



Fatores de risco e proteção ao suicídio: correlação de variáveis sócio-demográficas de pacientes na emergência psiquiátrica com o seu comportamento suicida

Palavras-Chave: SUICÍDIO, EMERGÊNCIA, EPIDEMIOLOGIA.

Autores/as:

LEONARDO GOMEZ RODRIGUES, FCM, UNICAMP

Profa. Dra. KARINA DINIZ OLIVEIRA (orientadora) FCM, UNICAMP

INTRODUÇÃO:

Ao comparar a qualidade de vida entre diferentes regiões, os parâmetros mais frequentemente utilizados são o Índice de Desenvolvimento Humano, Produto Interno Bruto per capita, Índice de Gini, Índice de Felicidade, Índice de Desemprego, salário mínimo, etc. Em seu livro “O mito de Sísifo”, o filósofo francês existencialista Albert Camus afirma: “Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale a pena ou não ser vivida significa responder à questão fundamental da filosofia”. Pouco citado como meio para avaliar a qualidade de vida em um local, a taxa de suicídio mensura um dos assuntos mais centrais da filosofia: se vale a pena viver. Ultrapassando as barreiras de classe social, sexo, idade, cultura, religião, o suicídio é um problema global e complexo. Mais do que o exercício da reflexão filosófica, o suicídio precisa ser melhor compreendido sobre a luz do método científico.

Para melhor compreender o comportamento suicida, é importante não considerá-lo apenas como a tentativa de acabar com própria vida, mas como um espectro de atitudes, com vários níveis de intencionalidade suicida, cuja característica sempre presente e definidora é a auto-destrutividade, em maior ou menor grau. O comportamento suicida pode ter diversos potenciais de letalidade: desde ideias passageiras, planos elaborados, pequenos gestos até a tentativa consumada de suicídio, na qual há maior intenção de morte. Por tanto,

dentro do *continuum* do comportamento suicida, a prática autodestrutiva é sempre presente. A intenção consciente de morrer, por outro lado, não constitui uma condição *sine qua non* para caracterizar um comportamento suicida (1), o que vai contra a visão leiga.

Na análise epidemiológica do suicídio, os dados brasileiros vão de encontro aos internacionais. De 2010 para 2019, o número de mortes por suicídio para 100 mil habitantes no mundo saiu de 11 para 8,7 (2). No mesmo período, a taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes no Brasil passou de 5,24 para 6,65 (3). Embora o Brasil tenha uma taxa de suicídio menor do que a global, houve um aumento no número brasileiro durante esse período, em oposição à queda em nível global. Quanto à divisão por sexo, as taxas de mortalidade por suicídio no Brasil nesse mesmo período mostram que houve um aumento de 29% nas taxas de suicídios de mulheres, enquanto que entre os homens o aumento foi de 26%. Apesar das taxas masculinas terem piorado menos que as femininas, no período de 2010 a 2019, os homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que as mulheres. Por outro lado, as mulheres apresentam maiores prevalências de ideação e tentativa de suicídio. (4, 5). Essas diferenças são atribuídas à maior agressividade e maior intenção de acabar com própria vida entre homens, com uso de métodos mais letais. (6). A análise da evolução dessas taxas tendo como parâmetro a faixa etária evidenciou um aumento pronunciado da morte por suicídio

entre adolescentes, que sofreram um incremento de 81% no período, passando de uma taxa de 3,5 para 6,4 suicídios para cada 100 mil habitantes.

Ao estudar o comportamento suicida, é importante determinar quais são os fatores de risco de suicídio, ou seja, características individuais que elevam as chances de a pessoa terminar com a própria vida (7). Esses podem ser agrupados em 3 categorias principais: psicossociais, transtornos mentais e sociodemográficos. A influência das características sociodemográficas no comportamento suicida e a identificação de quais são fatores de risco foi o objeto de estudo deste trabalho, que levou em conta a influência de variáveis como sexo, idade, religião, estado civil, trabalho, moradia, entre outros, na tentativa de acabar com a própria vida. Estudos prévios apontam como fatores de risco: sexo masculino, adultos jovens, ausência de relacionamento estável, homossexualidade, religião protestante, ateísmo, minoria étnica e acesso a meios letais (8).

Em contrapartida aos fatores de risco, existem fatores de proteção do indivíduo, ou seja, elementos que promovem bem estar e saúde, prevenindo-o do comportamento suicida. São características pessoais que atenuam a impulsividade das ações, auxiliando na busca de alternativas menos desesperadas. Entre os fatores de proteção, pode-se citar: o apoio familiar, a flexibilidade psíquica, a resiliência, as relações sociais ativas e outras, como gravidez, filhos pequenos, sono regular e boa qualidade de relação com o terapeuta (8).

Este estudo foi realizado no contexto da emergência psiquiátrica, no qual as principais situações clínicas relacionadas ao suicídio são os sobreviventes de tentativas de suicídio e as pessoas com grave ideação suicida (8). Nesse cenário da emergência, no qual os pacientes estão em grande risco de vida, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham os melhores recursos possíveis para realizar um bom manejo da situação. Parte crucial desse processo é avaliar a gravidade da ideação, levando em conta os fatores de risco e proteção supracitados que o paciente possua, os quais foram alvo de estudo e esclarecimento neste trabalho.

Métodos aprimorados para identificar os principais grupos de risco para o comportamento suicida são importantes não somente no contexto da emergência, como também na rotina ambulatorial. É importante que a vulnerabilidade seja detectada não só de

maneira a evitar a recorrência da tentativa de suicídio, mas também no intuito da prevenção primária. É função do profissional de saúde identificar quais os pacientes com comportamentos do espectro autodestrutivo, e que podem futuramente culminar numa tentativa de suicídio. Para que sejam desenvolvidas diretrizes de conduta mais eficientes são necessários mais estudos sobre as variáveis que influenciam o comportamento suicida.

Embora existam recursos já estabelecidos para avaliação do paciente com ideação suicida, como a escala de Beck e a escala de suicídio elaborada pela OMS, o adequado reconhecimento de todos os aspectos pessoais que podem estar relacionados com o comportamento suicida é complexo. Existem estudos apontando que há certos déficits dessas escalas em prever com segurança a chance de o paciente acabar com a própria vida (9). Uma metanálise constatou a insuficiência dessas escalas em detectar o real risco de suicídio do indivíduo, fornecendo ao clínico uma impressão falsa e preocupante de que a sua conduta está suficiente e segura, ao somente aplicar as escalas. Além disso, somam-se a essas deficiências diagnósticas uma certa falta de capacitação dos profissionais no campo da saúde mental. Existe uma dificuldade em construir uma empatia pelo paciente, em razão de um estigma que o comportamento suicida carrega. O acolhimento empático é imprescindível na detecção e prevenção do comportamento suicida (8), porque a sensação de desamparo é muito presente nesses pacientes. Sendo assim, seja por um déficit de capacitação profissional ou de métodos diagnósticos, o manejo do comportamento suicida na emergência ainda é problemático, justificando a pesquisa de novas ferramentas para aprimorar o atendimento a esses pacientes.

METODOLOGIA:

O projeto em questão faz parte do projeto denominado "Avaliação de expressões faciais em pessoas que cometeram tentativa de suicídio e sua relação com uso de substâncias psicoativas", e que já consta aprovado pelo CEP da UNICAMP (CAAE:16554819.5.0000.5404; parecer de aprovação número 3.850.797). Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, com duração de um ano, no qual será realizado um levantamento de dados contidos em entrevista

já estruturada. A entrevista foi aplicada aos pacientes admitidos em decorrência de tentativas de suicídio, pela Equipe de Psiquiatria da UER do Hospital de Clínicas da Unicamp. Foram levantados dados sociodemográficos como idade, gênero, religião, escolaridade, profissão, atividade laboral, estado civil, condições de moradia e número de filhos. Foram incluídos indivíduos maiores de 14 anos de ambos os gêneros, admitidos na UER por conta de lesões secundárias a tentativas de suicídio, que não tenham sido atendidos em outra unidade de emergência

Resultados

A pesquisa contou com 28 participantes, sendo que uma das pacientes teve uma segunda internação por nova tentativa de suicídio, que também foi incluída nos dados da pesquisa, totalizando 29 internações. Todos participantes tiveram as variáveis sócio-demográficas supracitadas tabuladas no programa "Microsoft Excel".

Quanto à variável idade, a grande maioria têm entre 20 e 40 anos (72,4%), sendo apenas 3 pacientes com mais de 40 anos e 5 com menos de 20. Entre os adolescentes com menos de 20 anos, o mais novo tem 16 anos. O paciente mais velho tem 60 anos de idade. A faixa entre 15 e 25 anos contém quase metade das internações (14).

Ao agrupar os participantes por sexo, constata-se que há apenas um homem a mais que mulher (14 mulheres e 15 homens).

Menos da metade dos pacientes referem não ter religião (46,4%). Dentre os religiosos, os evangélicos são o maior grupo (43,7%), seguidos dos católicos (25%).. De todos os pacientes, apenas 31% têm alguma prática religiosa. Dos pacientes com prática religiosa, 55,5% o fazem semanalmente, enquanto os demais praticam sua religiosidade numa frequência menor.

Sobre a escolaridade, todos os pacientes são no mínimo alfabetizados. O maior grupo é o dos pacientes com 8 a 11 anos de estudo (37,9%), seguido pelos que tiveram mais de 11 anos (27,6%) e 13,8% dos pacientes têm pós-graduação.

Em relação à prática laboral, 51,7% não trabalham. Destes, 13,3% estão afastados, 20% são estudantes e o restante está desempregado. Dos 48,3% que trabalham, menos da metade tem vínculo formal (46,1%).

Apenas 17,2% são casados. Somente dois pacientes se identificaram como divorciados e apenas um com uma união estável. Todos os demais, ou seja, 79,3% dos participantes não possuem companheiros.

Somente 27,6% dos pacientes possuem filhos.

Quanto à moradia, a maioria dos pacientes não mora sozinho (86,2%). Destes, 32% mora somente com os pais, 16% moram com os pais e os irmãos, outros 16% moram com amigos, 12% mora somente com companheiro, 12% mora com companheiro e filhos.

A análise das hipóteses diagnósticas mostra que o diagnóstico mais frequente nos pacientes que chegam à emergência psiquiátrica por tentativa de suicídio é o quadro depressivo (51,7%), seguido pelo transtorno por uso de substâncias psicoativas (31%). O terceiro diagnóstico mais frequente é o de transtornos de personalidade (27,6%). Apenas 2 pacientes foram diagnosticados com esquizofrenia.

Quantidade versus Idade

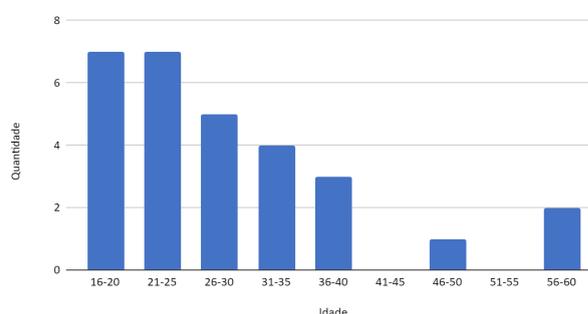


Gráfico 1. Número de pacientes por faixa etária

Religião

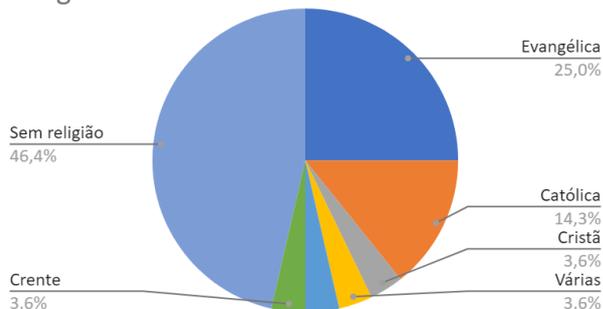


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes por religião

Estado civil

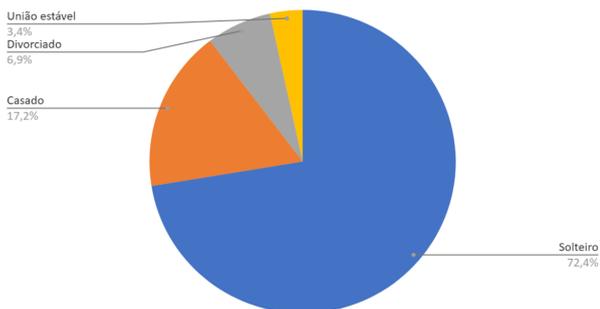


Gráfico 3. Distribuição dos pacientes por estado civil

Moradia

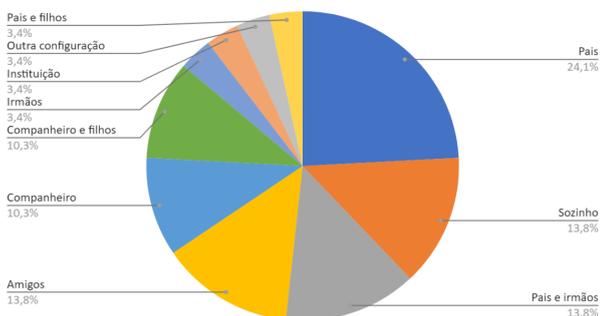


Gráfico 4. Distribuição dos pacientes por companhia na moradia

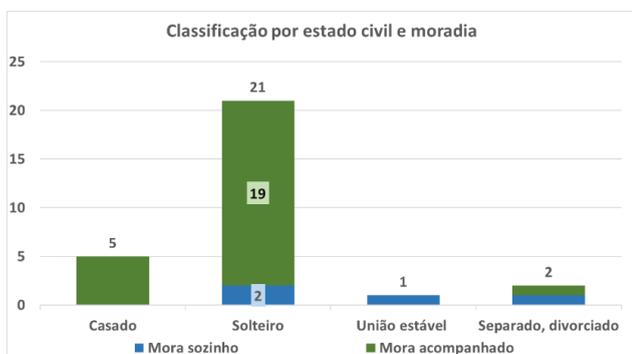


Gráfico 5. Relação entre o estado civil e a companhia na moradia dos pacientes

Discussão / Conclusões

Uma falsa impressão dada pelos resultados do estudo é a de que homens e mulheres possuem uma taxa semelhante de comportamento suicida, já que o número de homens e mulheres que chegaram ao pronto socorro após tentativa de suicídio é quase o mesmo. Deve-se lembrar, todavia, que muitos homens não chegam ao pronto-socorro, porque

os métodos que utilizam tendem a ser mais letais e também por procurarem menos os serviços de saúde.

Um dado que chama muita atenção é que quase 80% dos pacientes internados por tentativa de suicídio são solteiros ou divorciados. Isso ressalta a importância de relações estáveis como um dos principais fatores de proteção para o comportamento suicida. Mais do que a companhia da família ou dos amigos, o que parece dar apego à vida é o relacionamento amoroso, a união estável com um parceiro. Isso é evidenciado ao cruzar os dados de que a maioria é solteira (79,3%) e de que grande parte dos pacientes não moram sozinhos (86,2%). Dos pacientes solteiros, 90,5% não moram sozinhos. Alguns tipos de companhia parecem ser mais protetores para o comportamento suicida. Pessoas que moram com o companheiro ou com os filhos foram as mais raras a serem internadas por tentativa de autoextermínio (12% moram somente com o companheiro e 12% com companheiro e filhos).

Quanto à relação da religiosidade com o comportamento suicida, são raras as pessoas com prática semanal da sua religiosidade que realizam tentativa de suicídio (apenas 17,2% no estudo). É maior a frequência dos que referem ter uma religião e tentam acabar com a própria vida (55,2%). Ou seja, ter uma prática religiosa regularmente protege mais contra a tentativa de autoextermínio do que somente possuir uma religião. É baixa a diferença entre os que possuem e os que não possuem religião e tentam terminar com a própria vida, não parecendo haver proteção para nenhuma das opções.

O número de pacientes internados por tentativa de suicídio que trabalham e que não trabalham é próximo, podendo indicar que a ocupação não necessariamente é protetora. Seria necessário um estudo mais aprofundado e com número maior de indivíduos para esclarecer diferenças que possam existir entre as profissões, e quais seriam aquelas com maior risco de comportamento suicida.

O fato de a faixa etária de 15 a 25 anos concentrar quase metade das internações do estudo (48,3%) está de acordo com os levantamentos apontados pelo boletim epidemiológico brasileiro, o qual mostrou um aumento de 81% dos casos de suicídio em adolescentes no período de 2010 a 2019. Há estudos sugerindo que a geração Z (nascidos após 1995) é mais suscetível aos efeitos do estresse, com maiores taxas de depressão,

ansiedade, automutilação e suicídio (10, 11, 12).

Referências

1. Botega, NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre, Artmed, 2015.
2. World Health Organization. Global Health Estimates. Suicide in worldwide 2019.
3. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim epidemiológico 33. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
4. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, et al. Twelve-Month Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2010; 71: 1617–1628.
5. Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS Medicine* 2009; 6: e1000123.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews* 2008; 30: 133–154.
7. Sgobin, SMT, Travali, ALM, Coelho, OR, Botega, NJ. Direct and indirect cost of suicide attempts in a general hospital: a cost of illness study. *Sao Paulo Med Journal* 2015. No prelo.
8. Bertolote, JM, Mello-Santos, C, Botega, NJ. Detecção do risco de suicídio os serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Bras. Psiquiatria* 2010; 32 (2) 87-95.
9. Chan, M. K. Y., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R., ... Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales. *British Journal of Psychiatry*. E-Publication.
10. Mahumud RA, Dawson AJ, Chen W, et al. The risk and protective factors for suicidal burden among 251 763 school-based adolescents in 77 low- and middleincome to high-income countries: assessing global, regional and national variations. *Psychol Med* 2021; 16: 1–19
11. Plochocki JH. Several Ways Generation Z May Shape the Medical School Landscape. *J Med Educ Curric Dev* 2019; 6: 2382120519884325.
12. Turner A. Generation Z: Technology and Social Interest. *The Journal of Individual Psychology* 2015; 71: 103–113.
13. Ferreira ML, Vargas MA de O, Rodrigues J, et al. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco* 2018; 9: 50–54
14. Ferreira ML, Vargas MA de O, Rodrigues J, et al. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco* 2018; 9: 50–54
15. Dalgalarondo, P. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Artmed, Porto Alegre, 2019.
16. Mighel, FK. Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional– *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 20, n. 1, p. 153-162, jan./abr. 2015
17. Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured?. *Social science information*, 44(4), 695-729. DOI: 10.1177/0539018405058216
18. Mano, L. Y., Giancristofaro, G. T., Faiçal, B. S., Libralon, G. L., Pessin, G., Gomes, P. H., & Ueyama, J. (2015). Exploiting the Use of Ensemble Classifiers to Enhance the Precision of User's Emotion Classification. In *Proceedings of the 16th International Conference on Engineering Applications of Neural Networks (INNS)* (p. 5). ACM. DOI: 10.1145/2797143.2797165
19. Mano, L. Y., Faiçal, B. S., Nakamura, L. H., Gomes, P. H., Libralon, G. L., Meneguete, R. I., & Ueyama, J. (2016). Exploiting IoT technologies for enhancing Health Smart Homes through patient identification and emotion recognition. *Computer Communications*, 89, 178-190. DOI: 10.1016/j.comcom.2016.03.010
20. Mano, L. Y. (2018). Emotional condition in the Health Smart Homes environment: emotion recognition using ensemble of classifiers. In *Proceedings of the 2018 Innovations in Intelligent Systems and Applications (INISTA)*, 1-8. IEEE. DOI: 10.1109/INISTA.2018.8466318