

COMPREENDER PARA PREVENIR: PERFIL PSICOSSOCIAL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO

Helena Rodrigues da Silva
Maria Emilia Pereira Nunes
Lucienne Martins-Borges

RESUMO

Objetivo: investigar o perfil psicossocial dos sujeitos atendidos após tentativa de suicídio, pelo serviço de Psicologia, na Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital Universitário no sul do Brasil. **Método:** estudo documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com finalidade descritiva, realizado com dados de 245 pacientes que tentaram suicídio em um período de 18 meses, entre os anos de 2018 e 2019. Foram analisadas as informações contidas no banco de dados do serviço de Psicologia do referido hospital. **Resultados:** evidenciou-se um maior número de tentativas de suicídio entre as mulheres (73,5%), com maior concentração na faixa etária dos 20 aos 40 anos (64%). A maior parte dos pacientes eram procedentes da Grande Florianópolis, sendo que 77,5% residiam na capital. A maioria das tentativas de suicídio não foi planejada (83%) e em 76% dos casos ocorreu na residência do paciente. O método mais utilizado foi intoxicação por medicamentos (83,6%). Os encaminhamentos foram realizados para rede pública de saúde em 62,1% dos casos. **Considerações finais:** o estudo torna-se relevante a medida que identifica a prevalência de determinados fatores de risco envolvidos na tentativa de suicídio, fornecendo informações que podem auxiliar no direcionamento das ações em saúde mental.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio; Suicídio; Perfil epidemiológico; Comportamento suicida.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a própria morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente (WHO, 2014). Botega (2015) define o suicídio como um comportamento multifatorial e multideterminado resultante de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, culturais, sociais e ambientais. Isso significa que, quando se trata de suicídio, não é possível pensar em uma causa única que leve o indivíduo à passagem ao ato. Trata-se de um evento que acontece em decorrência de diferentes fatores que se somam a partir das vivências do sujeito.

Fazem parte dos chamados “comportamentos suicidas” os pensamentos, os planos e as tentativas de suicídio. Botega (2018) ressalta que dentro do espectro dos comportamentos autoagressivos, “o suicídio é a ponta de um iceberg” (p.183) que, assim como os demais,

expressam a dor psíquica. Com relação às tentativas de suicídio, estima-se que estas superem o suicídio em números em pelo menos dez vezes. Por isso, devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta a indicar sofrimento psíquico e atuação de fenômenos psicossociais complexos (BOTEGA, 2018).

A OMS estimou que a incidência mundial de suicídio chegaria a aproximadamente 1,53 milhão de pessoas em 2020 e que o número de pessoas a tentar suicídio aumentaria de 10 a 20 vezes. Essa projeção global indica, portanto, que é possível inferir que os comportamentos suicidas constituem um importante problema de saúde pública (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Além das projeções globais, estudos apontam que no Brasil houve um aumento em torno de 20% nas taxas de suicídio entre os anos de 2002 e 2012 (BOTEGA, 2018).

No Brasil, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil de acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2011 a 2015, com uma taxa geral de 5,5 mortes por 100 mil habitantes (BRASIL, 2017). O Brasil é um país grande em território, com características regionais específicas e cujos níveis de desenvolvimento entre si são muito diferentes. Sendo assim, a análise epidemiológica do suicídio, respeitando as peculiaridades dos brasileiros de diferentes regiões, é imprescindível para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento de programas para a prevenção de comportamentos suicidas exige a expansão do nosso conhecimento sobre as especificidades regionais relacionadas a esta questão (LOVISI *et al.*, 2009).

Uma análise epidemiológica do suicídio entre 1980 e 2006 revelou que a região Sul do Brasil, com uma média de 9,3 mortes por 100.000 habitantes, apresentou as taxas de suicídio mais altas durante o período estudado, seguida pela região Centro-Oeste, com uma média de 6,1 mortes por 100.000 habitantes. Com relação às capitais, as cidades que apresentaram taxas médias mais altas durante todo o período de estudo foram Boa Vista (7,6 mortes por 100.000 habitantes), seguida por Porto Alegre (7,3 mortes por 100.000 habitantes) e Florianópolis (6,5 mortes por 100.000 habitantes) (LOVISI *et al.*, 2009).

De acordo com o Boletim Epidemiológico, publicado em novembro de 2017, que descreve o perfil epidemiológico da violência em Florianópolis, as notificações de lesão autoprovocada quintuplicaram de 2012 para 2013 e mantêm tendência de aumento (VIDOR *et al.*, 2017). O Boletim indica ainda que, levando em conta a série histórica de moradores da capital Florianópolis, entre 230 e 1.100 tentativas de suicídio deixam de ser notificadas por ano.

Apesar das dificuldades envolvidas na coleta de informações, estudos epidemiológicos descritivos sobre suicídio e realizados em vários meios sociais, econômicos e geográficos são de extrema importância para a saúde pública. O agrupamento desses dados representa um avanço significativo na determinação da magnitude do problema no país. Esses dados são necessários para aumentar o conhecimento das peculiaridades das condições sociais e são essenciais para a promoção do desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas (MELLO-SANTOS; BERTOLETE; WANG, 2005).

As tentativas de suicídio têm um impacto social e econômico significativo, que podem ser observados na utilização dos serviços de saúde e pelos efeitos psicológicos e sociais do comportamento sobre o sujeito, seus familiares e rede social significativa. A longo prazo é possível pensar ainda no ônus decorrente da incapacitação de longa duração que pode ser ocasionada pelo ato suicida (BOTEGA, 2015).

Sendo assim, o registro e sistematização dos dados referentes aos atendimentos a pessoas que realizaram tentativas de suicídio, mostra-se relevante a medida que conhecer o perfil dos pacientes atendidos auxilia na definição da conduta dos profissionais inseridos no serviço e na avaliação da prática profissional, além de oferecer dados significativos sobre a população em questão, possibilitando a implementação de novas políticas públicas de saúde.

A partir disso, o presente estudo pretende descrever o perfil psicossocial dos sujeitos atendidos após tentativa de suicídio pelo serviço de Psicologia na Unidade de Urgência e Emergência (UE) de um Hospital Universitário (HU) no sul do Brasil. O serviço de Psicologia se insere nesse contexto desde 2009 e realiza atendimentos a pacientes e familiares a partir de uma visão integral de crise, cuidado e das questões psicossociais trazidas pelas pessoas que tentaram suicídio. Neste sentido, a pesquisa pretende contribuir com o levantamento de dados sobre o perfil das pessoas que são atendidas nos serviços hospitalares após tentativa de suicídio.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, com finalidade descritiva. A pesquisa documental busca compreender a realidade social de forma indireta, por meio da análise dos mais variados tipos de documentos produzidos pelo homem e, nesse sentido, permite a investigação indireta de determinada problemática ou compreensão de um fato social (SILVA *et al.*, 2009).

O estudo buscou compreender o perfil psicossocial dos pacientes que realizaram atendimento psicológico após tentativa de suicídio. Para isso, analisou-se as informações contidas no banco de dados do serviço de Psicologia de uma Unidade de Urgência e Emergência (UE) em um Hospital Universitário (HU) no sul do país. O banco de dados concebido pelas profissionais do referido serviço, em formato de planilha informatizada, foi criado para controle interno, com objetivo de organizar os dados dos atendimentos realizados a pessoas que tentaram suicídio.

A população pesquisada constitui-se pelos pacientes que foram admitidos na Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital Universitário no sul do Brasil por tentativa de suicídio. A amostra compreende 245 pacientes atendidos nesta unidade pela equipe de Psicologia, em um período de 18 meses, entre os anos de 2018 e 2019. Foram excluídos da amostra os registros relativos às pessoas atendidas menores de 18 anos no mesmo período.

O documento consultado para coleta de dados foi uma tabela construída, que contempla as variáveis do instrumento desenvolvido por Macchiaverni, Martins-Borges e Oliveira (2013) a partir da revisão da literatura, o qual identificou os dados clínicos relevantes para avaliação e registro dos atendimentos, a saber: dados sociodemográficos (Bloco A - sexo, idade, município, situação conjugal, escolaridade), história do evento (Bloco B - data comemorativa importante, local do evento, método utilizado, uso de entorpecentes, planejamento, comunicação da intenção, solicitação de ajuda), histórico de saúde (Bloco C - faz acompanhamento em saúde, história de tentativas de suicídio anteriores ou internações psiquiátricas, uso de entorpecentes, uso contínuo de medicamentos psicotrópicos, acompanhamento em saúde mental) e encaminhamentos (Bloco D - avaliação psiquiátrica de urgência, ambulatorial na rede de saúde pública e/ou privada, realização das orientações de cuidado e medidas de vigilância).

Os dados foram organizados com o auxílio dos programas de computador *Microsoft Office Excel* 2016 e analisados a partir da estatística descritiva, a fim de descrever e resumir os dados relacionados a amostragem, média, mediana e prevalência, sendo estes representados através de tabelas de frequência para melhor visualização dos dados. Objetivou-se traçar o perfil dos pacientes atendidos, não discriminando aspectos individuais do atendimento.

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética em pesquisas que envolvem humanos. Por tratar-se de uma pesquisa que utiliza dados secundários, ou seja, não envolve intervenções clínicas com o sujeito e considerando o exposto no item IV.8 da Resolução 466/2012, a pesquisadora assinou o Termo de Fiel Depositário, através do qual assume o compromisso de seguir as imposições da

resolução citada acima, além de garantir justiça e equidade no uso dessas informações. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo parecer favorável sob processo N° 4.193.810 (CAAE: 31967220.0.0000.0121).

RESULTADOS

Foram registrados no banco de dados do serviço de psicologia 285 atendimentos por tentativa de suicídio, em um período de 18 meses, entre os anos de 2018 e 2019. Para realização da pesquisa, considerando-se o critério de exclusão, foram retirados os registros de 40 atendimentos, que correspondem aos pacientes com idades inferiores a 18 anos. Sendo assim, foram descritos os dados correspondentes ao atendimento de 245 pessoas.

Com relação aos **dados sociodemográficos**, foram atendidas 180 mulheres e 65 homens. A idade das pessoas atendidas variou entre 18 e 84 anos e a média de idade correspondeu a 33 anos. As idades foram separadas em 4 faixas etárias, com concentração dos casos na faixa etária entre 20 e 40 (64%).

A maior parte dos pacientes eram procedentes da Grande Florianópolis, sendo que 77,5% residiam na capital e outros 14,3% na região metropolitana. Já os 8,2% restantes eram procedentes de outros municípios circunvizinhos, pertencentes à área de expansão metropolitana de Florianópolis. Sobre a situação conjugal, a mais prevalente foi a situação “solteiro” (29,4%), bastante próximo à situação conjugal “casados ou em uma união estável”, com 27,3% dos casos.

Já com relação à escolaridade, 29% das pessoas já haviam completado ou estavam cursando o Ensino Superior. As pessoas que completaram o Ensino Médio representam 18% da amostra e as que completaram apenas o Ensino Fundamental, 9,4%. Outros 7,3% das pessoas não chegaram a completar o Ensino Fundamental e 1,2% não eram alfabetizadas. O dado “escolaridade” foi preenchido como “ignorado” em 35,1% casos.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos pacientes que tentaram suicídio entre os anos de 2018 e 2019.

Características	N	%
Sexo		
Feminino	180	73,5
Masculino	65	26,5
Total	245	100
Idade		
até 19 anos	23	9,5
20 a 40 anos	157	64
41 a 60 anos	55	22,5
Mais de 60 anos	10	4
Total	245	100
Situação conjugal		
Solteiro	72	29,4
Namorando	44	18
Casado/União estável	66	27,3
Separado/Divorciado	38	15,5
Viúvo	2	0,8
Ignorado	23	9
Total	245	100

Sobre a **história do evento**, apenas 8 pessoas realizaram a tentativa em uma data considerada comemorativa, representando 3,3% dos pacientes. A maior parte das tentativas de suicídio não foram planejadas (83%), ou seja, foram realizadas de forma impulsiva. Mais de 20% das pessoas comunicaram o desejo de morrer ou a intenção suicida à rede de apoio anteriormente a tentativa de suicídio. Em adição, mais de um terço das pessoas solicitou ajuda após a tentativa (34,7%).

Majoritariamente as tentativas de suicídio foram realizadas na residência dos pacientes (76%). Parte das tentativas foram realizadas em vias públicas (5,3%) e outros 16,3% das pessoas realizaram as tentativas em “outros locais”, entre esses: casa de um/uma companheiro/a, casa de amigos, casa de abrigo (pessoas em situação de rua), praia e casa de apoio. Em 2% dos casos o dado foi respondido como “ignorado”.

O método mais utilizado nas tentativas de suicídio foi o uso de medicamentos, que ocorreu em 83,6% casos. Em 12 casos os medicamentos foram associados a envenenamento (4,8%) e a tentativa foi apenas por envenenamento (sem uso de medicamentos) em 5,3% casos. Outros métodos utilizados foram: objeto cortante ou penetrante (3,3%),

estrangulamento/sufocação (0,8%), intoxicação por monóxido de carbono (0,8%), afogamento (0,4%), tentativa de jogar-se da janela (0,4%) e acidente automobilístico (0,4%).

Tabela 2. Características em relação ao método utilizado e local de ocorrência da tentativa de suicídio.

Características	N	%
Ingestão de medicamentos		
Sim	217	88,6
Não	28	11,4
Total	245	100
Outros métodos utilizados		
Envenenamento	13	5,3
Objeto cortante ou penetrante	8	3,3
Estrangulamento/Sufocação	2	0,8
Intoxicação por monóxido de carbono	2	0,8
Afogamento	1	0,4
Tentativa de jogar-se da janela	1	0,4
Acidente automobilístico	1	0,4
Total	28	11,4
Local de ocorrência		
Residência do paciente	187	76,4
Via pública	13	5,3
Outro	40	16,3
Ignorado	5	2
Total	245	100

Com relação aos medicamentos utilizados nas tentativas, em grande parte casos os medicamentos pertenciam ao próprio paciente (66,9%). No tocante ao uso de entorpecentes associados à tentativa de suicídio, foi registrado o uso de álcool por 17,6% das pessoas, uso de drogas ilícitas por 2,4% pessoas e uso de álcool associado a outras drogas por 4,1% das pessoas.

A respeito do **histórico de saúde**, mais da metade das pessoas (59%) já haviam tentado suicídio anteriormente, variando entre 1 e 9 tentativas prévias. Além disso, aproximadamente 25% das pessoas já haviam passado por uma internação psiquiátrica, sendo que, entre as que passaram pela internação, 34,4% delas foram internadas após uma tentativa de suicídio. Outros motivos relacionados a internação foram: uso abusivo de álcool e/ou

outras drogas em 13 casos (5,3%), transtornos em saúde mental prévios em 6 casos (2,44%) e em 21 casos não foi especificado no registro o motivo da internação (8,6%).

Relativamente ao histórico familiar, 40 pacientes, o que corresponde a 16,3% dos casos, relataram suicídio ou tentativa de suicídio de familiares ou pessoas que traziam como relevantes em sua história de vida. Também foi registrado uso frequente e/ou abusivo de drogas ilícitas por 21,2% dos pacientes e uso de bebida alcoólica em aproximadamente 36% dos casos, com variados graus de intensidade e frequência de uso.

Entre os dados registrados, 58% das pessoas relataram ter buscado atendimento em saúde mental no último ano, sendo que 26,5% buscaram atendimento psiquiátrico, 9% procuraram atendimento psicológico, 22% buscaram atendimento de ambos os profissionais, psicólogo e psiquiatra, e uma pessoa relatou ter buscado outro profissional de saúde mental (0,4%).

Com relação ao uso de psicofármacos, 72,1% dos pacientes já faziam uso contínuo desses medicamentos. Em contrapartida, apenas 16,4% já faziam psicoterapia ou estavam em acompanhamento psicológico.

Acerca dos **encaminhamentos**, os pacientes foram prioritariamente encaminhados para seguir tratamento ambulatorial na rede pública de saúde (52,3%), sendo que 12,2% dos pacientes optaram por serem encaminhados para tratamento ambulatorial na rede privada de saúde e cerca de 8,2% receberam encaminhamento para ambas as redes, pública e privada.

Além disso, alguns dos pacientes foram encaminhados para tratamento não ambulatorial (5,7%), outros 5,7% foram encaminhados para uma avaliação psiquiátrica de urgência em outro serviço, uma pequena parcela evadiu-se do hospital antes dos encaminhamentos (2%) e ainda em 13,9% dos casos não foram registrados os tipos de encaminhamentos realizados.

Após a avaliação psicológica, entendeu-se que quase metade dos pacientes (49,8%) necessitavam de uma avaliação psiquiátrica de urgência. Entre esses, a maior parte foi avaliada antes da alta hospitalar por um psiquiatra do HU (77,9%), outros 20,5% foram encaminhados para avaliação de urgência em um Hospital Psiquiátrico e 1,6% para avaliação de urgência no CAPS.

No que concerne à rede pública ambulatorial, os paciente foram encaminhados para os seguintes serviços: UBS (20,4%), ambulatório de psicoterapia de crise do HU (15,9%), CAPS II (8,6%), CAPS AD (4,5%) e 2,9% dos pacientes foram encaminhados para outros serviços. Entre os outros locais foram descritos: clínicas de atendimento com custo acessível, ambulatório do serviço de psiquiatria do HU, ambulatório de atendimento psicológico às

situações de luto do HU, ambulatório para atendimento psicológico em casos de violência conjugal da UFSC e Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Sobre o acompanhamento ambulatorial na rede privada de saúde, os pacientes foram encaminhados para os seguintes profissionais: psiquiatra (3,7%), psicóloga (1,2%), psiquiatra e psicóloga (6,5%) e com outros profissionais de saúde mental (0,8%). A respeito dos encaminhamentos não ambulatoriais, os mesmos estão distribuídos dessa forma: transferência para internação psiquiátrica, transferência para Unidade de Tratamento Intensivo (1,2%) e óbito (0,4%).

Tabela 3. Tipos de encaminhamentos realizados aos pacientes atendidos.

Tipos de encaminhamento realizados	N	%
Ambulatorial na rede pública	128	52,3
Ambulatorial na rede privada	30	12,2
Rede pública e privada	20	8,2
Não ambulatorial	14	5,7
Avaliação psiquiátrica de urgência em outro serviço	14	5,7
Evasão antes do encaminhamento	5	2
Sem registro	34	13,9
Total	245	100
Ambulatorial na rede pública		
UBS	50	20,4
CAPS II	21	8,6
CAPS AD	11	4,5
Ambulatório de psicoterapia de crise HU	39	15,9
Outros	7	2,9
Total	128	52,3
Ambulatorial na rede privada		
Psiquiatra	9	3,7
Psicóloga	3	1,2
Psiquiatra e Psicóloga	16	6,5
Outros	2	0,8
Total	30	12,2
Não ambulatorial		
Transferência para internação psiquiátrica	10	4,1
Transferência para UTI	3	1,2
Óbito	1	0,4
Total	14	5,7

Foram realizadas as orientações de cuidado e medidas de vigilância para pacientes, familiares, acompanhantes e/ou responsáveis em 81,6% dos casos. Em cerca de 12,6% dos registros não estava preenchida a realização das orientações, indicando a possibilidade de a orientação não ter sido realizada. Entre os 5,8% restantes, observa-se que a não realização das orientações ocorreu nas situações de evasão hospitalar, transferência para outro setor do hospital ou óbito.

DISCUSSÃO

Analisando os dados coletados, é possível perceber que as mulheres representam cerca de três quartos dos casos atendidos na Emergência por tentativa de suicídio, ou seja, a cada quatro pacientes atendidos, três eram mulheres. Entretanto, de forma geral, os homens morrem mais por suicídio e se utilizam de métodos com alto grau de letalidade como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de lugares elevados. As mulheres apresentam maior número de tentativas de suicídio e os métodos mais usados por elas são a ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas (RIBEIRO *et al.*, 2018, GONDIM *et al.*, 2017; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013; MACENTE, SANTOS, ZANDONADE, 2009; MARÍN-LEÓN, BARROS, 2003).

No presente estudo, encontrou-se uma média de idade de 33 anos dentro da amostra analisada e uma mediana de 30. A situação conjugal predominante na amostra foi “solteiro”, seguida da situação “casado ou em uma união estável” e a terceira maior foi “separado ou divorciado”. A maior parte das tentativas de suicídio ocorreram na cidade de Florianópolis, na própria residência do paciente. O principal método utilizado foi intoxicação por medicamentos, envenenamento, seguido do enforcamento.

Alguns autores apontam que, diferente do que é observado nas mortes por homicídios, as taxas de mortes por suicídio não apresentaram padrão definido de distribuição segundo os estratos de nível socioeconômico, nem diferenças significativas entre eles no Brasil (MARÍN-LEON, BARROS, 2003; PORDEUS *et al.*, 2009). Neste estudo, encontramos um elevado percentual de casos com o dado relativo à escolaridade preenchido como “ignorado” (35,1%).

Dados do Sistema de Informação e Agravo de Notificação (SINAN), publicados em Boletim Epidemiológico pelo Ministério da Saúde, relativos às notificações de lesão autoprovocada e tentativa de suicídio, mostraram que no Brasil, entre os anos de 2011 e 2016, houve predominância da ocorrência em mulheres, nas faixas etárias da adolescência (10-19

anos) e adultos jovens (20-39 anos), residentes da zona urbana e com escolaridade menor que 8 anos de estudo (BRASIL, 2017). Sobre o estado civil, a literatura destaca um maior risco de suicídio entre os solteiros, viúvos e pessoas separadas (WHITLEY *et al.*, 1999; LOVISI *et al.*, 2009; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Sendo assim, observa-se que os resultados da presente pesquisa, quanto ao sexo, faixa etária e procedência, estão em conformidade com dados os apontados por outros pesquisadores. Já com relação à escolaridade, os dados mostram-se inconclusivos.

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde, entre os anos de 2011 e 2015, os meios de suicídio mais comumente utilizados no Brasil foram o enforcamento, envenenamento e armas de fogo (BRASIL, 2017). Nos casos de suicídio por envenenamento, destacou-se o uso de pesticidas, particularmente nas regiões Sudeste (29,7%), Sul (28,6%) e Nordeste (19,8%). As maiores taxas com uso de medicamentos como método de suicídio foram encontradas nas regiões Sudeste (7%), Sul (4,1%) e Nordeste (3,7%) (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005; LOVISI *et al.*, 2009).

Com relação a elevada prevalência de intoxicação medicamentosa e do envenenamento como métodos utilizados nas tentativas de suicídio na amostra deste estudo, considerando que somados superam 90% dos casos, vale ressaltar que a UE do hospital pesquisado possui vínculo com o Centro de Informações e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox-SC), sendo este referência estadual para os casos de acidente com animais peçonhentos e intoxicações¹. Em consonância a esse fato, o referido HU não presta atendimento às situações de trauma, havendo outros hospitais gerais de referência para essas situações na mesma região de saúde.

Resgatando os resultados deste estudo, especialmente com relação a impulsividade relacionada a boa parte das tentativas (83%), além do uso de entorpecentes em 24,1% dos casos, vale destacar que autores como Solomon (2014) apontam que as tentativas de suicídio são geralmente desencadeadas por estresses externos que, frequentemente, incluem o uso de álcool, doença médica aguda e eventos de vida negativos e podem estar associados a traços de personalidade agressivos e/ou impulsivos, genética e infância.

Pordeus *et al.* (2009) indicam que a história de uma ou mais tentativas de suicídio não-fatais é um dos principais fatores de risco para suicídio, sendo que a chance de suicídio aumenta quando há mais de uma tentativa anterior. Em adição, o maior risco de morte por

¹ Informações disponíveis em:

<https://www.sc.gov.br/noticias/temas/saude/ciattox-sc-completa-35-anos-de-servicos-prestados-nesta-terca-feira>.

suicídio costuma ocorrer durante o primeiro ano após uma tentativa, independente da idade e do número de tentativas anteriores. Isso tem uma importância especial, pois tanto a prevenção quanto o tratamento deveriam ser intensificados nesse período (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013; PORDEUS *et al.*, 2007).

Outros fatores de risco sugeridos na literatura são: letalidade do método escolhido e acessibilidade a este, frequência de pensamentos suicidas, ausência de suporte social, história familiar positiva para suicídio e depressão, instabilidade econômica, experiências de violência física/sexual ou vivência em comunidades violentas e condições de trabalho insalubres. Comportamentos considerados de risco, como o uso de drogas e sexo desprotegido também podem ser considerados fatores de risco (PEREIRA *et al.*, 2018).

MINAYO *et al.* (2012) mencionam ainda os rompimentos emocionais, perdas reais ou imaginárias, transtornos depressivos, enfermidades graves, problemas de saúde mental, falta de perspectiva de futuro, desemprego, aposentadorias sem alternativa de aproveitar a vida, queda no padrão vida e estresse cumulativo.

Pesquisas realizadas nos estados do Rio de Janeiro, Ceará e Rio Grande do Sul avaliaram a prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio e observaram ainda que a maioria dos indivíduos utilizavam medicamentos psicoativos, em geral com tratamento irregular, e haviam realizado tratamento psiquiátrico/psicológico anteriormente ao episódio suicida (GONDIM *et al.*, 2017; CALEGARO *et al.*, 2019).

Logo, os dados observados neste estudo, relativos ao histórico de saúde mental, que apontam que mais da metade das pessoas já haviam buscado atendimento em saúde mental no ano anterior a tentativa e o elevado número de pacientes que já faziam uso medicamentos psicoativos (72%) anteriormente à tentativa de suicídio que levou a internação, corroboram com os achados descritos na literatura no tocante aos fatores de risco.

Após uma tentativa de suicídio, é recomendado que o paciente seja encaminhado para dar continuidade ao seu tratamento em um serviço especializado de saúde mental ou que ofereça o suporte necessário ao paciente e seus familiares. Nessa perspectiva, Bertolote *et al.* (2010) indicam que os encaminhamentos realizados aos pacientes com comportamentos suicidas devem levar em consideração os fatores de risco, as condições sócio familiares, a história pessoal, entre outros fatores, visando construir, em conjunto com o paciente e seus familiares, o seguimento mais adequado.

Em um ambiente de pronto-socorro, mesmo antes de finalizadas as avaliações acerca do risco de suicídio, é necessário atentar aos comportamentos do paciente e zelar por sua segurança, evitando, por exemplo, a evasão hospitalar. Em consonância, sugere-se ainda que,

em determinados casos, uma pessoa próxima esteja ao lado do paciente o maior tempo possível (BOTEGA, 2015).

No presente estudo, nos deparamos com dados que sugerem que 2% dos pacientes evadiram antes que fossem realizados os encaminhamentos em saúde mental. De acordo com Botega (2015), quando uma pessoa que tentou o suicídio consegue ser atendida em um serviço de saúde mental, em geral, a adesão ao tratamento proposto costuma ser baixa. Essa baixa adesão deve-se em parte ao desequilíbrio existente entre as expectativas do paciente e o que a equipe de saúde é capaz de lhes oferecer.

A fim de facilitar a adesão ao tratamento, a avaliação adequada do risco de suicídio deve incluir uma avaliação abrangente, levando em consideração as experiências prévias de tratamento, o vínculo que o paciente já possui com os serviços de saúde, a gravidade de seu caso de acordo com a estratificação de risco e as especificidades do atendimento de cada local. Além disso, também há que se considerar a realidade do município em que o paciente reside e os serviços disponíveis em sua região de saúde (GUTIERREZ, 2014).

A realização de um encaminhamento adequado, após avaliação de todos os critérios necessários, torna-se imprescindível, além de ser um importante primeiro passo em direção a um tratamento efetivo em saúde mental, uma vez que deparar-se com a dificuldade de acessar o serviço indicado pode favorecer a desesperança do paciente, facilitando o abandono do tratamento e a manutenção do risco de suicídio (BERTOLOTE *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, os resultados encontrados no presente estudo vão ao encontro do que apontam Freitas e Martins-Borges (2017) quando se referem à Rede Municipal de Saúde como “fonte primária de encaminhamentos dos pacientes após alta hospitalar” (p. 57). Tendo em conta que o referido hospital é 100% SUS, interpreta-se como coerente a predominância dos encaminhamentos terem sido realizados para outros serviços pertencentes à rede pública de saúde. Entretanto, também se considera a autonomia do paciente em relação ao seu cuidado e as diferentes classes sociais e condições socioeconômicas da população atendida, que em determinados casos podem optar pelo atendimento na rede privada de saúde.

O suicídio quase sempre está relacionado à interação de diferentes fatores, entre eles o escape de um sofrimento intenso quando se combinam frustrações com um nível de estresse insuportável ou a uma sensação de falta de opções associada à sentimentos de desesperança, desamparo e desejo de acabar com esse sofrimento (MINAYO *et al.*, 2012).

Assim, embora a ligação entre os comportamentos suicidas e os transtornos mentais seja bem estabelecida, amplas generalizações com relação aos de fatores de risco são desfavoráveis. Segundo a OMS, a maior parte das pessoas que se engajam em

comportamentos suicidas são ambivalentes sobre a morte, sendo que muitas tentativas e suicídios ocorrem impulsivamente, em momentos de crise, e, nestas circunstâncias, o acesso aos meios mostra-se como algo determinante. Associado a isso, uma redução na capacidade de lidar com estressores crônicos ou agudos e transtornos prévios em saúde mental com tratamento ausente ou irregular são fortemente associados à impulsividade nesse contexto (WHO, 2014).

Considerando que 66,9% dos medicamentos utilizados nas tentativas de suicídio descritas neste estudo pertenciam ao próprio paciente e que as mesmas ocorreram majoritariamente na residência do próprio paciente, reforça-se a importância de restringir o acesso aos meios como medida para prevenir o suicídio.

Barrero (2008) destaca a importância do papel familiar e da rede apoio significativa na prevenção do suicídio, quando esta consegue auxiliar os serviços de saúde mental na detecção e manejo precoces das pessoas em situação de risco. Nesse contexto, as orientações de cuidado e medidas de vigilância e proteção direcionadas aos familiares ou rede de apoio buscam implicá-los nos encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde (FREITAS, MARTINS-BORGES, 2017).

Outras orientações, que vão desde de restringir o acesso do paciente às medicações, manter objetos perfurocortantes e armas de fogo em locais seguros (fora do alcance do paciente), até acompanhar seus familiares nos serviços de saúde para buscar atendimento ou dar seguimento ao seu tratamento, são consideradas uma estratégia eficaz na prevenção do suicídio (FREITAS, MARTINS-BORGES, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou resultados quanto ao perfil dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio, na Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital Universitário (HU) no sul do Brasil, tornando-se relevante a medida que identifica a prevalência de determinados fatores de risco envolvidos na tentativa de suicídio, fornecendo informações que podem auxiliar a pensar sobre o potencial risco naqueles pacientes que apresentam comportamentos suicidas, possibilitando um encaminhamento adequado e o direcionamento das ações em saúde mental.

Ainda que o trabalho possua um foco descritivo e nos fatores de riscos envolvidos no ato, os fatores de proteção, como os relacionamentos interpessoais significativos, ambiente saudável de trabalho, aspectos pessoais como auto estima, habilidades sociais e autoeficácia devem ser resgatados e fortalecidos diante da crise suicida. Ou seja, as políticas públicas ou

intervenções em saúde devem objetivar não apenas reduzir os fatores de risco, mas também fortalecer os fatores de proteção.

Pensando nas repercussões externas ao ambiente hospitalar, os resultados obtidos no trabalho podem contribuir no planejamento de políticas públicas efetivas, de prevenção e promoção da saúde, imprescindíveis para a diminuição do impacto das tentativas de suicídio na sociedade. Não há uma explicação única de por que as pessoas tentam suicídio. No entanto, compreender o contexto e as circunstâncias que envolvem os comportamentos suicidas podem fazer a diferença na prevenção e possíveis formas de tratamento em saúde mental.

Por isso, para além de pensar em estratégias a nível social, como no caso das políticas públicas, a atenção aos aspectos singulares de cada indivíduo faz-se necessária. A intervenção em saúde mental no ambiente hospitalar após uma tentativa de suicídio pode ser um fator de proteção na medida em que acolhe e oferece apoio emocional à pessoa, também propõe a continuidade do seu cuidado a partir dos encaminhamentos pensados e articulados para a realidade de cada indivíduo.

Levando em consideração que os dados contidos na planilha são preenchidos a posteriori e que os atendimentos não tem por finalidade abarcar todos os campos contidos no banco de dados, muitas vezes os campos foram preenchidos como “ignorado”, o que apresenta-se como uma das limitações da pesquisa. Em adição, os atendimentos e o preenchimento da planilha são feitos por toda a equipe de psicologia da UE, não havendo necessariamente um procedimento sistematizado de inclusão das informações. Este último aspecto pode ser identificado como um limite ao estudo, mas, igualmente, ao próprio serviço e aos estudos futuros.

Por fim, sugere-se para os próximos estudos um olhar voltado para os fatores protetivos que envolvem a crise suicida, acreditando-se que há um grande potencial no viés preventivo e promotor de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- BARRERO, Sergio A. Pérez. Preventing suicide: a resource for the family. **Annals of general psychiatry**, v. 7, n. 1, p. 1, 2008.
- BERTOLOTE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181, 2002.
- BERTOLOTE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 32, p. S87-S95, 2010.
- BOTEGA, Neury José. **Crise suicida**. Artmed Editora, 2015.
- BOTEGA, Neury José. **A tristeza transforma, a depressão paralisa**. Benvirá, 2018.
- CALEGARO, Vitor Crestani *et al.* Pacientes suicidas em uma unidade de emergência psiquiátrica: características clínicas e perfil de agressão. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 41, n. 1, p. 9-17, 2019.
- FREITAS, Ana Paula Araújo; MARTINS-BORGES, Lucienne. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 50-60, 2017.
- GONDIM, Ana Paula Soares *et al.* Tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos registradas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica em Fortaleza, Ceará, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 109-119, 2017.
- GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia Usp**, v. 25, n. 3, p. 262-269, 2014.
- LOVISI, Giovanni Marcos *et al.* Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, p. S86-S93, 2009.
- MACCHIAVERNI, Juliana; BORGES, Lucienne Martins; OLIVEIRA, Lecila Duarte Barbosa. Instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio. **Barbarói**, n. 39, p. 129-148, 2013.
- MACENTE, Luciene Bolzam; SANTOS, Elem Guimarães dos; ZANDONADE, Eliana. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 4, p. 238-244, 2009.
- MARÍN-LEÓN, Leticia; BARROS, Marilisa. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 357-363, 2003.
- MELLO-SANTOS, Carolina de; BERTOLOTE, José Manuel; WANG, Yuan-Pang. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 27, n. 2, p. 131-134, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2773-2781, 2012.

BRASIL. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil ea rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 30, 2017.

PEREIRA, Anderson Siqueira et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3767-3777, 2018.

PORDEUS, Augediva Maria Jucá et al. Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1731-1740, 2009.

RIBEIRO, Nilva Maria et al . TIME-TREND ANALYSIS OF SUICIDE AND OF HEALTH INFORMATION SYSTEMS IN RELATION TO SUICIDE ATTEMPTS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 2, e2110016, 2018 .

SILVA, Lidiane Rodrigues Campêlo da et al. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: **Congresso Nacional de Educação**. 2009. p. 4554-4566.

SOLOMON, Andrew. **O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão**. Editora Companhia das Letras, 2014.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; GONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 175-187, 2013.

VIDOR, Ana Cristina et al. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **Clínica**, v. 44, n. 39, p. 5, 2017.

WHITLEY, Elise et al. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. **Bmj**, v. 319, n. 7216, p. 1034-1037, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014.