claudemir. B. Tentativa de Suicídio. In: BOTEGA, Neury. J. (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. (pp. 365-377). Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRANDÃO, Alice. K. Psicopatologia: suicídio. *Psicologia Brasil*, São Paulo, n.32, jun./jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (2006). *Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605. Acessado jun. 2009.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Reflexões sobre a psicanálise e a morte. In: KOVÁCS, Maria Julia (Coord.). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992. p. 90-110.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000100009&lng=es&nrm=iso. Acessado fev. 2009.

D'OLIVEIRA, Carlos Felipe. Atenção a Jovens que Tentam Suicídio: É Possível Prevenir. In: LIMA, César. A. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf#page=29. Acessado jul. 2009.

DURKHEIM, Émile. (2005). *O Suicídio*. São Paulo: Martin Claret. (Original published in 1897).

ERNST, Carl, LALOVIC, A., LESAGE, A., SEGUIN, M., TOUSIGNANT, M., e TURECKI, G. Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 26, n. 3, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082004000300003&lng=pt&nrm=iso. Acessado jan. 2009.

FENSTERSEIFER, Liza e WERLANG, Blanca Suzana G. Estudo de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação de Dor Psicológica. *PsicoUSF*. São Paulo, vol. 10, n. 1, p. 21-29, jun. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100004&lng=pt&nrm=iso. Acessado jul. 2009.

FICHER, Ana Maria F. T., e VANSAN, Gerson Antonio. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 3, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300005&lng=pt&nrm=iso. Acessado jan. 2009.

FREUD, Sigmund. (1968). Contribuciones al Simpósio Sobre el Suicidio. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas* (pp. 469-470). Trad. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, v. III. (Original published in 1910).

FREUD, Sigmund. (1968). La afliccion y la melancolia. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas* (pp. 1075-1082). Trad. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, v. I. (Original published in 1917).

FREUD, Sigmund. (1968). Mas alla del principio del placer. In: FREUD, S. *Obras Completas* (pp. 1097-1125). Trad. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. Madrid: Biblioteca Nueva, v. I. (Original published in 1920).

HOLMES, David. S. *Psicologia dos Transtornos Mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KALINA, Eduardo, e KOVADLOFF, Santiago. *As Cerimônias de Destruição*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KAPLAN, Harold I., SADOCK Benjamin J. e GREBB, Jack A. Emergências Psiquiátricas. In: KAPLAN, Harold I., SADOCK Benjamin J. e GREBB, Jack A. *Compêndio de Psiquiatria*. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003, p. 753-770.

MARTINEZ, Carlos. El Abordaje Comunitário de la Crisis Suicida en sus Diferentes Âmbitos de Intervención. *Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los*

Transtornos de la Personalidade. n. 4, maio 2008. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?q=cache:zNyuP0525LYJ:scholar.google.com/+suicidologia&hl=pt-BR>. Acessado jul.2009.

MENEGHEL, Stela N.; VICTORA, C. G.; FARIA, N. M.X.; FALK, J.W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, dez., 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=pt&nrm=iso. Acessado jan. 2009.

MONTEIRO, Kátia C. C. e LAGE, Ana Maria M. V. Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia: ciência e profissão*. Brasília, v. 27, n. 1, mar. 2007, p.106-119. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932007000100009&lng=pt&nrm=iso. Acessado nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Suicide prevention – Suicide rates*. Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_gp_port.pdf. Acessado jul. 2009.

PRIETO, Daniela, e TAVARES, Marcelo. Fatores de Risco para Suicídio e Tentativas de Suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2005. Disponível em: <http://66.102.1.104/scholar?q=cache:Z0FSSJIPH2cJ:scholar.google.com/+idea%C3%A7ao+suicida&hl=pt-BR>. Acessado jul. 2009.

SILVA, Viviane F. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*. vol. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000900014&lng=en&nrm=iso. Acessado jul. 2009.

SOARES, Flávio. N. *Prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de São Paulo*. [dissertação] São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

SOUZA, Edinilsa R., MINAYO, Maria Cecília S., CAVALCANTE, Fátima. G. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000500022&lng=pt&nrm=iso. Acessado jan. 2009.

STEFANELLO, Sabrina. *Tentativas de suicídios atendidas no Hospital de Clínicas da Unicamp: diferenças entre os sexos*. [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas – SP, 2007.

TRIGUEIRO, André. Suicídio, Problema Oculto na Saúde Pública: Papel da Mídia no Esclarecimento (Desvelamento). In: LIMA, César A. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0315_M.pdf#page=29. Acessado jul. 2009.

Tabela 1

Caracterização dos Pacientes Atendido no CPA no Período de 2008 a 2009

	n	%
Gênero		
Fem.	343	68,9
Masc.	155	31,1
Estado Civil		
Solteiro	261	52,4
Casado	139	27,0
Separado	81	16,3
Viúvo	17	3,4
Escolaridade		
Fundamental	235	47,2
Médio	175	35,1
Superior	88	17,7
Ocupação		
Empregado	209	42,0
Desempregado	289	58,0
Faixa Salarial		
Até 1 Salário Mínimo	138	27,7
Até 3 Salários Mínimos	311	62,4
Mais de 3 Salários Mínimos	49	9,8

Figura 1

Caracterização dos Pacientes com Ideação ou Tentativa Suicida em Relação ao Gênero

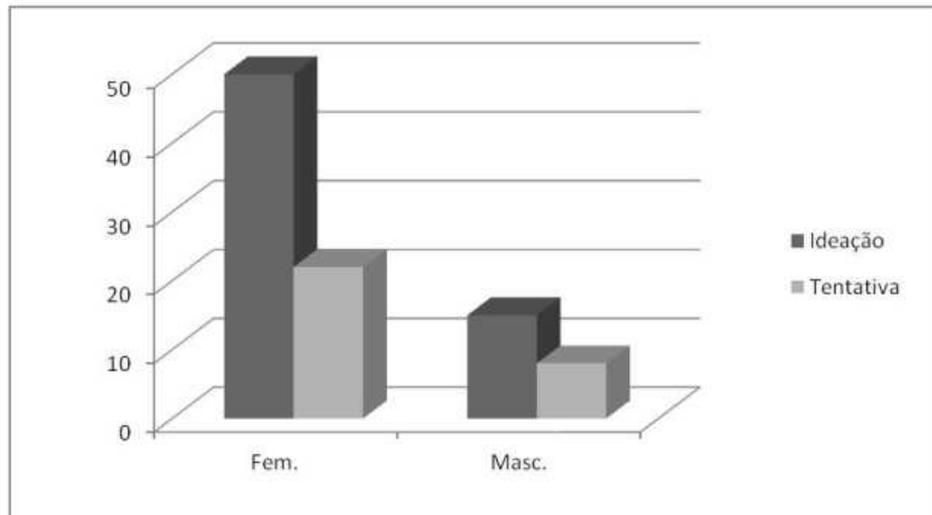


Figura 2

Prevalência de transtornos mentais em pacientes com tentativa ou ideação suicida

