

ANTONIO OSMAR RIBEIRO JULIÃO

ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE TENTATIVAS DE
SUICÍDIO POR MEDICAMENTO EM UMA INSTITUIÇÃO
PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA

FORTALEZA-CEARÁ
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANTONIO OSMAR RIBEIRO JULIÃO

15/11/98
R 1175297
05/10/99

UFCE	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
N.º R 1175297	
05	110 189

**ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE TENTATIVAS DE
SUICÍDIO POR MEDICAMENTO EM UMA INSTITUIÇÃO
PÚBLICA DE SAÚDE EM FORTALEZA**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal do Ceará para obtenção de título
de Mestre em Saúde Pública.

Orientador

Dr. Paulo César de Almeida

FC-00006274-5

**FORTALEZA-CEARÁ
1998**

JULIÃO, Antonio Osmar Ribeiro. Tentativa de Suicídio em Fortaleza. Fortaleza/Ceará, 1998. 109p. Dissertação (Mestre) Universidade Federal do Ceará.

1. Tentativa de Suicídio por Medicamento
2. Framacoepidemiologia
3. Saúde Mental

À minha família, que com carinho e amor
soube apoiar os momentos difíceis.

DEDICO ESTE TRABALHO

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo César de Almeida, meu profundo agradecimento.

Aos professores do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, pelos conhecimentos transmitidos.

Ao Dr. José Ambrósio Guimarães por ensinar-me a acreditar nos sonhos.

À Dr^a Maria do Socorro Batista Albuquerque pelo apoio dado a esta pesquisa.

À Direção do Instituto Dr. José Frota, minha sincera gratidão.

À toda equipe do CEATOX pelo auxílio na realização deste trabalho.

À Liduína Lopes Alves, agradeço pela valiosa colaboração na digitação dos dados da pesquisa.

Pequena alma, alma terna e inconstante, companheira do meu corpo, de que foste hóspede, vais descer àqueles lugares pálidos, duros e nus, onde deverás renunciar aos jogos de outrora.

Por um momento ainda contemplemos juntos os lugares familiares, os objetos que certamente nunca mais veremos.

... Esforcemo-nos por entrar na morte com os olhos abertos...

Marguerite Yourcenar

RESUMO

O presente trabalho faz uma abordagem farmacoepidemiológica das tentativas de suicídio por medicamentos em Fortaleza.

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal realizado no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1997.

A amostra foi constituída por 824 pacientes selecionados de uma população que provocou atendimento do Instituto Dr. José Frota por tentativa de suicídio por medicamento.

Os dados foram coletados através de prontuários do Centro de Assistência Toxicológica do Ceará (CEATOX).

Constatou-se que Fortaleza apresenta um alto índice de tentativas de suicídio com 39,6 por 100.000 habitantes. Há uma predominância do sexo feminino com 670 (81,3%) casos. A idade média da população estudada foi de 27 anos.

As farmácias foram os locais mais mencionados para aquisição dos medicamentos com 508 (91,4%) casos e a residência foi o local onde ocorreu a maioria das tentativas de suicídio.

A categoria estudante foi a mais mencionada com 124 (15%) casos.

O medicamento mais utilizado foi o diazepam com 223 (27,1%) casos e o sintoma mais freqüente foi a sonolência com 281 (34,1%) casos.

Unitermos: Tentativas de Suicídio

Farmacoepidemiologia

Saúde Mental

ABSTRACT

The present work is an Pharmacoepidemiology approach of suicide attempts by drugs in Fortaleza.

This is an epidemiology study, made from January, 01 to December, 31 in 1997.

It was elaborated from 824 patient's samples selected from suicide attempt population at Instituto Dr. José Frota Hospital.

The data were collected from the handbooks in the Toxicological Assistance Center of Ceará.

It has been proved that there is a high level on suicide attempts in Fortaleza with an average of 39,6 to 100.000 inhabitants. Women have prevailed with 670 (81,3%) cases. The average age of the population in the study was years old.

The drugstores in the city were pointed as the spots of acquisition where people bought the drugs, with 508 (91,4%) cases.

Students were in the rank of the most mentioned, with 124 cases.

The most used drug was diazepam, 233 (27,1%) cases, and the most frequent symptom among them was being sleepy with 281 (34,1) cases.

Uniterms: Suicide, attempts
Pharmacoepidemiology
Mental Health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	01
2	OBJETIVOS	14
3	HISTÓRICO	15
4.	METODOLOGIA	27
4.1.	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	27
4.2.	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	27
4.3.	LOCAL.....	27
4.4.	SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	29
4.4.1.	TAMANHO DA AMOSTRA.....	29
4.4.2.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	29
4.4.3.	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	30
4.5.	VARIÁVEIS.....	30
4.6.	DEFINIÇÃO DOS TERMOS.....	31
4.7.	ANÁLISE DOS DADOS	33
5.	RESULTADOS	34
6.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77
7.	CONCLUSÃO	89
8.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92
9.	ANEXOS	101

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1** Estatística das idades dos pacientes, segundo sexo.
pg.37
- Quadro 2** Estatística dos atendimentos por mês, segundo sexo.
pg. 56.
- Quadro 3** Estatística dos atendimentos por dia da semana,
segundo sexo.
pg. 58
- Quadro 4** Estatística do Tempo entre a Tentativa de Suicídio por
Medicamentos e o Atendimento Hospitalar, segundo o
sexo.
pg. 65

ÍNDICE DE MAPAS

- MAPA 1** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. pg. 46
- MAPA 2** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. pg. 47
- MAPA 3** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. pg. 48
- MAPA 4** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. pg. 49
- MAPA 5** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. pg. 50
- MAPA 6** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. pg. 51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** Distribuição dos casos de tentativas de suicídio por medicamentos, segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 35
- Gráfico 2** Coeficiente de tentativa de suicídio por medicamento, segundo a SER. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 42
- Gráfico 3** Coeficiente populacional das tentativas de suicídio por medicamento, segundo o bairro. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 45
- Gráfico 4** Porcentagem das tentativas de suicídio nas Secretarias Executivas Regionais (SER), segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 54
- Gráfico 5** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento por sexo, segundo meses do ano. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 57
- Gráfico 6** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento por sexo, segundo dia da semana. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 59
- Gráfico 7** Distribuição do tempo entre a tentativa de suicídio por medicamento e o atendimento hospitalar, segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 64
- Gráfico 8** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo os sintomas. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
Pg. 74

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 9 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo o local de aquisição. CEATOX – Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

pg. 60

Tabela 10 Distribuição do local de exposição à tentativa de suicídio por medicamento, segundo o tempo de atendimento hospitalar. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

pg.62

Tabela 11 Distribuição do tempo entre a tentativa de suicídio por medicamento e o atendimento hospitalar, segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

pg. 64

Tabela 12 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo agente tóxico. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

pg.68

Tabela 13 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento/segundo os sintomas. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

pg.73

Tabela 14 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo a evolução. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

pg. 76

- Tabela 1:** Distribuição das intoxicações humanas por medicamentos de acordo com as circunstâncias. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 34.
- Tabela 2.** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento por faixa etária, segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg.37
- Tabela 3.** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento segundo a ocupação. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg.39.
- Tabela 4.** Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento nas SER, segundo Coeficiente populacional. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg.41.
- Tabela 5.** Distribuição dos 12 maiores bairros com tentativa de suicídios que compõem as Secretarias Executivas Regionais (SER) segundo coeficiente populacional. (CEATOX, Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 44.
- Tabela 6** Distribuição das ocorrência das tentativas de suicídio nas Secretarias Executivas Regionais (SER) segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg. 53
- Tabela 7** Número de casos de tentativas de suicídio atendidos por mês, segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
pg.56
- Tabela 8** Número de caso de tentativa de suicídio atendidos por dias da semana segundo. O sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.
.....pg. 58

“Só há um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio. Julgar se a vida merece ou não ser vivida, é responder a uma questão fundamental da filosofia... . O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois”.

Albert Camus.

1. INTRODUÇÃO

Cada um de nós, enquanto ser cultural, traz dentro de si sua própria representação de morte, ou seja, todas as culturas personificam a morte de forma diferente e todas as representações de morte estão imersas num contexto cultural.

Nossa linguagem, amuletos, talismãs, símbolos, danças, orações, mitos, fábulas e folclore são manifestações que simbolizam a luta do homem, enquanto ser mortal, na busca de sua imortalidade.

Segundo MORIN (1970), é nas atitudes e crenças diante da morte que o homem exprime o que a vida tem de mais fundamental: a consciência objetiva de sua mortalidade e sua subjetividade que busca a imortalidade.

Toda concepção que temos do que é ser humano, sujeito ou indivíduo fica perpassada pela idéia de mortalidade. Desde as mais primitivas civilizações já se tem registro sobre a morte. Estudos antropológicos confirmam que desde o homem de Neanderthal já são dadas sepulturas para os seus mortos.

Assim, podemos observar que a morte faz parte do desenvolvimento humano desde sua mais tenra idade. A criança ao vivenciar a ausência da mãe experimenta as primeiras impressões

e/ou representações da morte como ausência, perda, desamparo e separação.

Segundo FREUD (1920), o homem possui duas grandes classes de instintos: os que unem e conservam (EROS) e os que matam e destroem (THÂNOS). A vida resultaria na síntese dialética entre a tese criadora (EROS) e a antítese destruidora (THÂNOS). A tanatofilia ou impulso patológico ao suicídio, segundo Freud, seria o triunfo dos instintos do THÂNOS sobre os de EROS.

ADLER, criador da Psicologia Individual, acreditava haver no homem, já ao nascer:

- a) Sentimento de inferioridade e desamparo (minderwertigkeits gefühl);
- b) Impulso de agressão e domínio (aggression strieb);
- c) Sentimento de comunidade ou sociabilidade (gemeinschafts gefühl).

Todos os casos de **tentativa de suicídio**, segundo Adler, são praticados por indivíduos com acentuada carga neuropática e que apresentam sinais de inferioridade orgânica e certo grau de insegurança e incerteza desde a infância. Haveria

nesses indivíduos a vontade de se fazer valer, mesmo a custa da morte.

Já KNOBEL (1991), concebia o ato suicida como uma psicose, e em vista disso, deveria ser dedicada mais atenção na clínica às modalidades psicóticas, depressões mascaradas, quadros esquizoformes, queixas hipocondríacas, quadros fóbicos, manifestações epileptóides, atuações psicopatas e quadros melancólicos. Segundo KNOBEL, os suicídios podem ter motivações totalmente diversas e têm relações com rupturas em diferentes períodos do desenvolvimento afetivo-emocional.

Nesse sentido, este autor classifica o suicídio em quatro tipos:

- Suicídio Melancólico: onde existe um processo psicossomático. Surgem fantasias com uma intensa culpa persecutória. Procura-se a morte como um castigo merecido contra o ego.

- Suicídio Psicopático: mais comum na adolescência. Está ligado a um superego cruel onde, no suicida, coexistem uma total onipotência e uma autodesvalorização, que são totalmente incompatíveis, gerando confusão. Neste tipo de auto-

agressão, o suicida não se mata por sentir culpa, mas sim para que os outros sintam culpa.

- Suicídio Maníaco: está ligado a um superego enganador e brutal. Aqui, as fantasias de onipotência e imortalidade convivem com um ego importante e vazio, que precisa de um contato constante sem nenhuma satisfação libidinal.

- Suicídio Esquizofrênico: ocorre em presença de um ego marcado por regressões intensas, com carência de identificações primárias, fragmentado, confuso e indiscriminado.

BYINGTON (1979), em seu estudo sobre o suicídio, aponta quatro tipos de componentes emocionais relacionados aos ciclos arquétipos:

1. Ligado ao ciclo matriarcal (arquétipo da grande mãe) onde encontram-se as vivências de desamparo extremo, abandono e aniquilamento existencial.

2. Ligado ao ciclo patriarcal (arquétipo do pai), com sentimento de desorientação e condenação por infrações. A culpa se acha ligada a sentimentos de transgressões diante da lei inexorável e inflexível, inerente a figura do pai.

3. Ligado ao ciclo da alteridade, onde os distúrbios se ligam à traição, separações conjugais, frustrações e ao desespero do fracasso na relação adulta do casal.

4. Ligado ao cósmico, onde ocorre a maior incidência de suicídio. Neste ciclo encontra-se as vivências mais profundas e penosas do ser humano, o sacrifício do corpo e a compreensão do significado e finalmente de todo o processo existencial. A frustração, aqui, é sentir que a vida foi um grande nada.

MENNINGER (1965), acreditava que o suicídio correspondia a um ato de auto-assassinato e que as pessoas envolvidas possuíam um desejo de matar (THE WISH TO KILL), de ser assassinada (THE WISH TO BE KILL) e o desejo de estarem mortas (THE WISH TO BE DIE).

SCHNEIDMANN e FARBEROW (1959), classificam os suicidas em quatro tipos gerais:

1. Aqueles que acreditam que o suicídio seja uma transição para um vida melhor, ou maneira de salvar sua reputação (ex. Hara Kiri);

2. Aqueles que são idosos, desolados ou doentes e que consideram o suicídio uma libertação;

3. Aqueles que são psicóticos e se matam em respostas à alucinação ou delírios;

4. Aqueles que se matam por despeito: os outros sofrerão com isso e eles de algum modo presenciarão este sofrimento.

Nessa linha de pensamento, visando avaliar uma variedade de fatores (comportamentais, sentimentais, pensamentos e relações interpessoais) relacionados com o fenômeno morte, Schneidmann e Farberow, em 1961, criaram a Autópsia Psicológica. Inicialmente foi utilizada na investigação de acidentes e homicídios. Posteriormente, foi usada em pessoas que tentaram suicídio e sobreviveram.

Conforme HAIM (1991), a Autópsia Psicológica corresponde a um inquérito retrospectivo em todos os casos que apresentam qualquer comportamento ou desejo declarado ou consciente de causar sua própria morte. Esse inquérito é abrangente onde pode iniciar-se desde a análise do conteúdo de bilhetes de outros escritos até a realização de entrevistas no ambiente familiar, social e geográfico em que vive a vítima.

Atualmente, a Autópsia Psicológica é bastante utilizada como forma de prevenção de novas tentativas de suicídio, visto que

procura observar e identificar os "fatores de riscos" que podem desencadear uma ação mórbida (suicidógena).

Segundo a Organização Mundial de Saúde entende-se por risco a probabilidade de um indivíduo apresentar um problema ou um dano de saúde e "fator de risco" conforme HAIM (1991), qualquer característica ou evento verificável referente a uma pessoa e ao meio ambiente circundante que podem afetar de modo adverso ou até específico as reações de personalidade da pessoa podendo constituir sinais de perturbações ou de evidências causais. Noutros termos, corresponde um elo numa cadeia de associações que conduzem a um evento mórbido ou a sua evidência.

Portanto, como forma de prevenção, o significado do fator de risco depende não apenas de sua ocorrência mas também de sua frequência na população onde através de combinações dos fatores suicidógenos podemos chegar a um modelo de prevenção ou a um sistema de notificação dos indicadores de risco de suicídio.

Nesta perspectiva, a psicologia clínica, através dessa metodologia, está preocupada em lidar com a tentativa de suicídio ocorrida e entendê-la, buscando, assim, uma atuação na pós-crise, desenvolvendo um acompanhamento terapêutico neste período. Nos grandes centros urbanos do Brasil, notadamente São Paulo,

alguns hospitais já possuem um setor de atendimento psicológico voltado para os indivíduos que deram entrada no hospital por tentativa de suicídio mal sucedidas.

Estes profissionais objetivam prevenir novas tentativas de suicídios por parte dessas pessoas e procuram reintegrá-las ao convívio social, mudando, assim, a conduta de vários hospitais que apenas preocupam-se com a recuperação física do paciente.

Outros autores enfatizam numerosos fatores psicológicos associados e a maioria das autoridades no assunto concordam que raramente existe uma causa precipitante única do suicídio e que sempre existe a atuação somática de várias causas. É a resultante de mecanismos de defesa do ego, numa intensa condição masoquista subjacente; e um nível profundo de regressão que dá um valor mágico ao ato suicida o que mobiliza ansiedades paranóicas e vivências persecutórias.

Sobre outro enfoque, o suicídio tem sua base no social e deve ser estudado sob aspecto extra-individual: o sociológico.

Segundo DURKEIM (1971), "uma investigação só pode atingir o seu fim se debruçar sobre fatores comparáveis, e tem tanto mais hipótese de o conseguir quando se certificar de ter reunido todos os fatores que podem ser utilmente comparados" (p.165).

Que "devemos procurar ver se, entre os diferentes tipos de mortes, existem alguns que têm em comum caracteres suficiente objetivos para poderem ser reconhecidos por qualquer observador de boa fé, suficientemente próximos dos que qualificados sob o nome de suicídios para que possamos, sem forçar o uso, conservar esta mesma expressão" (p. 165).

Conforme DURKEIM, "chama-se suicídio 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.166) já a **tentativa de suicídio** corresponde ao ato acima definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado.

Noutros termos, ocorre suicídio quando a vítima no momento em que comete o ato que deve pôr fim aos seus dias, sabe com certeza o que daí deve resultar e as **tentativas de suicídios** constituem atos de auto-agressão em que as pessoas não tem certeza de sobrevivência, manifestando uma intenção autodestrutiva e uma consciência do risco de morte. Assim, para alguns autores, só é correto considerar suicídio quando o ato auto-destrutivo é realizado de forma lúcida pelo indivíduo, ou a intencionalidade da ação auto-destrutiva é quem vai caracterizar a

ação como suicida. Quando a intencionalidade é mínima onde o indivíduo torna possível providência de terceiros e a reversão do método empregado para morrer é possível, podemos classificar tal ato como **tentativa de suicídio** e foi nesta linha de pensamento que concebemos nossa pesquisa.

Através de estudos sociológicos, DURKEIM conclui que "em cada grupo social há uma tendência específica para o suicídio que não se pode explicar nem através da construção orgânico-psíquica dos indivíduos nem através da natureza do meio físico. Portanto depende necessariamente das causas sociais e constituem, por si só, um fenômeno coletivo" (p. 177). Daí é que "em cada grupo social há uma tendência específica para o suicídio" (p. 177).

Podemos classificar o suicídio em: Egoísta, Altruísta Anônimo e Fatalista.

Como representantes atuais das hipóteses sociais sobre o suicídio, KALINA e KOVADLOFF (1983), consideram o suicídio como resultado de uma existência tóxica. Neles, a opção pelo suicídio resulta de uma indução social e não de uma livre determinação individual.

Entretanto, devemos ter em mente que a essência do agir, em geral, confunde-se com a simples produção de um efeito e que causas que impulsionam determinada ação para o seu consumar ficam em instâncias outras que o nosso pensar, num primeiro momento, não consegue alcançar.

Noutros termos, o ato suicida no ser humano envolve um complexo sistema de variáveis que se interrelacionam no dia-a-dia da sociedade.

Estudar tal comportamento, sob o ponto de vista de sua distribuição na população (fato social), não é tarefa das mais fáceis visto que o número de suicídios que consta das estatísticas oficiais é extraído das causas-morte assinaladas nos atestados de óbito, os quais nem sempre fidedignos. É sabido que fatores sócio-culturais influem no sub-registro dos óbitos e , mesmo nos E.U.A., onde os dados de mortalidade são considerados satisfatórios, BARROS assinala que os registros sobre óbitos por suicídio devem ser de duas a três vezes menores que o real.

Quanto às TENTATIVAS DE SUICÍDIO, as estatísticas ainda são mais falhas, uma vez que ainda é mais difícil determinar a intencionalidade autodestrutiva de muitos comportamentos.

Numa revisão feita, entre pesquisadores europeus e americanos, CASSORLA (1990) verificou que a repetição de TENTATIVA DE SUICÍDIO varia entre 6 e 69% e que existe uma maior tendência à repetição nos dois anos seguintes à tentativa, e ela ocorre com maior freqüência entre jovens,

Segundo estatística da Polícia Militar de São Paulo e da Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados), 599 pessoas suicidaram-se no Estado de São Paulo em 1995. Deste total, 51% tinham entre 20 e 39 anos.

No Estado do Ceará, as mortes violentas estão em ascensão, representando, em 1994, 8% do total das declarações de óbitos recebidas pelo Departamento de Epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde (SESA). Em seu relatório de "Mortalidade por causas Externas – 1996", constatou-se que o coeficiente de mortalidade por causas externas, segundo o tipo, Ceará, 1990 a 1996, o suicídio ocupa o 4º lugar por causas externas.

Em Fortaleza, o coeficiente de mortalidade por causas externas saltou de 3,0 por 100.000 hab. em 1990 para 5,5 por 100.000 hab., em 1996, o que evidencia um aumento considerável da violência nesta capital.

Noutros termos, enquanto o Estado do Ceará registra 260 casos de suicídios no ano de 1996, Fortaleza registra 110 casos, correspondendo a 42,56% dos casos registrados.

De acordo com as informações da SESA/SMDS/IJF/CEATOX sobre o número de casos de intoxicações em Fortaleza, segundo agente tóxico, em 1995 tivemos 1127 casos de intoxicações humanas por medicamentos sendo que 743 (65,9%) dos casos foram registrados como tentativas de suicídio. Já em 1996, observou-se 1233 casos de intoxicações por medicamentos, apresentando 9,4% de aumento de caso em relação ao ano passado. Desses 1233 casos, registrou-se 821 (66,5%) casos como sendo tentativa de suicídio.

Diante desta realidade, desenvolvemos o presente estudo o que, além de um caráter epidemiológico, traduz-se numa tentativa de conhecer a tentativa de suicídio como um fenômeno social que se mostra em si mesmo, isto é, que se mostra enquanto inserido num contexto e cujo locus é o social.

"Quando se sai de uma casa com várias saídas, a porta que se atravessa não é a causa de sairmos. Tem de haver um obscuro desejo de sair"

Halbwachs.

Objetivo Geral

Estudar o fenômeno tentativa de suicídio em Fortaleza em pacientes atendidos em uma instituição pública de saúde em razão de intoxicação aguda voluntária por medicamento.

Objetivos Específicos

- Determinar a porcentagem das tentativas de suicídio por intoxicação aguda voluntária por medicamento em Fortaleza no ano de 1997.
- Descrever as características sócio-demográficas da população estudada.
- Identificar os medicamentos mais utilizados nas tentativas de suicídio bem como sua aquisição.
- Conhecer os grupos terapêuticos e substâncias químicas mais usadas nas tentativas de suicídio.
- Determinar o tempo entre a tentativa de suicídio e o atendimento hospitalar.
- Identificar as principais manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes.

*"La mort C'est l'épreuve qui impose
aux sociétés de se penser dans
l'histoire comme elle impose aux
hommes de se penser dans la
finitude".*

George Balandier

3. HISTÓRICO

Segundo TANZI, o homem é o único ser vivente que, possuindo claro conceito da morte para vencer qualquer instinto, pode tirar a própria vida; ao dar-se conta que, do balanço entre alegria e dor, a dor é que domina.

Apesar de não ser um ato de exclusividade da espécie humana, embora seja no homem que tal ato adquire significado próprio, o suicídio é tão antigo quanto o mundo.

Já na Mitologia grega encontramos ricas narrações de suicídios: Arachne; Ariadne; Egeu; Céphalo; Phedra; Pleiades; Helle, etc...

Na Bíblia, primeiro livro impresso no mundo, encontramos algumas referências sobre o suicídio como:

“- E disse Sansão: Morra eu com os filisteus. E inclinou-se com a força, e a casa caiu sobre os príncipes e sobre todo o povo que nela havia; e foram mais os mortos que matou na sua morte do que os que matara na sua vida. (J. 16,30);

“- Então disse Saul ao seu pajem de armas: Arranca a tua espada, e atravessa-me com ela, para que porventura não venham estes incircuncisos, e me atravessem e escarneçam de mim. Porém o seu pajem de armas não quis, porque temia muito: então Saul tomou a espada, e se lançou sobre ela. Vendo pois o

seu pajem de armas que Saul já era morto, também ele se lançou sobre a sua espada, e morreu com ele” (I Sm 31. 4 – 5);

“- Vendo pois Aquitófel que se não tinha seguido o seu conselho, albardou o jumento e levantou-se, e foi para sua casa e para a sua cidade, e pôs em ordem a sua casa, e se enforcou: e morreu, e foi sepultado na sepultura de seu pai”(2 Sm 17.23);

“- E sucedeu, que Zinri, vendo que a cidade era tomada, se foi ao espaço da casa do rei: e queimou sobre si a casa do rei a fogo, e morreu.” (I Rs 16.18);

“- Diziam pois os judeus: Porventura quererá matar-se a si mesmo, pois diz: Para onde eu vou não podereis vós vir? (Jó 8.22);

“- E ele, atirando para o templo as moedas de prata, retirou-se e foi enforcar. (Mt.27.5);

“- E acordando o carcereiro, e vendo abertas as portas da prisão, tirou a espada, e quis matar-se cuidando que os presos já tinham fugido.” (At 16.27);

“- Foi quando Eleazar, chamado o Abaron, ao ver um dos elefantes equipados de couraças reais e ultrapassando em altura todos os outros, pensou que sobre estivesse o próprio rei. E entregou-se a si mesmo para salvar o seu povo, adquirindo assim

nome eterno. Ousadamente correu para a fera no meio da falange, matando à direita e à esquerda, a tal ponto que os inimigos se dividiam diante dele para ambos os lados. Afinal, introduzindo-se sob o elefante, golpeou-o por baixo e o matou. O animal, porém, tombou ao solo por cima dele, que morreu.” (I M b. 6, 43-46);

“- Certo Razis, um dos ancião de Jerusalém, foi então denunciado a Nicanor. Era um homem interessado por seus concidadãos, de muito boa fama, a quem, por sua bondade, chamavam de “pai dos Judeus”. Ele, já no período precedente da revolta, havia incorrido em condenação por professar o judaísmo, e pelo mesmo judaísmo se expusera, com toda a constância possível, em seu corpo e em sua alma. Foi quando Nicanor, querendo deixar às claras a hostilidade que nutria para com os judeus, mandou mais de 500 soldados para prendê-lo. É que estava certo de infligir a elas um grave golpe, se capturasse esse homem. As tropas estavam para se apoderar da torre e forçavam a porta quando Razis, cercado de todos os lados, atirou-se sobre a própria espada. Quis assim nobremente morrer antes que se deixar cair nas mãos dos celerados para sofrer ultrajes indignos da sua nobreza. Contudo, não tendo acertado o golpe, por causa da pressa do combate, e irrompendo já as tropas para dentro dos portais, correu ele

animosamente para a muralha e, com intrepidez viril, precipitou-se em cima da multidão. Recuando todos rapidamente, fez-se um espaço livre.

E no meio desse vazio ele tombou. Ainda respirando e ardendo de indignação, ele ergue-se, apesar de o sangue escorrer-lhe em borbotões e serem-lhe insuportáveis as feridas. Passou então correndo por entre as tropas e, de pé sobre uma rocha escarpada, já completamente exangue, arrancou as entranhas e, tomando-as com as duas mãos, arremessou-as contra a multidão. Invocando, ao mesmo tempo, aquele é o Senhor da vida e do espírito, para que lhos restituísse um dia, desse modo passou para a outra vida.” (I Mc. 14,37-46).

Na china de Confúcio, os seguidores do budismo, acreditam que a voluntária anulação da existência acarretava novo nascimento o que fez com que vários discípulos tentassem contra a própria vida. Nessa época, devido o desprezo da vida e a glorificação da morte defendida nos livros de ensinamento budista, fez com que o imperador Xi-Can-Ti mandasse queimar vários livros dessa seita o que fez com que 500 budistas arrojasse-se ao mar.

Na Grécia e Roma antigas, eram inúmeros os suicídios. Pisithonata, conhecido como “professor da morte” preconizava o

suicídio. Na Grécia antiga o suicida mais célebre foi Sócrates. Em Roma, entre outros, suicidaram-se: Paulina, esposa de Sêneca; Décio, o romano, por amor a sua pátria; Lucrecia, por julgar-se ofendida em sua castidade; Febe, liberta de Júlia, que prefere enfocar-se a testemunhar contra sua ama; Nero, com ajuda de Epafrodite, o liberto que empurra sua mão, enterrando-lhe o aço na gorja.

Suicidaram-se ainda: o Rei Saul; Sansão; Empédocles; Cláudio, o decenviro romano; Isócrates; Erástostenes; Anibal, general cartagines; Catão da Útica; Bodica, rainha dos Issenianos; Otão, imperador romano; Montezuma; Demóstenes, ante o altar de Poseidon, Safo, célebre poetisa grega; Antônio e Cleópatra; Brutus; Ludwig II da Baviera; Anthero de Quental; Camilo Castelo Branco; Florbela Espanca; Virgínia Woolf; Hitler; Ernest Hemingway; Cesare Pavese; Anne Sexton, poetisa americana; Lupe Velez, atriz mexicana; Baltazar Brun, ex-presidente do Uruguai e mais recentemente, Kurt Cobain, líder do grupo de rock Nirvana, entre outros.

Entre nós, citamos: Cláudio Manoel Costa, no cárcere devido o insucesso da Inconfidência Mineira; Zumbi dos Palmares, atirando-se do alto de um penhasco; Raul Pompéia, na véspera do

natal de 1895 com um tiro na cabeça; o poeta Hermes Fontes; Santos Dumont em 23 de julho de 1932, com um tiro; Getúlio Vargas e seu filho Maneco Vargas, entre outros brasileiros.

Num levantamento histórico Kalina e Kovadloff (1983) constatam que na antiguidade grego-romana o suicídio era um ato clandestino, patológico e solitário e só seria avalizado com o consentimento do Senado, ou seja, o indivíduo deveria submeter ao Senado as suas razões para o desejo de morrer. Não haveria o poder de decisão pessoal. Caso o indivíduo cometesse o suicídio, tal fato era considerado uma transgressão e, conseqüentemente, sujeito a punições.

Em Tebas e Chipre, o morto era privado das honras fúnebres pois acreditavam que tal ato impediria um possível contágio dos cidadãos pelo suicida. Em Atenas, no século IV, o cadáver tinha as mãos cortadas e enterradas separadas, como que para privar o morto de uma vingança posterior ou outros atos proibidos.

Em Roma, a pena para o suicídio era o confisco dos bens pelo Estado.

Durante a Idade Média, o indivíduo e sua vida pertenciam a Deus. Nessa época, persiste o confisco de bens e o

corpo do suicida era degradado: seu corpo era pendurado pelos pés e queimado.

Na Inglaterra, cadáveres de suicidas eram queimados em encruzilhadas com estacas enfiadas no coração para evitar que seus espíritos viessem incomodar os vivos. Em Zurique, o corpo era punido no local do ato: se o suicídio fosse cometido com um punhal, enfiava-se um pedaço de madeira na cabeça; se tivesse afogado era enterrado na areia, próximo à água; se havia precipitado num poço era sepultado com uma pedra na cabeça, uma sobre o corpo e outra num pé, para fixá-lo ao solo.

CASSORLA (1984), relata que nas tribos ganenses, se um indivíduo se suicidava e atribuía a outro a causa de sua morte, este também era obrigado a matar-se. Entre os índios Tinklit, a pessoa ofendida, incapaz de vingar-se, se suicida, então, os parentes e amigos ficariam com a tarefa de vingar o morto. E, entre os chuvaches da Rússia era costume as pessoas enforcarem-se na porta da casa do inimigo.

Na Índia antiga, no fenômeno do suttee, as viúvas são enterradas com seus maridos. Nas Novas Hébridas, quando morria uma criança, a mãe ou tia ou outra mulher deveria morrer também para cuidar da criança. No Japão, até o século XVIII, os vassallos se

suicidavam após a morte de seu líder, para acompanhá-lo. Entre os Gisu, da Uganda, as mães se suicidavam após a morte de seus filhos. Nas ilhas Salomão, quando o chefe morre, suas mulheres consideram o suicídio uma obrigação. Para tanto, embriagam-se com o suco de uma planta e enforcam-se perto do cadáver do marido. Gimnosofistas, da religião de Brahma, matam-se, voluntariamente, para comprazer seu deus. Moriahs indostânicos, por motivos rituais, sacrificam-se, em honra da sua divindade: para tanto, entregam-se para serem esquartejados ou deixam-se queimar sobre piras de madeira.

No século IV, Santo Agostinho defende que o auto-exterminio é uma perversão. Para a Igreja, nesta época, o suicida é considerado um discípulo de Judas, um traidor da humanidade. O suicídio era como uma vitória do diabo.

Entre os judeus, o suicídio, ainda hoje, é considerado um crime tão grave quanto o assassinato. A doutrina judaica ensina que nenhum ser humano é dono do próprio corpo e ferí-lo é cometer uma ofensa a obra divina. Por isso, alguns dos rituais tradicionalmente incluídos na cerimônia de sepultamento são negados ao suicida o qual é enterrado em uma parte do cemitério afastado de outros túmulos.

Sob um outro enfoque, concepções filosóficas contra a vida floresceram em todo o mundo civilizado e até hoje encontram seguidores. O mais antigo relato destas concepções que se têm, corresponde ao do filósofo Pisithonata (já mencionado anteriormente), onde o ideal dessa escola de suicidas seria a morte na mocidade pela autoquíria. Também, na Grécia, os estóicos, discípulo de Zenon, acreditavam ser o suicídio um ato de heroísmo, visto que, segundo os estóicos, terminados os prazeres e a volúpia, não mais tinha finalidade de viver. Segundo esta escola, viver consoante a razão é vencer todas as paixões e é sábio quem considera bem a virtude e mal o vício. Para eles, quando circunstâncias que não dependem da sua vida lhe impede de viver conforme o ideal da virtude, deve-se renunciar voluntariamente à vida com o suicídio.

Mas recentemente, por volta de 1840, surge a escola filosófica de Schopenhauer, a quem Nietzsche chamaria "o cavaleiro solitário" e Quenet de "filósofo do nada e do desespero". Essa escola, exemplo clássico do niilismo espiritual e da desesperança, concebia a vontade como algo sem qualquer meta ou finalidade. Sendo um mal inerente à existência do homem, ela gera a dor. Segundo Schopenhauer "aquilo que se conhece como

felicidade seria apenas a interrupção temporária de um processo de infelicidade e somente a lembrança de um sofrimento passado criaria a ilusão de um bem presente". Para Schopenhauer, o prazer é momento fugaz de ausência de dor e viver é sofrer.

Por sua vez, Nietzsche (1993), em sua doutrina do eterno retorno (*ewige wiederkunft*), popularizou no seu famoso *Also sprach Zarathustra*, (assim falava Zarathustra), um meio de justificar o suicídio dos fracos e descontentes.

Contudo, é na literatura que a idéia de suicídio encontra-se mais difundida. Como exemplo clássico temos *Romeu e Julieta* de Shakespeare (1993) a quem se atribui a formação da "escola literária do suicídio", por conter no bojo de suas obras sugestões suicidógenas; em "*Antônio e Cleópatra*" Shakespeare descreve com minúcias o suicídio de Cleópatra. No monólogo de Hamlet onde este fala: "the potent poison quite o' er-crous my spirit". E em "*Júlio César* (ato quinto cena V) onde diz: "nossos inimigos venceram-nos, empurraram-nos até à borda do abismo. É mais honroso lançarmos nele que esperar que nos precipitem ao fundo".

Na *Divina Comédia*, de Dante Alighieri (1946), as pessoas que cometem suicídio encontram-se no inferno, convertidos em árvores e, como tais, sofrem, sem poder revidar,

agressões dos demais. Harpias alimentam-se das suas folhas fazendo-os sofrer e de seus galhos partidos jorram farto sangue. No século XIII escreve:

“O braço estendo, então, e, prontamente, vergôntea quebro.

O tronco, assim ferido,

‘Por que razão me arrancas’ – diz, fremente,

De sangue negro o ramo já tingido,

‘porquê razão me rompes?’ – prosseguiu gemendo.

‘assomos de piedade nunca hás tido?’.

Porém, um dos primeiros ciclos de suicídios em cadeia de que se tem notícia ocorre logo após o lançamento, em 1774, do livro “Os sofrimentos do jovem Werther” (Die Leiden des Jungen Werthers), de Goether, onde relata a estória de um rapaz que se apaixona por uma mulher casada, de seu sofrimento e de sua morte (suicídio) pela impossibilidade de ficar com a amada. Madame de Stael deu o nome de wertherite à avalanche de suicídios provocada por essa obra.

Igualmente a obra “Indiana” de George Sand e “As últimas cartas de Jacob Ortiz” de Ugo Fóscolo produziram o mesmo efeito em vários leitores.

Como exemplo mais recente, temos a obra: *Suicide Mode d'Emploi* de Claude Guillon e Yves Le Bonniec (1990), segundo esses autores "esta obra, com efeito, legitima o suicídio como prática de vida" (p.7) e conclui afirmando que "pensar no suicídio de modo positivo significa predispor-nos à prática cotidiana da liberdade. Pensar em interromper a própria existência é procurar praticar desde já a plena realização de vida; é tentar desfrutar intensamente o presente, é lutar para o poder fazer" (p. 303).

O método é uma arma social e política.

Sartre

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo transversal.

4.2. População do Estudo

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes que procuraram socorro de urgência devido intoxicação aguda voluntária por medicamento no Instituto Dr. José Frota (IJF) no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1997.

4.3. Local do Estudo

O estudo desenvolveu-se no Centro de Assistência Toxicológica – CEATOX, do Instituto Dr. José Frota (IJF), em Fortaleza, utilizando informações coletadas a partir das fichas (boletins) dos pacientes que procuraram socorro de urgência devido intoxicação aguda voluntária por medicamento.

A escolha deste centro fundamenta-se no fato de que este constitui-se no único centro de Fortaleza que presta serviço

especializado de emergência toxicológica, através de informações científicas sobre intoxicações à pacientes que tentam contra a própria vida através de uso indevido de medicamento.

O CEATOX funciona 24 horas com um médico de plantão por equipe, com farmacêuticos e estagiários de farmácia concursados, um coordenador médico, especializado em medicina do trabalho, e pessoal de enfermagem trabalhando integralmente com todos os setores do hospital, inclusive UTI e laboratório.

Está integrado à Rede Nacional de Centros de Assistência Toxicológica coordenada pelo Ministério da Saúde e Fundação Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ e assessorado pelos professores do curso de Farmácia, do Laboratório Regional de Ofidologia de Fortaleza (LAROF), do Herbário Prisco Bezerra da UFC, do Departamento de Epidemiologia de Fortaleza e do Curso de Biologia da UFC.

4.4. Seleção da Amostra

4.4.1. Tamanho da Amostra

No Centro de Assistência Toxicológica – CEATOX, no ano de 1997 foram registrados 3634 pacientes que buscaram atendimentos de emergência devido intoxicação aguda. Destes, 1308 pacientes apresentaram quadro de intoxicação aguda por medicamento por causas diversas, mas apenas 824 apresentaram como causa da intoxicação aguda, o uso voluntário de medicamento como tentativa de suicídio, sendo esses 824 os pacientes selecionados para comporem a amostra.

4.4.2 Critérios de Inclusão

- Ser atendido no Instituto Dr. José Frota devido apresentar quadro de intoxicação aguda voluntária por medicamentos pertencentes aos grupos X60, X61, X63, X64, das causas externas de morbidade e de mortalidade classificadas na CID – 10.

- Ter idade igual ou superior a 7 anos
- Adultos não declarados deficientes mentais graves.

4.2.3 Critérios de Exclusão

- Quando as circunstâncias da intoxicação forem outras que não a tentativa de suicídio.

- Tentativa de suicídio cuja via não fora por medicamentos

- Lesões autoprovocadas intencionalmente pertencentes as causas externas de morbidades e de mortalidade que não pertencem aos grupos X60, X61, X63 e X64 classificadas na CID-10.

4.5. Variáveis

- idade
- sexo
- profissão
- bairro
- meios de intoxicações
- local de exposição
- tempo de atendimento
- local de aquisição do produto

- agente agressor
- evolução da tentativa de suicídio

4.6. Definição dos termos

Tentativa de suicídio – corresponde ao ato no qual a pessoa tenta contra sua própria vida, incluindo crianças a partir de sete (07) anos (conforme manual do CEATOX, 1997).

Intoxicação Aguda = aquela produzida pela introdução violenta de um agente químico, dando em consequência o surgimento rápido de efeitos letais ou, simplesmente, nocivos à saúde (ALCÂNTARA, 1974).

Uso Racional do medicamentos – uso adequado de medicamentos na dose e períodos que assegurem a sua eficácia, implicando num conhecimento formal específico dos profissionais envolvidos e a consciência do paciente sobre a importância do tratamento (DUKES, 1990).

Farmácia Comercial: Farmácia e drogaria que vende e manipula medicamentos (conforme manual do Ceatox, 1997).

Unidade de Saúde – Centro de Saúde, Hospitais e Casas de Partos (conforme manual do Ceatox, 1997).

Residência – Quando se trata da própria residência ou de outro e não se enquadra em outro item (conforme manual do Ceatox, 1997).

Local de Trabalho: Quando se trata do local de trabalho do paciente. (Conforme manual do CEATOX, 1997).

Meio Ambiente: Ambiente não incluído nos anteriores e bem definido ecologicamente (conforme manual do Ceatox, 1997).

Escola – Em escola e que não se enquadra em local de trabalho (conforme manual do Ceatox, 1997).

Cura – Quando o paciente recebe alta, curado do envenenamento propriamente (conforme manual do Ceatox, 1997).

Seqüela – Quando recebe alta mas a intoxicação causa danos definitivos (conforme manual do Ceatox, 1997).

Lesões Autoprovocada Intencional – São lesões ou envenenamento auto – infligidos intencionalmente. Suicídio (tentativa). (conforme definição da CID-10).

Grupo X60 – Auto-motivação por e exposição, intencional a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não opiáceos.

Grupo X61 – Auto-intoxicação por e exposição intencional a drogas anticonvulsivantes, antiepiléticos, sedativos, hipnóticos

antiparkinsonianos e psicotrópicos, não classificados em outra parte.

Grupo X63 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo.

Grupo X64 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas.

4.7. Análise dos Dados

Os dados foram analisados de forma discursiva, apresentado por meio de tabelas, gráficos, médias, desvios padrão e coeficientes de variação.

Dos 1.308 casos de intoxicações humanas por medicamentos atendidos no Instituto Dr. José Frota no ano de 1997, 824 (63%) foram devido à tentativa de suicídio. (Tabela 1)

“O mundo da minha vida diária não é de forma alguma o meu mundo privado, mas é, desde o início, um mundo intersubjetivo compartilhado com os meus semelhantes, vivenciado e interpretado por outros: em suma, é um mundo comum a todos nós”.

Schutiz.

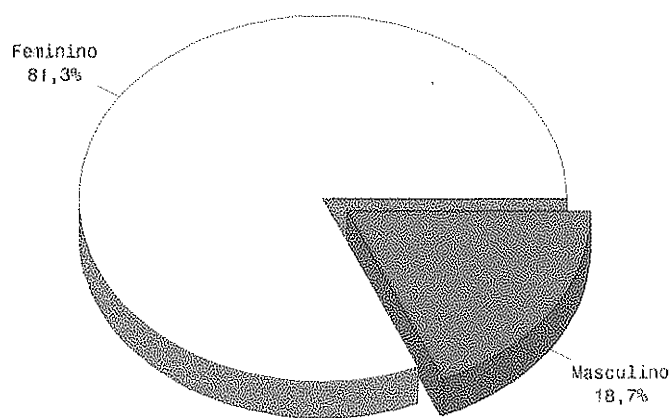
5. RESULTADOS

Tabela 1. Distribuição das intoxicações humanas por medicamentos de acordo com as circunstâncias. CEATOX. Fortaleza, janeiro à dezembro/1997.

CIRCUNSTÂNCIAS	N	%
Tentativa de Suicídio	824	63,0
Acidentais	404	30,8
Abuso	35	2,7
Ocupacionais	02	0,2
Ignorado	22	1,7
Outros	21	1,6
Total	1308	100.0

Do total dos 824 pacientes, 670 (81,3%) eram do sexo feminino e 154 (18,7%) eram do sexo masculino (Gráfico 1)

Gráfico 1: Distribuição dos casos de tentativa de suicídio por medicamento, segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



A tabela 2 mostra a distribuição das características sócio-demográficas das tentativas de suicídio por faixa etária segundo o sexo. A faixa etária de maior ocorrência das tentativas de suicídio por medicamentos foi de 20-29 registrando 288 (35%) casos dos 824 pesquisados. (Tabela 2).

Observa-se, também, que tanto o sexo feminino como o masculino registraram sua maior distribuição na faixa dos 20-29 anos ficando 234 (81,3%) casos para o sexo feminino e 54 (18,7%) casos para o sexo masculino (Tabela 2).

Contudo, em termos percentuais o sexo feminino apresentou seu maior número na faixa dos 07-19 e o sexo masculino na faixa dos 30-39 (Tabela 2).

Com relação a média das idades, o sexo feminino apresentou a média de 26 anos com desvio padrão igual a 13 e o coeficiente de variação de 45% (quadro 1). Já o sexo masculino apresentou a média de 29 anos com o desvio padrão igual a 12 e coeficiente padrão de 46% (quadro 1).

Tabela 2 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento por faixa etária, segundo o sexo. CEATOX, Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

Sexo			FEMININO		MASCULINO		TOTAL
			N	%	N	%	
07	—	19	201	85,9	33	14,1	234
20	—	29	234	81,3	54	18,7	288
30	—	39	117	76,5	36	23,5	153
40	—	49	54	81,8	12	18,2	66
50	—	59	24	80,0	06	20,0	30
60	—	79	07	58,3	05	41,7	12
Ignorado			33	80,5	08	19,5	41
Total			670		154		824

Quadro 1 Estatística das idades dos pacientes, segundo sexo.

SEXO	N	\bar{X}	S	C.V.(%)
Feminino	670	26	12	46
Masculino	154	29	13	45

Das três ocupações mais mencionadas, 124 (15%) foram estudantes, 79 (9,6%) empregadas domésticas e 48 (5,8%) donas de casa. Outras atividades mencionadas incluíram: agricultores, secretárias, advogada, psicóloga, marceneiro e servente. Para 434 (52,7%) pacientes esta informação não esteve disponível. (Tabela 3).

O número excessivamente alto de ignorados justifica-se pelo fato dos pacientes negarem-se informar sua ocupação visto que boa parte foram constituídos por desocupados, desempregados e prostitutas (informação cedida por funcionários do CEATOX).

Tabela 3 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento segundo a ocupação. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

OCUPAÇÃO	N	%
Estudante	124	15,0
Doméstica	79	9,6
Dona de casa	48	5,8
Comerciarista	12	1,5
Costureira	12	1,5
Professora	11	1,3
Aposentado	10	1,2
Func. Público	05	0,6
Outros	89	10,8
Ignorada	434	52,7
Total	824	100,0

Com relação a distribuição geo-populacional das tentativas de suicídio por medicamento, segundo as Secretarias Executivas Regionais (SER), a SER V apresentou o maior índice de ocorrência com 124 (15,2%) casos. (Tabela 4 e Gráfico 2).

Em relação ao coeficiente populacional, Fortaleza apresentou 39,6 casos por 100.000 hab., sendo a SER VI com 35,1 casos por 100.000 hab., a que apresentou maior coeficiente. (Tabela 4).

Outros locais incluem os municípios próximos e que compõem a Grande Fortaleza como Caucaia, Euzébio e Pacajus. Para 37 dos pacientes esta informação não esteve disponível.

Tabela 4. Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento nas SER, segundo coeficiente populacional. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

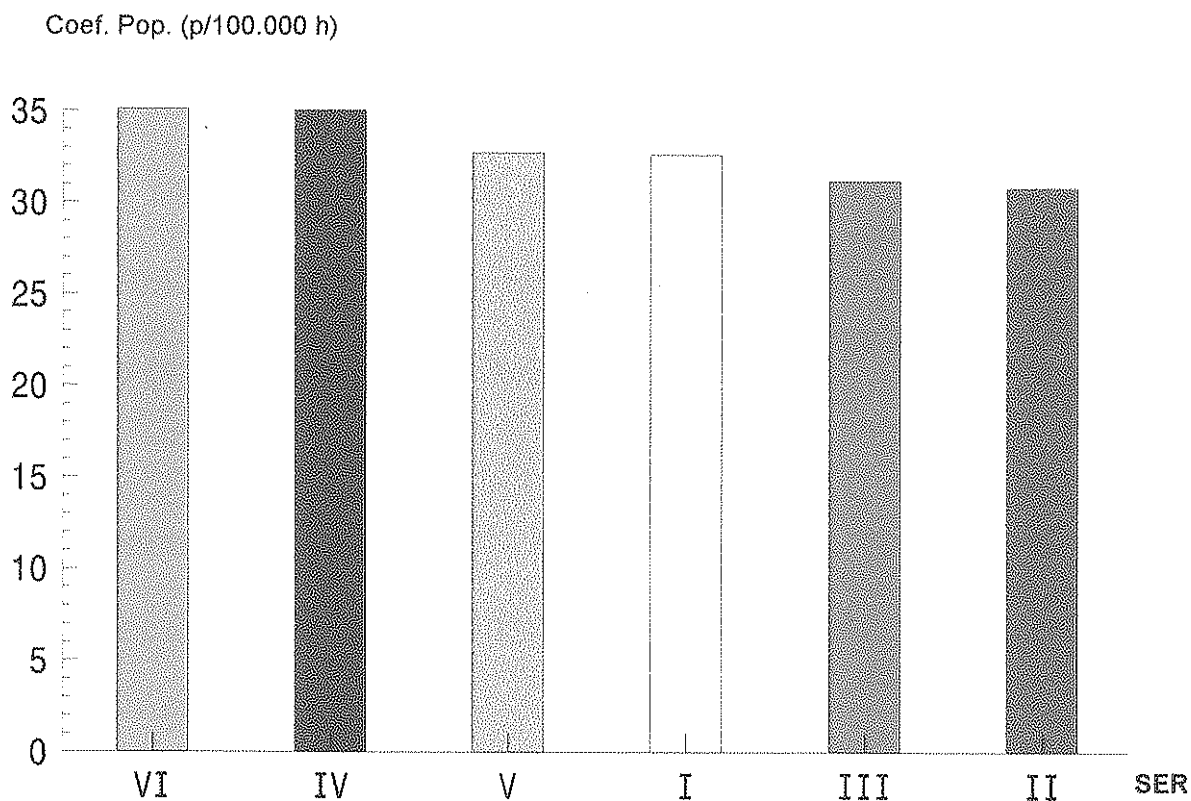
SER	Nº T.S	%	POPULAÇÃO	COEF. P.
				100.000 hab.
I	119	14,5	364.827	32,6
II	103	12,5	334.603	30,8
III	113	13,7	362.057	31,2
IV	107	13,0	305.343	35,0
V	124	15,2	379.735	32,7
VI	117	14,2	333.351	35,1
Ind.	37	4,3		
Outros	104	12,6		
Total	824	100,0	2.079.916	39,6

SER - Secretaria Executiva Regional

T. S. - Tentativas de Suicídio

COEF.P. - Coeficiente Populacional

Gráfico 2. Coeficiente de tentativas de suicídio por medicamento, segundo SER. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



Coef. Pop. = Coeficiente populacional

SER = Secretaria Executiva Regional

Dos 12 maiores bairros mencionados, em termos de ocorrência do evento tentativa de suicídio por medicamento, o bairro Centro (SER II) apresentou 26 tentativas, seguido pelo Montese (23), Messejana (22), Bom Jardim (21), Edson Queiroz

(21), Monte Castelo (20), Barra do Ceará (18), Aldeota (17) Antônio Bezerra (17), Mondubim (17), Henrique Jorge (13) e Vila União (12).

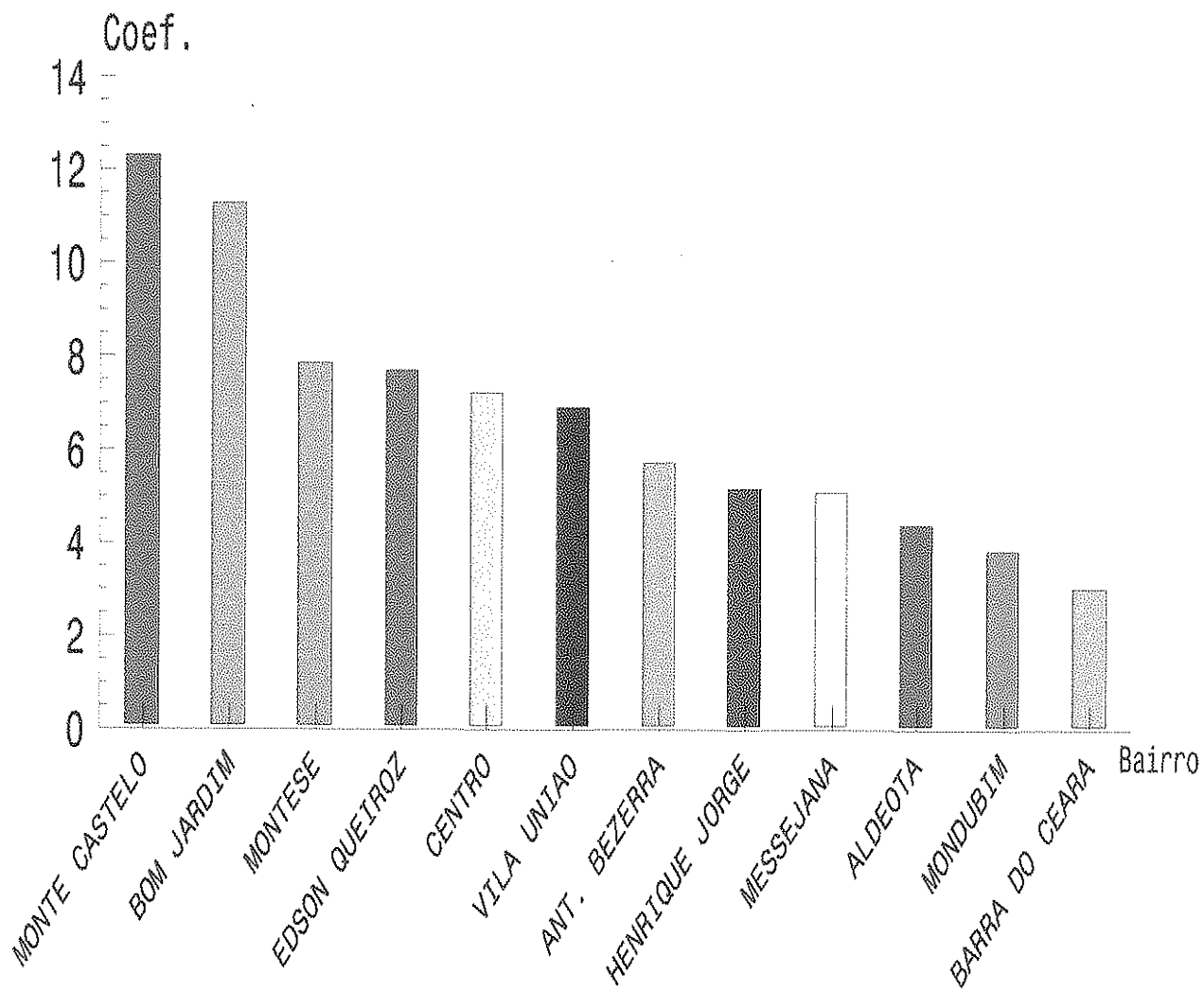
Entretanto, tomando-se como referência o Coeficiente populacional por bairro, o Monte Castelo (SER I) apresentou 12,3 casos por 10.000 hab. (Gráfico 3). Segundo, logo após, pelo Bom Jardim (11,3), Montese (7,9), Edson Queiroz (7,7), Centro (7,2), Vila União (6,9), Antônio Bezerra (5,7), Henrique Jorge (5,2), Messejana (5,1), Aldeota (4,4), Mondubim (3,8) e Barra do Ceará (3,0) (Mapas. 1,2,3,4,5,6).

Contudo, é importante ressaltar que, apesar de ter ocorrido apenas nove (09) tentativas, o bairro Cidade dos Funcionários (SER VI) apresentou o maior coeficiente populacional de toda a cidade de Fortaleza com 27,1 casos por 10.000 hab.

Tabela 5. Distribuição dos 12 maiores bairros com tentativa de suicídio que compõem as Secretarias Executivas Regionais (SER) Segundo coeficiente populacional. CEATOX. Fortaleza, janeiro à dezembro/1997.

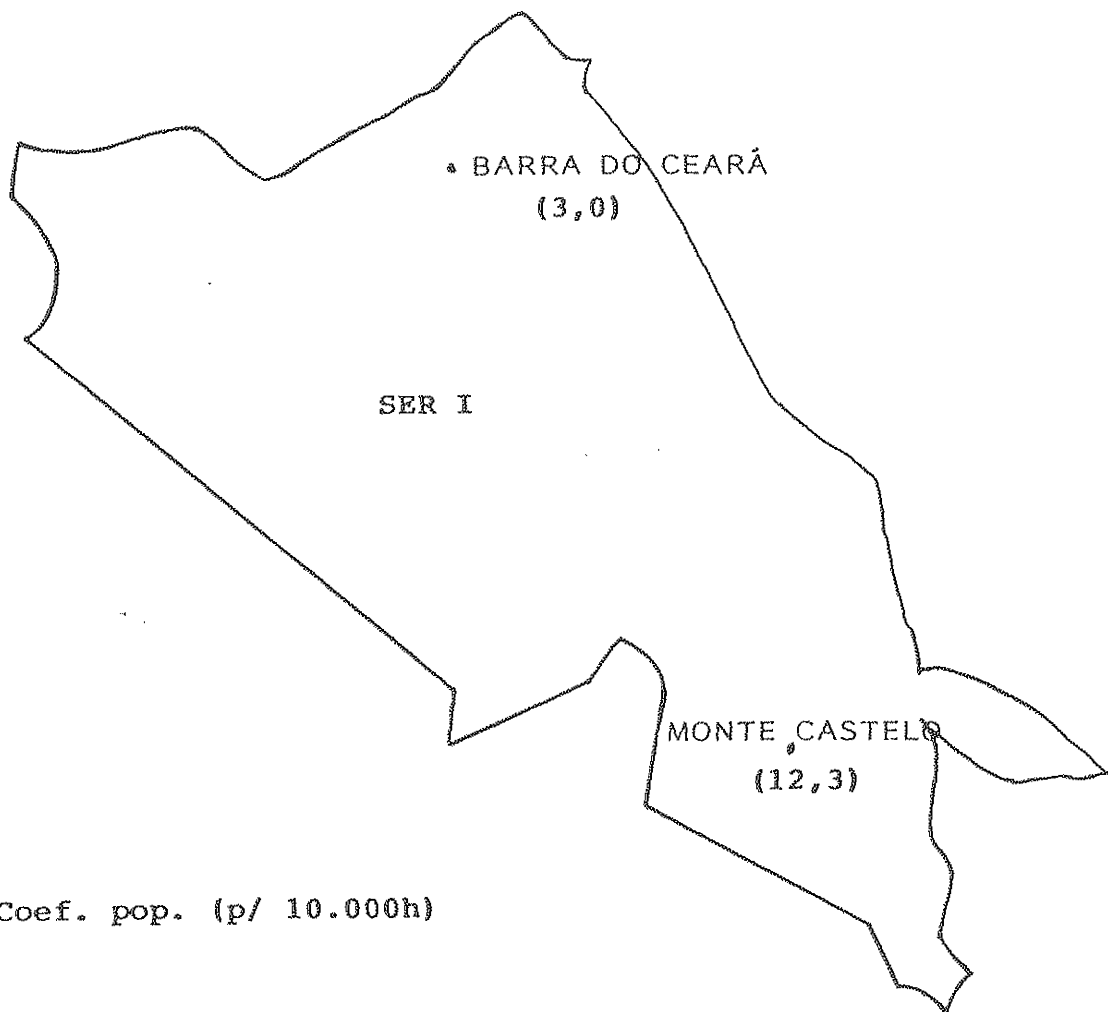
SER/BAIRRO	N	POPULAÇÃO	COEFICIENTE (10.000 hab)
I			
Barra do Ceará	18	59.834	3,0
Monte Castelo	20	16.217	12,3
II			
Aldeota	17	38.925	4,4
Centro	26	36.005	7,2
III			
Antonio Bezerra	17	29.601	5,7
Henrique Jorge	13	24.785	5,2
IV			
Vila União	12	174.489	6,9
Montese	23	29.291	7,9
V			
Mondubim	17	44.437	3,8
Bom Jardim	21	18.651	11,3
VI			
Edson Queiroz	21	27.335	7,7
Messejana	22	42.776	5,1

Gráfico 3: Coeficiente populacional das tentativas de suicídio por medicamentos, segundo o bairro. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997



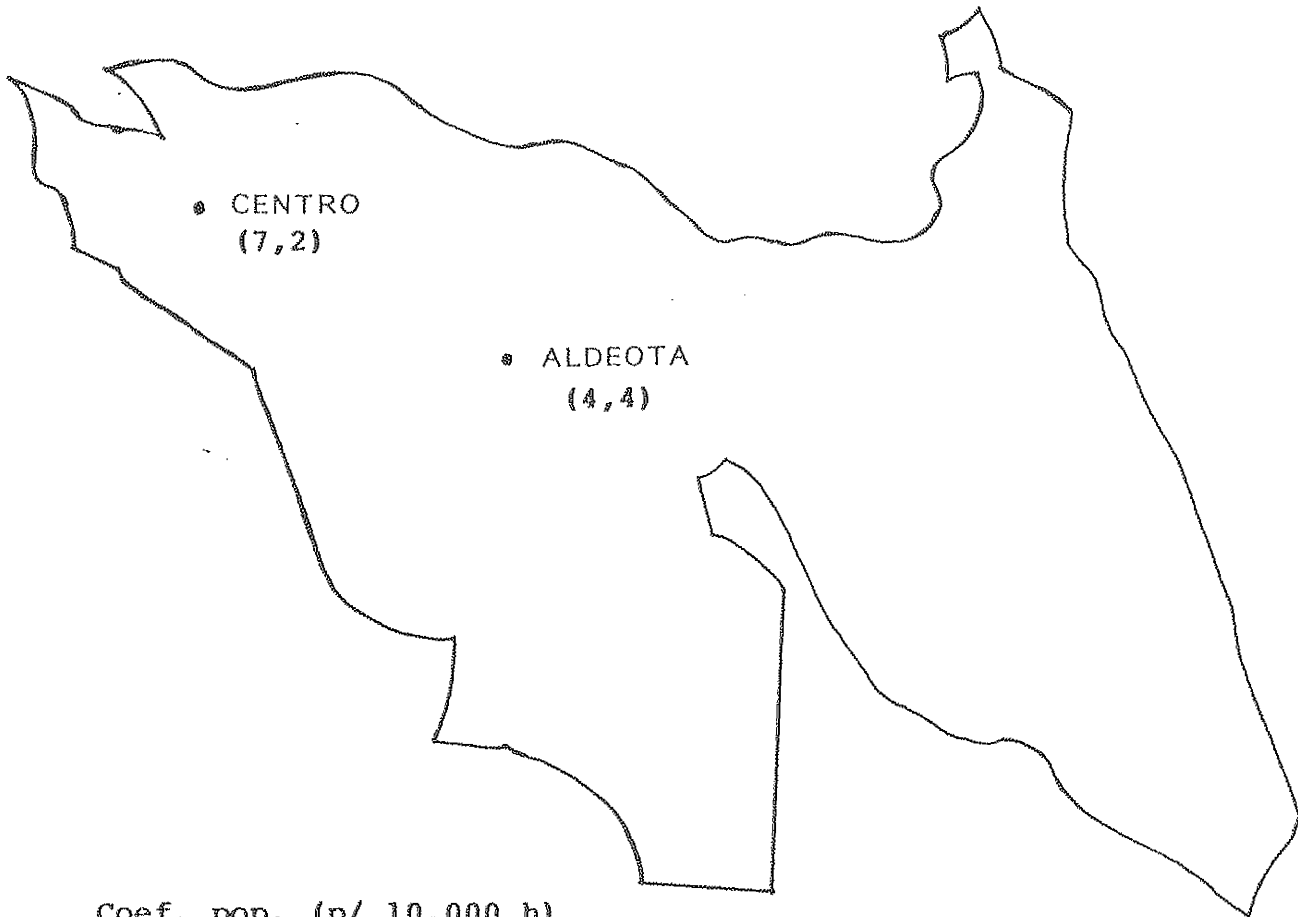
MAPA 1

Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



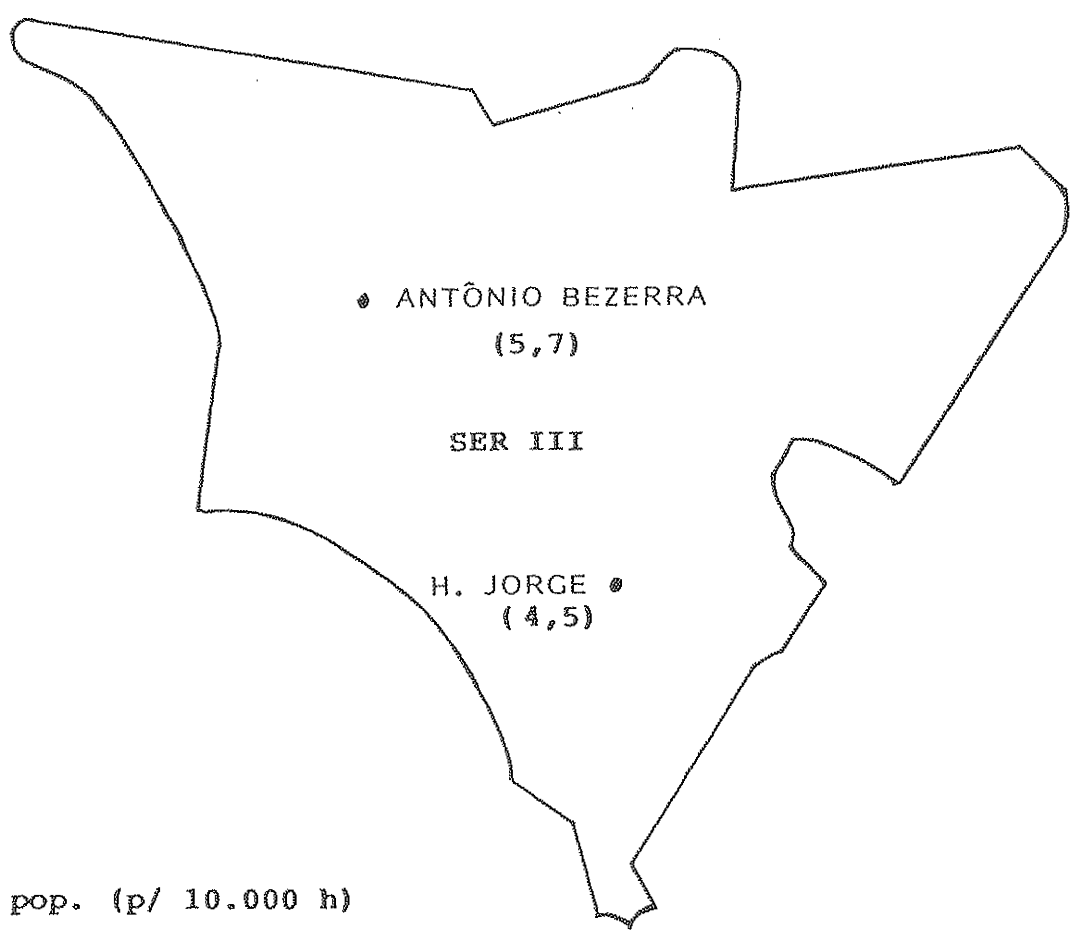
MAPA 2

Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



Coef. pop. (p/ 10.000 h)

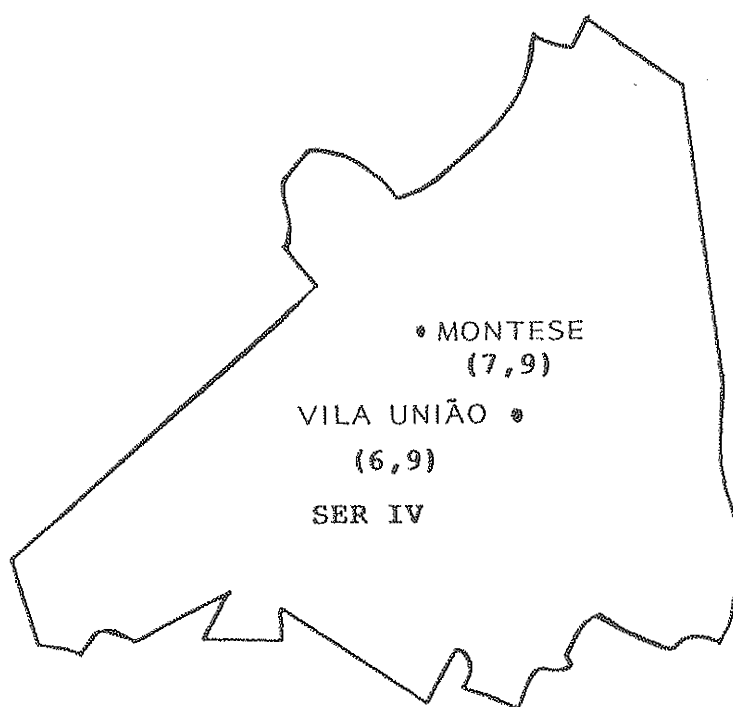
MAPA 3 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX, Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



Coef. pop. (p/ 10.000 h)

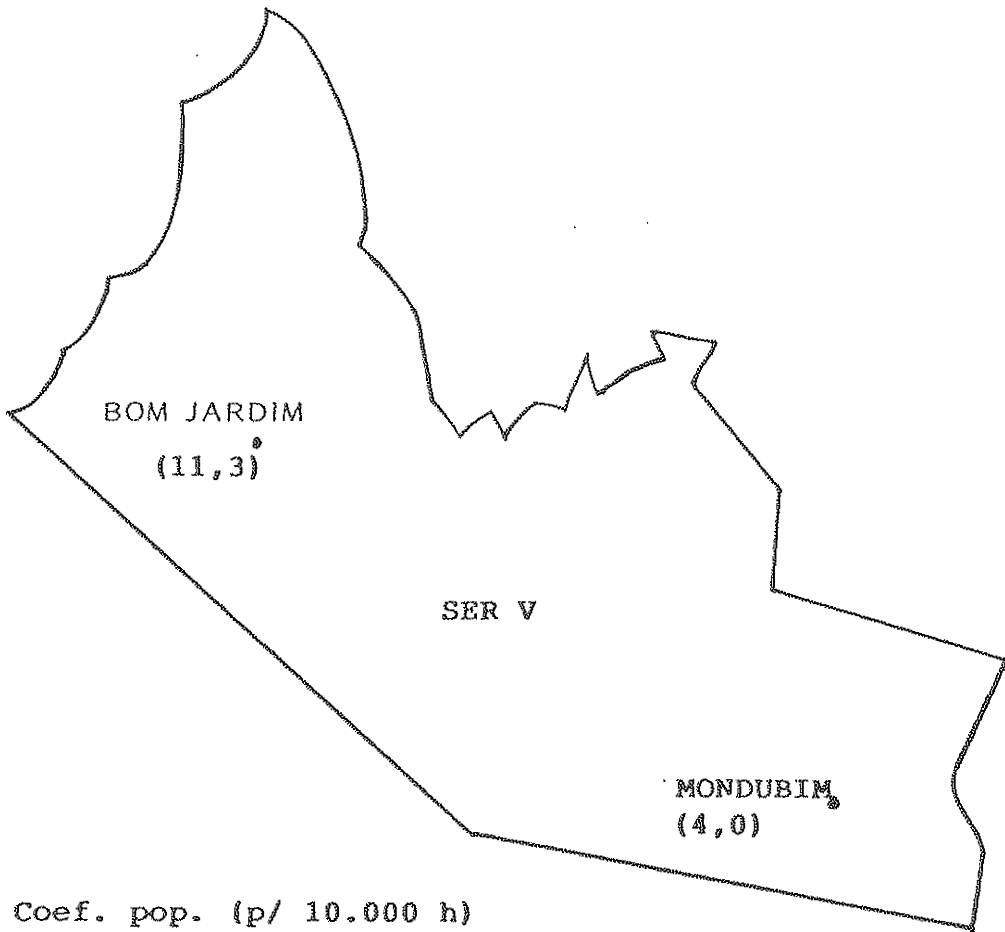
MAPA 4

Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza janeiro a dezembro/97.



Coef, pop. (p/ 10.000h)

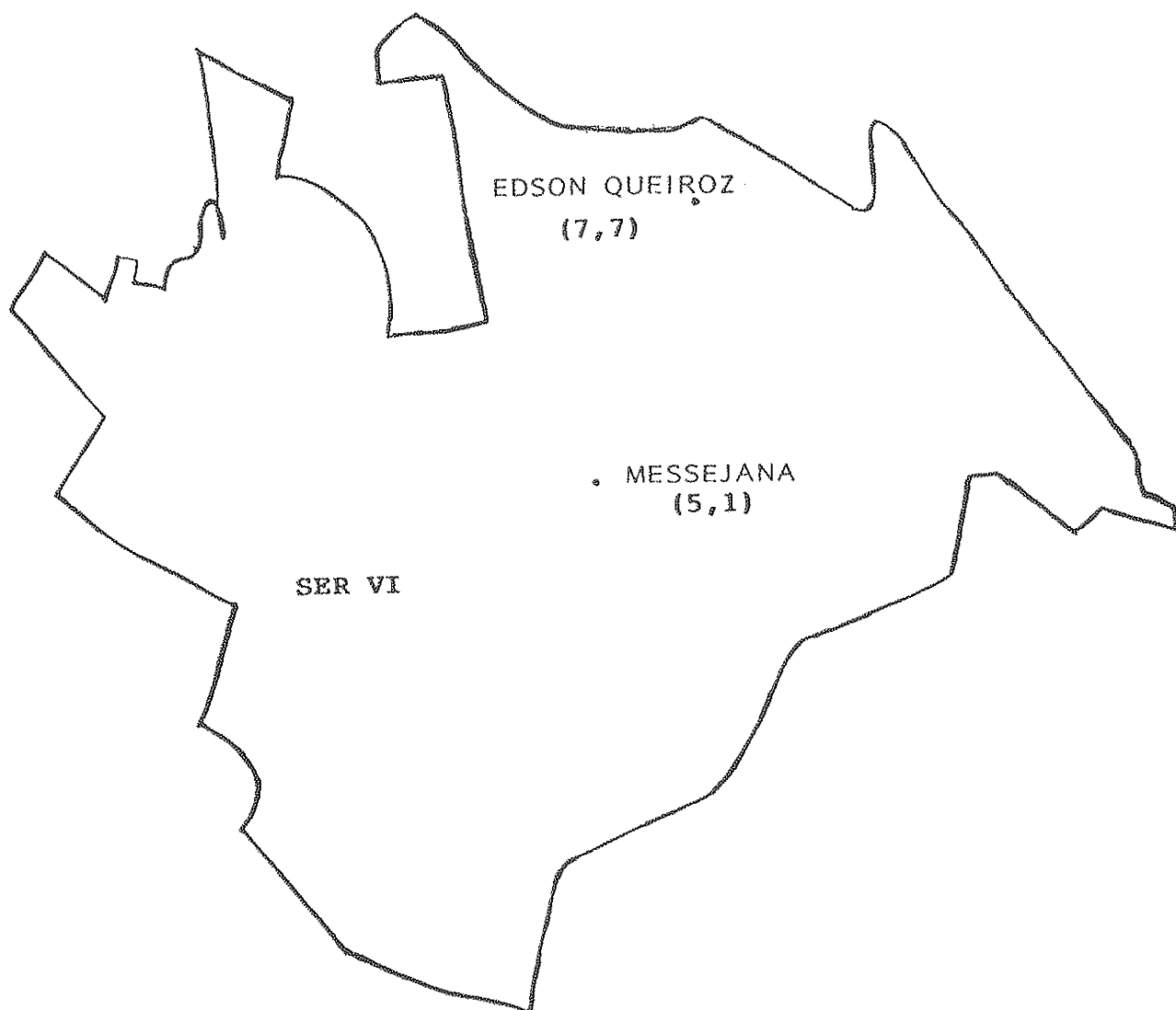
MAPA 5 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamentos, segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



Coef. pop. (p/ 10.000 h)

MAPA 6

Distribuição das tentativas de suicídio por medicamentos segundo coeficiente populacional CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



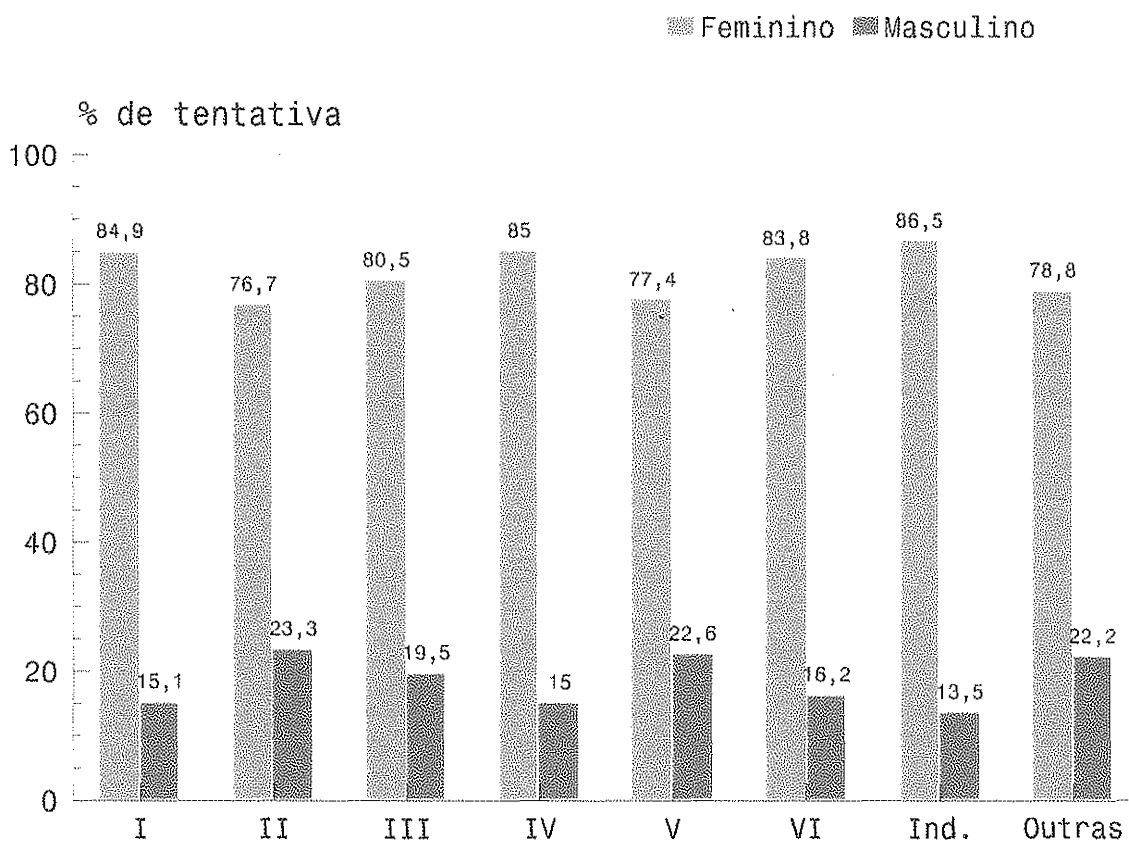
Quanto ao sexo, a SER I apresentou o maior número de ocorrência de tentativa de suicídio por medicamento para o sexo feminino com 101 (84,9%) casos. Já o sexo masculino teve seu maior número na SER V com 28 (22,6%) casos. (Tabela 6)

Contudo em termos percentuais, ou seja, tomando por base o total de ocorrência por SER, o sexo feminino teve o seu maior número registrado na SER IV com 85,0%. O sexo masculino, contudo, apresentou sua maior percentagem na SER II com 23,3% (Gráfico 4).

Tabela 6. Distribuição das ocorrências das tentativas de suicídio nas Secretarias Executivas Regionais (SER), segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro à dezembro/1997.

SER	SEXO		FEMININO		MASCULINO		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
I	101	84,9	18	15,1			119
II	79	76,7	24	23,3			103
III	91	80,5	22	19,5			113
IV	91	85,0	16	15,0			107
V	96	77,4	28	22,6			124
VI	98	83,8	19	16,2			117
Ind.	32	86,5	05	13,5			37
Outro	82	78,8	22	22,2			104
Total	670	81,3	154	18,7			824

Gráfico 4 Percentagem das tentativas de suicídio nas Secretarias Executivas regionais (SER) segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997



Analisando, mês a mês, os casos registrados de tentativa de suicídio por medicamento observamos que o mês com maior freqüência foi de maio com um total de 80 casos, cabendo ao sexo feminino 69 (86,3%) e ao masculino 11 (13,7%). (Tabela 7 e Tabela 16 em anexo)

Contudo é importante ressaltar que, também, no mês de maio foi observado a maior freqüência do evento para o sexo

feminino ficando o mês de novembro, portanto, o mês de escolha para o sexo masculino com 19 casos. (Gráfico 5)

Já com relação aos dias da semana, Domingo foi o dia, em números absolutos, de maior ocorrência de tentativas, registrando 113 (16,9%) para o sexo feminino e 20 (13%) para o masculino, perfazendo um total de 133 casos. De um outro prisma, Domingo registrou em número percentuais 16,1% do total dos casos ocorridos no ano de 1997. (Tabela 08 e Tabela 17 em anexo)

Contudo, foi na Terça-feira que o sexo masculino alcançou seu maior índice com 28 casos (Gráfico 6).

Não houve correlação entre os dias da semana e o número de tentativas de suicídio tanto para as mulheres ($r = -0,71$; $t = 2,23$ e $p = 0,08$) como para os homens ($r = 0,23$; $t = 0,62$ e $p = 0,56$) bem como não correlação entre os meses do ano e o número de tentativas de suicídio tanto para homens ($r = 0,26$; $t = 0,84$ e $p = 0,42$) como para mulheres ($r = -0,4$; $t = -1,41$, $p = 0,19$).

(Quadro 2)

Tabela 07. Número de casos de tentativas de suicídio atendidos por mês, segundo o sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

MÊS \ SEXO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL
	N	%	N	%	
Janeiro	64	87,7	09	12,3	73
Fevereiro	45	81,8	10	18,2	55
Março	47	81,0	11	19,0	58
Abril	65	82,3	14	17,7	79
Maió	69	86,3	11	13,7	80
Junho	64	82,1	14	17,9	78
Julho	47	72,3	18	27,7	65
Agosto	60	78,9	16	21,1	76
Setembro	54	85,7	09	14,3	63
Outubro	53	75,7	17	24,3	70
Novembro	56	74,7	19	25,3	75
Dezembro	46	88,5	06	11,5	52
Total	670	81,3	154	18,7	824

QUADRO 2: Estatística dos atendimentos por mês, segundo o sexo.

Sexo	r	t	p	Sig.
Feminino	-0,41	-1,4	0,19	Não
Masculino	0,26	0,84	0,42	Não

Gráfico 5. Distribuição das Tentativas de Suicídio por Medicamento por Sexo, segundo Mês do Ano. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro 1997.

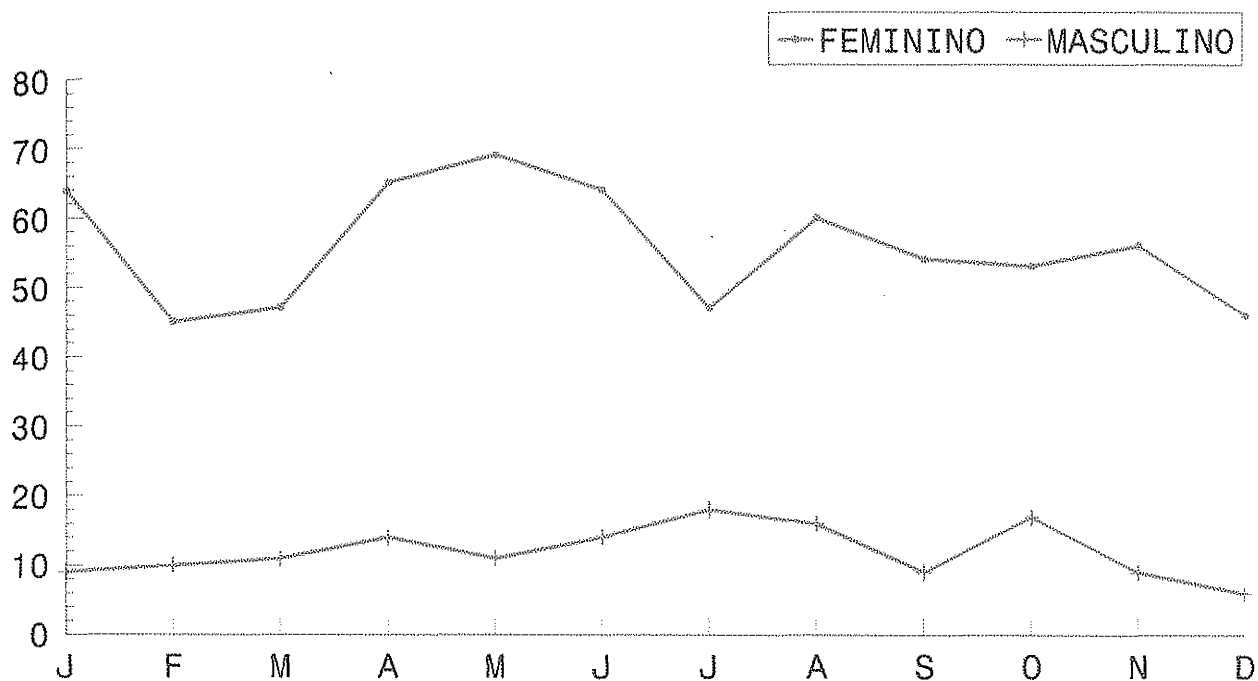


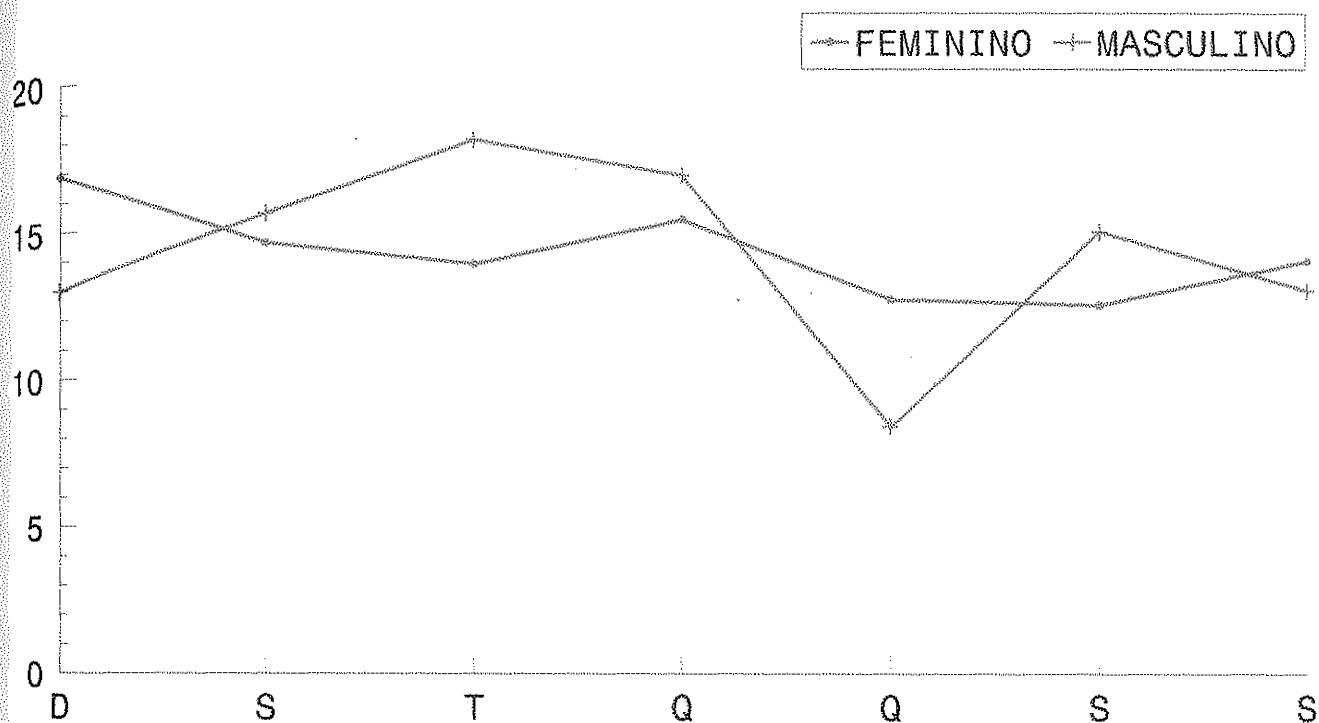
Tabela 08. Número de casos de tentativas de suicídio atendidos por dias da semana segundo o sexo. CEATOX, Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

DIAS SEMANA	SEXO		FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Domingo	113	16,9	20	13,0	133	16,1		
Segunda-feira	98	14,6	24	15,6	122	14,8		
Terça-feira	93	13,9	28	18,1	121	14,7		
Quarta-feira	103	15,4	26	16,9	129	15,7		
Quinta-feira	85	12,7	13	8,4	98	11,9		
Sexta-feira	84	12,5	23	15,0	107	13,0		
Sábado	94	14,0	20	13,0	114	13,8		
Total	670	100.0	154	100.0	824	100.0		

QUADRO 3: Estatística dos atendimentos por dia da semana, segundo o sexo.

Sexo	r	t	p	Sig.
Feminino	-0,71	-2,23	0,08	Não
Masculino	0,23	0,62	0,56	Não

Gráfico 6. Distribuição das Tentativas de Suicídio por Medicamento por Sexo, Segundo Dias da Semana. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



Quanto ao local de aquisição, observou-se que 578 (70,1%) dos pacientes adquiram o medicamento em farmácias e/ou drogarias, revelando, assim, a facilidade que o usuário, no Brasil, tem em adquirir medicamentos.

Observou-se, também, que 67 (8,1%) pacientes tiveram como via de aquisição amigos e parentes.

As unidades de saúde vieram em terceiro lugar com 41 (5%) pacientes. Tal fato se explica, em parte, pelo fato deste local haver maior controle na distribuição do medicamento.

Outros locais referem-se a bares, mercearias e supermercados.

Para 112 (13,6%), pacientes essa informação não este disponível. (Tabela 9)

Tabela 09. Distribuição das tentativas d suicídio por medicamento, segundo o local de aquisição. CEATOX, Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

AQUISIÇÃO	Nº	%
Farmácia/Drogaria	578	70.1
Amigos e Familiares	67	8.1
Unidade de Saúde	41	5.0
Outros	26	3,2
Indeterminados	112	13.6
Total	824	100.0

A tabela 10 mostra a distribuição do local de exposição à tentativa de suicídio por medicamento, segundo o tempo. Observamos que a residência foi o local onde ocorreu maior número de tentativas com 787 casos, sendo que 516 (66%) casos registrados nas residências tiveram atendimento hospitalar com menos de 6 horas, 125 (16%) casos entre 6 e 12 horas, 90 (11%) casos com mais de 12 horas e 56 (7%) casos hora indeterminada.

O local de trabalho, foi a Segunda na preferência dos suicídios registrando 11 casos sendo que, 04 (36%) casos tiveram atendimento hospitalar com menos de 6 horas e 07 (64%) casos entre 6 e 12 horas. O Meio Ambiente registrou 3 casos sendo que 1 (33,3%) caso teve atendimento médico com menos de 1 hora, 1 (33,3%) caso entre 6 e 12 horas e 1 (33,3) caso com mais de 12 horas.

A Escola registrou apenas 1 caso tendo atendimento com menos de 6 horas. (Tabela 10)

Outros locais refere-se a bares, ônibus e prisão.

Tabela 10. Distribuição do local de exposição à tentativa de suicídio por medicamento, segundo o tempo de atendimento hospitalar. CEATOX, Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

Local Exposição	Tempo (hora)		< 6		6 — 12		> 12		Indet.		Total
			N		%		N		%		
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Residência	516	66	125	16	90	11	56	7	787		
Local de Trabalho	04	36	07	64	-	-	-	-	-		
Meio Ambiente	01	33	01	33	01	33	-	-	03		
Escola	01	100	-	-	-	-	-	-	01		
Outro Local	-	-	02	33	-	-	04	67	06		
Ignorado	-	-	02	13	05	31	09	56	16		
Total	522	63	137	17	96	12	69	8	824		

A tabela 11 mostra a distribuição do tempo entre a tentativa de suicídio por medicamento e o atendimento hospitalar segundo o sexo.

Dos 522 casos registrados com tempo inferior a 6 horas o sexo feminino apresentou 429 (82,2%) casos e o masculino 93 (17,8) casos.

Dos 137 casos registrados entre 6 e 12 horas o sexo feminino apresentou 114 (83,2%) casos e o masculino 23 (16,8%) casos.

Acima de 12 horas registrou-se 96 casos sendo 77 (80,2%) casos para o sexo feminino e 19 (27,5%) para o masculino.

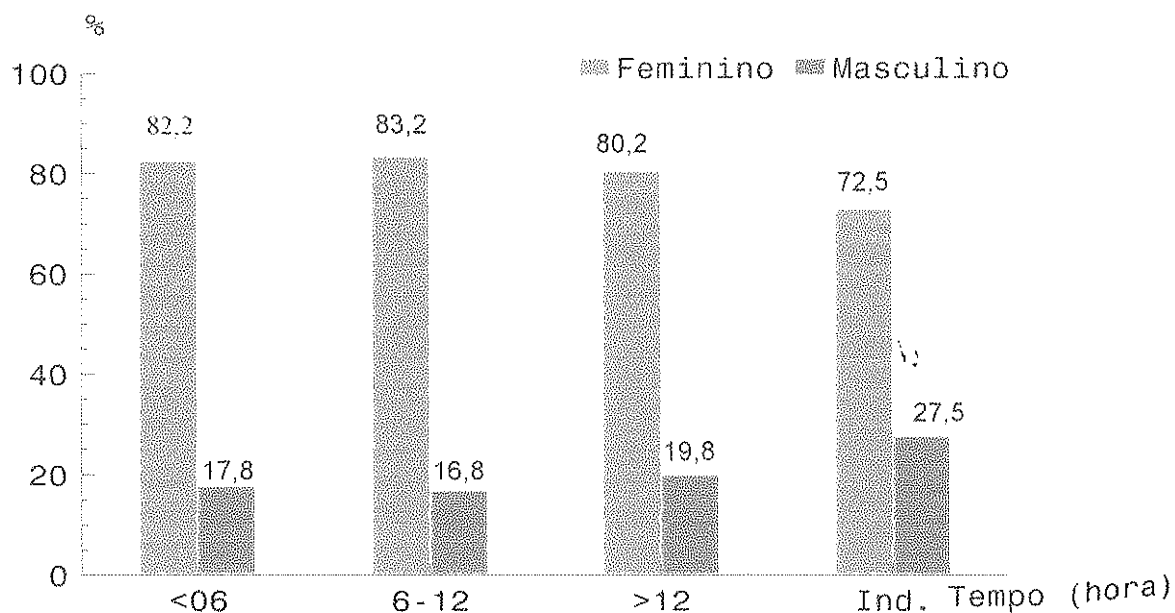
69 casos ficaram com hora indeterminada devido falta de informações nos prontuários. (Gráfico 7)

O tempo médio de atendimento para o sexo feminino foi de 6,0 horas e para o masculino de 6,2 horas com desvio padrão de 4,3 e 4,5 respectivamente e coeficiente de variação de 72 para o feminino e 73 para o masculino (Quadro 2).

Tabela 11. Distribuição do tempo entre o tentativa de suicídio por medicamento e o atendimento hospitalar, segundo o sexo. CEATOX, Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

TEMPO (hora)	SEXO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL
		N	%	N	%	
< 6		429	82,2	93	17,8	522
6 — 12		114	83,2	23	16,8	137
> 12		77	80,2	19	19,8	96
Ind.		50	72,5	19	27,5	69
Total		670	81,3	154	18,7	824

Gráfico 7. Distribuição do Tempo entre a Tentativa de Suicídio por Medicamento e o Atendimento Hospitalar o Sexo. CEATOX, Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



Quadro 4 Estatística do Tempo entre a Tentativa de Suicídio por Medicamentos e o Atendimento Hospitalar, segundo o Sexo. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

SEXO	N	\bar{X}	S	C.V (%)
Feminino	670	6,0	4,3	72
	1			
Masculino	54	6,2	4,5	73

Obs: Para o cálculo das estatísticas considerou-se o tempo mínimo e máximo como igual a uma (01) e vinte (20) horas, respectivamente.

A tabela 12 mostra a distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo agente tóxico. Utilizando-se a classificação do CID-10 o grupo X60 apresentou 105 (12,7%) casos sendo que os analgésicos não-opiáceos registram 96 casos (38 casos com ácido acetilsalicílico, 37 com dipirona e 21 com paracetamol) e os antiinflamatório não esteróides registraram 09 casos (03 casos com diclofenaco potássico e 06 casos em diclofenaco sódio).

O grupo X61 apresentou 531 (64,5%) casos sendo que os antidepressivos registraram 24 casos (12 com amitriptilina, 09 com clomipramina e 03 com imipramina), os ansiolíticos e hipnóticos registraram 348 casos (223 com diazepam, 108 com bromazepam, 13 com lorazepam e 4 com Flunitrazepam), os antiepiléticos registraram 115 casos (101 com fenobarbital e 14 com carbamazepina) os antiparkinsonianos registraram apenas hum (01) caso com biperideno, os antipsicóticos registraram 40 casos (24 com haloperidol, 09 com levomepromazina, 05 com clorpromazina e 02 com tioridazina) e os antimaníacos registraram 3 casos, todos com Carbonato de lítio.

O grupo X63 apresentou 19 (2,3%) casos sendo que os simpaticomiméticos apresentaram 12 casos (07 com salbutamol, 02

com terbutalina 03 com anfepramoma), os espasmolíticos registram 02 casos (todos com deciclomina) e os parassimpaticolíticos com 05 casos (todos com metoclopramida).

O grupo X64 apresentou 76 (9,2%) casos, sendo 09 casos com medicamentos gastrointestinais (todos com ranitidina), 20 casos com medicamentos cardiovascular (10 casos com propanolol, 04 com nifedipina, 02 com metildopa, 01 caso com digoxina, 01 com captopril, 02 com clortalidona e 01 com isossorbida), 09 casos com medicamentos Hematológicos (todos com sulfato ferroso) 07 casos com antibióticos sistêmicos (05 com ampicilina e 02 com amoxicilina), 16 casos com medicamentos antiinfecioso (todos com sulfametoxazol + trimetropina) e 15 casos com medicamento anti-histamínico (prometazina).

93 (11,3%) dos casos registrados tiveram seus dados indeterminados.

Tabela 12. Distribuição das Tentativas de Suicídio por medicamento, segundo Agente Tóxico. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

GRUPOS	N	%
X60		
<u>ANALGÉSICOS NÃO-OPIÁCEOS</u>		
Ácido Acetilsalicílico (AAS)	38	4,6
Dipirona (Anador)	37	4,5
Paracetamol (Tylenol)	21	2,4
<u>ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTERÓIDES</u>		
Diclofenaco potássico (Cataflan)	03	0,4
Diclofenaco sódio (voltarem)	06	0,7
X61		
<u>ANTIDEPRESSIVOS</u>		
Amitriptilina (Tryptanol)	12	1,5
Clomipramina (Anafranil)	09	1,1
Imipramina (Tofranil)	03	0,4
<u>ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS</u>		
Diazepam (Diazepam)	223	27,1
Bromazepam (Lexotan)	108	13,1
Lorazepam (Lorax)	13	1,6
Flunitrazepam (Rohypnol)	04	0,5

Tabela 12. Distribuição das Tentativas de Suicídio por medicamento, segundo Agente Tóxico. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. (Continuação)

GRUPOS	N	%
<u>ANTIEPILETICO</u>		
Fenobarbital (Gardenal)	101	12,3
Carbamazepina (Tegretol)	14	1,7
<u>ANTIPARKINSONIANO</u>		
Biperideno (Akineton)	01	0,1
<u>ANTIPSIKÓTICO</u>		
Haloperidol (Haldol)	24	2,9
Levomepromazina (Neozine)	09	1,1
Clorpromazina (Amplictil)	05	0,6
Tioridazina (Melleril)	02	0,2
<u>ANTIMANÍACO</u>		
Carbonato de Lítio (Carbolitium)	03	0,4
X63		
<u>SIMPATICOMIMÉTICOS</u>		
Salbutamol (Aerolin)	07	0,8
Terbutalina (Bricany)	02	0,2
Anfepramona (Inibex)	03	0,4

Tabela 12. Distribuição das Tentativas de Suicídio por medicamento, segundo Agente Tóxico. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. (Continuação)

GRUPOS	N	%
<u>ESPASMOLÍTICO</u>		
Deciclomina (Bentyl)	02	0,2
<u>PARASSIMPATICOLÍTICO</u>		
Metaclopramida (Plasil)	05	0,6
X64		
<u>MEDICAMENTOS GASTROINTESTINAIS</u>		
Ranitidina (Antak)	09	1,1
<u>MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES</u>		
Propanolol (Propanolol)	10	1,2
Nifedipina (Adalat)	04	0,5
Medildopa (Aldomet)	02	0,2
Digoxina (Digoxina)	01	0,1
Captopril (Capoten)	01	0,1
Clortalidona (Higroton)	01	0,1
Isossorbida (Isordil)	01	0,1
<u>MEDICAMENTO HEMATOLÓGICOS</u>		
Sulfato ferroso (Sulfato ferroso)	09	1,1

Tabela 12. Distribuição das Tentativas de Suicídio por medicamento, segundo Agente Tóxico. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997. (Continuação)

GRUPOS	N	%
<u>ANTIBIÓTICOS SISTÊMICOS</u>		
Ampicilina (Binotal)	05	0,6
Amoxicilina (Amoxil)	02	0,2
<u>MEDICAMENTOS ANTIÍNFECIOSOS</u>		
Sulfametoxazol + Trimetropina (Bactrin)	16	1,9
<u>MEDICAMENTOS ANTI-HISTAMÍCO</u>		
Prometazina (Fenergan)	15	1,8
<u>INDETERMINADOS</u>		
Total	824	100,0

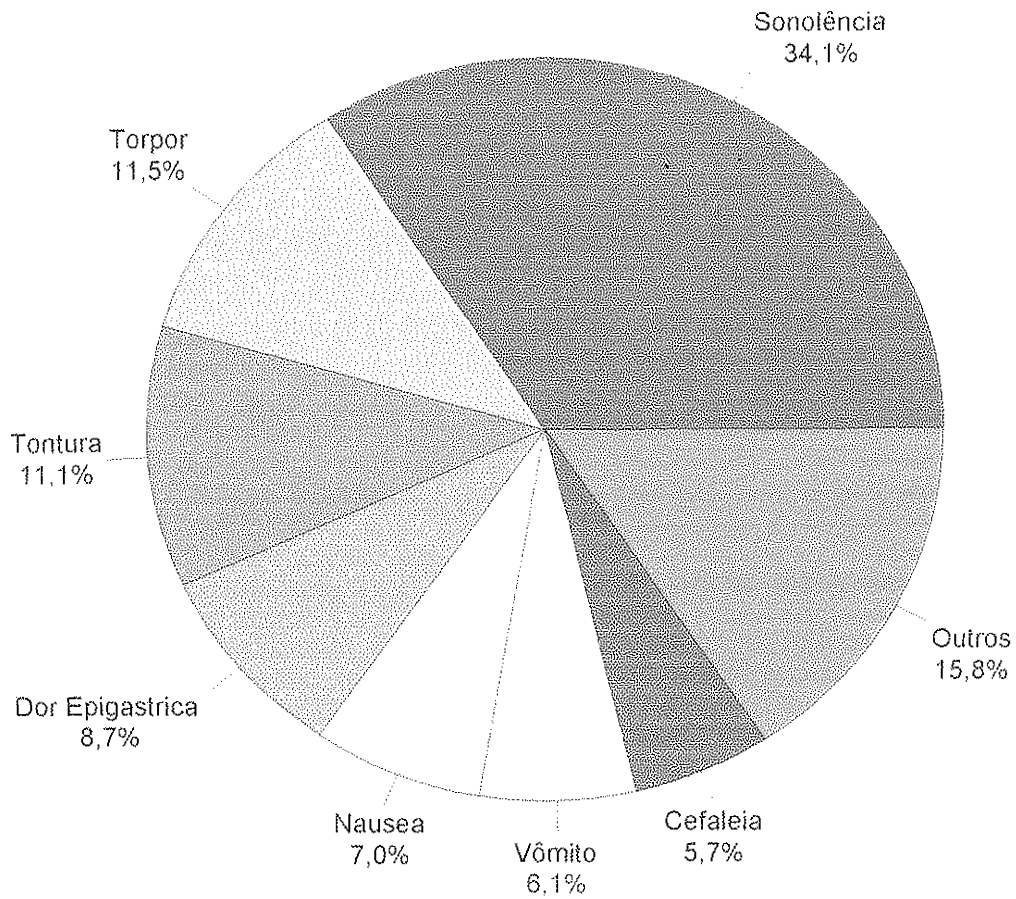
A tabela 13 mostra a distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo os sintomas. Registraram-se 281 (34,1%) pacientes com sintomas de sonolência, 95 (11,5%) com torpor, 91 (11,1%) com tontura, 72 (8,7%) com dor epigástrica, 58 (7,0%) com náuseas, 50 (6,1%) com vômitos e 47 (5,7%) com cefaléia. (Gráfico 8)

Outros sintomas como midríase, agitação, salivação, sudorese, miastenia, hipotensão, bradicardia, taquicardia, alucinação, inconsciência e coma somam 130 (15,8%) casos.

Tabela 13. Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo os sintomas. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

SINTOMAS		
	N	%
Sonolência	281	34,1
Torpor	95	11,5
Tontura	91	11,1
Dor Epigástrica	72	8,7
Náusea	58	7,0
Vômito	50	6,1
Cefaléia	47	5,7
Outros	130	15,8
Total	824	100,0

Gráfico 8 Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo os sintomas. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.



De acordo com a evolução das tentativas de suicídio por medicamento, observou-se que 725 (88%) pacientes evoluíram para a cura, ou seja, receberam tratamento adequado e posteriormente receberam alta hospitalar. Observou-se que, apenas, 2 (0,2%) pacientes apresentaram seqüelas e 7 (0,9%) pacientes evoluíram para óbito, onde 5 (71,4%) eram do sexo masculino, sendo 1 (20%) paciente da faixa etária dos 20-29 anos, 3 (60%) entre 30-39 anos e 1 (20%) entre 40-49 anos. O sexo feminino apresentou 2 (28,6%) casos com idades ignoradas.

Os 90 (10,9%) pacientes que tiveram sua evolução ignorada tem sua justificativa no fato de alguns fugirem do setor de emergência e outros por serem transferidos para outros hospitais (tabela 14).

Tabela 14. Distribuição das tentativas de suicídio por medicamento, segundo a evolução. CEATOX. Fortaleza, janeiro a dezembro/1997.

EVOLUÇÃO	N	%
Cura	725	88,0
Óbito	07	0,9
Seqüela	02	0,2
Ignorado	90	10,9
Total	824	100,0

“...precisamos examinar o lamentável fato de que os homens se matam e quer imitar o avestruz em nada diminui esta realidade”.

Menninger

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados coletados na rotina de serviço de uma unidade de saúde constitui-se num diagnóstico onde o analista pode apontar a real situação em que a referida unidade acha-se inserida bem como serve de subsídio para o planejamento e avaliação em saúde pública,

No Brasil, estudos epidemiológicos descritivos sobre tentativa de suicídio são raros e estes, quando elaborados, deparam-se com problemas que são comuns a todos os pesquisadores, a saber:

- A questão do sub-registro dos suicídios e das tentativas de suicídios gerada pelo estigma que cerca este tipo de morte;
- Dificuldade em estabelecer se o episódio foi acidental ou intencional;
- Falta de qualidade e de cobertura das estatísticas de mortalidade.

O presente trabalho constitui-se num estudo descritivo exploratório do tipo transversal cujo dados foram coletados dos prontuários dos pacientes que foram assistidos pelo Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) do Instituto Dr. José Frota (IJF), no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 1997.

As informações contidas nos prontuários do Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) do Instituto Dr. José Frota (IJF) sobre intoxicações humanas por medicamento, indicam que 63% dos casos registrados, em Fortaleza, no ano de 1997 foram devido a tentativa de suicídio. Apontam, também, como segunda causa das intoxicações, as acidental com 404 casos (30,8%) registrados.

Contudo, devemos lembrar que uma proporção de atos suicidas é tida como acidental. Segundo CASSORLA (1984), muitos envenenamentos acidentais são, na realidade, tentativas de suicídios, visto que o componente inconsciente, de impossível avaliação epidemiológica, é um fator presente em todo ato autodestrutivo.

Assim sendo, nas circunstâncias acidentais estaria inserido uma parcela das tentativas de suicídio, justificando, assim, a proximidade das duas causas no presente estudo.

Em relação às características sócio-demográficas a pesquisa apontou que 670 (81,3%) casos registrados foram do sexo feminino e apenas 154 (18,7%) casos do sexo masculino, numa proporção de 4,3 mulheres para cada homem.

Tal proporção manteve-se dentro dos parâmetros estabelecidos pelos estudos de NUNES (1988), CASSORLA (1987)

e ISHIKAWA (1997) que indicam a prevalência entre 3 a 5 vezes o número de tentativas de suicídio no sexo feminino em relação ao masculino.

Em 522 casos, ou seja, em 63,3% da amostra a idade predominante das pessoas se encontra entre 7 a 29 anos o que harmoniza-se com o resultado obtido no estudo de ISHIKAWA (1997) onde determinou que 64% da amostra estava inserida na faixa etária de até 30 anos.

De uma outra forma, a idade média da população estudada foi de 27 anos, sendo 26 anos para o sexo feminino e 29 anos para o masculino, ou seja, 63,3% da população tinham idade inferior a 30 anos. Tal dado aproxima-se, também, dos achados por FULLER e col. (1989) que determina o pico das tentativas para as mulheres aos 25 anos e para os homens em torno dos 30 anos.

NUNES (1988), aponta, em seus estudos, que a grande maioria da população que busca hospitais públicos geralmente ganha até dois salários mínimos, fato também comprovado nos estudos de PONTES (1991) onde determinou que 56,9% de sua amostra pertencia às categorias de trabalhadores pouco qualificados, trabalhadores avulsos e de empregadas domésticas.

Em nosso estudo, as três primeiras ocupações mais mencionadas foram: Estudantes com 124 (15%) casos; Domésticas com 79 (9,6%) casos e Dona de Casa com 48 (5,8%) casos. O dado Ignorado, também, é digno de relato visto que, conforme informações obtidas por funcionários do CEATOX, neste dado estariam inserido as categorias de prostitutas, desempregados e desocupados.

Com relação as características geo-populacionais em nosso trabalho, verificamos que a SER V apresentou o maior índice de tentativas com 124 (15,2%) casos e um coeficiente de tentativa de suicídio, de 32,7 por 100.000 habitantes.

Segundo CASSORLA (1985), quanto às tentativas de suicídio as estatísticas oficiais não tem nenhum valor, pois são registrados apenas alguns casos que demandam inquérito populacional e que são socorridos em hospitais públicos. No Brasil a taxa de tentativa de suicídio em 1980 seria de 8,84 e em Campinas de 29,13 por 100.000 habitantes. No entanto, pesquisando hospitais que socorreram os casos e visitando os indivíduos em seu domínio, em Campinas, CASSORLA chegou a taxas de 150 a 160 por 100.000 habitantes.

Em nosso estudo, Fortaleza apresentou uma taxa de 39,6 por 100.000 habitantes e apenas 7 óbitos por tentativas de suicídio por medicamento, taxa esta, segundo especialistas, considerada pequena.

Com relação aos bairros, o Centro (SER II) apresentou maior índice com 26 tentativas e um coeficiente 7,2 por 10.000 habitantes.

Quanto ao sexo, a SER I apresentou o maior índice de tentativas por sexo feminino com 101 (84,9%) caso. O masculino teve seu maior índice na SER V com 28 (22,6%) casos.

Sobre um outro enfoque, desde o século passado, estudiosos pesquisam variáveis relacionadas com o tempo, estações do ano, condições climáticas e fases da lua com a finalidade de determinar a existência ou não da influência destas variáveis com a ocorrência do suicídio.

Nesta linha de pensamento, TEIXEIRA (1946) verificou, em seu estudo, que os três meses de maior incidência em tentativa de suicídio foram o de setembro, o de março e o de julho, em ordem decrescente. Maio foi o mês de menor incidência.

PONTES (1991) numa análise dos casos de suicídios ocorridos entre os anos de 1985 a 1991 verificou que a ocorrência

foi maior, por ordem decrescente de importância, nos meses de dezembro, novembro, agosto e maio. Janeiro foi mês onde se verificou o menor índice.

Por sua vez, MARTINS (1985) verificou que novembro foi o mês de maior incidência de casos de tentativas de suicídio, seguidos dos meses de fevereiro e de maio.

CASSORLA (1986) analisando os fatores sócio-demográficos nos atos suicidas conclui que não existe relação estatística entre a incidência de atos suicidas e meses do ano.

Em nosso estudo verificamos que o mês de maio foi o mês com maior incidência de tentativas de suicídio seguidos pelos meses de abril e junho, o que vai de encontro com a linha de pensamento de CASSORLA que afirma não existir relação estatística entre os meses do ano e o número de tentativas de suicídio tanto para homens como para mulheres.

Conforme TEIXEIRA (1946), no que toca aos dias do mês, assevera-se ser o suicídio mais comum no fim e no começo do mês. No que se refere aos dias da semana, de modo geral, realizam-se os suicídios no fim ou no começo da semana.

Martins (1985), por sua vez, verificou que a maior incidência de tentativas de suicídio ocorreu às quartas-feiras.

CASSORLA (1986) em seus estudos, realizados na cidade de Campinas, mostrou que os suicidas preferem matar-se às segundas-feiras. Já as tentativas predominam aos sábados.

Em nosso estudo verificamos que o domingo foi o dia onde ocorreu maior número de tentativas de suicídio. Contudo, em termos percentuais, o sexo masculino preferiu às terças-feiras, ficando o domingo para o sexo feminino.

Entretanto, não houve correlação entre os dias da semana e o número de tentativas de suicídio para ambos os sexos.

Já com relação ao local de aquisição e segundo o Conselho Regional de Farmácia (CRF/CE), Fortaleza possui 556 farmácias, sendo que 508 (91,4%) estão cadastradas e regularizadas, 37 (6,7%) encontram-se irregulares, ou seja, não possuem responsável técnico e 11 (1,9%) não possuem registro, isto é, são clandestinas.

Com relação ao número de profissionais farmacêuticos residentes na capital, Fortaleza possui 1268 técnicos, mas somente 508 (40%) possuem responsabilidade técnica por farmácia.

Observa-se, ainda, em Fortaleza, um número excessivo de farmácias onde se constata que para cada 10.000 hab. existem 2,7 farmácias, fato este que contraria as determinações da

Organização Mundial de Saúde (OMS) que preconiza para os países do terceiro mundo apenas 1 farmácia para cada 10.000 hab.

Diante desta realidade, onde apenas 40% dos profissionais farmacêuticos possuem responsabilidade técnica por farmácia onde a carga horária diária não ultrapassa a 6 horas e diante de um número excessivamente alto deste estabelecimentos, em Fortaleza, é que se justifica, em parte, o alto índice (70,1%), apresentado em nosso estudo, das aquisições de medicamentos em farmácia e a facilidade da compra dos medicamentos pelos suicidas.

Por outro lado, a falta de uma ação mais enérgica por parte dos órgãos de fiscalização sanitária e patronal nestes estabelecimentos, propicia à perpetuação da prática pecuniária que transforma a farmácia num estabelecimento comercial e não num estabelecimento de saúde.

Contudo, estudos anteriores comprovam que tentativa de suicídio e suicídio exitoso são fenômenos tipicamente urbano e cujo locus de atuação é a residência.

TEIXEIRA (1946), com seu estudo realizado em Curitiba, no decênio 1937 – 1947, verificou que dos 232 suicídios ocorridos naquela capital, 221 (95,3%) casos foram em residência.

MARTINS (1985) em seu estudo sobre tentativa de suicídio adolescente verificou que 84,6% de sua amostra, isto é, 44 adolescentes tentaram suicídio no lar.

LIPPI (1990) conclui, no seu trabalho, que a residência foi o local preferido para as tentativas de suicídio e para os suicídios, exitosos.

Em nosso estudo, das 824 tentativas, 787 (95,5%) ocorreram em residências, dado este que reforça a tese acima relatada que afirma que tentativa de suicídio corresponde a um fenômeno de forum residencial.

Quanto ao tempo de atendimento hospitalar nosso trabalho verifica que 516 (66%) casos registrados tiveram atendimento hospitalar com menos de 6 horas. Este dado para nós não é conclusivo, visto que não foi possível verificar se houve ou não pedido de auxílio por parte dos indivíduos que comporam nossa amostra, fato este que viria justificar o pequeno tempo entre a tentativa de suicídio e o atendimento hospitalar.

Já o tempo médio de atendimento para o sexo feminino foi de 6 horas e para o masculino 6,2 horas, sendo que 429 (64%) casos do sexo feminino e 93 (60,4%) casos do masculino tiveram atendimento inferior a 6 horas.

Com relação as características dos agentes tóxicos NUNES (1988) em seu trabalho sobre atendimento de tentativas de suicídio em um hospital geral verificou que das 623 tentativas, 121 (19,4%) casos foram devido a ingestão de benzodiazepínicos.

ISHIKAWA (1997) em seu estudo sobre condutas suicidas por medicamentos verificou que os medicamentos mais utilizados foram aqueles que atuaram sobre o sistema nervoso central, seguidos pelos medicamentos de ação antiinflamatória, analgésica e anti-reumática.

Utilizando a classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, no capítulo: causas externas de morbidade e de mortalidade, ressaltando as lesões provocadas intencionalmente, observamos, em nosso estudo, que das 824 tentativas, 531 (64,5%) casos pertenciam ao grupo X61, ficando os benzodiazepínicos com o maior número de casos registrados; ou seja, 223 (27,1%) casos.

O segundo grupo que apresentou maior número de casos foi o X60 (Analgésicos e antiinflamatórios) com 105 (12,7%) casos sendo o ácido acetilsalicílico o medicamento que apresentou maior número de casos.

Assim sendo, nossos resultados vão ao encontro com os resultados dos estudos acima mencionados, indicando, desta forma, traços semelhantes nas amostras desses estudos.

Com relação aos sintomas, nosso estudo apresentou a sonolência como o sintoma de maior frequência, consolidando 281 (34,1%) casos do total das 824 tentativas.

Esse dado comunga com o dado obtido da variável medicamento, uma vez que os benzodiazepínicos possuem como efeito indesejado a sonolência.

Merece destaque a dor epigástrica (7,0%), náusea (6,1%) e vômito (5,7%) uma vez que estes sintomas estão associados aos medicamentos de ação analgésicas e antiinflamatórias, grupo terapêutico que tirou o segundo lugar na preferência dos suicidas.

Quanto a evolução do fenômeno, TERROBA e cols (1986) estimaram em seus estudos que para cada suicídio consumado nos Estados Unidos ocorriam de 50 a 150 tentativas.

CASSORLA (1981) demonstra em seus estudos que os suicídios exitosos são raros em períodos pré-puberis. Que na faixa dos 15 a 19 anos não existem diferenças em ambos os sexos, mas que a partir dos 20 anos, os homens matam-se duas vezes mais

que as mulheres e que nas faixas etárias mais elevadas a proporção tende a aumentar.

Conforme boletim do Centro de Assistência Toxicológica do Ceará (CEATOX), no período de janeiro a dezembro de 1997 das 824 tentativas de suicídios por medicamentos estudadas apenas 7 (0,9%) evoluíram para óbito, sendo 5 do sexo masculino e 2 do feminino, dados estes que vão ao encontro aos estudos de BARROS (1991), CASSORLA (1986) e LIPPI (1990) que indicam a predominância do sexo masculino em relação ao feminino, numa proporção de 2 a 3 homens para cada mulher nos suicídios exitosos.

De uma outra forma, para cada suicídio consumado tivemos, aproximadamente, 118 tentativas e dos 5 óbitos apresentados no sexo masculino, 4 estavam na faixa etária acima dos 30 anos e apenas 1 na faixa etária dos 20-29 anos. Tais dados corroboram com os resultados obtidos nos estudos de CASSORLA (1986) e TORROBA e col. (1986), referidos anteriormente.

As idades das mulheres que evoluíram para óbito são ignoradas.

“ O suicídio é uma trágica denúncia do indivíduo de uma crise coletiva. Quando ele se mata fracassa uma proposta coletiva daquela sociedade”.

KOVÁCS

7. CONCLUSÃO

Os gestos regidos por sentimentos profundos expressam sempre mais do que aquilo que nossa razão consegue captar.

A análise do fenômeno suicídio corresponde uma tarefa complexa, visto que, múltiplas causas concorrem para o seu desenlace. Ele é multideterminado por fatores socioculturais, individuais, psicodinâmicos e psicopatológicos que somente podem ser apreendidos a partir da focalização do indivíduo inserido no grupo social ao qual ele pertence e no qual estabeleceu um intercâmbio uma vez que a taxa de suicídio, segundo Durkeim (1977) varia inversamente com a integração que o indivíduo tem com o seu grupo social.

Os dados coletados, em nossa pesquisa, revelaram-se extremamente úteis no processo de desvelamento do fenômeno tentativa de suicídio. Tais dados corroboram para a construção de um esboço no qual permitiu que ascendêssemos de um nível de obscuridade para um outro em que foi possível vislumbrar estruturas que permitiram uma análise mais substancial das tentativas de suicídio por medicamento em Fortaleza.

De uma outra forma, os dados coletados revelaram-se importantes para a descrição das características sócio-demográficas e de morbidade da população alvo do estudo.

Assim, em nosso trabalho podemos inferir as seguintes conclusões:

- Predominância do sexo feminino com 670 (81,3%) casos.
- A idade média da população estudada foi de 27 anos.
- A categoria estudante foi a mais mencionada com 124 casos.
- Fortaleza apresentou uma taxa de 39,6 tentativas de suicídio por medicamento por 100.000 habitantes.
- O local de aquisição mais mencionado foi a farmácia.
- A residência foi o local onde ocorreu a maioria das tentativas de suicídio.
- O tempo médio de atendimento para o feminino foi de 6 horas e para o masculino 6,2 horas.
- Os medicamentos mais utilizados foram os grupos X61, ficando os benzodiazepínicos com o maior número de casos.

Creemos que ao alcançarmos o término desta pesquisa não estejamos esgotando o tema, mas, sobretudo, levantando questões que mereçam mais estudos em nosso meio. Questões que possam evidenciar novos pontos que tragam um nível de conhecimento que possibilite orientar as intervenções necessárias no campo da Clínica ou da Saúde Pública.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADI, M. et al. *Fascinación de la muerte*. Buenos Aires: Paidós, 1973.

ANGERAMI, V.A. *Suicídio*. São Paulo: Traço, 1986.

ARIÈS, Phillippe. *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BALADI, R.A.S., PONZIO, C.S. A atuação do Psicólogo junto a paciente vítimas de tentativas de suicídio na Unidade do Pronto Socorro Geral. In: *Psicologia hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984, p. 132.

BARROS, M.B.A. As mortes por suicídio no Brasil. In: *Do Suicídio: Estudos Brasileiros* (R. M. S. Cassorla, org.) Campinas: Papirus. P.41-54.

BASTIDE, Roger. *Sociologie e Psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France, 1950.

BAUDELLOT, C., e ESTHBLLET. *Durkeim et le suicide*, Paris: P.U.F., 1984.

BAYARD, J. P. *Sentido oculto dos ritos mortuários*. São Paulo: Paulus, 1996.

BEAUVOIR, Simone de, **Todos os homens são mortais**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

BECK, A. T., SCHUYLER, D. e HERMAN, I. Development of suicid intent scales. In: A. T. Beck, H. L. P. Resnik e D. J. Lettieri (eds), **The prediction of suicide**. Bowie – Marland: Charles Press, 1974. P. 45-46.

BECKER, E. **A negação da morte**, 2ª ed., Rio de Janeiro: Record, 1995.

BLUESTEIN, V. Death related experiences, attitudes and feelings reported by thanatology students and a national sample. **Omega**, 6(3):207-218. 1975.

BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez 1986.

BOLTANSKI, LUC. **As classes sociais e o corpo**, 3ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOURDIEU, P. **Questions de Sociologie**, Paris: Minuit, 1980.

_____ e Jean Claude Passeron. **La reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement**. Paris: Minuit, 1970.

CAMUS, Albert. **Le mythe de Sisyphe**. Paris: Gallimard, 1952.

CASSORLA, R. M. S. Considerações sobre as teorias de suicídio e sua conceituação. **Boletim de Psiquiatria**. São Paulo: pp. 90-93. 1978

_____, **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

_____, Reflexões sobre a Psicanálise e a morte. In: Kovács, M. J., **Morte e desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

_____, **Jovens que tentam suicídio**. Campinas: 1981. Tese de doutoramento, Unicamp.

_____, Considerações sobre o suicídio. In: CASSORLA, R.M.S. **Do suicídio**, Campinas: Papirus. 1991. p.p. 17-26.

_____, Comportamento suicidas na infância e na adolescência. In: CASSORLA, R.M.S., **Do suicídio**, Campinas: Papirus, 1991. pp. 61-87.

_____, O tempo, a morte e as reações de aniversário. In: CASSORLA, R.M.S **Do suicídio**. Campinas: Papirus, 1991 pp. 149-166.

_____, Pequenos suicídios. In: CASSORLA, R.M.S **Do suicídio**. Campinas: Papirus, 1991 pp. 149-166.

_____, Pequenos suicídios. In: CASSORLA R.M.S., **Do suicídio**. Campinas: Papirus, 1991. Pp. 189-194.

- CHORON, Jacques. **Suicide**. Nova York: Scribner, 1972.
- CUNHA, Manuela Carneiro da. **Os mortos e os outros**. São Paulo: Hucitec, 1978.
- DIAS, M. L. **Suicídio. Testemunhos de adeus**, São Paulo: Brasiliense, 1991.
- DUBLIN, L.I. **Suicide – a sociological and statistical study**. Nova York: Ronald Press, 1967.
- DURKHEIM. Émile. **O Suicídio**. Lisboa: Presença 1977.
- EBERT, B. W. Guide to conduct a psychological autopsy. **Professional Psychology Research and Practice**, vol. 18 (1): 52-56. 1987.
- FARBEROW, N. L. e SCHNEIDEMEN, E. S. **The Cry for Help**. Nova York: Mcgraw Hill, 1965.
- FREUD, S. Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974, vol. 14.
- GUILLON C. e BONNIE Y. **Suicide, Mode d'emploi**. Paris: ed. Alain, Moreau, 1984.
- GRÜNSPUN, H. Fatores suicidógenos como avaliação do risco de suicídio em adolescentes. In: CASSORLA, R.M.S., **Do Suicídio**. Campinas: Papyrus, 1991, pp. 117-148.

- HAGUETTE, T. R. M. **Metodologia qualitativa na sociologia**,
Petrópolis: Vozes, 1995.
- HAIM, A. **Les suicides d'adolescents**. Paris: Payot, 1969.
- HALBWACCS, M. **Les causes du suicide**. Librairie Felix Alcan, Paris:
1930.
- HEIDEGGER, M. **Os pensadores**, São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- HILLIMAN, Janes. **Suicídio e Alma**. Petrópolis: vozes, 1993.
- ISHIKAWA, A.G. **Conduitas Suicidas por Medicamentos**, Belo
Horizonte, 1997. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva,
UFMG. 1997.
- KALINA, E. e KOVADLOFF, S. **Cerimônias de destruição**. Rio de
Janeiro: Francisco Alves, 1983.
- _____, **As Cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro:
Francisco Alves, 1983.
- KIERKEGAARD, **Os Pensadores**, São Paulo: Abril Cultural, 1993.
- KNOBEL M. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: CASSORLA,
R.M.S., **Do Suicídio**. Campinas: Papirus. 1991. pp. 27-40.
- KOVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo:
Casa do Psicólogo, 1992.
- KUBLER – ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**, São Paulo:
Eduart, 1977.

- _____, Perguntas e respostas sobre a morte e o morrer,
São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- LEVY, M. Introdução ao estudo do suicídio. *Boletim de Psiquiatria*.
SP XII (1979), 1 – 4. pp. 1-12.
- LIPPI, J.R.S. et al. Suicídio na Infância e adolescência. *J. bras*
Psiq. 39 (4) : 167 – 174, 1990.
- LUDERMIR. A.B. Suicídio, parassuicídio e desemprego, *J. bras*.
Psiq. 43 (5): 267 – 269, 1994.
- MARTINS, J. e BICUDO, M.A.V. *A pesquisa qualitativa em*
Psicologia, São Paulo: Moraes, 1989.
- MARTINS, J.S. (Org.) *A morte e os mortos na sociedade*
brasileira, São Paulo: Hucitec, 1983.
- MARTINS, M. F. *A tentativa de suicídio adolescente*. Porto:
Afrontamento, 1990.
- MENNINGER, K. *Eros e Thanatos – O homem contra si próprio*.
São Paulo: IBRASA, 1970.
- MIRANDA, P.S.C. e QUEIROZ, E. A. Suicídio e tentativas de
suicídio. *Arq. Neuro-Psiquiatrico*. (São Paulo) 47 (1989), 4.
pp. 403 – 412.
- MORI, E. *O homem e a morte*. Lisboa: Publicações Europa –
América, 1970.

- MURPHY, G.E. The physician responsibility for suicide II. Erros of omission. *Ann. Internn. Med.* v. 82, pp. 305 – 309. 1975.
- MYNAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: HUCITEC 1993.
- NUNES, S. V. **Atendimento de tentativas de suicídios em um hospital geral.** *J. bras Psiq.* 37 (1) : 39-41, 1988.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, CID-10. 10ª ver. São Paulo, 1993.
- PAIVA, L. M. **Depressão e Suicídio.** Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- PASTERNAK, M. e, STEFAN, A. Suicide: the cry of the depressed patient. *D. C. South Medical Journal*, Washington: v. 76, nº 10, p. 1290 – 3, 1983.
- PERAZZO, S. **Descansem em paz os nossos mortos dentro de mim.** Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1990.
- PONTES, Cleto, **Suicídio em Fortaleza: Estudo de 28 anos,** Fortaleza: Imprensa Universitária, 1986.
- _____, **Suicidar-se.** Fortaleza: Gráfica V.T. 1992.
- POZNANSKI, E. O., COOK., S. C. e CARROLL, B. J. A depression Rating scale for children. *Pediatrics* v. 64, p. 442. 1979.
- ROJAS, H. **Estudios sobre el suicídio.** Barcelona: Salvat: 1978.
- SARTRE. J.P. **Os Pensadores.** São Paulo: Abril Cultura. 1983.

- SCHNEIDMANN, E. e FARBEROW , N.L. "Suicide and death". In:
New meanings of death. New York: McGraw-Hill, 1959.
- SHAFFI, M., CARRIGAN, S. e outros. Psychological autopsy of
completed suicide in children and adolescents. Am. J.
Psychiatry v.142, p. 1060. 1985.
- TEIXEIRA, N. **O Sucídio.** Curitiba: Guaíra. 1947.
- WOLFF, K. Suicide and suicide prevention center. In: **Patterns of
selfdestruction – depression and suicide.** Springfield: Charles
Thomas Publishers, 1970.

MANUAL DE PREENCHIMENTO DA FICHA

ANEXO 01

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA - CEATOX
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ESTADO DO CEARÁ - SUS - CE
EPIDEMIOLOGIA DAS INTOXICAÇÕES

MANUAL DE PREENCHIMENTO DA FICHA

José Ambrósio Guimarães
Márcia Maria Macedo de Lucena

INTRODUÇÃO - Esta ficha deve ser preenchida pelo profissional que atende o paciente envenenado ou com suspeita de envenenamento e encaminhada ao setor de EPIDEMIOLOGIA de seu local de trabalho, ou para a Secretaria de Saúde do Município ou do Estado em última instância que consolidará os dados, tirará relatórios epidemiológicos, divulgando para conhecimento e planejamento de saúde na área de TOXICOLOGIA. Inclui-se como envenenamento todas as picadas de COBRAS, ESCORPIÕES, ARANHAS, ABELHAS, ingestão de medicamentos, pesticidas, exposição profissional ou ambiental a qualquer produto que cause efeito tóxico ao organismo; etc.

É composta de duas partes, sendo a primeira, o corpo onde se identifica a pessoa por extensa etc., e a segunda, a umbrela onde se codifica ou enumera o correspondente do corpo da ficha. Deve ser preenchida mais logível possível, identificando e assinado pelo responsável.

A. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA ENVENENADA

1. Nome:
2. Idade: em anos
3. Profissão: marcar a profissão que estiver exercendo distinguindo Dona de Casa de empregada doméstica, desempregado, biscateiro, não tem profissão, a procura do 1º emprego só para citar alguns:
4. Sexo:
5. Bairro:
6. Cidade: (Código do IBGE)

Ponto de referência: rua. Senador Pompeu - 1757. Ponto de referência: Faculdade de Direito.

B. 7 U.S. Ex: Instituto Dr. José Frota - Centro

8. Data: dia mês e ano do atendimento.

9. No do Reg. Aten: número do registro do atendimento do paciente ou número do prontuário que ele receber onde está efetivamente sendo atendido.

D.S.: No do Distrito Sanitário, onde houver.

DERES: No da Dere

MUNICÍPIO: cidade onde fica a U. S.

C - 10. ATENDIMENTO

01. Telefônico : quando um profissional devidamente capacitado dar orientação p/tratamento de um paciente envenenado em outra U.S. e esta não preenche esta ficha específica;

02. Hospitalar: quando a U.S. é um hospital de urgência ou tem urgentista;

03. Ambulatorial: quando a U. S. é um Centro de Saúde, Posto de Saúde ou Ambulatório.

D - 11. EXPOSIÇÃO

01. Aguda: quando ocorreu de uma só vez ou num intervalo de poucos dias;

02. Crônica: quando a exposição ao veneno ou agente químico se deu durante um longo período;

03. Desconhecida: quando não há informação se aguda ou crônica.

E - 12. Circunstância (acidental, intencional e outros).

01. Geral : marcar aqui os acidentes não especificados nos outros itens Ex: criança de um ano (< 7 anos ?) que toma água sanitária;

02. Ocupacional: Acidente ocorrido no local do seu trabalho, em outro local mas a serviço de sua empresa e vice-versa;

03. Prescrição Médica: Quando o produto prescrito por médico resulta em envenenamento;

04. Erro de Administração: Quando quem administra o remédio o faz de maneira incorreta. Ex: Trocar a via de administração;

05. Ecológica: Quando o envenenamento foi devido a um acidente denominado pelas autoridades competentes da Ecologia e ademais este meio não se enquadra em OCUPACIONAL.

06. Tent. de Suicídio: Quando a própria pessoa tenta contra sua própria vida incluindo crianças normais a partir de sete (07) anos e adultos não declarados deficientes mentais graves, incluídos no acidente geral (01).

07. Auto-Medicação: Quando o indivíduo adulto faz sua própria prescrição e esta resulta em envenenamento.

08. Pres. Leiga: Quando o agente tóxico foi prescrito por pessoa não autorizada.

09. Abuso: Trata-se do uso de qualquer agente químico para se drogar (obter efeitos prometidos como exóticos (alucinações, ausência de dor, ausência de responsabilidade, etc. maconha, cocaína, arteme ("aranha") cola de sapateiro, etc.

10. Homicídio: Quando outra pessoa atentou contra a vida do paciente.

11. Maus Tratos: Quando outra pessoa atenta contra a integridade física do paciente e não se pode qualificar como homicídio (10).

12. Efeitos Colaterais: Quando o medicamento prescrito e administrado corretamente resultou em efeito diferente e maléfico. Ex: reação alérgica a medicamentos;

13. Ignorada: Quando não se conhece a circunstância.

14. Outra: Quando se conhece a circunstância e esta não se enquadra nas anteriores.

F - 13. ZONA

01. Urbana (na cidade)
02. Rural (no campo)
03. Ignorada

G - 14. LOCAL DE EXPOSIÇÃO

01. Residencial: Quando na própria residência ou de outro e não se enquadrar em outro item.
02. Local de Trabalho: Quando no local de trabalho do paciente. Ex: Picada de cobra ao roçar mato
03. Serviço de Saúde: Em U.S. e não se enquadrar no item local de trabalho.
04. Escola: Em escola e não se enquadrar em local de trabalho
05. Meio Ambiente: Em ambiente não incluído nos anteriores e bem definido ecologicamente.
06. Outros: Que não se enquadra nos anteriores escrever o nome.
07. Ignorado.

H - 15. Via de exposição (contato do agente com a pessoa envenenada).

01. Oral: Quando pela boca (ingestão);
02. Cutânea: na pele (contato);
03. Mucosa: quando a principal via for a mucosa e não se enquadrar nos anteriores;
04. Ocular: olhos;
05. Parenteral: quando injetado;
06. Respiratório: pelas vias respiratórias (aspiração);
07. Mordedura: mordidas de animais que tem dentes mas não injetam veneno por eles.
Ex: mordida de cobra não venenosa;
08. Picada nos MMSS: picada de animal peçonhento nos membros superiores;
09. Picada nos MMII: picada de animal peçonhento nos membros inferiores;
10. Picada em Outros Locais: picada de animal peçonhento em local definido mas não se enquadra nos itens 08 ou 09;
11. Outra via. (Especificar a via).
12. Ignorada: quando não se sabe qual foi a via;

I - 16. TEMPO ENTRE O ACIDENTE E O ATENDIMENTO

Marca-se aqui o tempo decorrido entre a hora da exposição ao agente tóxico e a hora do atendimento na U. S.

01. < 6 horas de zero até 5hs, 59'59".
02. > 6 hs < 12hs de 6 a 11hs 59'59".
03. > 12 horas mais de 12 horas completas
04. Indeterminado: Quando não se sabe o tempo decorrido.

J - 17. Manifestações Clínicas: Anotar as principais e típicas manifestações clínicas quando houver. Ex: Sialorréia, fasciculação, miose e diarreia (organo fosforado) caso contrário marcar 2) Não e 3) ignorado.

L - 18. Medicação Prescrita (Quantidade) Anotar a medicação principalmente se enquadra nos itens especificados e codificado, apenas a mais importante.

Anotar a quantidade principalmente quando se tratar de ampolas de SORO ANTIBOTRÓPICO, ANTICROTÁLICO etc.

M - 19. Agente Agressor ou Tóxico: codificar com ajuda dos manuais de toxicologia, sempre tentando agrupar em um dos nove (9) subgrupos. E se se conhece mas não se consegue agrupar de 101 a 903 marca-se 901. Se não se consegue agrupar e não se conhece, marca-se 999.

N - AGENTE AGRESSOR OU TÓXICO : nome comercial e químico do produto, remédio ou droga, nome popular e/ou científico da planta ou do animal causador do motivo que levou o paciente ao médico.

OB. preencher ficha para todos que procuram a U. S. quer seja por animal peçonhento ou não peçonhento. Anotar também o agente secundário quando houver em ordem decrescente de importância.

O - 20. NOME DO LOCAL DE AQUISIÇÃO DO PRODUTO: Este item tem grande importância para a Vigilância Sanitária principalmente quando se tratar de medicamentos de uso controlado, pesticidas ou alimento contaminado. Nestes casos anotar inclusive o endereço do local de aquisição e comunicar imediatamente a Vigilância Sanitária do seu Município ou do Estado onde não houver atuação da primeira.

01. Farmácia Comercial: Farmácia e drogaria que vende e manipula medicamentos.

02. Casa de Produtos Veterinários: Incluem-se nessa categoria farmácias veterinárias e casas de vendas de produtos pesticidas e herbicidas.

03. Unidade de Saúde: Centro de Saúde, Hospitais e Casas de Partos.

04. Feiras Livres (Feira) : Venda de frutas, verduras e alimentação pronta.

05. Supermercado

06. Mercadoria

07. Traficante: Indivíduo que comercializa produtos para o indivíduo praticar o ABUSO (Item 14 da circunstância).

08. Não quer indicar: Quando a pessoa se nega a dizer o local de aquisição por medo ou para proteger.

09. Outros: Não classificados nos itens anteriores.

10. Indeterminado: Quando não se conhece.

11. Amigos e familiares:

P - 21. EVOLUÇÃO

01. Cura: Quando a pessoa recebe alta, curada do envenenamento propriamente.

02. Sequela: Quando recebe alta e o veneno deixou marcas físicas. Ex: Esofagite cáustica devido a ingestão de amoníaco.

03. Desconhecida

04. Óbito

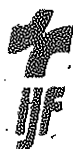
Obs: Ex. Paciente internado Ex: Paciente transferido

Nome do Resp. Pelo Preenchimento.

Assinatura

**QUESTIONÁRIO DO CENTRO DE ASSISTÊNCIA
TOXICOLÓGICA EPIDEMIOLOGIA DAS INTOXICAÇÕES**

ANEXO 02



CEATOX
CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA
EPIDEMIOLOGIA DAS INTOXICAÇÕES

BOLETIM Nº: _____ ANO: _____		NÃO PREENCHER DO C.P.D. 1) INICIAIS [] 2) IDADE [] DATA NASCIMENTO [/ /] 3) PROFISSÃO [] 4) SEXO [] 5) BAIRRO [] 6) CIDADE [] 7) UNIDADE [] 8) DATA [/ /] 9) Nº REG. ATEN. [] 10) ATENDIMENTO [] 11) EXPOSIÇÃO [] 12) CIRCUNST. [] 13) ZONA [] 14) LOCAL EXP. [] 15) VIA EXP. [] 16) TEMP. ATEND. [] 17) MAN CLIN. [] 18) MED. USADA []		
A	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 1) NOME: _____ 2) IDADE: _____ 3) PROFISSÃO: _____ NASC.: ____/____/____ END.: _____ 4) SEXO: 1-M 2-F 3-Ign PONTO DE REF.: _____ 5) BAIRRO: _____ CRP.: □□□□□-□□□ 6) CIDADE: _____			
B	7) UNIDADE DE SAÚDE: _____ 8) DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____ 9) Nº REG. ATEND.: _____ DIRES: _____ D. SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____			
C	10) ATENDIMENTO: 01. Telefone 02. Hospitalar 03. Ambulatorial		D	11) EXPOSIÇÃO: 01. Aguda 02. Crônica 03. Ignorada
E	12) CIRCUNSTÂNCIAS: 01. Geral 06. Tent. Suicídio 11. Maus Tratos 02. Ocupacional 07. Auto Medicação 12. Efeitos Colaterais 03. Presc. Médica 08. Presc. Leiga 13. Ignorada 04. Erro de Admin. 09. Abuso 14. Outra circunstância 05. Ecológico 10. Homicídio ()			
F	13) ZONA: 01. Urbana 02. Rural 03. Ignorada		G	14) LOCAL DE EXPOSIÇÃO: 01. Residência 02. Local de Trabalho 03. Serviço de Saúde 04. Escola 05. Meio Ambiente 06. Outro Local () 07. Ignoravio
H	15) VIA DE EXPOSIÇÃO: 01. Oral 06. Respiratória 11. Outra via 02. Cutâneo (pele) 07. Mordedura () 03. Mucosa 08. Picada Memb. Sup. 12. Ignorada 04. Ocular 09. Picada Memb. Inf. 05. Parenteral 10. Picada outra parte do Corpo			
I	16) TEMPO ENTRE O ACIDENTE E O ATENDIMENTO 01. Menos de 6 horas 02. Entre 6 e 12 horas 03. Mais de 12 horas 04. Tempo indeterminado		J	17) MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS 1. Sim _____ Quais? 2. Não 3. Ignorado
L	18) MEDICAÇÃO PRESCRITA (ANOTAR A QUANTIDADE) 01. Xarope de Ipeca 08. Soro antiescorpiônico 02. Carvão ativado 09. Soro anticrotálico/Soro antitotrópico 03. Pralidoxima 10. Não houve necessidade de uso 04. Flumazenil 11. Outra medicação () 05. Soro anticrotálico 12. Ignorado 06. Soro antitotrópico 13. Soro Antilaquético 07. Soro antielapídico 14. Soro Antiaracnídeo Quantidade: ()			

19) AG. TÓXICO PRINCIPAL
[]

AG. TÓXICO SECUNDÁRIO
[]

20) LOCAL DE AQUISIÇÃO
[]

21) EVOLUÇÃO
[]

M 19) AGENTE AGRESSOR OU TÓXICO

MEDICAMENTOS 101 Medicamento - CBM 102 Outros 103 Indeterminado	PESTICIDA/HERBICIDA 201 Organofosforado 202 Carbamato 203 Organoclorado 204 Piretróide 205 Paraquat/Diquat 206 Glifosato 207 Arsenico 208 Dicumarimico 209 Fungicidas 210 Outros 211 Indeterminado 212 Outros raticidas	PROD. QUÍM. DOM. 301 Solventes Voláteis 302 Alcools 303 Fenol/Cresol 304 Hipoclorito Sódio 305 Cíusticos 306 Detergentes 307 Perfumes/Cosméticos 308 Monóxido de Carbono 309 Clorato 310 Outros 311 Indeterminado
METAIS 401 Chumbo 402 Arsênico 403 Mercúrio 404 Cromo 405 Níquel 406 Outros 407 Indeterminado	PLANTAS 601 Mamona 602 Pinhão Paraguado (Pinhão Roxo) 603 Seta branca (Zabumba) 604 Mandioca brava 605 Cogumelos 606 Comigo ninguém pode 607 Espirradeira 608 Outros 609 Indeterminado 610 Cabacinha	PROD. QUÍM. INDUST. 701 Solv. Voláteis 702 Alcools 703 Fenol/Cresol 704 Hipoclorito Sódio 705 Cíusticos 706 Detergentes 707 Perfumes/Cosméticos 708 Monóxido Carbono 709 Clorato 710 Outros 711 Indeterminados 712 Quercenas
PEÇONHENTOS 501 Bothrops 502 Crotalus 503 Elapídico 504 T. Bahiensis 505 T. Serrulatus 506 T. Stigmurus 507 Phoncutria 508 Lycosa 509 Loxosceles 510 Latrodectus 511 Caranguejeira 512 Serpente NE 513 Escorpião NE 514 Outros 515 Indeterminado 516 Abelha 517 Outros Insetos 518 Lactuais	801 Alimento não especificado	901 Outro agente tóxico 902 A. N. peçonhento 903 Alcoolismo 999 Agente tóxico desconhecido

N - AGENTE AGRESSOR OU TÓXICO

*Nome Comercial/Químico ou tipo de animal peçonhento.
 *Veja acima relação de agentes agressores ou tóxico.

O 20) NOME DO LOCAL DE AQUISIÇÃO DO PRODUTO:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| _____ 01. Farmácia Comercial | _____ 07. Traficante |
| _____ 02. Casa de Prod. Vet. | _____ 08. Não quer indicar |
| _____ 03. Unidade de Saúde | _____ 09. Outros |
| _____ 04. Feira Livre | _____ 10. Indeterminado |
| _____ 05. Supermercado | _____ 11. Amigos e Familiares |
| _____ 06. mercearia | |

P 21) EVOLUÇÃO: 01. Cura 02. Sequela 03. Ignorado 04. Óbito

OBSERVAÇÃO:

NOME DO RESP. PELO PREENCHIMENTO: _____

ASSINATURA: _____