



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA**

**CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS
NICOLE DE SOUSA CUNHA LIMA
PEDRO FREIRE DE LIMA NETO
YOKEBEDH NERI ONIAS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES POR TENTATIVA DE SUICÍDIO
EM CAMPINA GRANDE E REGIÃO**

**Campina Grande-PB
Junho de 2014**

**CAMILA MARIBONDO MEDEIROS RAMOS
NICOLE DE SOUSA CUNHA LIMA
PEDRO FREIRE DE LIMA NETO
YOKEBEDH NERI ONIAS**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTOXICAÇÕES POR TENTATIVA
DE SUICÍDIO EM CAMPINA GRANDE E REGIÃO**

Trabalho de conclusão de curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Medicina (CCBS-UFCG) em atenção à
resolução CCBS nº01/2012.

Orientador: Prof. Dr. Saulo Rios Mariz

Campina Grande-PB
Junho de 2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do CCBS - UFCG

R175p

Ramos, Camila Marimbondo Medeiros.

Perfil epidemiológico das intoxicações por tentativa de suicídio em campina grande e região/ Camila Marimbondo Medeiros Ramos, Nicole de Sousa Cunha Lima, Pedro Freire de Lima Neto, Yokebedh Neri Onias. -- 2014.

55 f.

Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Prof. Saulo Rios Mariz, Dr.

1. Suicídio. 2. Substâncias Tóxicas. 3. Epidemiologia. 4.Prevenção. I. Autor. II. Título.

CDU 616.89-008.441.44+620.266.1(813.3)

RESUMO

O suicídio pode ser considerado atualmente uma importante questão de saúde pública. Dentre os métodos mais utilizados para sua realização, tem grande importância a ingestão de toxicantes, como medicamentos e domissanitários. Tal dado confere importância às ações de toxicovigilância, como as promovidas pelos Centros de Assistência e Informação Toxicológica, com vistas ao acompanhamento e prevenção destas ocorrências. Deste modo, realizou-se uma pesquisa documental, transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada no período de janeiro a outubro de 2013, utilizando dados do Ceatox de Campina Grande-PB. A amostra consistiu em casos notificados de intoxicações na circunstância de tentativa de suicídio. A maior parte das tentativas de suicídio se deu na segunda metade do período analisado, em pacientes do sexo feminino, de idades entre 10 e 19 anos, estudantes e pessoas do lar, residentes em zona urbana e procedentes do próprio município de Campina Grande. Os meios mais utilizados foram a ingestão de medicações (principalmente benzodiazepínicos) e de agrotóxicos de uso agrícola (predominantemente o “chumbinho”). A maioria dos casos evoluiu para cura sem sequelas. Tal perfil condiz com dados de trabalhos anteriores, reforçando a necessidade de vigilância na prescrição de psicotrópicos, fiscalização do comércio ilegal de toxicantes e assistência psicológica à população.

Palavras-chave: Suicídio. Tóxico. Epidemiologia. Prevenção.

ABSTRACT

Suicide can currently be considered an important public health issue. Among the methods used for its achievement, intaking toxicants, such as medicines and household. This data gives importance to toxicovigilance as promoted by the Toxicological Information and Assistance Center in order to monitor and prevent such occurrences. Thus, there was a documentary, cross, retrospective study with a quantitative approach, carried out in the period January to October 2013, using data from Ceatox - CG. Sample consisted of cases of poisoning in the circumstances of a suicide attempt. Most suicide attempts occurred in the second half of the reporting period, in female patients, aged between 10 and 19 years, students and people from home, living in an urban area and from Campina Grande. Most media used were ingestion of medications (especially benzodiazepines) and agricultural pesticides (mainly the "chumbinho"). Most cases resulted in cure without sequelae. This profile is consistent with data from previous studies, reinforcing the need for vigilance in prescribing psychotropic drugs, monitoring of toxicants illegal trade and psychological assistance to the population.

Keywords: Suicide. Toxic. Epidemiology. Prevention.

Dedicamos...

A Deus, força maior de todas as coisas, razão de estarmos aqui;

Aos nossos pais, pelo suporte e esforço incondicional que empreenderam para que alcançássemos nossos objetivos, razão de chegarmos até aqui;

Aos nossos pacientes, por gentilmente nos ensinarem tanto através de sua dor, por se tornarem a razão de continuarmos.

AGRADECIMENTOS

À UFCG, por nos fornecer subsídios para a nossa formação profissional;

Ao nosso orientador, Professor Doutor Saulo Rios Mariz, pela cuidadosa orientação, pela disponibilidade e apoio em todas as etapas deste trabalho;

Ao Centro de Assistência e Informação Toxicológica (CEATOX-CG), através da Professora Doutora Sayonara Lia Fook, pela rica experiência de vivência na unidade e pela concessão do uso de dados;

Ao Professor Doutor Gerson Bragagnoli pelo auxílio prestado em todas as análises estatísticas;

Às professoras Ana Fábria e Gisetti, por aceitarem fazer parte da banca examinadora;

Aos nossos amigos, familiares e a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

“Os médicos estão fazendo a autópsia
Dos desiludidos que se mataram.
Que grandes corações eles possuíam.
Vísceras imensas, tripas sentimentais
e um estômago cheio de poesia...”

(Necrológio dos desiludidos do amor – Carlos Drummond de Andrade)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais fatores predisponentes e precipitantes do ato suicida	19
Quadro 2 – Doenças psicológicas mais frequentemente associadas ao ato suicida	20

LISTA DE TABELA E GRÁFICOS

Tabela 1 – Caracterização das tentativas de suicídio por toxicantes, segundo variáveis selecionadas. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013	26
Gráfico 1 – Distribuição percentual dos casos de tentativa de suicídio por grupo farmacológico ou medicamento utilizado. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.....	30
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos casos de tentativa de suicídio por grupo de agrotóxico utilizado e ocupação. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.....	31
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos casos de tentativa de suicídio por grupo de agente tóxico utilizado e seguimento. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.....	32
Gráfico 4 – Distribuição percentual dos casos de tentativa de suicídio por ocupação e escolha de benzodiazepínicos como agente tóxico utilizado Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS

AINES	Anti-inflamatórios Não Esteroidais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BZD	Benzodiazepínicos
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEATOX	Centro de Assistência e Informação Toxicológica
CVV	Centro de Valorização da Vida
EUA	Estados Unidos da América
HETEDLGF	Hospital Estadual de Trauma e Emergência Dom Luiz Gonzaga Fernandes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	13
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
3.1	HISTÓRIA DO SUICÍDIO.....	14
3.2	TEORIAS SOBRE O SUICÍDIO	16
3.2.1	Durkheim: Suicídio enquanto fenômeno social	16
3.2.2	Pulsão de morte no laço social – Freud	17
3.3	FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO	18
3.4	EPIDEMIOLOGIA	21
4	OBJETIVOS	23
4.1	OBJETIVO GERAL.....	23
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5	METODOLOGIA	24
5.1	TIPO DE ESTUDO E LOCAL DA PESQUISA	24
5.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
5.3	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	24
5.4	VARIÁVEIS ANALISADAS	24
5.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
5.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	25
6	RESULTADOS	26
7	DISCUSSÃO	34
8	CONCLUSÃO	44
9	REFERÊNCIAS	45
	ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental está diretamente relacionada à capacidade do indivíduo em equilibrar o patrimônio emocional, interno, e as vivências e exigências do meio externo (LORUSSO, 2013). Uma vez havendo desarmonia entre estas duas partes, tem-se espaço para o surgimento das variadas afecções no campo da saúde mental, tão prevalentes em nossos dias, a exemplo da depressão e dos transtornos de ansiedade. Algumas têm relevância tal, que podem ser consideradas como sendo verdadeiras questões de saúde pública.

Costa e Victora (2006), ao reunirem diversos conceitos de “questão de saúde pública” existentes na literatura, mencionam que, para enquadrar uma problemática em tal conceito, devem ser considerados critérios como a prevalência e a gravidade do problema, o interesse da comunidade e a existência de medidas plausíveis para o controle do mesmo.

Com base nos conceitos expostos acima, pode-se afirmar a existência, na sociedade hodierna, de um problema que, de forma geral, se apresenta como a complicação mais grave entre os sintomas das afecções da saúde mental, e que se constitui em um notável problema de saúde pública: o suicídio.

A renúncia voluntária à vida é um fenômeno que atrai a atenção dos vários saberes humanos, na busca por sua compreensão. Foi poetizado desde a Antiguidade em histórias como a de Píramo e Tisbe, os amantes de famílias rivais que tiram suas vidas em nome de um amor impossível - e que séculos mais tarde inspiraria William Shakespeare a abordar o mesmo tema na tragédia de Romeu e Julieta. Foi condenado em vários momentos da civilização, relacionado a deuses, demônios e à fraqueza do espírito humano. Foi enaltecido e usado como arma de luta por causas coletivas, como no ritual minucioso do suicídio haraquiri do Japão medieval, ou na luta pela pátria dos pilotos camicases na Segunda Guerra Mundial (QUADROS, 2010).

Objeto de estudo da Medicina, Filosofia, Sociologia, Teologia e outros saberes, o suicídio é um assunto que intriga a humanidade desde os primórdios da História. Albert Camus, em *O Mito de Sísifo*, defende que “o suicídio é o único problema filosófico verdadeiramente sério”, uma vez que traz à tona a indagação de até qual ponto a vida vale a pena ser vivida, a despeito do sofrimento inerente à existência humana (CAMUS, 2009). Tal questionamento não é passível de respostas

prontas ou unânimes. No entanto, o instinto de sobrevivência que ainda persiste no ser humano torna a defesa da vida uma ação importante e desejável.

A partir desse panorama, organizações governamentais como o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), ou não governamentais, a exemplo do Centro de Valorização da Vida (CVV), bem como psicólogos e demais profissionais da saúde, têm desenvolvido estratégias no intuito de prevenir e reduzir a incidência de tentativas de suicídio na população (DOCKHORN; WERLANG, 2009).

Para que tais ações sejam realizadas com eficácia, faz-se imprescindível conhecer os meios mais utilizados pela população nas referidas tentativas de suicídio. Trabalhos como o de Romão e Vieira (2002) mostram a importância dos agentes tóxicos nessas ocorrências. A partir do reconhecimento do potencial de morbidade e letalidade de agentes frequentemente utilizados nos casos (barbitúricos, benzodiazepínicos, paracetamol, agrotóxicos), percebe-se a importância e a necessidade de um sistema de vigilância toxicológica.

Nesse contexto, os Centros de Toxicologia, como o Ceatox (Centro de Assistência e Informação Toxicológica), ao atuarem registrando casos de intoxicação por substâncias variadas, reúnem informações a respeito também das intoxicações intencionais, contribuindo para a compreensão do fenômeno suicídio, no que se refere às tentativas por uso de toxicantes variados.

2 JUSTIFICATIVA

Embora constitua temática de comum interesse a diversas áreas na comunidade acadêmica, tendo sido objeto de amplo estudo ao longo do tempo, muito ainda se tem a conhecer acerca do suicídio.

Sabe-se que, dentre os diversos métodos utilizados nas tentativas de suicídio, as substâncias químicas bioativas com potencial de produzir efeito deletério aos organismos vivos, principalmente aos seres humanos, denominadas de agentes tóxicos ou toxicantes, têm sido vastamente utilizadas, correspondendo a um considerável percentual dos casos.

O Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (Ceatox-CG) apresenta uma base de dados relevante, contendo registros de diversos casos de intoxicação, inclusive por tentativa de suicídio com agentes variados - quer sejam medicamentos, agrotóxicos ou domissanitários - possibilitando ambiente propício para análise do perfil epidemiológico dos casos em Campina Grande e região.

Acreditamos que através de um perfil epidemiológico regional do fenômeno pode-se melhor compreender as tentativas de suicídio em nossa região, informação esta que pode ser utilizada posteriormente no planejamento de estratégias de prevenção do evento.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 HISTÓRIA DO SUICÍDIO

O ato de suicidar-se é um fenômeno complexo, encarado pela humanidade das mais variadas formas desde os primeiros registros de sua ocorrência na História. Tido como tabu da sociedade já nos seus primeiros registros, o assunto sempre foi divisor de opiniões. Na Grécia e Roma antigas, a visão a respeito do suicídio variava de acordo com a escola filosófica. Aristóteles, por exemplo, considerava o ato como uma fuga às responsabilidades sendo, portanto, oposto às virtudes do homem (CORRÊA; BARRERO, 2006).

Por outro lado, escolas como os cirenaicos, cínicos, epicuristas e estoicos defendiam a total liberdade do indivíduo sobre sua vida e, conseqüentemente, sua morte. Em Roma, o suicídio era visto de forma menos divergente e mais positiva, sobretudo se motivado por questões concernentes à honra da pessoa envolvida, a exemplo de causas políticas. A partir daí, surge a expressão “morte romana” para conceituar a morte tida como digna (MARQUES, 2012).

Com o surgimento e a disseminação do Cristianismo, e após a conseqüente proibição de sua prática pelas autoridades romanas da época, o conceito de suicídio começa a ser difundido, através da propagação, pelos discípulos de Jesus, da ideia de que a vida terrena não tinha qualquer valor, sendo o céu o único objetivo relevante a ser atingido e tornando o martírio dos fiéis como forma louvável de alcançar o paraíso celestial (BIBLIA, 2008).

Com o crescente número de adeptos da ideologia cristã se voluntariando à morte, a Igreja passa a considerar o suicídio como um pecado. A partir de escritos de Santo Agostinho em Cidade de Deus, renunciar à vida é agora ensinado como fuga dos tormentos terrenos. Apresenta os tormentos eternos como preço a ser pago pelos que cometem o ato, ideia oficializada como mandamento da Igreja Católica no concílio de Arles, em 452 d.C., quando se passa a considerar o suicídio como sendo um crime motivado por fúria de demônios, uma vez que o corpo humano não pertenceria ao próprio indivíduo, mas a Deus (SILVA, 2009); assim sendo, atentar contra a própria vida seria voltar-se contra o criador, pecado passível de castigo na vida terrena e após a morte.

Tais ideias perduraram por toda a Idade Média, das mais variadas e severas formas, reforçadas e ampliadas em concílios anteriores, sempre associando os suicidas à loucura ou à possessão e promovendo penas aos infratores, ainda que apenas retirando direitos funerários de quem o cometia. Na literatura, o inferno dantesco da Divina Comédia descrevia castigo especial para os suicidas, que seriam, de acordo com a obra, condenados a virarem árvores constantemente arranhadas por harpias (COSTA, 2011).

No Renascimento, com a contestação dos valores medievais da sociedade e a retomada de valores greco-romanos, o questionamento dos dogmas da Igreja Católica e o estímulo ao individualismo, o autoextermínio passa a ser visto sem a severidade com que era tratado nos séculos anteriores. A invenção da imprensa e a consequente difusão da cultura escrita trataram de disseminar tais ideias, a exemplo de Erasmo de Rotterdam que defendia, em seu “Elogio da Loucura”, a retirada da própria vida como solução plausível, se o objetivo era fugir de uma vida insuportável.

Frente à disseminação de tais ideias, a resposta da Igreja Católica, bem como dos reformadores protestantes, era de reforço vigoroso à condenação do suicídio. A discussão em torno do assunto perdurou até o Século das Luzes, onde, surpreendentemente, a prática não foi abertamente influenciada por nenhum dos filósofos da época, mas dividindo opiniões entre a oposição, a hesitação e a tolerância. Tal fato é justificado ao considerarmos que as ideias difundidas à época visavam o fortalecimento da racionalidade do homem, e o suicídio seria resultante de um espírito atormentado e, portanto, fora da racionalidade tão propagada (SILVA, 2009).

Ainda no século XVIII, Philippe Pinel, considerado o pai da Psiquiatria moderna, observa existirem pacientes com tendência à melancolia e ao suicídio, propondo o uso de eletrochoque como tratamento para a atenuação de tais tendências. Esquirol, discípulo de Pinel, considera a tendência suicida como necessariamente atrelada a patologias mentais (SILVA, 2009). Em 1897, Émile Durkheim lança a primeira versão de sua obra “O Suicídio”, que abordava, de forma inovadora, a visão sociológica sobre o fenômeno.

Os escritos de Durkheim apresentam uma nova visão sobre o suicídio, ao incluí-lo entre os assuntos concernentes à Sociologia, inaugurando o conceito de anomia – sentimento definido pela falta de objetivos e perda de identidade, frequente

nos indivíduos das sociedades modernas, e apresentado como sentimento promotor de ideação suicida (DURKHEIM apud BARBOSA, 2013).

No século passado, Sigmund Freud inclui em suas obras o suicídio como um dos chamados Equívocos, juntamente com o ato falho, o lapso e o esquecimento, onde se faz fronteira entre o normal e o patológico (JUSTUS, 2003).

3.2 TEORIAS SOBRE O SUICÍDIO

Conforme observamos, o suicídio tem sido alvo do interesse de muitos estudiosos ao longo da história. Abordaremos algumas noções das principais teorias acerca do fenômeno em seus múltiplos aspectos.

3.2.1 Durkheim: Suicídio enquanto fenômeno social

Em seu livro “O Suicídio”, Durkheim (1897/2005) introduz o conceito de corrente de origem social, chamada por ele de corrente suicidógena, indicando que existiria uma tendência suicida de origem não individual, mas coletiva, perpassando toda a sociedade, que atingiria indivíduos com certa predisposição psicológica.

Segundo Durkheim, a sociedade resulta de forças morais reguladoras externas ao indivíduo, que atuam suprimindo o desejo individual em favor do interesse coletivo e do convívio social harmônico. A corrente suicidógena vem a ser uma dessas forças reguladoras externas. No entanto, uma vez que o indivíduo não recebe passivamente a carga moral oriunda da sociedade, ocorre a produção de subjetividade e a singularização do indivíduo.

A partir de tais conceitos, o ato suicida é apresentado por Durkheim em três diferentes formas representativas de patologias do vínculo social. São eles o suicídio egoísta, o altruísta e o anômico.

O primeiro envolve a desvinculação do indivíduo dos laços sociais e, portanto, dos interesses coletivos, o que impõe ao mesmo o dever de dar sentido à sua própria existência, gerando sofrimento insuportável.

No suicídio altruísta, os interesses individuais se confundem com os coletivos, extinguindo a noção do valor individual e dando ao grupo a prioridade sobre o desejo de vida ou morte do sujeito.

Por fim, no chamado suicídio anômico, acontece desregulação das regras normais da sociedade, com consequente afrouxamento dos laços sociais e, por vezes, perda de identidade, o que ocasiona o caos psíquico e gera o impulso suicida. Tal conceito se aplica a situações de crise da sociedade, tais como períodos de recessão econômica.

Para Durkheim, há uma esfera psíquica que escapa à regulação social, e que é fronteira entre o comportamento inato e o socialmente moldado (SILVA, 2007). A dinâmica entre estes dois fatores é de fundamental importância para a compreensão dos diversos tipos de suicídio propostos pelo sociólogo em sua obra, conforme Silva e Couto (2009):

Durkheim estabelece um ponto de tangência entre:

- Um mal-estar cultural, com a crise das normas de um grupo e um mal-estar do indivíduo;
- O transbordamento de sua realidade psíquica caótica e insaciável;
- A necessidade para a sociedade e para o indivíduo tanto da manutenção de um funcionamento ótimo das normas quanto do restabelecimento de seu poder de coerção sobre o indivíduo (SILVA; COUTO, 2009, p. 03).

3.2.2 Pulsão de morte no laço social – Freud

A obra de Freud é permeada pela relação entre objetificação do sujeito, inibição de suas pulsões por forças externas e a existência de uma ideia suicida que, uma vez concretizada, promoveria satisfação de seus desejos inconscientes. Como afirma Justus (2003, p. 37):

Em “Luto e Melancolia” Freud indica que “o sujeito só pode se matar se puder tratar a si mesmo como um objeto”. Concluiu que a destrutividade pode se direcionar para o sujeito em caso de uma intensa supressão das pulsões pela cultura. Afirma ainda, em 1929, que o sentimento de culpa é o problema mais importante do desenvolvimento cultural. O melhor tratamento para a expressão “sentimento inconsciente de culpa” seria, de fato, “necessidade de punição”. Já que a culpa é sempre uma culpa recordada, ela seria encenada pelo destino, o porta-voz das figuras parentais.

Percebe-se que tanto Durkheim quanto Freud concordam com a ideia de que o suicídio, enquanto fenômeno social, pode ter sua origem explicada pela divergência entre as exigências psíquicas e a realidade social do indivíduo.

3.3 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

Os comportamentos suicidas não constituem uma doença, embora na maioria estejam associados a diversos transtornos mentais. Assim, não podemos dizer que suicidar-se é exclusivo de pessoas em sofrimento psíquico documentado. Determinadas doenças físicas apresentam também significativa associação com os comportamentos suicidas, como nos pacientes com síndrome de dor crônica, a exemplo da fibromialgia (TRIÑANES et al, 2014), doenças neurológicas (como a epilepsia, lesões neurológicas medulares e centrais e sequelas de acidentes vasculares cerebrais), infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e certas neoplasias (BERTOLOTE, 2003).

Grande parte dos suicídios ocorre em pessoas que, além de sofrerem de uma doença clínica, encontram-se sob influência de transtornos psiquiátricos, tendo associação frequente à depressão, anorexia nervosa – em menor grau (WHITEFORD et al, 2013), bem como ao transtorno bipolar (TIDEMALM et al, 2014). É importante ressaltar que história pregressa de tentativa de suicídio é um fator decisivo para o aumento do risco de suicídio (BRITO et al, 2013).

De modo geral, as ocorrências de suicídio são predominantes no sexo masculino, em uma proporção aproximada de 3:1 (DEDIC, 2014); Pode-se observar, no entanto, uma maior predominância entre mulheres quando se trata de tentativas de suicídio (ALVES et al, 2014). Todavia, é necessário notar que essas diferenças vêm diminuindo (BERTOLOTE, 2009). A literatura menciona maiores taxas de suicídio entre pessoas idosas (PARK, 2014), com pico atual entre os acima de 75 anos de idade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em determinados países a situação é radicalmente diversa, a exemplo da Nova Zelândia, onde o pico fica entre 25 e 34 anos; e no Japão, entre 55 e 64 anos (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

É sempre necessário distinguir entre fatores predisponentes, ou seja, aqueles remotos, mais distais, que criam o terreno no qual os comportamentos suicidas se expressam, e os fatores precipitantes, proximais, que os desencadeiam, os quais são chamados também de estressores associados ao risco de comportamentos suicidas (BATTY, 2010). Os fatores precipitantes de comportamentos suicidas estão associados a uma série de situações que

implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de *status*, em geral, para pior, como a relação apontada por Pompili et al (2014) entre desemprego e tendências suicidas. Outro fator de risco é a inserção do indivíduo em uma minoria étnica, conforme registrado entre afro-americanos por Walker e Bishop (2005), ou minoria sexual (CRAMER et al, 2014; SKERRETT et al, 2014). Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) elencaram diversos fatores predisponentes e precipitantes conforme o quadro 1. Desta feita, eles também conseguiram organizar, por ordem de frequência, os diagnósticos mais encontrados em pacientes suicidas. Estes dados encontram-se no quadro 2.

Quadro 1 – Principais fatores predisponentes e precipitantes do ato suicida.

Fatores Predisponentes	Fatores Precipitantes
Sexo	Separação conjugal
Idade	Ruptura de relação amorosa
História Familiar de Comportamento Suicidas, alcoolismo ou outros transtornos mentais	Rejeição afetiva e/ou social
Tentativa (s) prévia (s)	Alta recente de hospitalização psiquiátrica
Presença de Transtornos Mentais	Graves perturbações familiares
Presença de doenças físicas	Perda de emprego
Presença de desesperança	Modificação da situação econômica ou financeira
Estado Civil divorciado, viúvo ou solteiro	Gravidez indesejada (principalmente para solteiras)
Abuso físico, emocional ou sexual da infância	Vergonha
Estar desempregado ou aposentado	Temor de ser descoberto (por algo socialmente indesejável)
Isolamento social	
Pertencer a uma minoria étnica	
Pertencer a uma minoria sexual	
Baixo nível de inteligência	

Fonte: BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA (2010).

Quadro 2 – Doenças psicológicas mais frequentemente associadas ao ato suicida.

Diagnósticos encontrados em pacientes suicidas	
Transtornos do humor	30,2%
Transtornos por uso de substância (álcool)	17,6%
Esquizofrenia	14,1%
Transtornos da personalidade	13%
Transtornos mentais orgânicos	6,3%
Transtornos de ansiedade/somatiforme	4,8%
Outros transtornos psicóticos	4,1%
Transtornos de ajustamento	2,3%
Todos os demais diagnósticos	5,5%
Sem diagnóstico	2%

Fonte: BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEGA (2010).

Pouco se sabe sobre o que podemos chamar de fatores de proteção em relação aos eventos de tentativa de suicídio. Nesse tema, há mais sugestões razoáveis do que dados encontrados e analisados, uma vez que é difícil estabelecer um método para essa pesquisa. No nosso percurso pela literatura atualizada, não encontramos informações consolidadas. Algumas fontes posicionam certos pontos como fatores de proteção. Meleiro, Teng e Wang (2004) levantou que fatos como ausência de transtorno mental, gravidez, suporte social positivo, religiosidade, estar empregado, presença de criança na família, capacidade de resolução de problema positiva, capacidade de adaptação positiva, são considerados fatores protetores. Outros trabalhos, como o de Florenzano et al (2014), ao estudar a relação entre tentativas de suicídio e crença religiosa, concluiu não haver diferença significativa de risco e/ou proteção entre os indivíduos religiosos e não-religiosos.

A conceituação e a relação de importância desses fatores de risco e proteção nunca serão simples. Mann e Arango (1992), já descreviam o processo suicida como uma predisposição, a partir de uma complexa inter-relação de fatores socioculturais, vivências traumáticas, história psiquiátrica e vulnerabilidade genética. E há sempre que se considerar a ambivalência do comportamento dos suicidas. Conforme tais autores a maioria dos pacientes suicidas é ambivalente, incorpora uma batalha interna entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Ele deseja morrer e, simultaneamente, deseja ser resgatado ou salvo. Atos estereotipados de tomar psicotrópicos e telefonar em seguida para conhecidos, solicitando ajuda, expressam ambas as faces do ato.

3.4 EPIDEMIOLOGIA

Portella et al (2013) nos apresentam estimativas mostrando que mais de um milhão de pessoas no mundo afora cometem suicídio a cada ano, o que classificaria o fenômeno como a terceira principal causa de morte entre pessoas com 15 a 44 anos.

Na maioria dos países há um predomínio de homens entre as pessoas que cometem o suicídio, numa razão de 3 homens para cada mulher. Porém, mulheres são 4 vezes mais comuns do que homens nas tentativas de suicídio. Isso pode ser explicado pelo fato de homens usarem métodos mais agressivos ou potencialmente letais em suas tentativas (PORTELLA et al, 2013), tais como a ingestão de produtos com maior potencial tóxico, como os inseticidas organofosforados (KUMAR et al, 2014). O método de suicídio predominante na América do Sul constitui o enforcamento, tendo uma proporção maior em homens (90%) que mulheres (80%). Todavia, nos Estados Unidos da América (EUA) a arma de fogo é o método mais utilizado. A precipitação de lugar elevado teve uma participação importante na China. Já em outros países asiáticos, o uso de pesticidas refletiu um problema maior em zonas rurais, principalmente no sexo feminino. Envenenamento e intoxicação por drogas são mais comuns nos indivíduos do Canadá, países nórdicos e Reino Unido (ADJACIC-GROSS et al, 2008).

Segundo Lovisi et al (2009), entre 1980 e 2006, foram registrados 158.952 casos de suicídio no Brasil, excluindo-se os casos nos quais os indivíduos tinham menos de 10 anos de idade ($n = 68$). No período estudado, o índice total de suicídio cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes (29,5%). Os índices médios mais altos foram registrados nas regiões Sul (9,3 mortes por 100.000 habitantes) e Centro-Oeste (6,1 mortes por 100.000 habitantes). Segundo os autores, também em nosso país, os homens têm maior probabilidade de cometer suicídio. Os índices mais altos desse agravo foram registrados na faixa etária de 70 anos ou mais, enquanto que os maiores aumentos aconteceram na faixa etária dos 20 aos 59 anos. As principais características sociodemográficas das pessoas que cometeram suicídio durante o período estudado foram: baixo nível educacional e estado civil solteiro. No que diz respeito aos métodos usados para o suicídio, destacaram-se: enforcamento (47,2%), armas de fogo (18,7%), outros métodos (14,4%) e envenenamento (14,3%). Quando o envenenamento foi o método de suicídio

utilizado, 41,5% cometeram suicídio usando pesticidas e 18% usando medicamentos. Embora o índice brasileiro tenha crescido 29,5% em 26 anos, ainda é considerado baixo se comparado aos índices de suicídio mundiais (média de 4,9 por 100.000 habitantes). A prevalência de suicídio nas regiões brasileiras varia muito, ou seja, está entre 2,7 e 9,3 por 100.000 habitantes.

Poucos estudos nacionais se dedicaram a avaliar a prevalência dos transtornos mentais nas tentativas de suicídio. O único estudo encontrado nesse sentido, foi o desenvolvido por Teixeira e Villar Luis (1997), por meio de dados secundários (n= 3.100) coletados de um serviço de urgência psiquiátrica. Os transtornos mentais encontrados foram: esquizofrenia, em 15% dos casos; transtornos neuróticos (28%); e quadros relacionados a álcool e drogas (12%) (SANTOS et al, 2009).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar o perfil epidemiológico dos casos de intoxicação por tentativa de suicídio em Campina grande e região a partir da análise de banco de dados do Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (Ceatox-CG) no período entre os meses de janeiro a outubro de 2013.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil socioeconômico dos pacientes (gênero, faixa etária, ocupação etc.), a fim de identificar grupos mais suscetíveis.

- Conhecer a prevalência dos principais toxicantes utilizados, visando buscar possíveis medidas de controle do acesso da população em geral a tais substâncias.

- Avaliar a proporção entre taxas de suicídio por uso de medicamentos e por uso de demais toxicantes, a fim de mensurar a importância da prescrição criteriosa de medicamentos como estratégia na redução do número de novos incidentes.

- Apresentar sugestões de medidas específicas na área de prevenção e controle deste tipo de agravo à saúde, a partir da análise das peculiaridades regionais, aos atores sociais prioritariamente responsáveis por cada aspecto, em cada esfera governamental e social.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL DA PESQUISA

Pesquisa documental, transversal, retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada no período de janeiro a outubro de 2013, no Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (Ceatox-CG), localizado no Hospital Estadual de Trauma e Emergência Dom Luiz Gonzaga Fernandes (HETEDLGF).

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Fizeram parte da amostra os pacientes atendidos pelo serviço de emergência do HETEDLGF e notificados pelo Ceatox-CG, no período descrito. Foram incluídos os pacientes que tentaram suicídio utilizando ao menos um tipo de tóxico, independente das possíveis associações a outras substâncias por evento tóxico.

5.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada como instrumento para coleta de dados a ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (Anexo 1).

5.4 VARIÁVEIS ANALISADAS

As variáveis analisadas foram: mês de ocorrência, gênero, faixa etária, grau de instrução, etnia, profissão, estar gestante, zona de procedência do paciente, município de procedência do paciente, grupo do tóxico utilizado, substância utilizada, lugar de ocorrência do evento e seguimento.

5.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados resultantes da pesquisa foram tabelados no Excel, armazenados, processados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versão 20.0, para a obtenção dos resultados.

Na

17. 0 para Microsoft Windows®. F

-

ncia que apresentasse a probabilidade (p) de erro tipo I (α) igual ou inferior a 5,0% ($p \leq 0,05$).

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto desta pesquisa foi submetido ao comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), através da plataforma Brasil, para avaliação dos aspectos éticos da pesquisa.

6 RESULTADOS

A tabela 1, abaixo, agrupa os pacientes avaliados no que concerne às suas características em termos de variáveis socioeconômicas.

Tabela 1 – Caracterização das tentativas de suicídio por toxicantes, segundo variáveis selecionadas. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.

Variável	Total = 215	%	p = valor
Meses			0,000
<i>Janeiro</i>	20	9,3%	
<i>Fevereiro</i>	21	9,8%	
<i>Março</i>	9	4,2%	
<i>Abril</i>	21	9,8%	
<i>Mai</i>	21	9,8%	
<i>Junho</i>	18	8,4%	
<i>Julho</i>	27	12,6%	
<i>Agosto</i>	27	12,6%	
<i>Setembro</i>	25	11,6%	
<i>Outubro</i>	26	12,1%	
Gênero			0,000
<i>Feminino</i>	151	70,2%	
<i>Masculino</i>	64	29,8%	
Faixa etária			0,000
<i>10 a 19</i>	69	32,1%	
<i>20 a 29</i>	50	23,3%	
<i>30 a 39</i>	59	27,4%	
<i>40 a 49</i>	18	8,4%	
<i>50 a 59</i>	14	6,5%	
<i>>60</i>	4	1,9%	
<i>Não informado</i>	1	0,5%	
Gestantes			0,000
<i>Gestantes SIM</i>	3	1,4%	
<i>Gestantes NÃO</i>	148	68,8%	
<i>Não se aplica</i>	64	29,8%	
Etnia			0,000
<i>Branco</i>	51	23,7%	
<i>Pardo</i>	133	61,9%	

Variável	Total = 215	%	p = valor
Meses			0,000
<i>Janeiro</i>	20	9,3%	
<i>Negro</i>	19	8,8%	
<i>Indígena</i>	1	0,5%	
<i>Não informado</i>	11	5,1%	
Escolaridade			0,000
<i>Analfabetos</i>	1	0,5%	
<i>EF incompleto/completo</i>	62	28,8%	
<i>EM incompleto/completo</i>	51	23,7%	
<i>ES incompleto/completo</i>	9	4,2%	
<i>Não-informado</i>	92	42,8%	
Municípios de ocorrência			0,001
<i>C Grande</i>	131	60,9%	
<i>Outras</i>	84	39,1%	
Zona de ocorrência			0,000
<i>Rural</i>	25	11,6%	
<i>Urbana</i>	178	82,8%	
<i>Não informado</i>	12	5,6%	
Ocupação			0,000
<i>Desempregado</i>	3	1,4%	
<i>Aposentado</i>	5	2,3%	
<i>Agricultor</i>	26	12,1%	
<i>do lar</i>	41	19,1%	
<i>Estudante</i>	63	29,3%	
<i>Outros</i>	53	24,7%	
<i>Não informados</i>	24	11,2%	
Local de ocorrência			
<i>Ocorrência em Residência</i>	185	86%	
<i>Ambientes externos</i>	30	14%	
Grupos de agentes tóxicos			0,000
<i>Agrotóxico de uso agrícola</i>	61	28,4%	
<i>Agrotóxico/Produto químico de uso domiciliar</i>	41	19,1%	

Variável	Total =	%	p =
	215		valor
Meses			0,000
<i>Janeiro</i>	20	9,3%	
<i>Medicamentos</i>	106	49,3%	
<i>Produto químico de uso industrial</i>	5	2,3%	
<i>Não informado</i>	2	0,9%	
Grupo de agrotóxicos agrícolas			
<i>Chumbinho</i>	33	15,3%	
Grupo de medicamentos			
	subtotal =	sub%	
	146		
<i>Benzodiazepínicos</i>	54	37,0%	25,1%
<i>Outros psicofármacos</i>	26	17,8%	0,1%
<i>Fenobarbital</i>	11	7,5%	0,0%
<i>Antidepressivos</i>	19	13,0%	0,1%
<i>Outros medicamentos</i>	36	24,7%	0,0%
Seguimento			
			0,000
<i>Cura sem sequela</i>	165	76,7%	
<i>Óbito</i>	4	1,9%	
<i>Perda de seguimento</i>	13	6,0%	
<i>Não informado</i>	33	15,3%	

Fonte: Ceatox-CG (2013).

De acordo com a distribuição da ocorrência de tentativas de suicídio ao longo do ano de 2013, verificamos que, em sua maioria, os casos se deram nos meses de julho (12,6%), agosto (12,6%), setembro (11,6%) e outubro (12,1%). Desse modo, percebe-se que os casos registrados entre o mês de Janeiro e Maio de 2013 totalizaram 42,2% dos casos, enquanto as tentativas registradas entre Junho e Outubro de 2013 totalizaram 57,2%. Observou-se que há uma predominância estatisticamente significativa da incidência de tentativas de suicídio nos meses finais do ano, quando foi comparado diretamente as ocorrências registradas entre Janeiro e Maio de 2013, em relação às ocorrências registradas entre Junho e Outubro do mesmo ano.

Em relação às faixas etárias mais prevalentes, vale ressaltar que, em 0,5% dos casos notificados, não foi informada a faixa etária. Foi observada significância estatística na prevalência das tentativas de suicídio na faixa etária do paciente adolescente (32,1% dos casos entre 10-19 anos) e adulto jovem (50,7% dos casos entre 20-39 anos), faixa etária economicamente ativa e de importante contribuição para a sociedade como um todo.

Outras variáveis apresentadas são a etnia e o gênero. Apesar de que, em 5,1% dos casos, a etnia do paciente não foi declarada, houve um predomínio de indivíduos que se autodeclararam pardos (61,9%). Na distribuição dos casos por sexo, observou-se significativa prevalência estatística das tentativas de suicídio entre mulheres (70,2%) em relação ao sexo masculino (29,8%). Ademais, verificou-se que das tentativas de suicídio analisadas, apenas 1,4% dos casos ocorreu em pacientes gestantes, contra 68,8% de pacientes não gestantes.

Com relação ao grau de instrução, destacaram-se nas ocorrências os indivíduos com ensino fundamental completo ou incompleto (28,8%) e aqueles com ensino médio completo ou incompleto (23,7%). Em 42,8% dos casos notificados não foi informado o grau de instrução do paciente.

Em relação à procedência dos pacientes, em 5,2% dos casos essa informação não estava disponível. Mesmo assim, foi perceptível a predominância da zona urbana (82,8%). Observou-se ainda que 60,9% dos pacientes eram procedentes de Campina Grande, enquanto 39,1% dos pacientes eram procedentes de outros municípios paraibanos.

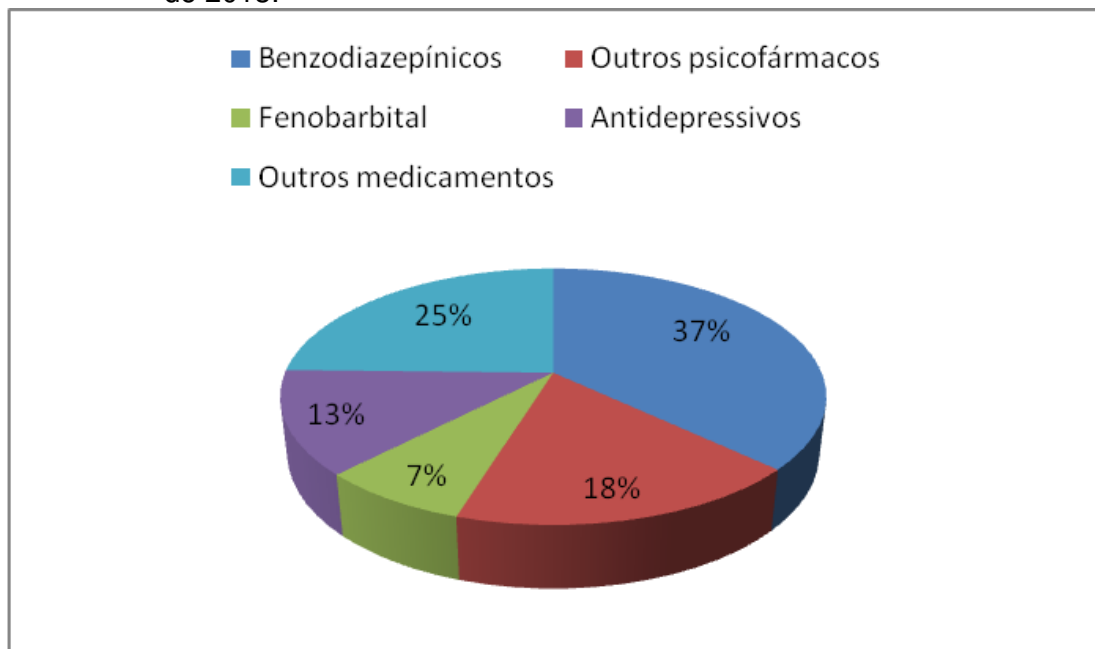
Sobre as variáveis ocupação e local de ocorrência, destacaram-se: estudantes (29,3%); “do lar” (19,1%) e agricultores (12,1%). Em 11,2% dos casos, a profissão ou ocupação do paciente não foi informada. Em 86% dos casos de tentativas de suicídio por intoxicação analisados, a tentativa ocorreu dentro da residência do indivíduo, com 14% dos casos ocorrendo em outras localidades.

Quanto ao grupo do agente tóxico utilizado nas tentativas de suicídio analisadas, revelou-se importância estatística em relação a: medicamentos (49,3%); agrotóxico de uso agrícola (28,4%) e agrotóxico ou produto químico de uso domiciliar (19,1%).

Entre os agrotóxicos de uso agrícola, destacou-se o produto popularmente conhecido como “chumbinho” (54%).

Os medicamentos mais utilizados nessas ocorrências foram: benzodiazepínicos (37%) e antidepressivos (13%), além de: outros psicofármacos (17,8%), fenobarbital (7,5%) e outros medicamentos menos prevalentes (24,7%), conforme ilustrado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição percentual dos casos de tentativa de suicídio por grupo farmacológico ou medicamento utilizado. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.



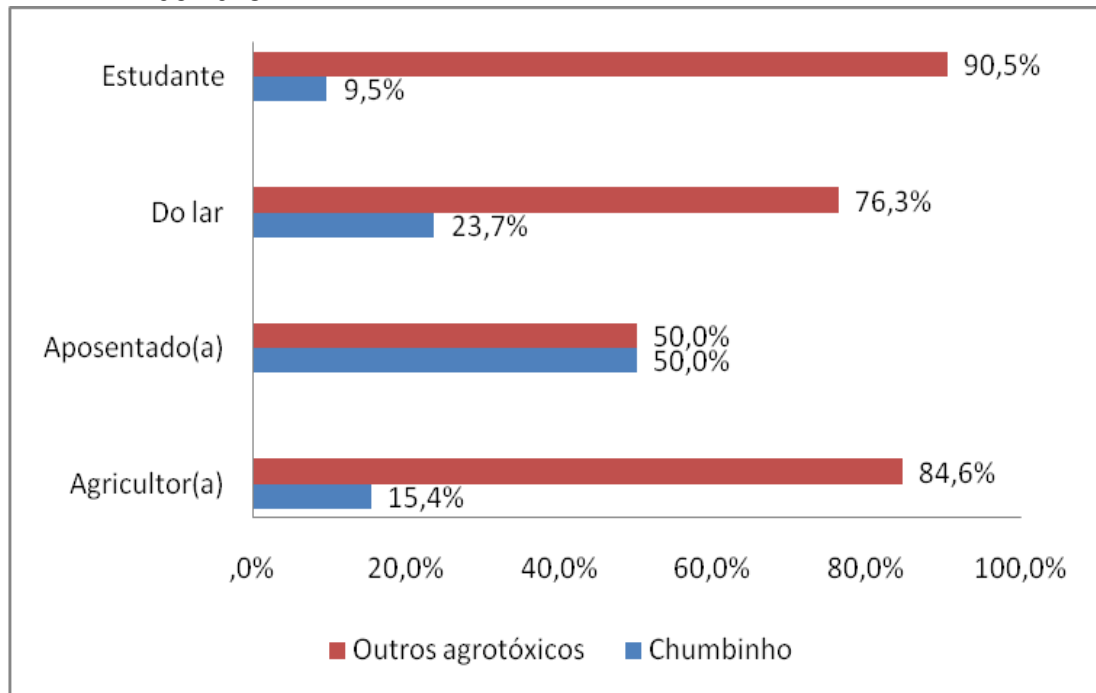
Fonte: Próprio autor.

Em relação à variável “seguimento” (ou evolução do caso), foi constatado que em 76% dos casos houve cura sem sequela e em apenas 1,9% houve óbito. Além disso, observamos que em 6% dos casos houve perda de seguimento. Não há registro desta informação em 15,3% dos casos.

Diante desses principais resultados em termos de distribuição de frequência numérica e percentual simples dos pacientes avaliados, foram feitos alguns cruzamentos e correlações estatísticas para verificar a influência de uma variável em outra.

Inicialmente, foi verificada uma relação estatisticamente importante ($p=0,036$) entre a ocupação do paciente e a escolha do agente tóxico chumbinho nas tentativas de suicídio analisadas (gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos casos de tentativa de suicídio por grupo de agrotóxico utilizado e ocupação. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.

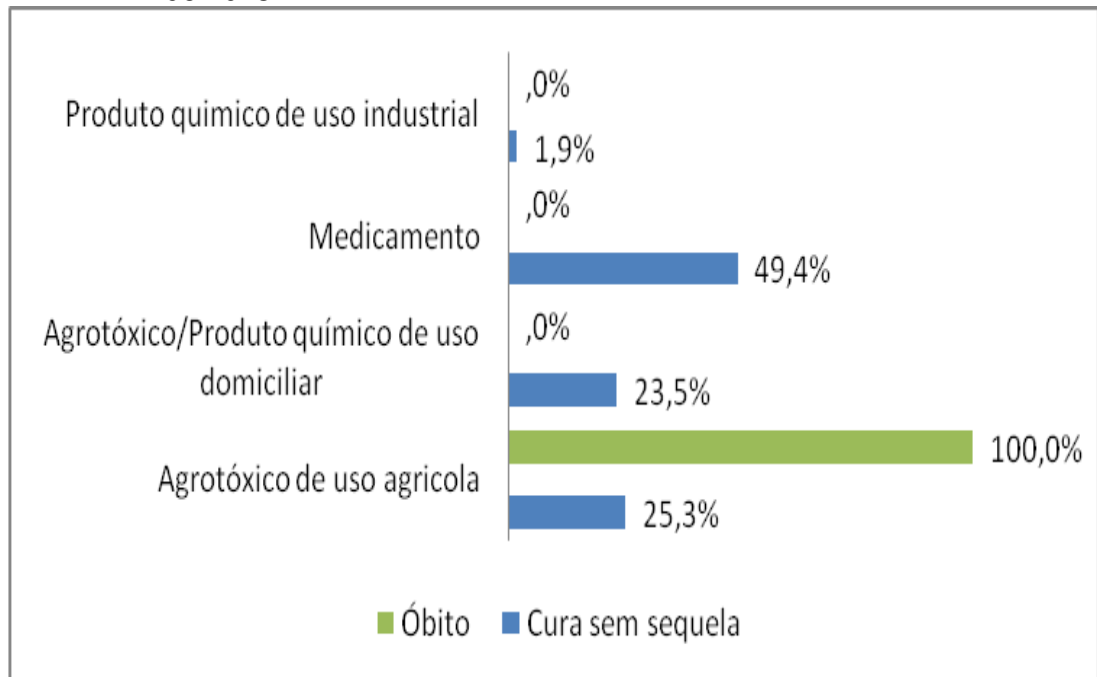


Fonte: Próprio autor.

Nessa relação, destacam-se os aposentados ($n=6$), dos quais 50% utilizaram chumbinho, bem como os pacientes que se declararam como sendo “do lar” ($n=38$), ocupação na qual 23,7% utilizaram chumbinho, enquanto 76,3% utilizaram outros agentes tóxicos.

Outra relação estatisticamente significativa encontrada, foi entre a utilização do agente tóxico chumbinho e o seguimento do paciente ($p=0,001$), conforme ilustra o gráfico 3. Entre os pacientes que foram a óbito, de um total de 4 pacientes, 75% utilizaram chumbinho, enquanto 25% utilizaram outro agrotóxico (“veneno de feijão”).

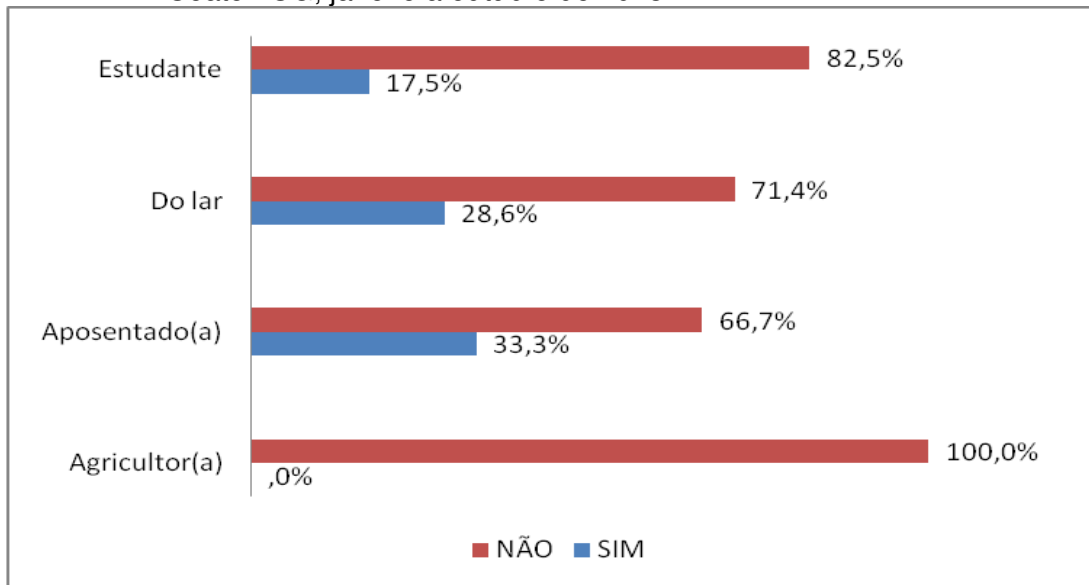
Gráfico 3 – Distribuição percentual dos casos de tentativa de suicídio por grupo de agente tóxico utilizado e seguimento. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.



Fonte: Próprio autor.

Também foi observado que há uma relação estatisticamente significativa entre a zona de moradia do paciente e a utilização ou não de benzodiazepínicos como agente tóxico na tentativa de suicídio ($p=0,007$). De um total de 31 pacientes procedentes da zona rural, apenas 3,2% utilizaram benzodiazepínicos. Já entre os pacientes procedentes de zona urbana, de um total de 183 pacientes, 24,6% utilizaram benzodiazepínicos na ocasião da tentativa de suicídio. Outro fator que influencia, de modo estatisticamente significativo, a escolha de benzodiazepínicos como agente tóxico para o suicídio é a ocupação ($p= 0,021$), como exposto no gráfico 4. Entretanto, tal distribuição omite mais de 50% da real frequência do estudo, uma vez que ela abrange apenas 25 dos 54 casos registrados no presente estudo, o que ocorreu por falha na coleta de dados a variável “ocupação”.

Gráfico 4 – Distribuição percentual dos casos de tentativa de suicídio por ocupação e escolha de benzodiazepínicos como agente tóxico utilizado. Ceatox-CG, janeiro a outubro de 2013.



Fonte: Próprio autor.

7 DISCUSSÃO

É coerente ser iniciado aqui assegurando o fato de que os resultados obtidos na presente análise não destoaram, de um modo geral, do que se costuma encontrar em outros trabalhos. Por exemplo, o predomínio de mulheres e do grupo etário mais jovem, em relação a tentativa de suicídio, está de acordo com a maior parte dos estudos a nível nacional e internacional encontrados. Essa se tornou realmente uma máxima mundial à medida que se foram acumulando dados de diversos lugares.

Trabalhou-se com um universo relativamente extenso e isso se explica pelo fato de o Centro de Assistência e Informação Toxicológica de Campina Grande (CEATOX-CG) ser um serviço de referência em termos de toxicovigilância regional, sendo Campina Grande um pólo de assistência em saúde. Assim sendo, estamos diante de um perfil mais amplo, relativo a pessoas de lugares e realidades diferentes, ainda que muito próximos geograficamente.

Há alguns anos Botega et al (1995) disseram que o comportamento de tentativa de suicídio parece caracterizar-se por baixa intencionalidade e pela impulsividade na sua população majoritária: mulheres adolescentes e adultas jovens – que é o perfil de pacientes mais encontrados em nossa análise, em relação às variáveis gênero e faixa-etária. Ainda segundo tais autores, o método mais utilizado na tentativa de suicídio, seria o de mais fácil acesso.

É possível pensar no modelo de sociedade como um fator que onere a vida da mulher, desde sua adolescência. Durkheim (2005), ao definir suicídio anômico, levantou a ideia da forte tensão das falhas estruturais da sociedade sobre as relações e regulações da vida do indivíduo. Para este pensador, a crise econômica, o baixo salário e a concorrência frenética são fatores que se tornam um perigo às individualidades. Sabe-se que a mulher esteve por muito tempo no escanteio de uma sociedade que só a suportava dentro de casa. A saída da mulher para a vida fora do lar parece a ter colocado de frente a todas essas tensões, exigindo dela tanto uma adaptação rápida quanto uma aceitação de toda uma desigualdade civil e social imposta ao gênero. A adolescente começa a observar tudo isso cada vez mais cedo, e pode, portanto, sofrer antecipadamente essas tensões.

Um fato antigo e que parece vir ganhando espaço nas discussões públicas das grandes mídias, é a violência contra a mulher. Já se conhece bem esse

fenômeno e a Organização Mundial da Saúde (OMS) chegou a dizer que até um terço de todas as mulheres já sofreu algum tipo de violência, sendo que a maioria ocorre por parte de seus próprios companheiros de domicílio (ADEODATO et al, 2005). Em 2005, foi publicado um estudo com mulheres nordestinas vítimas de violência concluindo que 72% desenvolveram sintomas clínicos de depressão e 39% delas pensou em suicídio. Nesse sentido, fatores como melhor acesso a educação e melhor situação econômica, parecem funcionar como protetores de sofrimento emocional (ADEODATO et al, 2005). Mas não foi encontrado na presente análise relevância quanto a escolaridade, mesmo estabelecendo cruzamento em relação a gênero.

As afirmações de Botega et al (1995) parecem fazer sentido quando é observado que, quase sempre, a tentativa de suicídio pela mulher tem menor efetividade, pela sua baixa intencionalidade. Mundialmente, é o gênero masculino que lidera as estatísticas de suicídio. Talvez seja possível ressaltar já aqui, que homens adultos, mais maduros – como Viana et al (2008) já chegou a detectar uma média etária de 44 anos –, lideram as estatísticas a nível nacional e mundial. Nesse segmento populacional, parece que a intencionalidade é mais alta, possivelmente porque há mais convicção em relação aos motivos que levam ao evento.

Há uma tendência das publicações em divagar sobre a dificuldade das adolescentes em resolver questões dessa fase da vida, sobre a rápida maturação sexual e reprodutiva e os conflitos ante a família que se exacerbam nesse período. Um estudo na capital do Ceará encontrou que o “amor não correspondido” parece ser um fator importante. Isto seja em uma relação afetiva erótica, ou mesmo na relação familiar sob laços fragilizados. É em torno desta temática da primeira entrega que parece se encontrar o maior volume de conflito para as adolescentes, que vivem relacionamentos intensos demais e justificaram sua atitude suicida pela vivência desses conflitos. Relataram decepção amorosa em quase todos os casos. Algumas vezes uma gravidez precoce, dentro de um relacionamento instável, significou um fator muito importante (VIEIRA et al, 2009). A contemplação do fato de que algo tão idealizado e decisivo na história biopsicológica da mulher está acontecendo em um momento tão destemperado, pode causar todo tipo de desilusão.

Ainda sobre o preocupante predomínio da faixa-etária entre 10 a 19 anos, muitos estudos ao redor do mundo identificaram a ocorrência de ideação suicida,

tentativa de suicídio e suicídio propriamente dito em adolescentes, chegando até a levantar este achado como um grande problema de saúde pública (SERFATY, 1998). Esta nossa análise também encontrou relevância para este mesmo fato, confirmando os dados ao redor do mundo, o que propõe uma reflexão permanente.

Os dados da pesquisa encontraram baixa incidência de tentativas de suicídio em gestantes. Entretanto, não parece possível comentar a relevância de tal informação, até porque não se teve como precisar qual seria de fato o percentual real de mulheres gestantes na região durante esse tempo.

A incidência de distúrbios psiquiátricos entre adolescentes tem sido relatada desde a década de 90, no Brasil. Em Ribeirão Preto foi visto que Transtornos Neuróticos e quadros relacionados ao binômio álcool-drogas predominam no sexo feminino e masculino, respectivamente. Na seção “Carta ao Editor” da Revista Brasileira de Psiquiatria, Palma (2011) questiona o problema do suicídio em adolescentes como problema de saúde pública, e critica o fato de que, enquanto a OMS preconiza que haja 1 psiquiatra infantil para cada 30.000 crianças e adolescentes no mundo, no Brasil esse número é 20 vezes menor. Assim, observa-se que, de fato, é bem possível haver um volume importante de sub-diagnósticos de sofrimento psíquico na adolescência, o que dificulta, sem dúvidas, o desenvolvimento e a aplicação de alguma medida preventiva eficaz.

Ainda que o estudo não apresente dados que permitam a visualização de outros fatores de risco importantes para a tentativa de suicídio em adolescentes, cabe ressaltar aspectos que carregam grande importância, tais como: características estéticas, habilidades práticas, abuso de drogas lícitas e ilícitas, orientação sexual, doença física grave e/ou crônica. Todos esses estão provavelmente implicados na situação do adolescente de Campina Grande e região, ainda que não consigamos detectar claramente nesse estudo (GROSSMAN et al, 1991; PINHEY; MILLMAN, 2004).

Em relação à sazonalidade, foi visto que na faixa de tempo que se decidiu chamar de período final do ano, ou seja, entre os meses de junho a outubro, as taxas de tentativas de suicídio foram significativamente maiores. Ao estudar a literatura nacional e alguns autores internacionais, percebe-se primeiro que há pequeno volume de publicações no Hemisfério Sul se for comparado ao volume de estudos nesse sentido para o Hemisfério Norte. As conclusões são quase sempre no sentido de que há sim, variações sazonais em relação ao suicídio e às tentativas.

Retamal (1998) encontrou que nos meses quentes no Chile, que são os da primavera, as taxas são maiores. Este perfil foi também encontrado em um estudo na Argentina e, mais recentemente, em alguns países do Hemisfério Norte, na Europa Ocidental (EASTWOOD; STIASNY, 1978; SOUETRE et al, 1987).

Sugere-se que as variações do tempo possam influenciar o ritmo biológico e afetar os Transtornos de Humor, ainda não se identificando, no entanto, em que grau se colocaria essa influência. Variações em relação à ocorrência de transtornos de humor e sua relação com a época do ano constam em relatos muito antigos, mesmo antes de Cristo. Sendo assim, cogita-se uma possível explicação para os dados da pesquisa no sentido de que, o início de um novo ano signifique um tipo de fator de proteção, pois nessa época do ano as pessoas estariam com as esperanças renovadas. Todavia, publicações científicas informam que, mesmo no mês de janeiro, se tem encontrado valores elevados de tentativas de suicídio, em estudos europeus, como citado no estudo de Retamal (1998).

Nota-se, ainda mais, que a estatística permanece sendo liderada por adolescente nesse período em que há mais tentativas, e é possível supor que os primeiros meses do ano, subsequentes às festividades de “virada do ano”, imbuídas de um espírito de confraternização e esperança, possam ter uma influência mais marcante nestes indivíduos. Tal influência já estaria menos vivaz à medida que passassem os meses. Isso é afirmado, uma vez que os dados da pesquisa mostram o claro aumento das taxas já nos meses posteriores a março. A pesquisa não encontrou relatos específicos e claros na literatura que toquem nesse ponto, mas acredita-se nessa correlação.

Pensando em relação à cronobiologia, foi encontrada uma revisão de Pereira et al, 2009, que relata avanços grandiosos nos estudos do relógio biológico. Essa revisão destaca que grande parte do entendimento sobre a integração entre a temporalidade externa e a ordem temporal interna já está elucidada e parece ocorrer sob o comando dos núcleos supraquiasmáticos na base do hipotálamo. Isso permite ao indivíduo adaptar-se ao meio e até mesmo antecipar-se às possíveis adversidades que o tempo possa apresentar, incluindo aqui as variações climáticas, as mudanças de fuso horário etc. Há um alerta importante de que as pessoas tendem a apresentar cronotipos – indivíduos com bom funcionamento e adaptação à matutuidade ou a vespertuidade – e esses modelos são resultantes do funcionamento do sistema de temporalização circadiano, herdados geneticamente,

sofrendo adaptação às condições ambientais. Ainda, segundo o que foi visto nessa revisão, o mau funcionamento deste sistema de temporalização, pode implicar em desordens que resultem em transtornos do humor, como o transtorno sazonal e o transtorno bipolar. Há relatos de sucesso no tratamento de distúrbios como o transtorno sazonal com uso de terapia luminosa, como ocorreu no estudo de Lam et al, 2006.

Quanto à predominância étnica entre os pacientes do presente estudo (conforme apresentado, em ordem decrescente: pardos, brancos, negros e indígenas), apesar da significância estatística da predominância de pardos, é preciso correlacionar tais índices à prevalência de cada uma das possibilidades na região como um todo, para uma visão mais fidedigna da influência da etnia na tentativa de suicídio. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2011, a população paraibana se autodenominava como parda em 52,3% dos casos e branca em 42,6%. A população paraibana que se descrevia como sendo negra, à época, foi apenas de 4,0% (IBGE, 2011). Portanto, a proporção racial encontrada no presente estudo parece ser apenas reflexo dos números da população em geral, e não de uma predisposição ao suicídio, relacionada à etnia do paciente.

Estudando as tentativas de suicídio em afro-americanos nos Estados Unidos, Walker et al (2014) encontraram uma relação entre a percepção do preconceito racial declarado e a ideação suicida, levando em conta também parâmetros como religiosidade e sintomas de depressão. Enquanto isso, outros estudos, como o de McCullumsmith et al, (2014), também naquela nação, mostram que, em geral, os negros não representam grande parcela entre suicidas, sem que haja relação com outras variáveis como consumo de álcool ou outras drogas.

Quando se pensa em grau de instrução se envolvendo com a tentativa de suicídio talvez se acredite na ideia de que a melhor educação proporcione melhor entendimento das situações cotidianas e melhor poder de assimilação frente às frustrações e decepções da vida. De fato, boa parte dos estudos ao redor do mundo encontra uma relação inversa entre escolaridade e risco de suicídio (PAGE; MORREL; TAYLOR, 2002; AGERBO; NORDENTOFT; MORTENSEN, 2002). Particularmente, no Brasil, alguns estudos como o de Faria et al (2006) que analisou uma população de uma região com importante atividade agrícola, mostraram que as taxas de suicídio foram inversamente proporcionais ao grau de escolaridade. Outros

fatores associados a essas estatísticas, nesse mesmo estudo, foram a religiosidade, especialmente a religião protestante como fator protetor, e o rompimento do casamento como fator de risco.

Alguns estudos gaúchos como o de Faria et al (2006) e o de Viana et al (2008) encontram que agricultores estão fortemente implicados no tema suicídio. Segundo eles, parece não haver claramente o que explique a relação dessa ocupação, isolada de outros fatores, nas tentativas de suicídio. Já o êxito suicida parece ser explicado pelo fato desses trabalhadores quase sempre buscarem ou o uso de agrotóxicos para intoxicação ou o enforcamento. Os dados dessa pesquisa concordam com esses fatos, destacando para os agricultores um valor estatístico importante para tentativa de suicídio e o uso do chumbinho.

O fato de ser estudante, que encontrou importante valor estatístico para a tentativa de suicídio na nossa análise, parece estar mais relacionado com a idade em que ocorre a tentativa, figurando então o indivíduo adolescente. O que não confere a esta ocupação alguma relação importante com risco de tentativa, uma vez que se defende, como já foi descrito, a escolaridade como um tipo de fator protetor (PAGE et al, 2002; AGERBO; NORDENTOFT; MORTENSEN, 2002). Apesar disso, outros estudos não encontram valor estatístico significativo para a variável nível de escolaridade (MOTA et al, 2012).

É possível que a elevada relevância estatística apresentada na maior incidência de casos na zona urbana tenha relação direta com os diversos problemas encontrados nos aglomerados urbanos e seus cotidianos estressantes. Nesse estudo, o município prevalente das ocorrências foi Campina Grande, responsável por 60,9% dos casos, a despeito de termos um serviço de referência em toxicovigilância para toda a região. Essa maior predominância de pacientes oriundos desse município, corrobora com os elevados percentuais encontrados na zona urbana. Em dissonância com esse nosso achado, os estudos gaúchos citados anteriormente sobre suicídio encontram importante relação para a zona rural; entretanto, há que se levar em conta o fato de que essas regiões estudadas por eles são, realmente, de predominância agrícola. (FARIA et al, 2006; VIANA et al, 2008).

Quanto à substância intoxicante, sabe-se que, em nível nacional, é encontrado um perfil regularmente homogêneo. Os raticidas lideram há muito tempo as estatísticas em relação ao êxito do suicídio, sendo, portanto, os produtos com maior potencial de morbimortalidade. Em um estudo em Maringá, Santos et al

(2011) encontraram que a frequência de intoxicação intencional com saneantes clandestinos foi maior em homens (66,7%). O resultado da análise mostra que as tentativas de suicídio são mais frequentes em mulheres, em consonância com boa parte dos estudos brasileiros. Para suicídio 'consumado' parece não haver controvérsias: todas as fontes mostram que é mais frequente em homens. O mesmo estudo de Santos et al (2011) apresenta também que, entre os saneantes clandestinos, os raticidas lideram a estatística, de longe, seguidos por produtos de limpeza e depois por outros agrotóxicos.

O chamado "chumbinho" (mistura de elementos diversos com o agrotóxico aldicarb, um carbamato) apresentou-se com elevada frequência (15,3%) dentre os agrotóxicos encontrados nas tentativas de suicídio da presente pesquisa. Destacou-se, inclusive, como causa de três dentre os quatro óbitos registrados. Esta importante participação das intoxicações por "chumbinho" nas tentativas de suicídio já fora observada anteriormente na literatura, bem como a relação entre o uso do mesmo e o êxito das tentativas, já havia sido observada em trabalhos anteriores (BUCARETCHI et al, 2012). A partir do ano de 2006, seu uso foi reavaliado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), tendo sido realizadas diversas medidas visando a um maior controle do comércio do Aldicarb (nome comercial: Temik 150[®]). Foi acrescentado à sua composição corante e agente emético, e sua utilização permaneceu liberada apenas em três Estados do País, a saber: Minas Gerais, São Paulo e Bahia, para aplicação em um número bem menor de culturas agrícolas, passando a ser fornecido apenas a agricultores devidamente registrados e para propriedades cadastradas. A despeito de tais ações, alguns anos após ainda era de conhecimento público o desvio do Temik 150 da lavoura para o comércio ilegal, onde o mesmo era "diluído" em outros compostos e repassado à população. Sendo assim, desde 2012, a produção e comércio do Aldicarb no Brasil foi cancelada pelo Ministério de Agricultura, Pecuária e Abastecimento (ANVISA, 2012).

No entanto, apesar da proibição, o "chumbinho" continua tendo larga utilização doméstica (como raticida) e agrícola (como inseticida). A persistente facilidade na aquisição do produto demonstra a fiscalização ainda deficiente da comercialização desse agente proibido.

Nesse estudo, o maior percentual de utilização do "chumbinho" esteve entre os aposentados e os pacientes com trabalho doméstico, o que pode sugerir um fácil acesso e disponibilidade do produto em seus próprios lares. Acredita-se que tal

incidência se relaciona com o acesso facilitado a outros agrotóxicos nesta classe trabalhadora.

É fundamental que se controle o comércio ilegal do “chumbinho” como raticida, principalmente pela toxicidade e alta morbimortalidade. É de extrema importância informar a população a respeito dos riscos do produto, a fim de diminuir sua venda e, ainda, que as autoridades fiquem atentas e sensibilizadas para a gravidade do problema, a fim de tomarem medidas mais eficazes para o controle da venda ilegal (MORAES, 1999).

Os medicamentos são, há muito tempo, o principal método usado nas tentativas de suicídios segundo quase todas as fontes mundiais. E assim também foi encontrado em Campina Grande. Um fato interessante foi publicado pelo OMS em 2011 em relação ao Sri Lanka. Entre 1996 e 2008, apesar de não haver melhora da regulação do acesso a pesticidas, houve uma ‘conversão’ das tentativas de suicídio com essas substâncias, para os medicamentos. O número de admissões nos serviços de emergência devido a intoxicação intencional reduziu, mas não se sabe se o número de tentativas em si também teve decréscimo. Resultado é que as taxas de suicídio consumado caíram exponencialmente nesse período de tempo, o que parece ser mais um dado a favor da ideia de que realmente os medicamentos, quando comparados a pesticidas, têm morbidade e letalidade muito menores (DE SILVA et al, 2012).

Constatou-se que, entre os medicamentos, de fato, em concordância com muitos outros estudos nacionais, os Benzodiazepínicos (BZD) lideram a estatística, estabelecendo importante significância. Em diversos países do mundo, é observado o uso irracional desse tipo de droga, por aumento do tempo de uso em relação ao prescrito ou em relação aos objetivos desse uso, ou mesmo por algum equívoco na própria prescrição. Firmino et al (2011) disseram que vários estudos ao redor do mundo já denunciam, há algum tempo, distorções nas prescrições de BZD. São encontradas inadequações tais como tempo de tratamento prolongado, uso equivocado para alívio de quadros inespecíficos, uso por idosos e outras indicações incompatíveis com o perfil farmacológico da classe. Além disso, Souza et al (2013) defendem que mesmo sob certo acompanhamento médico, em seu estudo com mulheres, não pareceu haver percepção do risco desses medicamentos, favorecendo a persistência de seu uso prolongado.

Fatores como o acesso razoavelmente fácil a essas drogas, o conceito antigo e estigmatizante de “remédio-tarja-preta”, a efetividade conhecida no objetivo de fazer adormecer, entre outros, podem atrair, para esses medicamentos, grande visualização no momento da tentativa de se suicidar. Como foi visto, de fato os resultados colocam os BZD como primeira escolha quando a população em geral pensa em tentar suicídio por meio de medicamentos.

Não se acredita de um modo geral, que o uso de BZD impliquem em mortalidade e sejam uma boa ferramenta para o êxito suicida. Em uma revisão extensa publicada em 2009, Charlson et al (2009) concluíram que há dados muito limitados que examinem os efeitos isolados do uso ilícito de BZD sobre a mortalidade, e que são necessárias mais pesquisas e modelos metodológicos mais cuidadosos. Em consonância com isto, conforme foi visto, os casos de tentativas de intoxicação com essas drogas evoluem de um modo Benzodiazepínicos geral para cura sem sequelas. Isso pode ser explicado pelo fato já bem conhecido e exposto em compêndios de Farmacologia de que a segurança dos benzodiazepínicos como depressores no Sistema Nervoso Central se deva ao fato de que essas drogas aumentam apenas a frequência de abertura de canais de cloreto operados pelo ácido gama-aminobutírico (GABA) e não o tempo total em que tais canais ficam abertos, como o fazem os barbitúricos (RANG *et al*, 2011).

Em 2008, outro estudo realizado em Maringá analisou a questão do armazenamento doméstico dos medicamentos e observaram que ocorre excesso de medicações armazenadas em casa; medicamentos não identificados (sem rótulo); verificaram que o local de armazenamento em geral não é bem definido, entre outros fatores. Imaginamos que essa realidade seja consonante com o que ocorre em outros lugares do Brasil, inclusive nesta área que estudamos e que, como esse estudo sugere, esse achado pode influenciar no momento da procura do método de tentativa de suicídio. Parece ser bem possível intervir nesse quadro com campanhas de informação e prevenção (MARGONATO et al, 2008). Sendo assim, sugere-se a busca dessa informação em nossa região, através de algum trabalho bem organizado, uma vez que é possível abordar esse ponto com relativa facilidade diante da população, em termos de educação preventiva. Nesse mesmo estudo, homens desempregados e mulheres donas de casa e aposentadas preencheram as estatísticas como principal perfil de pessoa atingida. Os tranquilizantes lideraram as estatísticas, seguidos por antidepressivos, depois por anticonvulsivantes e, por

último, por antiinflamatórios não esteroidais (AINES), e uma significativa relação de associação com outras drogas foi encontrada no mesmo estudo. A mais importante foi a associação com o álcool e em homens.

Quanto ao local de ocorrência das tentativas, a predominância da residência, em relação a outros ambientes externos, também foi observada em estudo anterior por Lovisi et al (2009) e parece estar relacionada não só à privacidade, mas também à sensação de proteção e domínio sobre fatores de impedimento que venham a surgir com relação ao ato, quando se está em ambiente fechado e totalmente conhecido.

8 CONCLUSÃO

De acordo com os dados aqui analisados, as tentativas de suicídio ocorrem com maior predominância em mulheres, adolescentes, estudantes ou do lar, residentes na zona urbana, provenientes de Campina Grande, que tenham acesso predominantemente a medicamentos psicotrópicos e dentro de suas próprias residências. O perfil traçado neste trabalho apresentou conclusões semelhantes às já encontradas em estudos anteriores, o que possibilita identificarmos a população de maior risco, no que diz respeito às tentativas de suicídio.

Diante deste contexto, percebe-se a importância da prescrição racional de medicamentos para o controle do acesso da população aos mesmos, principalmente psicofármacos, como os benzodizepínicos. Tal ação requer reforços na integração das equipes de saúde. É desejável promover, por exemplo, maior inclusão do profissional farmacêutico, no que diz respeito à dispensação correta de medicamentos, visando à otimização do processo de Atenção Farmacêutica.

Quanto ao atendimento médico, acredita-se na plausibilidade de medidas de controle na prescrição destes medicamentos, tais como exigir comprovada vinculação entre a prescrição de um psicotrópico e o devido acompanhamento médico, ou até medidas mais rigorosas como a limitação do poder de prescrever certos tipos de psicotrópicos apenas a determinadas especialidades médicas.

Também ficou clara a necessidade de medidas multissetoriais para o controle da ainda frequente comercialização ilegal de compostos contendo aldicarb (“chumbinho”), que compreendem desde ações governamentais até a conscientização da população, tanto a respeito dos riscos e da baixa efetividade do produto quando usado como raticida, bem como, uma vez informados, do incentivo à denúncia de pontos de comércio do mesmo.

Além disso, é de relevância indiscutível que se amplie o apoio psicológico à população, sobretudo aos grupos identificados como sendo de risco para a consumação de tentativas de suicídio. Neste sentido, torna-se essencial a existência de uma articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, devendo a primeira efetivar o apoio matricial necessário a um vínculo eficaz entre os setores, ao promover capacitação, supervisão, atendimento específico e em conjunto com a Atenção Básica, visando à formação de uma população mais informada, assistida e mentalmente saudável.

9 REFERÊNCIAS

- ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 1, Jan. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai. 2014.
- ADJACIC-GROSS, V. et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. **Bull World Health**. Zurich, vol 86, n 9, p 726-730, set 2008.
- AGERBO, E.; NORDENTOFT, M.; MORTENSEN, P.B. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. **BMJ** 2002; 325:74.
- ALVES, V. M. et al. Suicide attempts in a emergency hospital. **Arquivo Neuro-Psiquiátrico**, São Paulo, v. 72, n. 2, Feb. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004282-X2014000200123&lng=en&nrm=iso>., acesso em : 11 Abr. 2014.
- ASBERG, M. et al. Psychobiology of suicide, impulsivity and related phenomena. In: Meltzer, H., ed. **Psychopharmacology, the third generation of progress**. New York, Raven Press, 1987. p. 655-68.
- BATTY, G. D.; WHITLEY, E.; GALE, C. R.; TYNELIUS, P. RASMUSSEN, F. Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study. **BMJ**. Londres. v. 340, n. 2506. p. 1-8. 2010. Organ.2008;86(9):726-32.
- BERTOLETE, J.; FLEISCHMANN, A.; DE LEO, D.; WASSERMAN, D. Suicide and mental disorders.**Br J Psychiatry**. Londres. v. 183, p. 282-283. 2003.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A.A global perspective on the magnitude of suicide mortality. **Oxford textbook of suicide and suicide prevention**. Oxford. p. 91-99. 2009.
- BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo , v. 32, supl. 2, Oct. 2010 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=>>. Acesso em: 19 dez. 2013.
- BIBLIA. Português. **A Bíblia Sagrada**: Antigo e Novo Testamento. Traduzida em Português por João Ferreira de Almeida, 2. Ed. Rev. e Atual. No Brasil. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.
- BOTEAGA, Neury José et al . Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, Mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci> >. Acesso em 10 abril de 2014.

BRASIL. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária: **Agrotóxico utilizado como chumbinho é retirado do mercado brasileiro**. 2012. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/anvisa+portal/anvisa/sala+de+imprensa/men+noticias+anos/2012+noticias/agrotoxico+utilizado+como+chumbinho+e+retirado+do+mercado+brasileiro>>. Acesso em: 16 mai 2014.

BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características étnico-raciais da população**: Um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/PCERP2008.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2014.

BRITO, Maria Eliane Maciel et al. Tentativa de suicídio por queimadura: ideação suicida e desesperança. Artigo. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 12, n. 1, pp. 30-36, 2013. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/detalhe_artigo.asp?id=141>. Acesso em: 12 fev. 2013.

BUCARETCHI, F. et al. Poisoning by illegal rodenticides containing acetylcholinesterase inhibitors (chumbinho): a prospective case series. **Clin Toxicol (Phila)**, 2012. Campinas. Vol. 50, n 1. P. 44-51. Jan, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=chumbinho+intentional>>. Acesso em: 16 maio 2014.

CABRERA, J.; ROBLES, J. El suicidio en España durante los años 1981 a 1985. **Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatria**. Espanha, vol 16, p 99-104, 1988.

CAMUS, A. **O mito de Sísifo**. 7. ed. São Paulo: Editora Record, 2009.

CHARLSON, F. et al A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**. Londres; 18(2):93-103. Jan 2009.

CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. **Suicídio**: Uma Morte Evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.

COSTA, D. L. O estigma e sua representação no inferno dantesco. In: Seminário de Pesquisa do Programa de Pós-graduação em História Social da Universidade Estadual de Londrina, 5, 2011, Londrina. **Anais...** Vol3, p. 31-43. Disponível em: <http://www.uel.br/pos/mesthis/Anais_Vol3.pdf#page=31>. Acesso em: 23 novembro 2013.

CRAMER, RJ et al. A Trait-Interpersonal Analysis of Suicide Proneness Among Lesbian, Gay, and Bisexual Community Members. **Suicide Life Threat Behav**. Huntsville. Apr 7. 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12092/abstract>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

DEDIC, G. Gender differences in suicide in Serbia within the period 2006-2010. **Vojnosanit Pregl.** Belgrado. Vol 71, n 3, p 265-70, mar 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24697013>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

DE SILVA, V. A. et al. From pesticides to medicinal drugs: time series analyses of methods of self-harm in Sri Lanka. **Bull World Health Organ.** 2012 Jan 1;90(1):40-6. doi: 10.2471/BLT.11.091785. Epub 2011 Oct 4.

DOCKHORN, C., WERLANG, B.. 01. Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, Porto Alegre, 7, jan. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/4817/3636>>. Acesso em: 19 Dez. 2013.

DURKHEIM, Emile; **O Suicídio**. São Paulo, Ed. Martin Claret, 1897/2005.

EASTWOOD, M. R.; STIASNY, S. Psychiatric disorder, hospital admission and season. **Arch. Gen. Psych.**, vol 35, p 769-71, 1978.

FARIA, N. M. X. et al. Suiciderates in the State of Rio Grande do Sul, Brazil: association with socioeconomic, cultural and agricultural factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, pp. 2611-2621, 2006.

FIRMINO, K. F. et al . Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, Jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai. 2014.

FLORENZANO, R. et al. Suicidal risk, depression, and religiosity: A study of women in a general hospital in Santiago de Chile. **AsiaPacPsychiatry**. Santiago, v. 6, n. 1, p. 23-27, Mar 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24019245>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

JUSTUS, D. O suicídio nosso de cada dia... In: Estados Gerais da Psicanálise: Encontro Mundial, 2, 2003, Rio de Janeiro. **Anais...** Disponível em: <http://www.egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Justus_41040903_port.pdf> . Acesso em: 23 novembro 2013.

KUMAR, M. R. et al. A retrospective analysis of acute organophosphorus poisoning cases admitted to the tertiary care teaching hospital in South India. **Annals Afr Med.Nellore**. Nova Deli. v. 13, n. 2, p 71-75, abr. 2014.

LAM, R. W. et al. The Can-SAD study: a randomized controlled trial of the effectiveness of light therapy and fluoxetine in patients with winter seasonal affective disorder. **Am J Psychiatry**. Columbia. vol. 163, n. 5, p 805-812. Mai 2006.

LORUSSO. **Definição de Saúde Mental**: O que é saúde mental? Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

- LOVISI, Giovanni Marcos et al . Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 31, supl. 2, Oct. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462009000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2014.
- MCCULLUMSMITH, C. B. et al. Gender and Racial Differences for Suicide Attempters and Ideators in a High-Risk Community Corrections Population. **Crisis**. Birmingham, v. 34, n 1, p. 50–62. Jan, 2013. Disponível em: <<http://psycontent.metapress.com/content/th27263554n0475p/?genre=article&id=doi%3a10.1027%2f0227-5910%2fa000173>>. Acesso em: 17 mai. 2014.
- MANN, J. J.; ARANGO, V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. **J. Clin. Psychopharmacol**. Londres. v. 12, n. 2 p. 2-8. 1992.
- MARGONATO, Fabiana Burdini; THOMSON, Zuleika; PAOLIELLO, Mônica Maria Bastos. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 2, Feb. 2008 . Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 16 May 2014.
- MARQUES, M.G. **Dizer-se e fazer-se nada**: dor de existir e suicídio. 2012. 52 p. Monografia (Pós-graduação em Psicologia). Centro Universitário de Brasília, Brasília.
- MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.
- MORAES, A. C. L. **Contribuição para o estudo das intoxicações por carbamatos**: o caso do chumbinho no Rio de Janeiro. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 111 p. Disponível em: <<http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/moraesaclm/capa.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2013.
- MOTA, Daniel Marques et al . Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- PAGE, A.; MORREL, S.; TAYLOR, R. Suicide differentials in Australian males and females by various measures of socio-economic status, 1994-98. **Aust N Z J Public Health**; Sidney. Vol 26, p318-324. Ago 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12233951>>. Acesso em: 13 abr. 2014.
- PALMA, Sonia Maria Motta; CALIL, Helena Maria; MERCADANTE, Marcos Tomanik. Suicídio em adolescentes no Brasil: problema de saúde pública? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n.1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai. 2014.

PARK, SM. Health status and suicidal ideation in Korean elderly: the role of living arrangement. **J Ment Health**. Seul. vol 23, n. 2. p 94-98. Abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24689664>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

PARKER, G.; WALTER, S. Seasonal variation in depressive disorders and suicidal deaths in New South Wales. **Br. J. Psychiatry**. Sidney, v. 140, p 626-632, jun. 1982.

PEREIRA, D. S.; TUFIK, S.; PEDRAZZOLI, M. Moléculas que marcam o tempo: implicações para os fenótipos circadianos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2014.

POMPILI, M. et al. Unemployment As A Risk Factor for Completed Suicide: A Psychological Autopsy Study. **Archives of Suicide Research**, v. 18, n. 2, p 181-192, 2014. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811118.2013.803449#preview>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

PORTELLA, Carolina H. et al . Epidemiological profile of suicide in the Santa Catarina Coal Mining Region from 1980 to 2007. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000200006&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 de abril de 2014.
Serfaty E. Suicídio em la adolescência. **Rev Adolesc Latino-am**. Vol 1, n 2. P 105-110, set 1998.

QUADROS, M.P.R. Lealdade visceral: as origens do haraquiri no Japão medieval. **Revista Historiador Especial**. v. 1, n. 1, p. 85-94, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.historialivre.com/revistahistoriador/espum/marcosquadros.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2013.

RANG, H.P et al. **RANG & DALE Farmacologia**. 7. ed. United Kingdom, Churchill Livingstone, 2011. 808p.

RETAMAL C., Pedro; HUMPHREYS, Derek. Occurrence of suicide and seasonal variation. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 5, Oct. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai. 2014.

ROMÃO, M.R.; VIEIRA, L.J.E.S. Tentativas suicidas por envenenamento. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v.17, n.1, p.14-20, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40817204>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

SANTOS, J. A. T. et al . Gravidade de intoxicações por saneantes clandestinos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. spe, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai. 2014.

SANTOS, S. A. et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(9):2064-2074, set, 2009

SERFATY, Edith. Suicídio na adolescência. **Adolescência Latinoamericana**, n. 1, pp. 105-110, 1998. Disponível em: <<http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n2/a07v01n2.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

SILVA, M.C.M. **Renúncia à vida pela morte voluntária: o suicídio aos olhos da imprensa no Recife dos anos 1950**. 2009. 143 p. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SILVA, L. M. A.; COUTO, L. F. A questão do suicídio: algumas possibilidades de discussão em Durkheim e na Psicanálise. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2013.

SILVA, L. **A corrente suicidógena de Durkheim e suas relações com as manifestações da pulsão de morte na cultura em Freud e Lacan: um percurso preliminar a um diálogo possível**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SKERRETT, DM et al. Suicides among lesbian, gay, bisexual, and transgender populations in Australia: An analysis of the Queensland Suicide Register. **Asia-Pacific Psychiatry**, 2014. Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/appy.12128/abstract>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

SOUETRE, E. et al. Seasonality of suicides: enviromental, sociological and biological covariations. **J. Affect Disord**. França. vol 13, p 215-225, 1987.

SOUZA, Ana Rosa Lins de; OPALEYE, Emérita Sátiro; NOTO, Ana Regina. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai 2014.

TEIXEIRA, Ana Maria Fortaleza; LUIS, Margarita A. Villar. Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Set. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Mai. 2014.

TIDEMALM, D et al. Attempted Suicide in Bipolar Disorder: Risk Factors in a Cohort of 6086 Patients. **PLoS One**. Estocolmo. vol 9, n 4, p 1-9, abr 2007. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0094097>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

TRIÑANES, Y. et al. Suicidality in Chronic Pain: Predictors of Suicidal Ideation in Fibromyalgia. **PainPract.** Barcelona, abr 2014, Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/papr.12186/full>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

VIANA, G. N. et al . Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2014.

VIEIRA, L. J. E. S. et al . Amor não correspondido: discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2014.

WALKER, R. L.; BISHOP, S. Examining a model of the relation between religiosity and suicidal ideation in a sample of African American and White college students. **Suicide Life Threat Behav.** Columbia, v. 35, n 6, p 630-639, dez 2005.

WHITEFORD, HA et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet.** Herston. v. 382, n. 9904, p. 1575-1586. Nov 2013. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2961611-6/fulltext>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

ANEXO

ANEXO A – Ficha de Investigação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		Nº		
INTOXICAÇÃO EXÓGENA						
Caso suspeito: todo aquele indivíduo que, tendo sido exposto a substâncias químicas (agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso doméstico, cosméticos e higiene pessoal, produtos químicos de uso industrial, drogas, plantas e alimentos e bebidas), apresente sinais e sintomas clínicos de intoxicação e/ou alterações laboratoriais provavelmente ou possivelmente compatíveis.						
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agravado/doença		Código (CID10)		3 Data da Notificação	
	INTOXICAÇÃO EXÓGENA		T 65.9			
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		13 Raça/Cor	
	14 Escolaridade		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado			
	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		15 Número do Cartão SUS			
16 Nome da mãe						
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	26 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso					
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Data da Investigação		32 Ocupação		
		33 Situação no Mercado de Trabalho				
01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		09 - Cooperativado		
02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado		10 - Trabalhador avulso		
03 - Autônomo/ conta própria		07 - Desempregado		11 - Empregador		
04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		12 - Outros		
99 - Ignorado						
34 Local de ocorrência da exposição						
1. Residência		2. Ambiente de trabalho		3. Trajeto do trabalho		
5. Escola/creche		6. Ambiente externo		4. Serviços de saúde		
		7. Outro		9. Ignorado		
Dados da Exposição	35 Nome do local/estabelecimento de ocorrência			36 Atividade Econômica (CNAE)		
	37 UF	38 Município do estabelecimento		Código (IBGE)	39 Distrito	
	40 Bairro		41 Logradouro (rua, avenida, etc. - endereço do estabelecimento)			
	42 Número		43 Complemento (apto., casa, ...)		44 Ponto de Referência do estabelecimento	
	46 (DDD) Telefone		47 Zona de exposição 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		48 País (se estabelecimento fora do Brasil)	
	45 CEP					
	Intoxicação Exógena					

Sinan NET

SVS 09/06/2005

Dados da Exposição	49 Grupo do agente tóxico/Classificação geral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01. Medicamento 02. Agrotóxico; uso agrícola 03. Agrotóxico/uso doméstico 04. Agrotóxico/uso saúde pública 05. Raticida 06. Produto veterinário 07. Produto de uso Doméstico 08. Cosmético/higiene pessoal 09. Produto químico de uso industrial 10. metal 11. Drogas de abuso 12. Planta tóxica 13. Alimento e bebida 14. Outro 99. Ignorado				
	50 Agente tóxico (informar até três agentes) Nome Comercial/popular _____ Princípio Ativo _____ 1 - _____ 1 - _____ 2 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 3 - _____				
	51 Se agrotóxico, qual a finalidade da utilização <input type="checkbox"/> 1. Inseticida 2. Herbicida 3. Carrapaticida 4. Raticida 5. Fungicida 6. Preservante para madeira 7. Outro 8. Não se aplica 9. Ignorado				
	52 Se agrotóxico, quais as atividades exercidas na exposição atual <input type="checkbox"/> 01- Diluição 05- Colheita 09- Outros 1ª Opção: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 02- Pulverização 06- Transporte 10- Não se aplica 2ª Opção: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 03- Tratamento de sementes 07- Desinsetização 99- Ignorado 3ª Opção: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 04- Armazenagem 08- Produção/formulação				
	53 Se agrotóxico de uso agrícola, qual a cultura/lavoura _____				
	54 Via de exposição/contaminação <input type="checkbox"/> 1- Digestiva 4- Ocular 7- Transplacentária 1ª Opção: <input type="checkbox"/> 2- Cutânea 5- Parenteral 8- Outra 2ª Opção: <input type="checkbox"/> 3- Respiratória 6- Vaginal 9- Ignorada 3ª Opção: <input type="checkbox"/>				
Dados do Atendimento	55 Circunstância da exposição/contaminação <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 01- Uso Habitual 02- Acidental 03- Ambiental 04- Uso terapêutico 05- Prescrição médica inadequada 06- Erro de administração 07- Automedicação 08- Abuso 09- Ingestão de alimento ou bebida 10- Tentativa de suicídio 11- Tentativa de aborto 12- Violência/homicídio 13- Outra: _____ 99- Ignorado				
	56 A exposição/contaminação foi decorrente do trabalho/ocupação? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		57 Tipo de Exposição <input type="checkbox"/> 1 - Aguda - única 2 - Aguda - repetida 3 - Crônica 4 - Aguda sobre Crônica 9 - Ignorado		
	58 Tempo Decorrido entre a Exposição e o Atendimento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano 9- Ignorado				
	59 Tipo de atendimento <input type="checkbox"/> 1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial 3 - Domiciliar 4 - Nenhum 9 - Ignorado		60 Houve hospitalização? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	61 Data da internação _____		62 UF _____		
	63 Município de hospitalização _____ Código (IBGE) _____		64 Unidade de saúde _____ Código _____		
Conclusão do Caso	65 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Intoxicação confirmada 2 - Só Exposição 3 - Reação Adversa 4 - Outro Diagnóstico 5 - Síndrome de abstinência 9 - Ignorado				
	66 Se intoxicação confirmada, qual o diagnóstico _____ CID - 10 _____				
	67 Critério de confirmação <input type="checkbox"/> 1 - Laboratorial 2 - Clínico-epidemiológico 3 - Clínico		68 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Cura sem sequelas 2 - Cura com sequelas 3 - Óbito por intoxicação exógena 4 - Óbito por outra causa 5 - Perda de seguimento 9 - Ignorado		
	69 Data do óbito _____		70 Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT. <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		
Informações complementares e observações					
Observações: _____ _____ _____					
Investigador	Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde _____		
	Nome _____		Assinatura _____		
Intoxicação Exógena		Sinan NET		SVS 09/06/2005	