



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA:
COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO**

LUCIENE OLIVEIRA ROCHA LOPES

**FATORES ASSOCIADOS E PERFIL DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR
INTOXICAÇÃO**

Belo Horizonte

2021

LUCIENE OLIVEIRA ROCHA LOPES

**FATORES ASSOCIADOS E PERFIL DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR
INTOXICAÇÃO**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Cognição e Comportamento

Linha de Pesquisa: Mensuração e Intervenção em Psicologia

Orientador: Prof. Dr Maycoln Leôni Martins Teodoro

Belo Horizonte

2021

153.4
L864f
2021

Lopes, Luciene Oliveira Rocha.

Fatores associados e perfil de tentativas de suicídio por intoxicação [manuscrito] / Luciene Oliveira Rocha Lopes. - 2021.

122 f. : il.

Orientador: Maycoln Leôni Martins Teodoro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia.

1. Psicologia – Teses. 2. Suicido- Teses. 3. Intoxicação - Teses. I. Teodoro, Maycoln Leôni Martins. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LUCIENE OLIVEIRA ROCHA LOPES

Realizou-se, no dia 20 de abril de 2021, às 14:00 horas, Videoconferência, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *FATORES ASSOCIADOS E PERFIL DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO POR INTOXICAÇÕES*, apresentada por LUCIENE OLIVEIRA ROCHA LOPES, número de registro 2019663206, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Maycoln Leoni Martins Teodoro - Orientador (UFMG), Prof(a). Fernando Madalena Volpe (FHEMIG), Prof(a). Karen Scavacini (Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do S).

A Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 20 de abril de 2021.

Prof(a). Maycoln Leoni Martins Teodoro (Doutor)

Maycoln Leoni Martins Teodoro:02667621662

Assinado de forma digital por Maycoln Leoni
Martins Teodoro:02667621662
Dados: 2021.04.21 08:02:02 -03'00'

Prof(a). Fernando Madalena Volpe (Doutor)

Prof(a). Karen Scavacini (Doutora)

Agradecimentos

A Deus que não me abandona e sopra aos meus ouvidos as direções a serem tomadas.

A meu pai que com toda simplicidade foi o maior conhecedor de todas as teorias da vida. Maior empresário dos filhos de todos os tempos. Sei que está comigo ao meu lado em todos os momentos e não seria diferente neste.

A minha mãe, irmãos, sobrinhas, pedras preciosas, que precisaram ouvir muitos “não’s”, pela compreensão, pela colaboração e pelo amor. A Pedro e Lucas, razões da minha vida, por tão pouca idade, compreenderam as ausências e a importância deste trabalho. À Tatá por ter braços e pernas em dobro (as minhas e as suas) durante todo esse percurso e por dividir e confiar sua história de vida a mim.

Em especial ao Bruno, pela credibilidade, companheirismo, cumplicidade e amor. Pela paciência e pela parceria de vida. Você já sabia onde eu iria chegar quando nem eu imaginava que lugar era esse. Caminhando sempre juntos!

A Luciana Santos, o início de tudo, que me incluiu e inclui em seus sonhos com amizade, incentivos e entrega. Começamos juntas, tropeçamos e levantamos. Pela Lu’s e pela vida!

Ao meu orientador por tamanha competência e dedicação a esta pesquisa. Maycoln, serei eternamente grata por cada orientação e cada aprendizado. Obrigada por aceitar e estimular esse desafio de trazer a prática para a universidade. Aprendi muito com você, e vou levar a sede de continuar estudando como exercício diário na minha vida. Muito obrigada pela credibilidade. Minha admiração a seu profissionalismo será uma constante!

Ao amigo Santhiago que com tanto desprendimento e amizade gentilmente me apresentou ao programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento. San, te admiro incondicionalmente. Sua paixão te move e te leva onde você quiser.

Acredito em anjos e no encontro com eles. Neste projeto encontrei alguns e um deles muito especial se chama Camila, que com competência e dedicação muito se dedicou ao “coração” do estudo. À Robert pela colaboração e disponibilidade. Alunos dedicados e especiais nesta caminhada do Labcogcom.

A meus colegas de mestrado pela parceria e por dividir a caminhada.

À professora Juliana Teodoro e à aluna Luísa da Faculdade de Farmácia da UFMG, pela colaboração fundamental a este trabalho.

Ao Hospital João XXIII, maior escola de vida que conheço, nas figuras de cada profissional que divide comigo duras rotinas de trabalho, em especial a colegas da Unidade de Apoio ao Paciente. À Lídia, que tanto colaborou para que eu pudesse concretizar este sonho. Em especial a toda a equipe de psicologia do hospital, equipe na qual faço parte e tenho muito orgulho da garra, competência e dedicação de cada um. Muito obrigada pela colaboração ímpar neste trabalho!

À equipe do Serviço de Toxicologia do Hospital XXIII pela credibilidade e incentivo à atuação da psicologia.

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais e ao Núcleos de Ensino e Pesquisa do João XXIII pelas colaborações e apoio técnico nas ações de estudo. Ao professor Fernando Volpe, que entregou contribuições valiosas ao estudo.

A cada paciente atendido por mim, que em intenso sofrimento psíquico me emprestou cada história de vida para seguir meus estudos. A vocês, e por vocês, dedico minha história de vida profissional.

Preâmbulo

Começa o dia... na coordenação da Psicologia escuto a angústia de uma colega de profissão: “Vinte e cinco anos e esse rapaz talvez nunca mais volte a se alimentar por vias normais. Ele não queria mais viver..., mas, a morte chegou de forma não inteira, levando apenas uma parte de si na tentativa de suicídio. E agora ele sobreviverá carregando o peso da vida, que já lhe era dolorosa, e a marca da morte. Nossa! Nada poderia ter sido feito para aliviar a dor desse homem, antes que chegasse a esse extremo? Não seria possível identificar de forma precoce seus sinais, acalantar suas dores, cuidar de seus temores?”

Antes que a resposta se esboce, somos interrompidas pelos *ais de Marias e Antônio* ao lado, impacientes aguardando as intervenções da Psicologia. Na sala de urgência percebo um rapaz com despertar agitado, sem compreender onde teria errado para acordar, pois sua intenção era deixar o mundo. Após escutá-lo, corro para o CTI. Ali uma senhora chora, expressa seu arrependimento, não quer mais morrer, luta para sobreviver. Chora seu abandono, sua tristeza, sua solidão... Sua dor é, para os que cuidam, de difícil compreensão.

Na triagem do hospital, vejo uma bela menina de cabelos escovados, unhas feitas, maquiagem de televisão. Chega acompanhada pelos amigos, pela coordenadora da escola e pela mãe. Envoltas em sangue, em tristeza, em dor e em contradição, diz, decidida, que essa será sua última “aparição”.

Na recepção, sou interrompida: “Porque não me ensinaram a dizer ‘não’ pra ela? Eu ia lá na psicóloga, todos os dias que mandavam, mas sempre pra acompanhar, nunca para ser acompanhada. Não aprendi que esse tal ‘não’ era importante. Agora estou recebendo da vida o pior deles.” ... relata uma mãe desesperada, que espera a conclusão do diagnóstico de morte encefálica da filha, após uma tentativa de suicídio.

Informada sobre a alta hospitalar de um rapaz, pergunto a ele o que estava acontecendo para que ele tentasse desistir da vida e, com simplicidade na resposta escuto:

“Não está acontecendo nada, está tudo normal. Tenho emprego, moro com meus pais que são felizes, tenho uma namorada e faço faculdade. O que tem de errado? Nada não, só mesmo o curso da vida: nascemos, vivemos e morremos.” Questiono o porquê, nesse curso da morte, de se buscar a antecipação...

Sem respostas para tantas dores, o plantão termina. Cansada, volto para casa.

Questiono onde estão as respostas a essas perguntas que provavelmente irei ouvir no próximo plantão, e no próximo e no próximo... E vou tecendo saberes, entre a prática e a teoria, na busca da transformação dessas vidas, acreditando que algumas respostas surgirão e que, então, trajetórias de vida ressurgirão...

Luciene Rocha Lopes

Resumo

Lopes, L. O. R. (2021). Fatores associados e perfil de tentativas de suicídio por intoxicação (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Psicologia: Cognição e Comportamento, Belo Horizonte.

O suicídio é um grave problema de saúde pública e é influenciado por inúmeras questões: biológicas, psíquicas, sociais e históricas. Identificar e atuar nos fatores de risco para o suicídio é uma estratégia para a prevenção no âmbito da saúde pública. Considerando a presença de características diferentes entre as populações, esta Dissertação busca identificar e analisar os fatores de risco e associados em pessoas que tentaram o suicídio e assim contribuir para promoção de ações de prevenção. Os resultados são reportados por meio de dois artigos. O primeiro estudo é uma revisão sistemática da literatura sobre as pesquisas que investigaram fatores para tentativas e para óbitos por suicídio no Brasil. De 1265 artigos selecionados conforme os descritores definidos, 50 preencheram os critérios de elegibilidade. O trabalho sintetiza o tema com estudos que incluíram amostras nacionais. O segundo estudo é uma análise dos medicamentos e outras substâncias utilizadas nas tentativas de suicídio por intoxicação. Para desenvolvê-lo, foram utilizados registros de prontuários e uma base de dados do serviço de psicologia de um hospital de pronto socorro de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Do total de 2088 registros das tentativas atendidas no período de janeiro de 2016 a julho de 2019, as intoxicações representam 66,9%. Entre os medicamentos presentes nas tentativas, 61,1% tem venda restrita, com retenção de receita. Portanto, esta Dissertação traz um panorama dos fatores de risco e associados a suicídio no contexto brasileiro, com foco em intoxicações. Destaca-se a necessidade de implementação de políticas que possam aprimorar a distribuição de medicamentos entre os diversos sistemas de dispensação, além da promoção de serviços de saúde exclusivos para o atendimento a indivíduos com comportamento suicida e também a seus familiares, a fim de colaborar com ações de

psicoeducação em relação aos riscos que envolvem o acesso aos medicamentos usados nos tratamentos.

Palavras-chave: Comportamento Suicida, Tentativas de Suicídio, Fatores de Risco, Fatores Associados, Intoxicações, Hospital de Pronto Socorro

Abstract

Suicide is a serious public health problem and presents itself as a complex phenomenon involving biological, social, psychological and cultural factors. Identifying and acting on risk factors for suicide is a strategy for prevention within the scope of public health. Considering that the presence of these factors can present differences between populations, this Dissertation seeks to identify and analyze the risk factors in specific samples and thus contribute to the promotion of preventive actions. The results are reported through two articles. The first study is a systematic review of the specific literature on these factors for attempts and deaths by suicide in Brazil. Of 1265 articles selected according to the defined descriptors, 50 met the eligibility criteria and were analyzed. The work synthesizes the theme in the national context. The second study is an analysis of drugs and other substances used in suicide attempts by intoxication in Brazil. To develop it, medical records and a database from the psychology service of an emergency hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, were used. Out of the total of 2088 records of attempts attended in the period from January 2016 to July 2019, intoxications represent 66.9%. Among the drugs present in the attempts, 61.1% have restricted sales, with prescription retention. Therefore, this Dissertation provides an overview of the risk factors associated with suicide in the Brazilian context, with a focus on intoxications. The need to implement policies that can improve the distribution of medicines among the different dispensing systems is highlighted, in addition to promoting exclusive health services for the care of individuals with suicidal behavior and also their families, in order to collaborate with psychoeducation actions in relation to the risks that involve access to the medicines used in the treatments.

Keywords: Suicidal Behavior, Suicide Attempts, Risk Factors, Associated Factors, Intoxications, Emergency Room

Lista de Siglas

ATC – Anatomical Therapeutic Chemical Code

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial – Infanto-Juvenil

CEP – Comissão de Ética da FHEMIG

CEPAI – Centro Psíquico da Adolescência e Infância

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAM ad – Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas

CERSAM i – Centro de Referência em Saúde Mental Infanto Juvenil

CMT – Centro Mineiro de Toxicomania

CID – 10 – Código Internacional de Doenças – 10ª edição

COBOM – Central de Operações do Bombeiro Militar

COEP – Comitê de Ética da Universidade Federal da UFMG

CSV – Character-Separated Values

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HIV – Human Immuno-Deficiency Virus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML – Instituto Médico Legal

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero

MedLine – Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica

MeSH – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MS – Ministério da Saúde

OB – Óbito por Suicídio

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analysis

PROSPERO – Registro Internacional Prospectivo de Revisões Sistemáticas

PsycoINFO – International literature in psychology

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIM – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE

SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação

STROBE – Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology

TAE – Tentativa de Auto-Extermínio

TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados

TS – Tentativa de Suicídio

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

X 60 – Auto-intoxicação por exposição intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos

X 61 – Auto-intoxicação por exposição intencional, a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte

X 62 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos não classificados em outra parte – residência

X 63 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo – residência

X 64 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas

X 65 – Auto-intoxicação voluntária por álcool

X 66 – Auto-intoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores

X 67 – Auto-intoxicação intencional por outros gases e vapores

X 68 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas

X 69 – Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas

WHO – World Health Organization

Lista de Tabelas

Tabelas do Artigo 1

Tabela 1. Estratégias de pesquisa para os bancos de dados eletrônicos	37
Tabela 2. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática por análise dos fatores associados e de risco nas tentativas de suicídio	48
Tabela 3. Características dos estudos incluídos na revisão sistemática por análise dos fatores associados por óbitos por suicídio	53

Tabelas do Artigo 2

Tabela 4. Análise descritiva da amostra por idade/sexo, óbito/sexo e local de residência/sexo	77
Tabela 5. Frequência do local da ocorrência das tentativas de suicídio por intoxicação.....	78
Tabela 6. Frequência das substâncias presentes nas tentativas de suicídio por intoxicação....	81
Tabela 7. Frequência dos medicamentos por grupo ATC3.....	82
Tabela 8. Frequência de demais substâncias encontradas nas tentativas de suicídio por intoxicações.....	84
Tabela 9. Frequência das tentativas por CID e Faixa etária	88

Tabelas do Apêndice

Tabela 10. Reuniões deliberativas sobre a Base de Dados Estatísticos do Serviço de Psicologia do Hospital João XXIII	107
--	-----

Lista de Figuras

Figuras do Artigo 1

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos para a revisão sistemática.....42

Figuras do Artigo 2

Figura 2. Frequência de tentativas de suicídio por intoxicação por mês e ano.....77

Figura 3. Percentagem de encaminhamento dos pacientes após tentativa de suicídio por
intoxicação78

Figura 4. Frequência das substâncias das tentativas de suicídio por intoxicações85

Figura 5. Associações entre os medicamentos por grupo ATC386

Figura 6. Frequência das substâncias por CID 108

Sumário

Agradecimentos	5
Preâmbulo	7
Resumo	9
Abstract	11
Lista de Siglas	13
Lista de Tabelas	17
Lista de Figuras	19
Sumário	20
Apresentação	23
Referencial Teórico	25
Artigo 1 – Fatores de Risco e Associados ao Comportamento Suicida no Brasil: uma Revisão Sistemática	31
Resumo	31
Abstract	32
Introdução	33
Método	35
Bancos de Dados e Estratégia de Pesquisa	35
Seleção de Estudos e Critério de Elegibilidade	37
Coleta de Dados	38
Resultados	38
Tentativa de Suicídio	43
Óbito por Suicídio	50
Discussão	54

Conclusão.....	57
Referências.....	58
Artigo 2 – Tentativas de Suicídio por Intoxicações: Análise das Substâncias Usadas por Pacientes Atendidos em um Pronto Socorro.....	65
Resumo.....	65
Abstract.....	66
Introdução.....	67
Método.....	69
Delineamento de Estudo e Participantes.....	69
Local de Estudo.....	69
Considerações Éticas.....	69
Extração e Codificação dos Dados.....	70
Identificação das Tentativas de Suicídio.....	70
Coleta e tratamento de Dados sobre Substâncias e Local da Tentativa.....	71
Classificação dos Dados de Substâncias.....	73
Análise Estatística.....	75
Resultados.....	75
Participantes.....	75
Análises Descritivas das Tentativas de Suicídio por Intoxicação.....	76
Análise Descritiva das Substâncias Encontradas nas Tentativas de Suicídio por Intoxicação.....	79
Discussão.....	89
Considerações Finais.....	94
Referências.....	95
Considerações Finais.....	99

Referências.....	103
Apêndice – Implantação da Base de Dados Estatísticos do Serviço de Psicologia do Hospital	
João XXIII	105
Motivação e Objetivos Para a Construção da Base de Dados.....	105
Criação e Implantação da Base Estatística.....	105
Dados Gerais do Tratamento da Base	106
Principais Desafios na Implantação e na Manutenção da Base Estatística.....	109

Apresentação

A motivação para a presente Dissertação surgiu a partir da prática hospitalar de atendimentos psicológicos a diversos pacientes que tentam suicídio e são atendidos diariamente em um hospital de pronto socorro. A partir da escuta de cada história de vida e das mais diversas motivações para o ato de colocar fim à própria vida, se manifestou o desejo de buscar maior conhecimento teórico sobre o comportamento suicida e, com isso, aprimorar os atendimentos e colaborar para a prevenção de novos casos.

A instituição na qual foi realizado o presente estudo é pertencente ao complexo de urgência e emergência da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). O Hospital João XXIII, de Belo Horizonte, é um centro de referência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas ou cirúrgicas que envolvem risco de morte.

O hospital conta, em abril de 2021, com uma equipe de psicologia formada por dezoito psicólogos clínicos e seis residentes do programa de residência multiprofissional da FHEMIG. Os profissionais trabalham em regimes de plantões e de horizontalidade, fazendo com o que o hospital tenha 24 horas de assistência psicológica aos pacientes. Estes profissionais estão alocados em todos os setores de assistência aos pacientes, e diariamente alimentam um sistema de dados estatísticos dos atendimentos psicológicos.

Os pacientes chegam ao hospital trazidos por ambulâncias de emergência, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pela Central de Operações do Bombeiro Militar (COBOM) ou por meios próprios e/ou por familiares. Após passarem pela triagem da enfermagem, os pacientes são direcionados à sala de atendimento de politraumatizados, onde são atendidos pela equipe médica e pela equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros. Desde a admissão dos pacientes, os psicólogos iniciam suporte emocional tanto a pacientes que já

estão em condições de receber atendimento psicológico, quanto a seus familiares e acompanhantes presentes na unidade.

Psicólogos em todos os setores realizam diariamente busca ativa nos ambulatórios e enfermarias para identificar casos de necessidade de atendimentos psicológicos, e também são acionados por toda equipe médica e multidisciplinar para atender a diversas demandas. As atividades incluem notícias de óbitos a familiares, notícias de óbito ao paciente de entes envolvidos em acidente, acompanhamento de notícias médicas acerca de gravidade extrema do paciente, de sequelas irreversíveis, riscos à vida em atos cirúrgicos, atendimentos a pacientes em surtos, crises de ansiedade, agitação psicomotora, crises de abstinência, atendimentos a pacientes e familiares envolvidos em tentativas de suicídio, entre outros. A amplitude e a capilaridade da atuação da equipe de psicologia, aliada ao registro sistemático dos atendimentos psicológicos, trazem oportunidades ímpares para estudos na área de Psicologia Hospitalar. Os detalhes sobre a construção, implantação e resultados prévios desta base, denominada Sistema Estatístico do Serviço de Psicologia do Hospital João XXII, encontram-se no Apêndice 1 desta Dissertação.

Em relação às tentativas de suicídio, os psicólogos realizam atendimento diário ao paciente desde o primeiro momento em que estejam com nível de consciência adequado para receber a abordagem psicológica, até sua alta hospitalar. O hospital possui um protocolo de atendimento a pacientes com comportamento suicida que define as ações da equipe de psicologia, que envolvem: acolhimento aos pacientes e familiares; realização da avaliação do estado mental do paciente; coleta e registro de dados de identificação e sociodemográficos; encaminhamento responsável dos pacientes para toda a rede de saúde mental dos municípios de Minas Gerais; evoluções em prontuários e preenchimento do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Diante deste contexto, optou-se para esta Dissertação produzir dois estudos que colaborassem com o objetivo geral da pesquisa: identificar os fatores de risco e associados às tentativas e óbito por suicídio no Brasil e descrever o perfil dos pacientes que tentaram suicídio e que foram atendidos no hospital de pronto socorro de Belo Horizonte entre os anos de 2016 a 2019.

O primeiro estudo é intitulado *Fatores de risco e associados ao comportamento suicida no Brasil: uma revisão sistemática*, e teve como objetivo identificar os fatores de risco e associados com as tentativas e com o suicídio completo no Brasil. O segundo artigo, nomeado *Tentativas de suicídio e intoxicações: análise das substâncias usadas por pacientes atendidos em um pronto socorro*, teve como objetivo descrever, classificar e estratificar por variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cidade de residência, local e período do ocorrido e desfecho) os medicamentos e as substâncias encontrados em tentativas de suicídio por intoxicações, atendidas em um hospital de pronto socorro, entre os anos de 2016 a 2019.

Referencial Teórico

O suicídio é um grave problema de saúde pública e os dados relativos à mortalidade são monitorados pela World Health Organization (2019). Segundo esta publicação, o suicídio foi a segunda principal causa de morte na faixa etária entre 15 e 29 anos e a terceira causa entre 15 e 19 anos no ano de 2016. No mundo, a taxa global de suicídio está em declínio, mas isso não é observado em todos os países. O Brasil vem registrando aumento na prevalência de casos por mortalidade por suicídio: de 5,7 por 100.000 habitantes em 2015 (Ministério da Saúde, 2017) para 6,1 em 2016 (WHO, 2019). Estima-se que o número de tentativas seja de dez a vinte vezes para cada morte por suicídio, o que pode trazer, além de impactos sociais e psicológicos para pessoas que convivem diretamente com os sujeitos, considerável impacto nos serviços de saúde (World Health Organization, 2014).

Resultado de um processo complexo e multifacetado, o comportamento suicida pode ser explicado através de atos gradativos que se iniciam pela presença de ideias e pensamentos de morte, passando pelo planejamento, até chegar às tentativas de suicídio e, por fim, o ato que resulta na morte. As ideias suicidas são as condições pelo qual o indivíduo se relaciona com a ideia de terminar com a própria vida, além de ter pensamentos relacionados à motivação, intencionalidade e à letalidade. As tentativas de suicídio são ações auto lesivas intencionais de interromper a vida, mas que não levam ao óbito. O suicídio contém ações intencionais que levam à morte (Botega, 2015).

A interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos e culturais pode levar uma pessoa ao comportamento suicida e sua prevenção se deve iniciar pela compreensão do problema, seguido da identificação dos fatores de risco e protetivos e concluída por implementação de ações políticas que visem a vigilância do fenômeno, considerando as especificidades das diversas culturas. Complementando a WHO (2014) aponta três intervenções diferentes para a prevenção do suicídio: universal, seletiva e indicada. A estratégia de prevenção universal visa diminuir riscos e aumentar os fatores protetivos em toda população. Segundo Bertolote (2013) o Dia Nacional da Prevenção do Suicídio, 10 de setembro, é um momento em que toda a população mundial é informada sobre o suicídio e é um exemplo de prevenção universal. Já na prevenção seletiva ocorre com a identificação de grupos vulneráveis dentro de uma população específica. Bertolote (2013) ressalta que a prevenção seletiva vai além de fornecer medicação para pessoas com transtornos mentais, mas as ações devem incluir intervenções familiares, socioculturais e econômicas. Na prevenção indicada pretende-se realizar ações a grupos que já têm o risco, como por exemplo a quem já tentou suicídio, ofertando maior assistência dos serviços de saúde mental.

Uma ampla gama de fatores de risco é demonstrada pela WHO (2014), tais como barreiras ao acesso aos sistemas de saúde, o fácil acesso a métodos letais, divulgações

inadequadas da mídia, discriminações de diversas naturezas, história de traumas ou abusos, sentimentos de solidão e falta de apoio social, conflitos de relacionamento, história prévia de tentativas de suicídio, presença de transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas, perda de emprego, desesperança, doenças crônicas, história familiar de suicídio e fatores genéticos. Os fatores de risco mais fortemente relacionados ao suicídio são a existência tentativa prévia pelo indivíduo e os transtornos mentais como a depressão, o transtorno do humor bipolar e a dependência de álcool e outras drogas. A situação se agrava quando há a associação destas condições.

Ao contrário dos fatores de risco, os fatores de proteção contribuem para a diminuição do comportamento suicida. Enquanto muitas intervenções são voltadas para os fatores de risco, é igualmente importante fortalecer os fatores protetivos ao redor de quem apresenta o comportamento. O fortalecimento dos laços sociais, as crenças religiosas ou espirituais e o estilo de vida pautado em estratégias de enfrentamento positivo e bem-estar são exemplos de fatores protetivos que colaboram para a prevenção do comportamento suicida (WHO, 2014).

Em relação aos métodos utilizados nas tentativas e nos suicídios¹, questões culturais, acesso ao meio letal, o gênero e faixas etárias são os principais fatores de risco associados aos atos (Ajdacic-Gross et al., 2008). No mundo, a intoxicação proposital por pesticida de uso agrícola, é o principal meio utilizado para este fim, correspondendo de 14 a 20% de todas as mortes por suicídio por ano (E.J. et al., 2017). No Brasil, entre os anos de 2007 a 2017, do total de casos notificados por intoxicações exógenas, 46,7% foram caracterizadas como tentativas de suicídio. O uso de medicamentos foi predominante, compreendendo 74,6% das tentativas entre mulheres e 52,2% entre homens. No entanto, os homens fizeram maior uso de

¹ Nota geral: podem ocorrer consideráveis diferenças estatísticas quando analisadas as tentativas de suicídio, se comparadas com análises exclusivamente daquelas que resultam em óbito. Por exemplo, no mundo há mais mortes do sexo masculino, em contraste ao maior número de tentativas entre as mulheres. Portanto, recomenda-se atenção sobre o escopo de cada análise.

raticidas (17,5%) e agrotóxicos (14,1%) do que as mulheres, que tiveram um percentual de 9,4% e 5,1%, respectivamente (Ministério da Saúde, 2019).

Botega (2015) aponta a existência de importantes variações regionais nos índices relacionados ao suicídio no Brasil. Segundo o autor, estudos epidemiológicos realizados nas duas últimas décadas demonstram taxas mais elevadas em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e médio porte populacional. O autor aponta que, em determinadas localidades, os altos índices se aproximam de países do Leste Europeu e da Escandinávia. São exemplos, alguns grupos indígenas do centro-oeste e lavradores do Rio Grande do Sul.

Em um estudo brasileiro, Lovisi et al. (2009) apresentam as seguintes características sociodemográficas predominantes nos casos de suicídio, entre os anos de 1980 a 2006. O perfil encontrado foi de: homens (77,30%), idade entre 20 e 29 (34,20%), solteiros (44,80%) e com pouca educação formal (38,20%). A residência foi o lugar de suicídio com maior predominância (51,0%), seguido por ambientes hospitalares (26,10%). No que diz respeito aos métodos usados para o suicídio, os autores apontam que os mais predominantes foram: enforcamento (47,20%), armas de fogo (18,70%), e envenenamento (14,30%). Quando o envenenamento foi o método de suicídio utilizado, 41,50% cometeram suicídio usando pesticidas e 18% usando medicamentos. Em relação ao número total de mortes ocorridas em casa, 64,50% foram causadas por enforcamento e 17,80% por armas de fogo.

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. A tentativa é o principal fator de risco isolado para um ato completo e após sua ação estima-se que o risco de suicídio aumente em pelo menos cem vezes em relação aos índices presentes na população geral. Identificar as pessoas com alto risco para o suicídio e ofertar tratamento e apoio adequados, deve ser a principal chave para a prevenção (WHO, 2014).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (2017) através do boletim epidemiológico das tentativas de suicídio no Brasil identificou que do total de lesões autoprovocadas, 27,4% eram casos de tentativas de suicídio, em sua maioria mulheres (69,0%) e a ocorrência se concentrou na faixa etária entre 10 a 39 anos de idade (73,1%). Entre os homens não foram observadas grandes diferenças nos dados, sendo que 71,1% das tentativas também estavam na faixa etária de 10 a 39 anos de idade, 89,9% residiam em zona urbana e 82,2% dos atos ocorreram em suas residências.

Por meio de documentos avaliados periodicamente, a WHO (2014) passou a divulgar os dados de estudos científicos que possam contribuir com planos e estratégias para a prevenção do suicídio. O Brasil (MS, 2017) apresentou a *Agenda de ações estratégicas para a promoção da saúde, vigilância e prevenção do suicídio no Brasil*, que estabelece compromisso com atuações relacionadas à vigilância de dados epidemiológicos. Destacam-se ações nos eixos de pesquisas e de disseminação de informações na qual incentivam pesquisas e estudos em parceria com instituições de ensino para o levantamento qualificado da epidemiologia do suicídio, especialmente no que tange às lacunas identificadas nos sistemas de informação existentes.

Por fim, em abril de 2019, foi instituída no Brasil a *Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio* como estratégia permanente do poder público para prevenção e tratamento de eventos por violência autoprovocada incluindo o suicídio, as tentativas de suicídio e o ato de automutilação. Dentre os objetivos da política, destacam-se a promoção da saúde mental, a prevenção da violência autoprovocada, o controle de fatores determinantes e condicionantes da saúde mental e a garantia do acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico. O desenvolvimento e aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre o comportamento suicida e a promoção da educação

permanente de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção também fazem parte das estratégias da lei (Brasil, 2019).

Como afirmado, o suicídio é um fenômeno complexo, e diminuir suas taxas não é uma tarefa fácil, mas sua prevenção é possível. O monitoramento da prevalência de casos, de padrões demográficos e dos métodos utilizados em tentativas de suicídio em uma comunidade são informações importantes que podem ajudar no desenvolvimento e na avaliação de estratégias de prevenção do suicídio (Bertolote et al., 2006). Dados sobre o perfil das tentativas de suicídio e a descrição dos métodos utilizados, por exemplo, podem ajudar a identificar os grupos de maior risco e quais métodos devem ser alvos de políticas de restrição de acesso.

Artigo 1 – Fatores de Risco e Associados ao Comportamento Suicida no Brasil: uma Revisão Sistemática²

Resumo

O suicídio é um grave problema de saúde pública motivado por diversos fatores que incluem aspectos genéticos, psicológicos, sociais e culturais. No Brasil há registro do crescimento nas taxas de suicídio nos últimos anos e intervir nos fatores de risco para o fenômeno é uma das estratégias para diminuição de casos segundo a Organização Mundial da Saúde. O objetivo do estudo é analisar a literatura específica destes fatores para tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Trata-se, portanto, de uma revisão sistemática sobre este tema. Os dados foram coletados nas bases de dados MEDLINE, PsycINFO, CINAHL (EBSCOhost), Web of Science, BVS (BDENF, Index Psi, HISA, PAHO-IRIS, Coleciona SUS, BINACIS, PAHO, CidSaúde – Cidades saudáveis, LIS – Localizador de Informação em Saúde, MOSAICO – Saúde integrativa) e Banco de Tese CAPES, a partir dos seguintes descritores: “fatores associados e de risco”; “tentativa de suicídio e suicídio”; “Brasil”. Um total de 50 artigos preencheu os critérios de elegibilidade e foram selecionados para análise nas sessões de resultados e discussão. Os resultados demonstraram que os fatores de risco apresentados pela literatura mundial também são em sua maioria presentes no Brasil. A presença de transtornos mentais; uso abusivo de álcool e outras drogas; história familiar de suicídio; ter sofrido violência e história de adversidades na infância foram alguns dos fatores relacionadas às tentativas de suicídio. O suicídio foi associado a alguns fatores como: uso do álcool antes do ato; ser do gênero masculino; pertencer a populações específicas, como os

² Este artigo tem como coautores Robert Santos Messias de Jesus (graduando em psicologia, UFMG); Professor Dr. Ronaldo Santhiago Bonfim de Souza (Faculdade Arnaldo) e o Professor Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro (UFMG)

indígenas; exposição a pesticidas; e influência da mídia. O comportamento suicida é multifatorial e reconhecer os fatores de risco em uma população específica, assim como ampliar ações de capacitação a profissionais da saúde na identificação do risco suicida de um paciente, pode colaborar com a prevenção de novos casos.

Palavras-chave: tentativas de suicídio, suicídio, fatores de risco, fatores associados, Brasil

Abstract

Suicide is a serious public health problem motivated by several factors that include biological, genetic, psychological, social, cultural and environmental aspects. In Brazil there is a record of growth in suicide rates in recent years and intervening in the associated and risk factors for the phenomenon is one of the strategies for reducing cases according to the World Health Organization. The objective of the study is to analyze the specific literature on these factors for attempts and suicide in Brazil. It is, therefore, a systematic review on this topic. The data were collected in the databases MEDLINE, PsycINFO, CINAHL (EBSCOhost), Web of Science, BVS (BDENF, Index Psi, HISA, PAHO-IRIS, Collect SUS, BINACIS, PAHO, CidSaúde - Healthy cities, LIS - Locator Health Information, MOSAICO - Integrative Health) and CAPES Thesis Bank, based on the following descriptors: “associated and risk factors”; “Attempted suicide and suicide”; "Brazil". The articles were analyzed and selected based on the following inclusion criteria: study designs (epidemiological studies, cross-sectional studies, cohort studies, case-control and randomized studies), national sample and without limited publication time. A total of 50 articles fulfilling the eligibility criteria and were selected for analysis in the results and discussion sessions. The results showed that the risk factors presented by the world literature are also mostly present in Brazil. The presence of mental disorders; abusive use of alcohol and other drugs; family history of suicide; having suffered violence and a history of adversity in childhood were some of the factors related to

suicide attempts. Suicide was associated with some factors, such as: alcohol use before the act; be male; belong to specific populations, such as indigenous people; exposure to pesticides; and media influence. Suicidal behavior is multifactorial and recognizing the risk factors in a specific population, as well as expanding training actions for health professionals in identifying a patient's suicidal risk, can collaborate with the prevention of new cases.

Keywords: suicide attempts, suicide, risk factors, associated factors, Brazil.

Introdução

O suicídio é um grave problema de saúde pública que ocorre em todas as regiões do mundo como um fenômeno complexo que resulta da interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos e culturais (Organização Mundial da Saúde, OMS, 2014). O ato suicida é resultado de um processo complexo que pode ser compreendido através do comportamento suicida no qual há uma gradação que se inicia com as ideias suicidas, passando para o planejamento, as tentativas de suicídio e, por fim, o ato completo (Botega, 2015).

Dados relativos à mortalidade por suicídio são monitorados pela Organização Mundial da Saúde (2019) que relataram que, em 2016, esta foi a segunda principal causa de morte na faixa etária entre 15 e 29 anos e a terceira para a faixa etária de 15 a 19 anos. Estima-se que para cada caso de suicídio, existam de dez a vinte casos de tentativas, o que pode trazer além de impactos sociais e psicológicos para pessoas que convivem diretamente com os sujeitos, considerável impacto nos serviços de saúde (OMS, 2014).

No Brasil, o boletim epidemiológico apresentado pelo Ministério da Saúde em 2017 indicou que, no período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos por suicídio e que o risco de suicídio no sexo masculino foi quatro vezes maior do que no sexo feminino. Em relação à idade, as maiores taxas de suicídio foram observadas na faixa etária de 70 anos ou mais e na população indígena. Para tentativas de suicídio, foram identificados 48.204 casos,

sendo 69,0% em mulheres e 31,0% em homens. O documento aponta ainda que as tentativas correspondem ao fator de risco isolado mais importante para o suicídio (Brasil, 2017).

A prevenção do comportamento suicida inclui a identificação dos fatores de risco e de proteção na população, sendo apontada pela OMS (2014) como importante indicativo para a construção das ações preventivas. Entende-se como fatores de risco a presença de qualquer situação ou característica negativa da vida que aumente as chances de desenvolver problemas físicos, emocionais e sociais. Esta interação tende a aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos a situações adversas, fazendo com que cada um reaja de uma maneira diferente a estes fatores. Já os fatores de proteção são características pessoais ou do meio que o indivíduo está inserido fortalecendo-o no enfrentamento de vivências negativas. Estes fatores podem amenizar riscos, intensificar recursos para lidar melhor com os eventos estressores e alcançar desfechos positivos frente às situações (Pereira et al., 2018).

A OMS (2014) aponta, como sendo os principais fatores de risco para o suicídio a história prévia de tentativas, presença de transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas, barreiras de acesso aos sistemas de saúde, o acesso a métodos letais, divulgações inadequadas da mídia, discriminações, história de traumas ou abusos, sentimentos de solidão e falta de apoio social, conflitos de relacionamento, perda de emprego, desesperança, doenças crônicas, história familiar de suicídio e fatores genéticos. A presença de um transtorno mental é um importante fator de risco e apesar de envolver fatores causais complexos o adoecimento mental é o principal fator de vulnerabilidade. A situação de risco se agrava quando há associação dessas condições, como, por exemplo, depressão e alcoolismo (Botega, 2014).

A identificação dos fatores de risco para o comportamento suicida tem um importante valor preditivo para a construção de ações preventivas. Botega (2014) relata que o coeficiente nacional de mortalidade por suicídio pode encobrir importantes variações regionais, fatores socioculturais e econômicos, bem como aumento do adoecimento mental e abuso de drogas

podem estar associados a altos índices em algumas regiões. Tendo em vista as especificidades culturais do comportamento suicida, torna-se relevante identificar, no Brasil, quais são os fatores de risco identificados na literatura, uma vez que são escassos trabalhos de revisão sistemática que reúnem os fatores gerais sem outras associações para a população brasileira. Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é sumarizar as pesquisas sobre os fatores de risco para as tentativas e óbitos por suicídio descritos na literatura científica com amostras nacionais e verificar se os fatores presentes no Brasil correspondem aos definidos e encontrados em outros países.

Método

Trata-se de uma revisão sistemática que buscou conhecer e analisar os fatores de risco para tentativas e óbitos por suicídio descritos na literatura com amostras exclusivas para a população brasileira. A pesquisa foi aprovada pela PROSPERO - Centro de Revisões e Divulgação da Universidade de Nova Iorque (registro: CRD42020150907) e incluiu as seguintes etapas: (1) estabelecimento da questão norteadora do estudo: “Quais os fatores de risco para as tentativas e óbito por suicídio no Brasil?”; (2) seleção e obtenção de artigos nas bases de dados de pesquisas científicas através dos descritores selecionados para o estudo; (3) transferência dos artigos selecionados para a plataforma Rayyan QCRI (Ouzzani et al, 2016); (4) avaliação dos estudos pré-selecionados com exclusão de duplicatas; (5) construção e preenchimento da tabela de extração de dados. O artigo foi preparado com o uso dos itens de relatórios preferenciais para análises sistemáticas e meta-análises (PRISMA) (Liberati et al., 2009).

Bancos de Dados e Estratégia de Pesquisa

Os artigos foram analisados e selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: desenhos de estudo (estudos epidemiológicos, estudos transversais, estudos de coorte, estudos de caso-controle e randomizados), amostras exclusivas para a população

brasileira, nos idiomas português, inglês e espanhol e sem tempo de publicação delimitado. Como critério de exclusão foram retirados os demais desenhos de estudo (como relatos de caso único, revisões bibliográficas e sistemáticas); pesquisas com indicação de associação de variáveis sem cálculo estatístico; estudos que avaliaram apenas risco de suicídio; estudos multicêntricos com amostras do Brasil e outros países, mas que não demonstraram resultados separados por país e por fim estudos com uso de escores compostos que incluem tentativas de suicídio e suicídio sem oferecer, entretanto, associações exclusivas para este conceito.

Para uma melhor compreensão das causas relacionadas ao suicídio foram analisados estudos de coorte, ensaio clínico randomizado e caso controle separados para análise dos fatores de risco, e demais delineamentos para os fatores associados. Sob um olhar da epidemiologia os fatores de risco possuem relação de causalidade de um fenômeno e, portanto, aumentam a probabilidade da ocorrência de um agravo à saúde. Já os fatores associados possuem correlação com o fenômeno, ainda que sem causalidade comprovada (Rouquayrol & Silva, 2013). A identificação de ambos, fatores de risco e associados, podem contribuir para a estimativa de probabilidade de ocorrência do agravo.

A coleta de dados da revisão sistemática foi realizada até setembro de 2020 e iniciou-se com o levantamento das publicações e artigos nas bases de dados MEDLINE, PsycINFO, CINAHL (EBSCO), Web of Science e BVS (BDENF, Index Psi, HISA, PAHO-IRIS, Coleção SUS, BINACIS, PAHO, CidSaúde – Cidades saudáveis, LIS – Localizador de Informação em Saúde, MOSAICO – Saúde integrativa). Para cada banco de dados, uma estratégia específica foi construída com descritores e sinônimos MeSH. Os termos foram usados com várias formas de combinação, incluindo termos referentes a fatores de risco, fatores associados, tentativas de suicídio, suicídio e Brasil (vide Tabela 1).

Seleção de Estudos e Critério de Elegibilidade

Após a execução das estratégias de pesquisa, as publicações foram reunidas em uma única base para exclusão das duplicatas, identificadas através da plataforma Rayyan QCRI (Ouzzani et al, 2016) e analisadas por dois revisores (R.S.) (M.T.) que selecionaram independentemente os estudos através da leitura dos títulos e dos resumos, conflitos foram resolvidos por um terceiro revisor (L.L.).

A qualidade metodológica dos estudos incluídos deu-se através do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* ou Declaração STROBE. Trata-se de uma lista de verificação, com 22 itens, com recomendações sobre o que deve ser incluído em uma descrição mais precisa e completa de estudos. Esses itens são codificados em zero (item não contemplado) ou um (contemplado), indicando, portanto, o nível de qualidade do estudo, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade do artigo (Malta et al., 2010).

Tabela 1

Estratégias de pesquisa para os bancos de dados eletrônicos

BASE DE DADOS ELETRÔNICA	ESTRATÉGIAS DE PESQUISA	ESTUDOS
Medline (Pubmed)	(((((brazil[MeSH Terms]) OR brazilian[Text Word])) AND ((((((Suicide, attempted[MeSH Terms]) OR Attempted suicide[Text Word]) OR Parasuicide[Text Word] Parasuicides[Text Word]) OR suicide[Text Word]) OR suicide[MeSH Terms]) OR suicides[Text Word])) OR suicide risk[Text Word])))	443
CINAHL (EBSCO)	(SU brazil OR SU brazilian) AND (SU suicide attempted OR SU suicide OR SU suicide risk OR SU suicide attempt OR SU suicides OR TX parasuicide)	141
BVS (BDENF, Index Psi, HISA, PAHO-IRIS, Coleciona SUS, BINACIS, PAHO, CidSaúde – Cidades saudáveis, LIS – Localizador de Informação em Saúde, MOSAICO)	((mh:(Brazil)) or (mh:(Brazilian))) AND ((mh:(Suicide, Attempted)) OR (tw:(Attempted Suicide)) OR (tw:(Parasuicide)) OR (tw:(Parasuicides)) OR (tw:(Suicide)) OR (mh:(Suicide)) OR (tw:(Suicides)) OR (tw:(Suicide risk)))	86

– Saúde integrativa)	
WEB OF SCIENCE	(Brazil or Brazilian) AND (Suicide, Attempted OR Attempted Suicide OR Parasuicide OR Parasuicides OR Suicide OR Suicide OR Suicides OR Suicide risk) 468
PSICOInfo	(Keywords: Brazil OR Keywords: Brazilian) AND ((Keywords: Suicide, attempted OR Keywords: suicide) OR (Any Field: Attempted suicide OR Any Field: Parasuicide OR Any Field: Parasuicides OR Any Field: suicide OR Any Field: suicides OR Any Field: suicide risk) 90

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em meio eletrônico especialmente concebido para esse fim, contendo as principais características das publicações inseridas em uma planilha de Excel versão 2019 que incluiu: título do estudo, autor, ano, desenho do estudo, tentativa de suicídio ou óbito por suicídio, fatores de risco ou associados, contexto e objetivo do estudo, localização geográfica, amostra participante (incluindo dados demográficos, como idade, sexo, educação, nível socioeconômico) e resultados dos estudos.

Resultados

Um total de 1265 artigos foram inicialmente selecionados nas bases de dados. Destes, 290 foram retirados por motivo de duplicidade, restando 975. Foram excluídos 585 artigos por delineamento de estudos e outro (Carlini-Cotrim, Gallina & Chasin, 1998) que não foi possível seu acesso completo, uma vez que este se encontra apenas para consulta manual, mas o acervo na biblioteca encontra-se fechado por tempo indeterminado, restando, portanto outros 389 que tiveram os resultados analisados pelos fatores de inclusão e exclusão. Após análise por fatores de inclusão da revisão excluíram-se 339 estudos e um total de 50 artigos preencheu os critérios de elegibilidade para leitura completa e análise dos resultados (Figura 1). A literatura cinzenta foi pesquisada no Banco de Tese CAPES onde foram localizados 37 artigos.

Os estudos foram realizados com amostras exclusivas para a população brasileira, contemplando as seguintes regiões do país: sete na região sul (Roglio et al., 2020; Zatti et al.; 2020; Segal, Pujol, Birck, Manfro & Leistner-Segal, 2006; Gomes, Araújo & Gomes, 2018; Gomes et al., 2010; Vargas et al., 2013; Trevisan & Oliveira, 2012), vinte e cinco na região sudeste (Rodrigues & Werneck, 2005; Correa et al., 2002; Correa et al., 2004; Viana, De Marco, Boson, Romano-Silva & Corrêa, 2006; Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009; Neves, Malloy-Diniz, Barbosa, Brasil & Corrêa, 2009; Silva, Mograbi, Bifano, Santana & Cheniaux, 2017; Stefanello, Marín-León, Fernandes, Li & Botega, 2010; Stefanello, Marín-León, Fernandes, Li & Botega, 2011; Malbergier & Andrade, 2001; Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000; Freitas, Cais, Stefanello & Botega, 2007; Coêlho et al., 2016; Zilberman, Hochgraf, Brasiliano & Milharcic, 2001; Silveira, Fidalgo, Di Pietro, Junior & Oliveira, 2014; Cais, Stefanello, Mauro, Freitas & Botega, 2009; Meyer et al, 2010; Andreuccetti et al., 2016; Gonçalves, Ponce & Leyton, 2018; Carlini-Cotrim & Chasin, 2000; Zerbini et al., 2012; Medeiros & Malfitano, 2015; Bando et al., 2017; Zerbini et al., 2018; Nejar, Bensenor, & Lotufo, 2007), um na região norte (Souza & Onety Junior, 2017), três na região nordeste (Albuquerque et al., 2018; Jatobá & Bastos, 2007; Silva, Santos, Soares & Pardono, 2014) e dois estudos (Ceccon, Meneghel, Tavares & Lautert, 2014; Jaen-Varas et al., 2019) contemplaram seis metrópoles brasileiras (Porto Alegre, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo).

Dos 50 artigos, onze (Devries et al., 2011; Costa et al., 2017; Araújo & Lara, 2016; Abdalla et al., 2019; Machado, Alves, Rasella, Rodrigues & Araya, 2018; Bando & Lester, 2014; Machado, Rasella, & Santos, 2015; Dantas et al., 2018; Faria, Fassa & Meucci, 2014; Pinto, Silva, Pires & Assis, 2012; Loureiro, Moreira & Sachsida, 2015) tiveram amostras de abrangência nacional com análise de dados secundários de sistemas brasileiros tais como

DATA-SUS, SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade, MS – Ministério da Saúde, IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e IML – Instituto Médico Legal.

A data de publicação dos estudos está entre 2000 e 2020 com maior concentração entre os anos de 2009 a 2017. Os principais objetivos dos estudos para as tentativas de suicídio foram avaliar e identificar a presença de fatores de risco tais como: marcadores genéticos (Correa et al., 2002; Segal, Pujol, Birck, Manfro & Leistner-Segal, 2006; Correa et al., 2004; Viana, De Marco, Boson, Romano-Silva & Corrêa, 2006), condições de saúde (Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009; Neves, Malloy-Diniz, Barbosa, Brasil & Corrêa, 2009; Silva, Mograbi, Bifano, Santana & Cheniaux, 2017; Stefanello, Marín-Léon, Fernandes, Li & Botega, 2011; Stefanello, Marín-León, Fernandes, Li & Botega, 2010; Malbergier & Andrade, 2001; Gomes et al., 2010; Vargas et al., 2013), associações com abuso de álcool e outras drogas (Roglio et al., 2020; Zilberman, Hochgraf, Brasiliano & Milharcic, 2001; Silveira, Fidalgo, Di Pietro, Junior & Oliveira, 2014; Abdalla et al., 2019), presença de violência (Albuquerque et al., 2018; Devries et al., 2011; Costa et al., 2017), fases do desenvolvimento (Zatti et al., 2020; Araújo & Lara, 2016; Coêlho et al., 2016; Jatobá & Bastos, 2007; Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000; Silva, Santos, Soares & Pardono, 2014; Freitas, Cais, Stefanello & Botega, 2007) e acesso a serviços de saúde (Trevisan & Oliveira, 2012; Machado, Alves, Rasella, Rodrigues & Araya, 2018; Meyer et al., 2010).

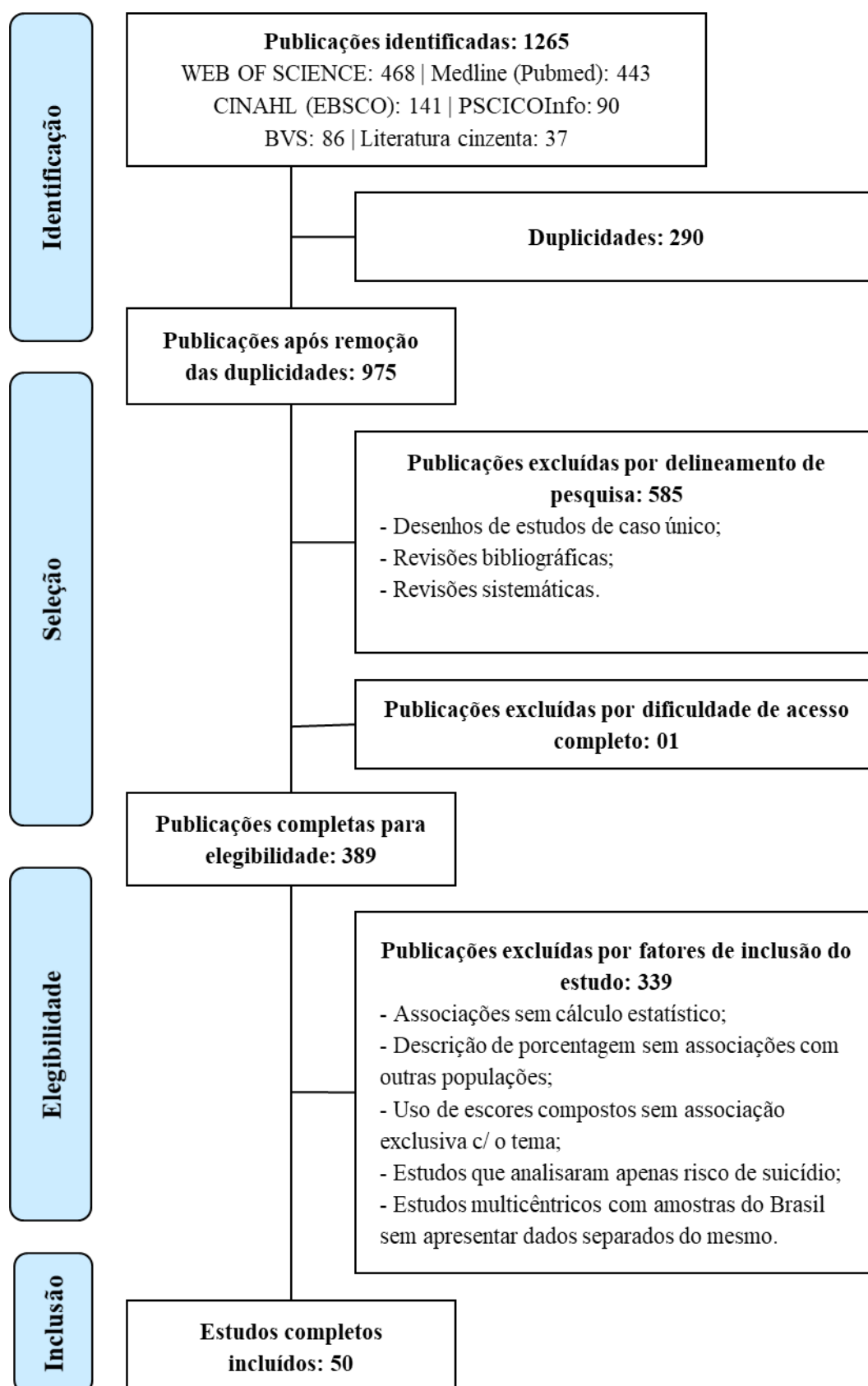
Os principais objetivos dos estudos para óbitos por suicídio foram avaliar e identificar a presença de fatores de risco tais como: álcool em amostras do sangue das vítimas (Andreuccetti et al., 2016; Gonçalves, Ponce & Leyton, 2018; Carlini-Cotrim & Chasin, 2000; Zerbini et al., 2012), variáveis sócio-demográficas (Bando & Lester, 2014; Medeiros & Malfitano, 2015; Machado, Rasella, & Santos, 2015; Rodrigues & Werneck, 2005; Dantas et al., 2018), pertencer a populações específicas como indígenas (Souza & Onety Junior, 2017),

idosos (Pinto, Silva, Pires & Assis, 2012), policiais (Gomes, Araújo & Gomes, 2018), adolescentes (Jaen-Varas et al., 2019), relação com o trabalho (Ceccon, Meneghel, Tavares & Lautert, 2014; Faria, Fassa & Meucci, 2014; Meyer et al, 2010), impacto da mídia (Loureiro, Moreira & Sachsida, 2015), acesso aos serviços de saúde (Machado, Alves, Rasella, Rodrigues, & Araya, 2018) e presença de fatores meteorológicos (Bando et al., 2017; Zerbini et al., 2018; Nejar, Bensenor, & Lotufo, 2007).

Os estudos foram apresentados na Tabela 2 e na Tabela 3 e separados pelas variáveis TS (tentativas de suicídio) (Tabela 2) e OS (óbito por suicídio) (Tabela 3). Trinta estudos analisaram fatores de risco para as tentativas de suicídio, (Tabela 2), enquanto que vinte e um estudos descreveram sobre os fatores para óbito por suicídio (Tabela 3). Dois estudos (Machado, Alves, Rasella, Rodrigues & Araya, 2018 e Meyer et al, 2010) estão descritos nas duas tabelas, pois analisou fatores de risco tanto para as tentativas quanto para óbito por suicídio.

Figura 1

Fluxograma de seleção dos estudos para a revisão sistemática



Os artigos obtiveram a pontuação STROBE entre 15 e 22, o que caracteriza um nível de qualidade alto. Os itens não pontuados nos estudos que não obtiveram pontuação máxima relacionavam-se à falta da descrição dos elementos-chave do desenho do estudo; a falta de descrição das variáveis com clareza em todos os desfechos; às medidas adotadas para evitar viés; à especificação dos fatores de confusão; ao resumo das principais limitações do estudo na discussão e à falta de descrição de financiamento da pesquisa. Os itens não registrados no estudo com menor pontuação relacionam-se à falta de descrição das variáveis com clareza em todos os desfechos; à falta de fonte de dados para cada variável e detalhes no método; às medidas adotadas para evitar viés; em como se determinou o tamanho amostral; à especificação dos fatores de confusão; ao resumo das principais limitações do estudo na discussão e à falta de descrição de financiamento da pesquisa.

Tentativa de Suicídio

Marcadores Genéticos

Quatro estudos (Correa et al., 2002; Segal, Pujol, Birck, Manfro & Leistner-Segal, 2006; Correa et al., 2004; Viana, De Marco, Boson, Romano-Silva & Corrêa, 2006) investigaram a relação entre marcadores genéticos e biológicos 5HT2A, 5HTTLPR e A218C à tentativa de suicídio. Os resultados não foram significativos para estes marcadores.

Histórico familiar de suicídio

Dois estudos (Correa et al., 2004; Viana et al., 2006) cujos objetivos eram investigar relação com marcadores genéticos e biológicos, puderam também verificar presença de histórico familiar de suicídio em pacientes que tentaram. Correa et al. (2004) verificou presença de história familiar em 44% da amostra (OR = 2,27) e os resultados de Viana et al., (2006) também demonstraram presença de história familiar em 50% no grupo estudado (OR = 3,24).

Condições de Saúde

Santos et al (2009) investigaram as relações das tentativas de suicídio com os transtornos mentais. Os mais prevalentes foram o transtorno depressivo, dependência de substâncias psicoativas, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de álcool e esquizofrenia. O estudo de Neves et al (2009) teve o objetivo de verificar se a polaridade do primeiro episódio de humor poderia ser um marcador do comportamento suicida nos pacientes. As conclusões foram que pacientes deprimidos tiveram mais histórias de tentativas de suicídio ao longo do tempo. Por outro lado, os pacientes maníacos têm maior tendência a tentativas com métodos mais violentos. Silva et al (2017) também estudaram pacientes com transtorno bipolar investigando o conhecimento do próprio paciente com transtorno bipolar acerca do comportamento suicida. Os resultados demonstram maior presença de tentativas de suicídio em pacientes deprimidos com menor implicação no autoconhecimento sobre o comportamento suicida.

Stefanello, Marín-León, Fernandes, Li e Botega (2010) compararam as características clínicas de pacientes com epilepsia e outros sem o diagnóstico. Foi verificado que, no grupo de epiléticos, prevaleciam mais pacientes com história de TS. Em outro estudo, o mesmo grupo de pesquisa verificou a presença de ansiedade e depressão em pacientes com epilepsia, encontrando uma associação destes agravos com tentativas de suicídio (Stefanello, Marín-León, Fernandes, Li & Botega, 2011).

Ainda em relação a condições de saúde, Malbergier e Andrade (2001) investigaram a prevalência e associação de transtorno depressivo e TS em usuários HIV- soropositivos de drogas injetáveis, não sendo encontrada associação entre as variáveis. Outro estudo (Gomes et al., 2010) investigou a relação entre a história de TS e obesidade em pacientes com transtorno bipolar, encontrando quase duas vezes mais história de tentativas no grupo de obesos. Por último, Vargas et al. (2013) investigaram a associação com diversos

biomarcadores de estresse, entre eles, índice de massa corporal, o qual maiores índices foram presentes no grupo que tentaram suicídio.

Abuso de álcool e outras drogas

Três estudos (Zilberman et al., 2001; Silveira et al., 2014; Abdalla et al., 2019) buscaram avaliar a associação de abuso de álcool e drogas e TS. Zilberman et al. (2001) apontam maior frequência de tentativas de suicídio no grupos de mulheres dependentes de drogas, sendo a cocaína mais frequente. Silveira et al. (2014) identificaram que o uso recente de drogas foi preditivo da gravidade da tentativa de suicídio (OR = 4,96). Abdalla et al. (2019) descrevem que o transtorno por uso do álcool, o uso de maconha e o de cocaína foram significativamente associados às tentativas de suicídio. Roglio et al (2020) encontraram associação de TS com depressão e alucinação em pacientes internados por uso abusivo de crack e cocaína.

Violência

Três estudos investigaram a associação de diversos tipos de violência com a TS. Albuquerque et al. (2018) analisaram a correlação de TS com violência física, sexual e abuso de drogas em indivíduos LGBT, os autores encontraram associação com violência física e sexual. Devries et al. (2011) pesquisaram a violência contra a mulher e encontraram associações com abuso sexual na infância e violência sofrida por parceiro íntimo com TS. O terceiro estudo (Costa et al., 2017) investigou o estigma sexual e sua relação com TS em duas amostras nacionais, sendo encontrado um aumento desta associação em 60% no grupo que sofreu esta violência.

Algumas pesquisas investigaram a associação de TS com a presença de adversidades na infância, uma delas com amostra populacional da grande São Paulo (Coelho et al., 2016) que encontrou associação com abuso físico. Outra com amostra populacional de Porto Alegre (Zatti et al, 2020) que encontrou associação com abuso emocional e físico, e negligências

emocional e física. E por último, outro estudo com amostra brasileira de uma pesquisa na web (Araújo & Lara, 2016) que encontrou associação com abusos emocional, físico e sexual e também com negligência emocional.

Fases do Desenvolvimento

Com relação aos adolescentes, Silva, Santos, Soares e Pardono (2014) encontraram maior frequência de TS no grupo feminino, com presença de comportamentos agressivos e usuárias de álcool e cigarro. Outro estudo (Freitas, Cais, Stefanello & Botega, 2007) comparou adolescentes grávidas e não grávidas e identificou maior frequência de TS no grupo de gestantes e características sociodemográficas, tais como, status conjugal e ocupacional, escolaridade e mudança de residência nos últimos três anos, diferentes entre os dois grupos.

Pesquisas com o foco em estudantes de escolas estaduais e particulares (Jatobá & Bastos, 2007; Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000) identificaram uma Percentagem maior de TS no sexo feminino em ambas as escolas e associação a sintomas depressivos graves e ansiedade severa em estudantes de escola privada.

Acesso a serviços de saúde

A relação entre as tentativas de suicídio e os atendimentos nos serviços de saúde, foi identificada em algumas pesquisas. Machado, Alves, Rasella, Rodrigues e Araya (2018) desenvolveram um estudo que buscou investigar o acesso de pacientes que tentaram suicídio aos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Os resultados verificaram que nos municípios que tinham coberturas de serviços de saúde mental, haviam baixas taxas de hospitalização por tentativa de suicídio.

Já o estudo de Cais, Stefanello, Mauro, Freitas e Botega (2009) comparou características sociodemográficas e clínicas de pacientes que tentaram suicídio pela primeira vez com um grupo de tentativas repetidas que foram atendidos em um hospital geral. O

estudo verificou que a repetição das TS está associada ao sexo feminino com maior presença de mulheres dona de casa e com diagnósticos de depressão.

Meyer et al (2010) compararam as taxas de hospitalização por tentativa de suicídio entre agricultores de áreas com alto uso de pesticidas em duas regiões distintas. Os resultados deste estudo demonstraram maior taxa de hospitalização por TS e presença de transtorno do humor entre os agricultores que faziam uso de produtos químicos nas lavouras.

Acesso a psicofármacos

Trevisan e Oliveira (2012) buscaram verificar o acesso, a disponibilidade e a finalidade do uso de psicofármacos nas tentativas de suicídio de mulheres com TS. Este estudo apontou forte relação em pacientes que tentaram suicídio e eram diagnosticadas com depressão, em uso de benzodiazepínicos e que adquiriam as medicações com receita médica.

Tabela 2

Características dos estudos incluídos na revisão sistemática por análise dos fatores associados e de risco nas tentativas de suicídio

Estudo	Amostra	Tipo de Estudo	Fator de Risco (FR) ou Fator Associado (FA)	Strobe
Correa et al., 2002	225	Estudo Transversal	Genética (FA)	21
Segal, Pujol, Birck, Manfro & Leistner-Segal, 2006	84	Caso controle	Genética (FA)	22
Correa et al., 2004	237	Estudo Transversal	Genética (FA)	22
Viana, De Marco, Boson, Romano-Silva & Corrêa, 2006	248	Estudo Transversal	Genética (FA)	21
Santos, Lovisi, Legay & Abelha, 2009	96	Estudo Transversal	Prevalência de transtornos mentais (FA)	22
Neves, Malloy-Diniz, Barbosa, Brasil & Corrêa, 2009	168	Estudo Transversal	Primeiro episódio de humor do Transtorno Bipolar (FA)	22
Silva, Mograbi, Bifano, Santana & Cheniaux, 2017	60	Estudo Transversal	Variáveis sociodemográficas (sexo, anos de educação e idade), severidade da mania ou sintomas psicóticos no TB (FA)	19
Stefanello, Marín-León, Fernandes, Li & Botega, 2010	174	Caso controle	Epilepsia (FR)	22
Stefanello, Marín-Léon, Fernandes, Li & Botega, 2011	153	Estudo Transversal	Depressão e ansiedade em pacientes com epilepsia (FA)	22
Malbergier & Andrade, 2001	60	Caso controle	Sorologia HIV positivo (FR)	22
Gomes et al., 2010	255	Estudo Transversal	Obesidade (FA)	22
Vargas et al., 2013	342	Estudo Transversal	Biomarcadores de estresses (NOx, Lipid e TRAP) e distúrbios metabólicos (FA)	21
Zilberman, Hochgraf, Brasileiro & Milharcic, 2001	261	Estudo Comparativo	Abuso de álcool ou outras drogas (FA)	22
Silveira, Fidalgo, Di Pietro, Junior & Oliveira, 2014	86	Estudo Transversal	Associação de abuso de drogas com métodos potencialmente mais graves (FA)	22
Abdalla et al., 2019	4607	Estudo Transversal	Abuso de álcool e outras drogas (FA)	22
Roglio et al., 2020	689	Estudo Transversal	Depressão e alucinação em pacientes usuários de crack e cocaína (FA)	22
Albuquerque et al., 2018	316	Estudo Transversal	Violência física e sexual em indivíduos LGBT usuários de drogas (FA)	22

Tabela 2 (continuação)

Estudo	Amostra	Tipo de Estudo	Fator de Risco (FR) ou Fator Associado (FA)	Strobe
Devries et al., 2011	1406	Estudo Transversal	Violência contra as mulheres (FA)	22
Costa et al., 2017	9919	Estudo Transversal	Estigma sexual (FA)	21
Coêlho et al., 2016	5037	Estudo Transversal	Adversidades na infância (FA)	22
Araújo & Lara, 2016	71429	Estudo Transversal	Adversidades na infância (FA)	22
Zatti et al., 2020	84	Caso controle	Adversidades na infância (FA)	22
Silva, Santos, Soares & Pardono, 2014	2207	Estudo Transversal	Aspectos sociodemográficos de adolescentes (FA)	21
Freitas, Cais, Stefanello & Botega, 2007	160	Caso controle	Gravidez na adolescência (FA)	21
Jatobá & Bastos, 2007	242	Estudo de prevalência, de base populacional	Depressão e ansiedade (FA)	21
Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000	1675	Estudo Transversal	Comportamentos de risco à saúde de estudantes adolescentes (FA)	17
Machado, Alves, Rasella, Rodrigues & Araya, 2018	5507	Estudo Transversal	Acesso aos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (FA)	21
Cais, Stefanello, Mauro, Freitas & Botega, 2009	203	Caso controle	Características sociodemográficas de tentativas de suicídio repetidas (FR)	22
Meyer et al, 2010	1261	Estudo Comparativo	Exposição a pesticidas (FA)	21
Trevisan & Oliveira, 2012	20	Estudo Transversal	Acesso e disponibilidade de drogas psicoativas (FA)	15

Óbito por Suicídio

Presença de álcool em amostras de sangue

Um grupo de pesquisas (Andreuccetti et al., 2016; Gonçalves, Ponce & Leyton, 2018; Carlini-Cotrim & Chasin, 2000; Zerbini et al., 2012) investigaram a presença de álcool em exames de sangue de vítimas fatais. O primeiro grupo (Andreuccetti et al., 2016) encontrou presença de álcool em menos de um em cada seis suicídios da amostra testada. Já Gonçalves, Ponce & Leyton (2018) descreveram que 30,24% da amostra tiveram testes positivos para álcool com prevalência maior entre os homens (34,70%) do que em mulheres (17,13%). Carlini-Cotrim & Chasin (2000) relataram que 32,2% das análises foram positivas para a presença de álcool nos casos de suicídio e por fim, os resultados de Zerbini et al. (2012) demonstraram que em 37,50% da amostra havia presença de álcool, sendo 17,20% entre as mulheres e 41,30% entre homens.

Aspectos sociodemográficos

Alguns estudos procuraram relacionar características sociodemográficas como fator de risco para óbito por suicídio, como Bando e Lester (2014), que investigaram a associação entre homicídio, suicídio e variáveis sociodemográficas. Os autores não identificaram correlação de homicídio com suicídio, mas encontraram maior frequência de OS entre o gênero masculino e características de alto nível sócio econômico. No estudo de Machado, Rasella e Santos (2015) o indicador de baixo nível educacional foi relacionado com as taxas de suicídio, enquanto que Medeiros e Malfitano (2015) descreveram a relação com sexo masculino, moradores de periferia e da cor branca.

Rodrigues e Werneck (2005) identificou que ter idade mais avançada está mais relacionado ao suicídio do que entre os jovens. Dantas et al. (2018), por outro lado, analisaram indicadores socioeconômicos, como taxas de envelhecimento; analfabetismo;

desemprego, desigualdades de rendas e densidade populacional, com a frequência de OS, e encontraram associação com o indicador de desemprego.

Populações específicas

Um estudo comparativo com a população indígena e não indígenas de Roraima (Souza & Onety Junior, 2017) evidenciou algumas particularidades étnico-raciais sobre a mortalidade por suicídio na população indígena, com taxas mais elevadas dos óbitos, idade mediana de 24 anos, não ocorrência de óbitos em hospital ou via pública. Além disso, a taxa de mortalidade entre indígenas foi 1,7 vezes maior do que a de não indígenas.

Jaen-Varas et al. (2019) analisaram a relação de OS com desigualdade social com uma população de adolescentes. Os resultados deste estudo demonstraram aumento de 24% nas taxas nesta população e que o desemprego e as desigualdades sociais foram associados às taxas de óbitos por suicídio.

Pinto et al (2012) buscaram analisar os fatores associados à população de pessoas acima de 60 anos em municípios brasileiros e perceberam uma relação dos óbitos com o gênero masculino, cor branca e presença de transtorno de humor. Ainda com relação a populações específicas, Gomes et al (2018) avaliaram o perfil sociodemográfico de policiais no sul do Brasil onde foi verificada que a incidência de taxas nesta população foi três vezes maior comparada com as taxas nacionais e que idades mais jovens e baixa patente militar foram preditores independentes para o suicídio.

Relação com o trabalho

Cecon et al (2014) buscaram relacionar a mortalidade com indicadores laborais em seis metrópoles brasileiras (São Paulo, Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, Salvador e Rio de Janeiro). Houve associação entre as variáveis apenas na cidade de São Paulo e com os seguintes indicadores laborais: renda inferior a um salário mínimo, trabalho no setor privado e no setor da construção. A relação de trabalhadores expostos a pesticidas foi o foco dos

estudos de Faria et al (2014) e de Meyer et al (2010), o primeiro com a população brasileira em geral e o segundo com trabalhadores agrícolas do Rio de Janeiro. Faria et al (2014) encontraram resultados que indicavam que as microrregiões com maior uso de agrotóxicos e com alta proporção de envenenamento tiveram as maiores taxas de suicídio. Resultados foram semelhantes no estudo de Meyer et al (2010) que descreveram que entre os homens trabalhadores agrícolas na região serrana do Rio de Janeiro as taxas de suicídio eram duas vezes maiores do que as população geral local.

Influência da mídia

Loureiro et al (2015) verificaram se o fato de ter muitos aparelhos de TV e rádio nas residências se isso aumentava a exposição ao suicídio, como influência midiática. O estudo demonstrou associação entre a influência da mídia, como terceiro motivador para os óbitos por suicídio na amostra analisada, posterior às variáveis de desemprego e violência sucessivamente.

Acesso a serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde e OS foi investigado por Machado et al (2018). Os resultados demonstraram que nos municípios que tinham cobertura dos CAPS as taxas de suicídio eram menores, mas isso não foi estatisticamente significativo (OR = 0,981).

Relação com indicadores meteorológicos

A relação entre os fatores meteorológicos e o comportamento suicida foi verificada em algumas pesquisas. Bando et al. (2017) notaram a associação de casos a cada aumento de 1°C na temperatura mínima média. Zerbini et al. (2018) analisaram a associação entre os casos diários de suicídio por enforcamento e as condições meteorológicas em São Paulo e também encontraram relação dos casos com dias mais quentes. Por outro lado, Nejar, Bensenor, e Lotufo (2007) não encontraram relação entre horas de insolação com óbito por suicídio.

Tabela 3

Características dos estudos incluídos na revisão sistemática por análise dos fatores associados por óbitos por suicídio

Estudo	Amostra	Tipo de Estudo	Fator de Risco (FR) ou Fator Associado (FA)	Strobe
Andreuccetti et al., 2016	365	Estudo transversal	Presença de álcool (FA)	22
Gonçalves, Ponce & Leyton, 2018	1700	Estudo Transversal	Presença de álcool (FA)	22
Carlini-Cotrim & Chasin, 2000	2630	Estudo Transversal	Presença de álcool (FA)	19
Zerbini et al., 2012	184	Estudo Transversal	Presença de álcool (FA)	18
Bando & Lester, 2014	9423	Estudo Transversal	Variáveis sociodemográficas (FA)	22
Machado, Rasella, & Santos, 2015	5507 municípios brasileiros	Estudo Transversal	Variáveis sociodemográficas (FA)	20
Medeiros & Malfitano, 2015	Jovens de 15 a 29 anos	Análise longitudinal retrospectiva	Variáveis sociodemográficas (FA)	16
Rodrigues & Werneck, 2005	Homens e mulheres	Estudo de coorte	Variáveis sociodemográficas (FA)	21
Dantas et al., 2018	50664	Estudo ecológico	Indicadores socioeconômicos (FA)	22
Souza & Onety Junior, 2017	170	Estudo comparativo	População indígena (FA)	20
Jaen-Varas et al., 2019	3994	Estudo ecológico	Desigualdade social em adolescentes (FA)	22
Pinto, Silva, Pires & Assis, 2012	685	Estudo ecológico	População idosa (FA)	20
Gomes, Araújo & Gomes, 2018	31110	Estudo de coorte	Atuação como policial (FA)	22
Ceccon, Meneghel, Tavares & Lautert, 2014	Seis metrópoles brasileiras	Estudo ecológico	Indicadores de trabalho (FA)	22
Faria, Fassa & Meucci, 2014	558 microrregiões brasileiras	Estudo ecológico	Exposição a pesticida (FA)	22
Meyer et al, 2010	204	Estudo comparativo	Exposição a pesticida (FA)	21

Tabela 3 (continuação)

Estudo	Amostra	Tipo de Estudo	Fator de Risco (FR) ou Fator Associado (FA)	Strobe
Loureiro, Moreira & Sachsida, 2015	27 estados do Brasil	Estudo retrospectivo	Impacto da mídia (FA)	22
Machado, Alves, Rasella, Rodrigues, & Araya, 2018	5507 municípios brasileiros	Estudo transversal	Acesso ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (FA)	21
Bando et al., 2017	6600	Estudo longitudinal	Fatores meteorológicos (FA)	22
Zerbini et al., 2018	110	Estudo observacional retrospectivo	Fatores meteorológicos (FA)	22
Nejar, Bensenor, & Lotufo, 2007	3984	Estudo ecológico	Fatores meteorológicos (FA)	20

Discussão

Esta revisão buscou identificar e analisar os fatores de risco para tentativas e óbito por suicídio em estudos com amostras brasileiras. Dos 1265 artigos encontrados nas bases de dados, 50 preencheram todos os critérios e foram selecionados para compor o trabalho. Conforme apresentado o conjunto de publicações evidenciou a diversidade de fatores existentes na população brasileira e reforça a descrição da OMS (2014) sobre a presença dos mesmos em outras regiões do mundo e que incentiva a produção de pesquisas que identifiquem as causas para o fenômeno em diversas culturas.

A maior concentração de pesquisas nesta revisão relaciona as tentativas e o suicídio à presença de transtornos mentais. Os transtornos do humor, mais especificamente a depressão foram os transtornos mais frequentemente encontrados, seguido de esquizofrenia, transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias, mais comum o uso de álcool e transtornos de personalidade. A presença de um transtorno mental é descrita pela literatura como um fator de risco importante para o suicídio (Bertolote, & Fleischmann, 2002), de modo que os estudos nacionais confirmam esta associação.

A OMS aponta que o uso de álcool pode atuar como fator de risco para suicídio. Apesar de não terem investigado o uso contínuo de álcool, diversos estudos nacionais encontraram presença de álcool no sangue após o suicídio completo. As publicações brasileiras que analisaram a associação do uso do álcool em tentativas e óbitos por suicídio que foram apresentadas nesta revisão aconteceram entre os anos de 2000 a 2019 contemplando seis estudos e demonstram que em dezenove anos o uso abusivo do álcool continua presente como fator associado e de risco para o comportamento suicida.

A intoxicação é um método frequente utilizado nas tentativas de suicídio e pessoas com ideações suicidas e mais impulsivas tendem a usar o método que está mais acessível (OMS, 2019). Gunnell et al (2017) relatam que a experiência em alguns países de substituírem os pesticidas mais tóxicos para os seres humanos por produtos menos agressivos, reduz significativamente as mortes e doenças por intoxicação sem afetar o rendimento agrícola. Portanto os sistemas de registros de pesticidas têm um papel importante na prevenção do suicídio através de atividades de registros e eliminação de produtos com alta toxicidade, gestão adequada de estoques e maior conscientização da população sobre suicídios com pesticidas. Os estudos brasileiros, encontrados nesta revisão, corroboram com a literatura quando demonstram taxas elevadas de hospitalizações por tentativa de suicídio entre os trabalhadores agrícolas expostos a pesticidas, assim como presença de óbitos por suicídio após envenenamento por agrotóxicos.

A presença de mais de um caso de suicídio na família sugerem que marcadores genéticos são fatores significativos para o suicídio e de acordo com Segal (2009) as pesquisas já permitiram identificar inúmeras variações na sequência de DNA, entretanto esses efeitos ainda são insuficientes. O autor ainda ressalta que um único gene ou conjunto deles não é suficiente para responsabilizar o comportamento suicida. Os estudos com marcadores

genéticos aqui apresentados não corroboraram com a associação dos genes específicos analisados com pacientes que tentaram suicídio.

A OMS (2019) declarou que a maior parte dos óbitos por suicídio em adolescentes ocorre em países de baixa e média renda. O estudo brasileiro identificou um aumento de 24% nos casos de suicídio entre os adolescentes e apontaram a popularização da internet, as desigualdades sociais e a falta de políticas públicas para esta população como as principais causas para esse aumento. As referências bibliográficas da revisão apontam para associação de tentativas de suicídio com adolescentes do sexo feminino com presença de sintomas depressivos e de ansiedade, além de relação com comportamentos agressivos, uso de álcool e cigarro.

Um estudo brasileiro (Machado, Alves, Rasella, Rodrigues & Araya, 2018) apontou baixa hospitalização por tentativas de suicídio em municípios com cobertura dos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial o que é corroborado pela OMS (2014) que preconiza que o acesso a sistemas de saúde mental e oferta adequada de tratamento para pessoas com doenças mentais são diretrizes importantes para a prevenção do comportamento suicida. Ter acesso a serviços especializados pode ser um fator protetivo importante para a prevenção uma vez que o foco do trabalho é o cuidado e tratamento das doenças mentais.

Casos de violência de gênero e abuso infantil são descritos pela OMS (2014) como fatores fortemente associados ao comportamento suicida. As publicações apresentadas neste estudo corroboraram os achados quando os resultados apresentados demonstram que crianças que sofreram violências física ou sexual na infância têm maiores chances de tentar suicídio na fase adulta. O estigma sexual também foi demonstrado como fator associado ao comportamento suicida e também é descrito pela OMS (2014) que em países onde as minorias sofrem com maior discriminação há presença de altas taxas de suicídio.

O estresse vivenciado por questões de aculturação em populações específicas representa um risco significativo para o suicídio, principalmente em grupos mais vulneráveis. O suicídio é prevalente entre os povos indígenas e em alguns países como os EUA, Canadá e Nova Zelândia as taxas de suicídio são muito mais altas do que na população geral (OMS, 2014) o que também foi demonstrado nos estudos brasileiros com as populações indígenas, com taxas mais elevadas do comportamento neste grupo.

A criação de sistemas de apoio e o desenvolvimento de programas com a finalidade de promover estratégias de acolhimento e tratamento a pessoas em risco são ações fundamentais na prevenção do suicídio (OMS, 2014). Os programas de intervenção no Brasil parecem mais escassos e segundo Silva & Costa (2010) eles representam iniciativas isoladas e sem amparo institucional com maior solidez que garanta a continuidade de seu funcionamento. A identificação dos fatores de risco nesta população pode direcionar e colaborar com o investimento em serviços especializados para as populações mais susceptíveis ao comportamento suicida.

Conclusão

O suicídio é um fenômeno multifatorial e os fatores de risco incluem a dificuldade de acesso e tratamento adequados aos serviços de saúde mental, a facilidade da disponibilidade dos métodos usados para o suicídio, ao uso inadequado de abordagens da mídia, a vulnerabilidade social e a exposição a violências. Os riscos ainda são potencialmente aumentados quando há associação de mais de um fator, como por exemplo, presença de depressão associado ao uso abusivo de álcool (OMS, 2014).

A revisão demonstrou que no Brasil os fatores de risco encontrados para tentativas e óbitos por suicídio são os apresentados pela literatura mundial. Os achados reforçam a importância das ações estratégicas de prevenção do suicídio assim como o incentivo aos serviços de saúde mental para pessoas vulneráveis ao comportamento suicida, removendo

inclusive as barreiras de acesso a esses locais, a mobilização dos sistemas de saúde incluindo treinamento de profissionais da saúde, a redução de acesso a métodos letais e o incentivo a pesquisas que contribuam com a vigilância e melhoria da qualidade de dados.

Os resultados apresentados e discutidos sugerem que, levando em consideração os fatores de risco, programas de intervenção específicos para a população em risco de suicídio podem ser grandes aliados para a prevenção de novos casos. Estes programas ainda são escassos no Brasil e a partir disso sugere-se a realização de estudos futuros com a população brasileira que contemplem a temática de programas de intervenção e grupos de risco ao comportamento suicida, demonstrando eficácia dos resultados.

O comportamento suicida é um problema sério e precisa ser acompanhado por uma abordagem multidisciplinar. Aos profissionais da saúde mental é essencial que os mesmos conheçam sua complexidade, fazer a correta identificação dos fatores de risco apresentados pelos indivíduos para garantir que os mesmos recebam intervenções de prevenção e tratamento adequados.

Referências

- Abdalla, R. R., Miguel, A. C., Brietzke, E., Caetano, R., Laranjeira, R., & Madruga, C. S. (2019). Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). *Brazilian Journal of Psychiatry*, *41*(5), pp. 437-440. doi:10.1590/1516-4446-2018-0054
- Albuquerque, G. A., Figueiredo, F. W., Paiva, L. d., Araújo, M. F., Maciel, E. d., & Adami, F. (2018). Association between violence and drug consumption with suicide in lesbians, gays, bisexuals, transvestites, and transsexuals: cross-sectional study. *Salud Mental*, *41*(3), pp. 131-138. doi:10.17711/SM.0185-3325.2018.015
- Andreuccetti, G., Leyton, V., Lemos, N. P., Miziara, I. D., Ye, Y., Takitane, J., . . . Carvalho, H. B. (2016). Alcohol use among fatally injured victims in São Paulo, Brazil: bridging the gap between research and health services in developing countries. *Society for the Study of Addiction*, *112*, pp. 596-603. doi:10.1111/add.13688
- Araújo, R. M., & Lara, D. R. (2016). More than words: The association of childhood emotional abuse and suicidal behavior. *European Psychiatry*, *37*, pp. 14-21. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.04.002

- Bando, D. H., & Lester, D. (2014). An ecological study on suicide and homicide in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(4), pp. 1179-1189. doi:10.1590/1413-81232014194.00472013
- Bando, D. H., Teng, C. T., Volpe, F. M., de Masi, E., Pereira, L. A., & Braga, A. L. (2017). Suicide and meteorological factors in São Paulo, Brazil, 1996-2011: a time series analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *39*, pp. 220-227. doi:10.1590/1516-4446-2016-2057
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, *1*(3), pp. 181-185.
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, *25*(3), pp. 231-236. doi:10.1590/0103-6564D20140004
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. (2017). Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir. *Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*, v.40 n.38.
- Cais, C. F., Stefanello, S., Mauro, M. L., de Freitas, G. V., & Botega, N. J. (2009). Factors Associated with Repeated Suicide Attempts. Preliminary results of the WHO Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Crisis*, *30*(2), pp. 73-78. doi:10.1027/0227-5910.30.2.73
- Carlini-Cotrim, B., & Chasin, A. A. (2000). Blood Alcohol Content and Death from Fatal Injury: A Study in the Metropolitan Area of São Paulo, Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, *32*(3), pp. 269-275. doi:10.1080/02791072.2000.10400449
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, *34*(6), pp. 636-645. doi:10.1590/S0034-89102000000600012
- Ceccon, R. F., Meneghel, S. N., Tavares, J. P., & Lautert, L. (2014). Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(7), pp. 2225-2234. doi:10.1590/1413-81232014197.09722013
- Coelho, B. M., Andrade, L. H., Borges, G., Santana, G. L., Viana, M. C., & Wang, Y.-P. (2016). Do Childhood Adversities Predict Suicidality? Findings from the General Population of the Metropolitan Area of São Paulo, Brazil. *PLoS ONE*, *11*(5), pp. 1-18. doi:10.1371/journal.pone.0155639
- Colombo-Souza, P., Tranchitella, F. B., Ribeiro, A., Juliano, Y., & Novo, N. F. (2020). Suicide mortality in the city of São Paulo: epidemiological characteristics and their social factors in a temporal trend between 2000 and 2017. *Sao Paulo Medical Journal*, *138*(3), pp. 253-258. doi:10.1590/1516-3180.2019.0539.R1.05032020
- Correa, H., Campi-Azevedo, A. C., De Marco, L., Boson, W., Viana, M. M., Guimarães, M. M., . . . Romano-Silva, M. A. (2004). Familial suicide behaviour: association with probands suicide attempt characteristics and 5-HTTLPR polymorphism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, pp. 459-464. doi:10.1111/j.1600-0447.2004.00340.x
- Correa, H., De Marco, L., Boson, W., Viana, M. M., Lima, V. F., Campi-Azevedo, A. C., . . . Romano-Silva, M. A. (2002). Analysis of T102C 5HT2A Polymorphism in Brazilian

- Psychiatric Inpatients: Relationship With Suicidal Behavior. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 22, pp. 813-817. doi:10.1023/a:1021873411611
- Costa, A. B., Pasley, A., Machado, W. L., Alvarado, E., Dutra - Thomé, L., & Koller, S. H. (2017). The Experience of Sexual Stigma and the increased risk of attempted suicide in young brazilian people from low socioeconomic group. *Frontiers in Psychology*, 8:192, pp. 1-12. doi:10.3389/fpsyg.2017.00192
- Dantas, A. P., Azevedo, U. N., Nunes, A. D., Amador, A. E., Marques, M. V., & Barbosa, I. R. (2018). Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), pp. 12-18. doi:10.1590/1516-4446-2017-2241
- Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., . . . Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73, pp. 79-86. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.006
- Faria, N. M., Fassa, A. G., & Meucci, R. D. (2014). Association between pesticide exposure and suicide rates in Brazil. *NeuroToxicology*, 45, pp. 355-362. doi:10.1016/j.neuro.2014.05.003
- Freitas, G. V., Cais, C. F., Stefanello, S., & Botega, N. J. (2007). Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: A case-control study in Brazil. *European Child & Adolescent Psychiatry*, pp. 1-7. doi:10.1007/s00787-007-0668-2
- Gomes, D. A., Araújo, R. M., & Gomes, M. S. (2018). Incidence of suicide among military police officers in South Brazil: An 11-year retrospective cohort study. *Comprehensive Psychiatry*, 85, pp. 61-66. doi:10.1016/j.comppsy.2018.06.0060010-440X
- Gomes, F. A., Sant-Anna, M. K., Magalhães, P. V., Jacka, F. N., Dodd, S., Gama, C. S., . . . Kapczynski, F. (2010). Obesity is associated with previous suicide attempts in bipolar disorder. *ACTA NEUROPSYCHIATRICA*, 22, pp. 63-67. doi:10.1111/j.1601-5215.2010.00452.x
- Gonçalves, R. E., Ponce, J. C., & Leyton, V. (2018). Alcohol use by suicide victims in the city of Sao Paulo, Brazil, 2011–2015. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 53, pp. 68-72. doi:10.1016/j.jflm.2017.11.006
- Gunnell, D., Knipe, D., Chang, S.-S., Pearson, M., Konradsen, F., Lee, W. J., & Eddleston, M. (2017). Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Global Health*, 5, pp. 2016-1037. doi:10.1016/S2214-109X(17)30299-1
- Jaen-Varas, D., Mari, J. J., Asevedo, E., Borschmann, R., Diniz, E., Ziebold, C., & Gadelha, A. (2019). The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 41(5), pp. 389-395. doi:10.1590/1516-4446-2018-0223
- Jatobá, J. D., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), pp. 171-179. doi:doi.org/10.1590/S0047-20852007000300003

- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., . . . Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *Plos Medicine*, 6(7). doi:10.1371/journal.pmed.1000100
- Loureiro, P. R., Moreira, T. B., & Sachida, A. (2015). Does the effect of media influence suicide rates? *Journal of Economic Studies*, 42(3), pp. 415-432. doi:10.1108/JES-08-2013-0106
- Machado, D. B., Alves, F. J., Rasella, D., Rodrigues, L., & Araya, R. (2018). Impact of the New Mental Health Services on Rates of Suicide and Hospitalisations by Attempted Suicide, Psychiatric Problems, and Alcohol Problems in Brazil. *Adm Policy Ment Health*, 45, pp. 381-391. doi:10.1007/s10488-017-0830-1
- Machado, D. B., Rasella, D., & Santos, D. N. (2015). Impact of Income Inequality and Other Social Determinants on Suicide Rate in Brazil. *PLoS ONE*, 10(4), pp. 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0124934
- Malbergier, A., & Andrade, A. G. (2001). Depressive disorders and suicide attempts in injecting drug users with and without HIV infection. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 13:1, pp. 141-150. doi:10.1080/09540120020018242
- Mascarenhas, M. D., Malta, D. C., Silva, M. M., Carvalho, C. G., Monteiro, R. A., & Neto, O. L. (2009). Consumo de álcool entre vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de emergência no Brasil, 2006 e 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5), pp. 1789-1796. doi:10.1590/S1413-81232009000500020
- Medeiros, T. J., & Serrata Malfitano, A. P. (2015). Entre a Violência e a Cidadania: Um Olhar Sobre a Mortalidade Juvenil. *O Mundo da Saúde*, 39(1), pp. 62-73. doi:10.15343/0104-7809.201539016273
- Meyer, A., Koifman, S., Koifman, R. J., Moreira, J. C., Chrisman, J. d., & Abreu-Villaça, Y. (2010). Mood Disorders Hospitalizations, Suicide Attempts, and Suicide Mortality Among Agricultural Workers and Residents in an Area With Intensive Use of Pesticides in Brazil. *Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A*, 73, pp. 866-877. doi:10.1080/15287391003744781
- Miranda, A. C., & Bós, A. J. (2004). Incidência de suicídio entre idosos brasileiros. *Revista Médica de Minas Gerais*, 14(4), pp. 225-228.
- Nejar, K. A., Benseñor, I. M., & Lotufo, P. A. (2007). Sunshine and suicide at the tropic of Capricorn, São Paulo, Brazil, 1996–2004. *Revista de Saúde Pública*, 41(6), pp. 1062-1064. doi:10.1590/S0034-89102006005000046
- Neves, F. S., Malloy-Diniz, L. F., Barbosa, I. G., Brasil, P. M., & Corrêa, H. (2009). Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 31(2), pp. 114-118. doi:10.1590/S1516-44462009000200006
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5:210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4

- Pereira, A. S., Wilhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), pp. 3667-3677. doi:10.1590/1413-812320182311.29112016
- Pereira, A. S., Wilhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), pp. 3667-3677. doi:10.1590/1413-812320182311.29112016
- Pinheiro, R. T., Coelho, F. M., Silva, R. A., Quevedo, L. d., Souza, L. D., Castelli, R. D., . . . Pinheiro, K. A. (2012). Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: Social, obstetric and psychiatric correlates. *Journal of Affective Disorders*, 136, pp. 520-525. doi:10.1016/j.jad.2011.10.037
- Pinto, L. W., Silva, C. M., Pires, T. d., & Assis, S. G. (2012). Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), pp. 2003-2009. doi:10.1590/S1413-81232012000800011
- Rodrigues, N. C., & Werneck, G. L. (2005). Age-period-cohort analysis of suicide rates in Rio de Janeiro, Brazil, 1979–1998. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, pp. 192-196. doi:10.1007/s00127-005-0877-2
- Roglio, V. S., Borges, E. N., Rabelo-da-Ponte, F. D., Ornell, F., Scherer, J. N., Schuch, J. B., . . . Kessler, F. H. (2020). Prediction of attempted suicide in men and women with crack-cocaine use disorder in Brazil. *PLoS ONE*, 15(5), pp. 1-19. doi:10.1371/journal.pone.0232242
- Santos, S. A., Lovisi, G., Legay, L., & Abelha, L. (2009). Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9), pp. 2064-2074. doi:10.1590/S0102-311X2009000900020
- Scardoelli, M. G., Buriola, A. A., Oliveira, M. L., & Waidman, M. A. (2011). Intoxicações por agrotóxicos notificadas na 11ª regional de saúde do estado do Paraná. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 10(3), pp. 549-555. doi:10.4025/ciencucidsaude.v10i3.17381
- Segal, J. (2009). Aspectos Genéticos do Comportamento Suicida. *Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas:Psiquiatria.*
- Segal, J., Pujol, C., Birck, A., Manfro, G. G., & Leistner-Segal, S. (2006). Association between suicide attempts in south Brazilian depressed patients with the serotonin transporter polymorphism. *Psychiatry Research*, 143(2-3), pp. 289-291. doi:10.1016/j.psychres.2005.03.008
- Silva, R. d., Mograbi, D. C., Bifano, J., Santana, C. M., & Cheniaux, E. (2017). Correlation Between Insight Level and Suicidal Behavior/Ideation in Bipolar Depression. *Psychiatric Quarterly*, 88, pp. 47-53. doi:10.1007/s11126-016-9432-4
- Silva, R. J., Santos, F. A., Soares, N. M., & Pardono, E. (2014). Suicidal Ideation and Associated Factors among Adolescents in Northeastern Brazil. *The Scientific World Journal*, 2014, pp. 1-8. doi:10.1155/2014/450943

- Silveira, D. X., Fidalgo, T. M., Di Pietro, M., Junior, J. G., & Oliveira, L. Q. (2014). Is Drug Use Related to the Choice of Potentially More Harmful Methods in Suicide Attempts? *Substance Abuse: Research and Treatment*, 8. doi:10.4137/SART.S13851
- Souza, M. L., & Onety Júnior, R. T. (2017). Caracterização da mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas em Roraima, Brasil, 2009-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(4), pp. 887-893. doi:10.5123/S1679-49742017000400019
- Stefanello, S., Marín-Léon, L., Fernandes, P. T., Li, L. M., & Botega, N. J. (2011). Depression and anxiety in a community sample with epilepsy in Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 69(2b), pp. 342-348. doi:10.1590/S0004-282X2011000300015
- Stefanello, S., Marín-Léon, L., Fernandes, P. T., Li, L. M., & Botega, N. J. (2010). Psychiatric comorbidity and suicidal behavior in epilepsy: A community-based case-control study. *Epilepsia*, 51(7), pp. 1120-1125. doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02386.x
- Trevisan, E. P., & Oliveira, M. L. (2012). Psychoactive drugs: study with women who tried suicide in a city in the south of Brazil. *Index de Enfermería*, 21(1-2), pp. 33-37. doi:10.4321/S1132-12962012000100008
- Vargas, H. O., Nunes, S. V., Pizzo de Castro, M., Bortolasci, C. C., Sabbatini Barbosa, D., Kaminami Morimoto, H., . . . Berk, M. (2013). Oxidative stress and lowered total antioxidant status are associated with a history of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), pp. 923-930. doi:10.1016/j.jad.2013.05.016
- Velloso, P., Piccinato, C., Ferrão, Y., Perin, E. A., Cesar, R., Fontenelle, L., . . . Do Rosário, M. C. (2016). The suicidality continuum in a large sample of obsessive-compulsive disorder (OCD) patients. *European Psychiatry*, 38, pp. 1-7. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.05.003
- Viana, M. M., De Marco, L. A., Boson, W. L., Romano-Silva, M. A., & Corrêa, H. (2006). Investigation of A218C tryptophan hydroxylase polymorphism: association with familial suicide behavior and proband's suicide attempt characteristics. *Genes, Brain and Behavior*, 5, pp. 340-345. doi:10.1111/j.1601-183X.2005.00171.x
- Volpe, F. M., Tavares, A., & Del Porto, J. A. (2008). Seasonality of three dimensions of mania: Psychosis, aggression and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 108, pp. 95-100. doi:10.1016/j.jad.2007.09.014
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. *Geneva: WHO, 2014*.
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. *Geneva*.
- World Health Organization. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates. *Geneva:WHO,2019*.
- World Health Organization and Food and Agriculture. (2019). Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. *Geneva*.
- Zatti, C., Guimarães, L. S., Soibelman, M., Semensato, M. R., Bastos, A. G., Calegari, V. C., & Freitas, L. H. (2020). The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychother*, 42(1), pp. 64-73. doi:10.1590/2237-6089-2018-0112

- Zerbini, T., Gianvecchia, V. A., Regina, D., Tsujimoto, T., Ritter, V., & Singer, J. M. (2018). Suicides by hanging and its association with meteorological conditions in São Paulo. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 53, pp. 22-24. doi:10.1016/j.jflm.2017.10.010
- Zerbini, T., Ponce, J. d., Sinagawa, D. M., Cintra, R. B., Muñoz, D. R., & Leyton, V. (2012). Blood alcohol levels in suicide by hanging cases in the state of Sao Paulo, Brazil. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 19, pp. 294-296. doi:10.1016/j.jflm.2012.02.022
- Ziberman, M. L., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., & Milharcic, S. I. (2001). Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Substance Use & Misuse*, 36(8), pp. 1111-1127. doi:doi.org/10.1081/JA-100104492
- Zilberman, M. L., Hochgraf, P. B., Brasiliano, S., & Milharcic, S. I. (2001). Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Substance Use & Misuse*, 36(8), pp. 1111-1127. doi:doi.org/10.1081/JA-100104492

Artigo 2 – Tentativas de Suicídio por Intoxicações: Análise das Substâncias Usadas por Pacientes Atendidos em um Pronto Socorro³

Resumo

O suicídio é um grave problema de saúde pública e uma importante medida de prevenção é a restrição a meios letais. No Brasil, as intoxicações exógenas estão entre os principais métodos utilizados nas tentativas de suicídio e, dentre elas, predomina o uso de medicamentos. O objetivo desse estudo é descrever, classificar e estratificar por variáveis sociodemográficas os medicamentos e as substâncias encontradas nas tentativas de suicídio por intoxicações, atendidas em um hospital de pronto socorro, entre os anos de 2016 a 2019. Para tanto, foi realizada uma análise retrospectiva do banco de dados do serviço de psicologia e de prontuários dos pacientes que foram atendidos após tentativas de suicídio por intoxicação em um hospital de pronto socorro de Belo Horizonte. As substâncias foram classificadas de acordo com grupos de autointoxicação por exposição intencional, conforme a 10ª Classificação Internacional das Doenças (CID 10) e, particularmente os medicamentos, também foram classificados conforme classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code). De todas as 2088 tentativas de suicídio registradas, 70,6% se tratavam de intoxicações, dentre os quais 66,6% são do sexo feminino. A faixa etária de maior ocorrência foi entre 18 e 29 anos de idade. Observou-se grande número de substâncias utilizadas e a propensão de muitos indivíduos ao consumo de várias simultaneamente. Não obstante, é clara a prevalência de algumas substâncias, notadamente medicamentos de acesso controlado. Dentre as conclusões, destaca-se a necessidade de maior restrição de acesso a estas substâncias pela população mais vulnerável ao comportamento suicida e também o incentivo

³ Este artigo tem como coautores a graduanda em Psicologia Camila Batista Peixoto, a mestranda em Farmácia Luisa Nogueira, o Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro, do Laboratório de Processos Cognitivos da UFMG e a Profa. Dra. Juliana Alvares Teodoro, do Departamento de Farmácia Social da UFMG.

ao aumento de serviços exclusivos a este público que possam contar com profissionais capacitados para promover intervenções de psicoeducação a pacientes e a seus cuidadores acerca do comportamento suicida.

Palavras-chave: tentativas de suicídio, intoxicações, medicamentos, substâncias, hospital

Abstract

Suicide is a serious public health problem and an important preventive measure is the restriction of lethal means. In Brazil, exogenous intoxications are among the main methods used in suicide attempts and, among them, the use of medicines predominates. The objective of this study is to define, classify and stratify by sociodemographic variables of the drugs and the substances found in the suicidal substances due to intoxications, attended at an emergency hospital, between the years 2016 to 2019. For this purpose, a retrospective analysis of the database of the psychology service and medical records of patients who were assisted after suicide attempts by intoxication in an emergency hospital in Belo Horizonte was carried out. The substances were classified according to autointoxication groups by intentional exposure, according to the 10th International Classification of Diseases (ICD-10) and, particularly drugs, were also classified according to ATC classification (Anatomical Therapeutic Chemical Code). Of all 2088 suicide attempts recorded, 70.6% were intoxications, among which 66.6% were female. The age group with the highest occurrence was between 18 and 29 years of age. It was observed a large number of substances used and the propensity of many individuals to consume several simultaneously. Nevertheless, the prevalence of some substances, notably controlled access drugs, is clear. Among the conclusions, the need to restrict access to these substances by the population most vulnerable to suicidal behavior stands out.

Keywords: suicide attempt, medicines, substances, hospital

Introdução

O suicídio é um grave problema de saúde pública e pode ser definido como um ato final, resultado de um processo complexo e multifacetado. Ele pode ser compreendido por meio do comportamento suicida, que inclui pensamentos sobre a morte (ideação suicida), planejamento do ato e as tentativas de suicídio (Botega, 2015).

Dentre as ações de prevenção de suicídio é fundamental a identificação e realização de políticas efetivas para a redução de acesso a meios letais por indivíduos vulneráveis ao comportamento suicida. Cita-se, como por exemplo, maior controle de vendas de pesticidas e de medicações específicas, limitação do acesso a armas de fogo e inclusão de barreiras em metrô, edifícios ou pontes (WHO, 2014). No entanto, existem diferenças importantes entre os métodos utilizados conforme cultura e localidade. Por exemplo, no mundo, um dos principais métodos usados nos casos de óbitos por suicídio é a intoxicação proposital por pesticida de uso agrícola, correspondendo de 14 a 20%. No entanto, enquanto este método está presente em cerca de 60% dos óbitos na China, está relacionado a aproximadamente 10% nas américas (Mew et al., 2017).

No Brasil, de acordo com a Secretaria de Vigilância, do total de 470.913 casos notificados por intoxicações exógenas entre os anos de 2007 a 2017, 46,7% foram caracterizadas como tentativas de suicídio, o que denota a importância da melhor compreensão desse fenômeno. O uso de medicamentos foi predominante compreendendo 74,6% das tentativas entre mulheres e 52,2% entre homens. Os homens fizeram maior uso de raticidas (17,5%) e agrotóxicos (14,1%) do que as mulheres, que tiveram um percentual de 9,4% e 5,1%, respectivamente (Ministério da Saúde, 2019).

No Canadá, Mikhail et al., (2019) buscaram identificar características de pacientes que tentaram suicídio e foram atendidos em dois hospitais gerais. De todos os pacientes atendidos por tentativa de suicídio, 49% usaram as intoxicações como método, sendo as

medicações de venda livre as substâncias com maior percentual de uso (47% das intoxicações). Dentre estes medicamentos, o acetaminofeno (paracetamol) apareceu em 30% da amostra. Medicações de uso controlado e com receitas médicas foram as principais substâncias encontradas nas tentativas, na seguinte ordem: antidepressivos (37%), ansiolíticos (30%), opióides (10%) e anticonvulsivantes (9%). É oportuno verificar este perfil no contexto brasileiro.

Brixner et al. (2016) realizaram um estudo cujo objetivo foi caracterizar os aspectos sociodemográficos e clínicos dos casos de tentativa de suicídio atendidos em um hospital do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Os resultados demonstraram que 59,0% dos casos atendidos usaram como método a ingestão de medicamentos, seguido por ingestão de agrotóxicos (11,5%). Resultados semelhantes foram observados por Alves et al. (2014), que analisaram os prontuários de pacientes atendidos por tentativas de suicídio em Alagoas e identificaram que 71,2% dos métodos usados pelas mulheres foram as intoxicações por medicamentos. Neste estudo os homens tiveram o maior percentual de ingestão de venenos (39,9%), seguido de intoxicação por medicamentos (34,0%).

Apesar da existência de alguns estudos, no Brasil ainda há carência de trabalhos com dados sistemáticos coletados em hospitais ao longo dos anos que possam monitorar as intoxicações com determinados medicamentos ou substâncias. Isso porque as pesquisas publicadas utilizam-se de fontes secundárias de sistemas da saúde ou de centros de informações toxicológicas, que apresentam fragilidades em relação à qualidade e à quantidade dos dados, como por exemplo número de centros toxicológicos insuficientes para cobrir toda a extensão territorial do país ou falta de padronização dos dados (Mota et al., 2012). Portanto, são necessários trabalhos detalhados de identificação dos métodos utilizados no contexto brasileiro.

O objetivo desse estudo é descrever, classificar e estratificar por variáveis sociodemográficas os medicamentos e as substâncias encontradas nas tentativas de suicídio por intoxicações, atendidas em um hospital de pronto socorro, entre os anos de 2016 a 2019. Os achados podem colaborar com a produção de políticas públicas relacionadas a distribuição de medicamentos entre os diversos sistemas de dispensação dos mesmos, além de apontar a relevância de promoção de serviços de saúde mental exclusivos para a população vulnerável ao comportamento suicida que possam contribuir com intervenções de psicoeducação sobre os riscos a pacientes e seus familiares.

Método

Delineamento de Estudo e Participantes

Um estudo observacional descritivo foi conduzido por meio da análise retrospectiva do sistema de dados do serviço de psicologia de um hospital de pronto socorro de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Foram incluídos todos os registros de pacientes em que houve a identificação de tentativa de suicídio como fato causador da necessidade de hospitalização, entre os meses de janeiro de 2016 e julho de 2019.

Local de Estudo

A pesquisa foi realizada no Hospital João XXII, instituição de pronto socorro referência em traumatologia, grandes queimaduras e toxicologia, localizado em Belo Horizonte e pertencente à rede da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG. O hospital conta com uma equipe de psicologia que realiza atendimentos diários a pacientes e familiares em diversas demandas, incluindo as tentativas de suicídio.

Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP), por meio do Parecer nº 3.660.226, e pela Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP), por meio do Parecer nº 3.835.314. Para o presente estudo foi utilizado o Termo de Compromisso

de Utilização de Dados (TCUD), para a salvaguarda dos direitos dos participantes do hospital. O estudo seguiu todos os requisitos da Resolução Nº 466 de 2012, com respeito à dignidade humana e proteção aos participantes, com uso sistemático da ética, visando benefícios potenciais para comunidade, como promoção de bem-estar e qualidade de vida. O sigilo dos dados de identificações dos pacientes, tais como nome, número de registros e de prontuários e quaisquer outros que possam identificá-los foi devidamente resguardado.

Extração e Codificação dos Dados

Em 2015, foi implantado o Sistema Estatístico Informatizado do Serviço de Psicologia do hospital João XXIII, sob coordenação da autora LL, onde os atendimentos a pacientes foram catalogados pela equipe. Desse sistema, foram extraídos os dados de pacientes cujo o fato causador da hospitalização foi tentativa de suicídio, no período entre janeiro de 2016 e julho de 2019, conforme explicitamente declarado no sistema pela equipe de psicologia. Toda a base de dados resultante recebera tratamento básico, também sob coordenação da autora LL, previamente à concepção do presente trabalho. Para o estudo foram utilizados número de prontuário, registro de identificação da internação hospitalar, idade, sexo, cidade de residência, motivo de ingresso ao hospital, agente/substâncias usados como métodos, óbitos e locais de encaminhamento da rede de saúde mental. Para a verificação de reincidências de hospitalização no João XXIII por tentativa de suicídio, utilizou-se dos números de prontuários e de registros presentes no Sistema.

Identificação das Tentativas de Suicídio

Em relação à identificação das tentativas de suicídio, a equipe multiprofissional do hospital sinaliza à equipe da psicologia sobre a entrada do paciente e a mesma colabora com a avaliação do comportamento suicida com base no critério de intencionalidade. O psicólogo realiza o acompanhamento sistemático do caso, e registra os dados relativos ao paciente e ao atendimento no Sistema do Serviço de Psicologia. Assim, a equipe, que é apta, atua na

distinção entre ferimentos não intencionais de tentativas de suicídio, bem como identifica situações de difícil reconhecimento por profissionais de outras categorias.

Coleta e tratamento de Dados sobre Substâncias e Local da Tentativa

O Sistema de Dados da Psicologia possui registro sobre as substâncias utilizadas pelos pacientes atendidos por intoxicação. No entanto, ele não possui o nível de detalhamento e de precisão desejados para o presente trabalho. Ademais, ele não possui informações estruturadas sobre local de ocorrências⁴. Assim, especificamente para obtenção destas informações, foi empenhada pelas autoras LL e CP uma campanha de coleta in loco a partir da consulta e leitura criteriosa de todos os prontuários eletrônicos de cada um dos registros de pacientes que tentaram suicídio por intoxicação. Foram tomados todos os trechos de prontuários em que constavam informações sobre as substâncias e sobre o local de ocorrido, tal como inseridos pelos profissionais no sistema originalmente. Estes dados desestruturados foram copiados e colados manualmente para uma planilha eletrônica e, posteriormente, foram tratados e padronizados para as análises, conforme procedimentos descritos na próxima sessão.

O tratamento dos dados de prontuários sobre substâncias foi conduzido em 3 etapas: 1) produção de uma lista completa das palavras presentes nos recortes dos prontuários originais, ordenadas por frequência; 2) exclusão de palavras irrelevantes e confecção de uma lista de palavras identificadoras⁵ de substâncias; 3) categorização primária: agrupamento de “sinônimos” em chaves correspondentes a substâncias únicas.

O elemento metodológico mais relevante dessa fase é relativo ao significado do termo *substância* no contexto desse trabalho, que se trata do agrupamento primário das substâncias

⁴ O local de ocorrência fica implícito, de forma pouco precisa, em algumas categorias de motivo de entrada, tais como “Acidente de Trânsito”, ou “Violência Doméstica”, mas não há um campo específico.

⁵ Por exemplo: nomes de substâncias, nomes de medicamentos, termos leigos de amplo conhecimento, variações gráficas etc.

e outros agentes utilizados. Por exemplo, há de se decidir, baseado na relevância e na disponibilidade da informação, se metanol, glicerol e etanol são classificados separadamente, ou se devem receber o termo genérico *álcool*. Também há que se decidir se bebidas alcoólicas são discriminadas de outros usos de álcoois. Outros exemplos são o uso do termo *cumarínicos* para definir uma categoria que engloba diversas substâncias; ou também o uso da palavra *raticida* quando o princípio ativo é desconhecido. Isso também ocorre no caso de medicamentos quando, por exemplo, o termo *analgésico* é a melhor categoria quando a substância específica é desconhecida.

Para evitar ambiguidades, apenas daqui até o fim da seção, a palavra *substância* será substituída pelo vocábulo *chave*, quando se referir à classificação primária das substâncias e outros agentes utilizados nas tentativas de suicídio.

Uma questão relevante quanto à escolha das chaves é sobre como classificar e contabilizar medicamentos compostos. Basicamente, quando a substância ativa é única, a chave recebe o seu nome. No caso de composições, existem as seguintes situações: se as substâncias presentes no medicamento só tenham aparecido nos prontuários de forma associada, a chave recebe um nome que remete à associação; no caso em que alguma substância esteja também presente na base de dados na forma pura ou em outras associações, existem duas situações:

- Para as substâncias que aparecem também na forma pura, a chave recebe o nome da substância, acrescida do termo *_associacao* no nome da chave;
- Para as substâncias que não aparecem na forma pura, as chaves recebem seus nomes.

Por exemplo, um medicamento que possua a composição de ácido acetilsalicílico, maleato de dexclorfeniramina, cafeína e cloridrato de fenilefrina, tem associadas,

simultaneamente, as seguintes chaves: Acido_Acetilsalicilico_associacao, Dexclorfeniramina_associacao, Cafeina_associacao, e Fenilefrina. As três primeiras substâncias também se apresentam de forma pura, enquanto a última, não. Para auxiliar algumas análises, existe na base resultante uma variável que informa se cada substância é associada ou não.

Quanto à contabilidade das chaves em cada tentativa, cada substância é contabilizada uma vez, independentemente de advir de medicamentos compostos. Não existe mais de uma chave para cada substância. Por outro lado, a ingestão de um medicamento composto leva à contabilização de cada substância presente.

As autoras JT, LN e CP foram responsáveis pela terceira fase em que era necessário reconhecer as substâncias e medicamentos para a adequada criação de chaves e atribuição de seus sinônimos, bem como para a resolução de ambiguidades e duplicidades. O trabalho foi desenvolvido em planilha eletrônica Excel e linguagem de programação Python 3, na plataforma Jupyter (versão 1.2.6), com os pacotes pandas (versão 1.0.1) e Numpy (versão 1.18.1). Todos os códigos utilizados nessas etapas, e também na fase subsequente de classificação, foram desenvolvidos pela autora CP.

Por fim, conforme exposto, não há como escolher as definições das substâncias, sem passar pelo conhecimento empírico e pelo processo decisório dos autores do trabalho, orientados pelos resultados que se buscam alcançar. Como resultado do processo de tratamento e coleta de dados, gerou-se uma planilha estruturada composta por todas as substâncias (chaves) utilizadas em cada ocorrência.

Classificação dos Dados de Substâncias

Devido ao elevado número de substâncias utilizadas nas tentativas de suicídio e, por outro lado, dada a existência de características comuns entre várias delas, para muitas análises é vantajoso agrupá-las conforme critérios apropriados. Neste trabalho, as substâncias

foram classificadas de acordo com grupos de autointoxicação por exposição intencional, conforme a 10ª Classificação Internacional das Doenças - CID 10 (Organização Mundial De Saúde, 1993) e, particularmente os medicamentos, foram classificados conforme o nível 3 do Anatomical Therapeutic Chemical Classification - ATC-3 (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, 2019) e, também, quanto ao tipo de controle de venda no Brasil e forma de associação.

Quanto à CID 10, existem categorias específicas para intoxicações exógenas autoprovocadas intencionalmente, codificadas como X60 a X69 (Organização Mundial De Saúde, 1993). Basicamente, essas categorias são relativas a medicamentos (X60 a X64), álcool (X65), outros sólidos, líquidos, gases e vapores (X66 a X67), pesticidas (X68) e substâncias nocivas não especificadas (X69). No contexto deste artigo, foi criada a categoria (X60-X64) para os casos em que foi possível saber se tratar de intoxicação por medicamento, mas a substâncias específica é desconhecida.

Sobre a ATC, trata-se de uma classificação utilizada internacionalmente para classificar moléculas com ações terapêuticas, que consiste em relacionar os fármacos em diferentes grupos e subgrupos (níveis), de acordo com o órgão ou sistema do corpo humano sobre o qual atua e segundo as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas, podendo os subgrupos chegar até ao quinto nível. Optou-se por utilizar o nível 3, por ele representar um bom equilíbrio entre o número de agrupamentos e a preservação de informações sobre os grupos anatômicos, farmacológicos, terapêuticos e de substâncias.

Como resultado das fases de categorização, foram criadas 331 chaves (categoria primária) que, para fins de análises, são reagrupadas por meio de 11 classificações pela CID (de X60 a X69, mais X60-X64), 92 classificações no nível ATC-3, 6 classificações para o nível de controle de venda (“Não comercializado”, “Venda livre sem apresentação ou restrição de receita”, “Venda com apresentação de receita”, “Venda com restrição de receita”

e “Venda com restrição de receita de controle especial (portaria 344⁶)” e “Não se aplica”) e 3 classificações no nível de forma de associação (“Não associado”, “Associado” e “Não se aplica”). A classificação “Não se aplica” foi utilizada nos níveis ATC-3, de venda e de associação para os casos de chaves que não são classificados como medicamentos (ex.: agrotóxicos, álcool, solventes).

A categorização secundária foi concebida coletivamente pelos autores desse trabalho e refinada e aplicada pelas autoras LN e JT. Como resultado dessa etapa, estas categorias foram incorporadas à planilha estruturada.

Análise Estatística

Os dados foram analisados descritivamente por meio de sua frequência e percentagem. Comparações da frequência de tentativas de suicídio e uso de medicamentos entre variáveis sociodemográficas foram feitas por meio do teste de Chi-quadrado. O nível de significância utilizado foi de $p < 0,05$.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software SPSS Statistics 26. As análises complementares sobre associações de substâncias foram feitas no RStudio v1.4.1103 / R v4.0.3. As tabelas foram preparadas no Excel e as figuras no RStudio, exceto a Figura 3, feita no Excel.

Resultados

Participantes

No período de janeiro de 2016 a julho de 2019 foram inseridos, no Sistema de Dados da Psicologia do João XXIII, dados relativos a atendimentos de 16.470 pacientes pela equipe, dos quais 2102 (12,7%) foram registrados como relativos a tentativas de suicídio. Destes, 14

⁶ PORTARIA Nº 344, DE 12 DE MAIO DE 1998: Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

registros foram excluídos por insuficiência ou inconsistência dos dados. Assim, restaram 2088 registros válidos de tentativas de suicídio, cometidas por 1954 pacientes distintos, uma vez que dentre eles houve 134 reincidências. Das 2088 tentativas de suicídio, 1475 (70,6%) casos tratavam-se de intoxicações e 613 (29,3%) de outros métodos.

Análises Descritivas das Tentativas de Suicídio por Intoxicação

As tentativas de suicídio por intoxicações foram analisadas conforme os fatores sociodemográficos (sexo, idade e cidade de residência); as substâncias usadas nas tentativas de suicídio; o mês e o ano de ocorrência; a ocorrência de óbito; o local da tentativa; e as informações sobre a rede de encaminhamento após alta hospitalar. Das 1475 tentativas de suicídio por intoxicação, houve maior frequência do sexo feminino, com 982 casos (66,6%). A faixa etária de maior ocorrência foi entre 18 e 29 anos de idade, com 541 casos (36,7%), seguida de 30 a 39 anos, com 332 casos (22,5%). Entre os adolescentes, na faixa etária entre 12 e 17 anos, observou-se que o grupo feminino possui proporcionalmente mais casos do que o grupo masculino ($X^2 = 35,07$; $p < 0,001$) (Tabela 4).

Com relação aos óbitos dos pacientes atendidos após tentativa de suicídio, não foi observada diferença significativa relacionadas à variável sexo (Tabela 4). A cidade de Belo Horizonte foi o local de residência mais frequente entre os pacientes.

A análise gráfica das tentativas de suicídio por intoxicação por mês e ano está descrita na

Figura 2. No período analisado, houve uma média de 35,1 pacientes atendidos por mês. Existe uma variabilidade relativamente alta entre os meses, e o período da amostra não é suficiente para se analisar a existência de sazonalidade. Observa-se que a partir do segundo semestre de 2017 a média de atendimentos se eleva em relação ao ano anterior.

Tabela 4

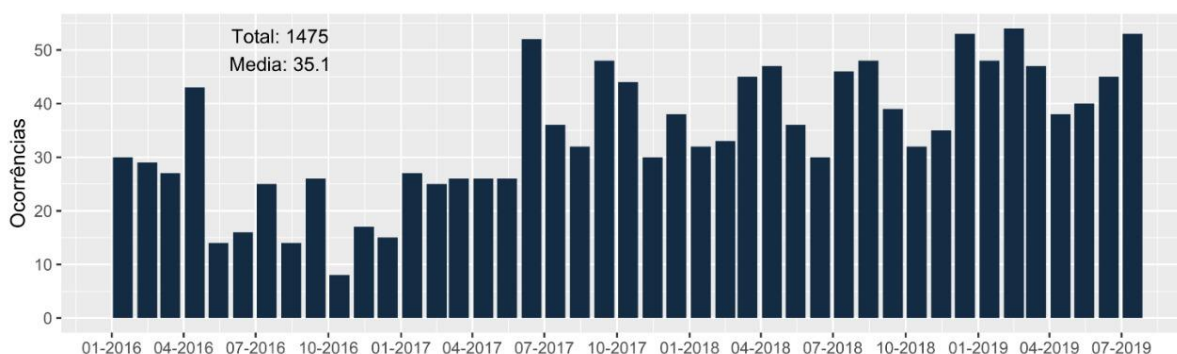
Análise descritiva da amostra por idade/sexo, óbito/sexo e local de residência/sexo

Variáveis	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Idade			
7-12 anos	3 (0,60%)	7 (0,70%)	10 (0,70%)
12-17 anos	26 (5,30%)	152 (15,50%)	178 (12,10%)*
18-29 anos	188 (38,10%)	353 (35,90%)	541 (36,70%)
30-39 anos	117 (23,70%)	215 (21,90%)	332 (22,50%)
40-49 anos	82 (16,60%)	136 (13,80%)	218 (14,80%)
50-64 anos	61 (12,40%)	102 (10,40%)	163 (11,1%)
> 64 anos	16 (3,20%)	17 (1,70%)	33 (2,2%)
Óbito	17 (3,45%)	23 (2,35%)	40 (2,70%)
Local de residência			
Belo Horizonte	413 (83,70%)	798 (81,30%)	1211 (82,10%)
Região Metrop.	55 (11,20%)	147 (15,00%)	202 (13,70%)
Interior/Outros	25 (5,10%)	37 (3,70%)	62 (4,20%)
Total	493 (33,40%)	982 (66,60%)	1475 (100%)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figura 2

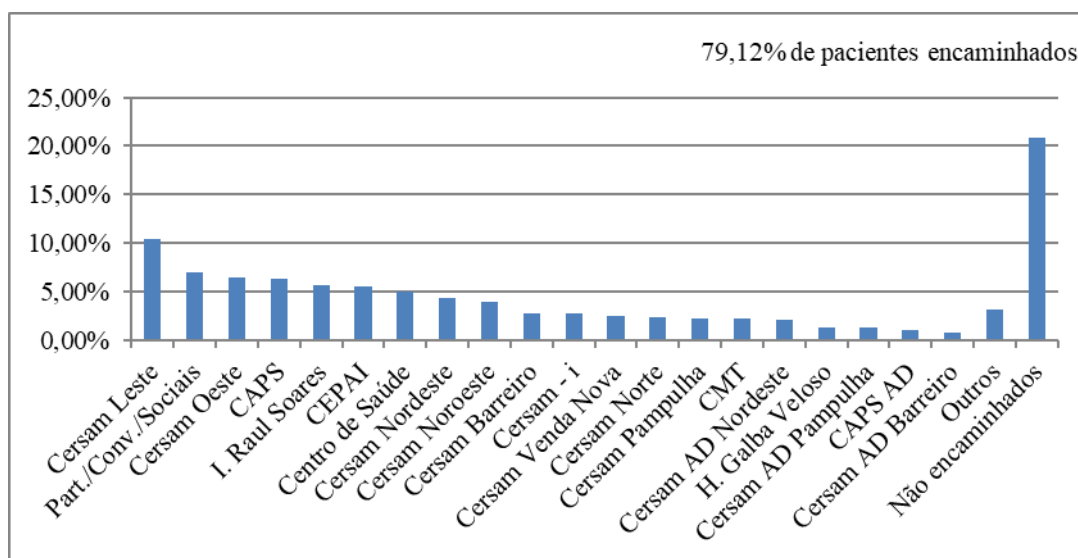
Frequência de tentativas de suicídio por intoxicação por mês e ano



Quanto aos encaminhamentos dos pacientes após a alta hospitalar, 79,1% dos casos foram direcionados à rede de saúde mental (Figura 3). O principal receptor foram os Centros de Atenção Psicossocial, que são os serviços de urgência psiquiátrica do SUS, e houve menor encaminhamento a hospitais psiquiátricos.

Figura 3

Percentagem de encaminhamento dos pacientes após tentativa de suicídio por intoxicação



Nota: Em Belo Horizonte, os Centros de Atenção Psicossocial municipais são denominados Cersam; No Sistema de Dados da Psicologia do João XXIII, o termo CAPS é utilizado para as unidades do interior do Estado de Minas Gerais; Part./Conv./Sociais: atendimentos particulares, conveniados ou clínicas sociais; para as demais instituições, vide Lista de Siglas

Dos 756 locais das ocorrências das tentativas de suicídio conhecidos (registrados em prontuário), 84,2% ocorreram nos domicílios (Tabela 5). Para quase metade da amostra, 48,7%, essa informação não estava disponível nos prontuários dos pacientes.

Tabela 5

Frequência do local da ocorrência das tentativas de suicídio por intoxicação

Local do ocorrido	Frequência
Domicílio	637 (84,2%)
Residência outra	9 (1,1%)
Vias públicas (viadutos, ruas, etc)	54 (7,1%)
Locais públicos (shopping, hotel, etc)	23 (3,0%)
Equipamentos de saúde	14 (1,8%)
Local de trabalho	8 (1,0%)
Outros	11 (1,4%)
Total válido	756 (100,0%)

Análise Descritiva das Substâncias Encontradas nas Tentativas de Suicídio por Intoxicação

Foram criadas 331 categorias primárias para as substâncias identificadas nas tentativas de suicídio registradas⁷. As frequências absolutas e relativas das mais utilizadas podem ser consultadas na Tabela 6. O clonazepam foi o medicamento mais presente na amostra (25,4%), seguido por álcool (13,2%) e paracetamol (12,7%). Dentre as substâncias mais frequentes houve uma diferença proporcional significativa entre homens e mulheres, em que os homens usaram mais álcool ($X^2=15,07$; $p<0,001$), cocaína ($X^2=27,87$; $p<0,001$) e soda cáustica ($X^2=6,76$; $p<0,01$). Não houve diferença de usos de medicamentos entre os sexos.

As Tabela 7 e Tabela 8 separam os medicamentos (Tabela 7) das demais substâncias (Tabela 8). Na primeira, os medicamentos são agrupados conforme a classificação ATC-3. Esta estruturação permite identificar que os principais medicamentos usados nos tratamentos para doenças mentais tiveram alta prevalência entre as substâncias usadas nas tentativas de suicídio: antiepiléticos (presente em 34,1% das tentativas por intoxicação), antidepressivos (28,9%), antipsicóticos (15,9%) e ansiolíticos (12,5%). Outro dado importante é o fato de que a classe dos analgésicos, de venda livre, também aparece com alta frequência (18,8%).

Vale ressaltar que nem sempre a classificação ATC 3 reflete a principal aplicação terapêutica dos medicamentos. Por exemplo o clonazepam é classificado como antiepilético uma vez que o mesmo pertence à classe farmacológica dos benzodiazepínicos que atua no sistema nervoso central com ações anticonvulsivantes, sedativas, de relaxamento muscular e como tranquilizante. Com isso sua ação pode inibir áreas relacionadas ao medo e à ansiedade, e por isso muito usado como ansiolítico. Neste ponto, considerando o medicamento nesta

⁷ Conforme seção de métodos, tais categorias primárias são denominadas, por vezes, *chaves* e, na maioria das vezes, simplesmente *substâncias*.

categoria e somando sua frequência aos ansiolíticos (N05B), os resultados passam a sugerir que esta classe farmacológica foi a mais frequente entre todas as apresentações.

Ainda em relação à classificação ATC-3, foi realizado uma análise para verificar diferenças relativas de usos entre os sexos. Verificou-se que as mulheres usam mais anti-inflamatórios e antirreumáticos ($X^2=4,05$; $p<0,05$); usam também mais antibióticos beta-lactâmicos e penicilina ($X^2=7,98$; $p<0,05$); mais analgésicos e antipiréticos ($X^2=6,17$; $p<0,05$) e mais hipnóticos e sedativos ($X^2=5,48$; $p<0,05$) em relação aos homens.

A Tabela 8, demonstra elevado uso de pesticidas como carbamatos em 8,6% das tentativas, raticidas em 4,1% (descritos de forma inespecífica nos prontuários) e cumarínico em 2% da amostra. A cocaína (3,2%) e a soda cáustica (2,2%) também aparecem na lista das principais substâncias encontradas nas tentativas. A substância mais presente é o álcool, 195 (13,2%), mas vale lembrar que muitas vezes ele não é usado como meio letal principal.

Tabela 6*Frequência das substâncias presentes nas tentativas de suicídio por intoxicação*

Substâncias	Masculino	Feminino	Total
Clonazepam	117 (23,7%)	258 (26,2%)	375 (25,4%)
Álcool	89 (18,0%)	106 (10,8%)	195 (13,2%)
Paracetamol	51 (10,3%)	137 (14,0%)	188 (12,7%)
Carbamatos	59 (12,0%)	68 (7,0%)	127 (8,6%)
Amitriptilina	34 (6,9%)	89 (9,0%)	123 (8,3%)
Fluoxetina	33 (6,7%)	80 (8,1%)	123 (8,3%)
Diazepam	28 (5,7%)	63 (6,4%)	91 (6,1%)
Carbamazepina	24 (4,9%)	58 (5,9%)	82 (6,0%)
Clorpromazina	23 (4,7%)	42 (4,3%)	65 (4,4%)
Carbonato de Lítio	20 (4,0%)	43 (4,4%)	63 (4,2%)
Cafeína Associação	17 (3,4%)	46 (4,7%)	63 (4,2%)
Dipirona	20 (4,0%)	43 (4,4%)	63 (4%)
Raticida	17 (3,4%)	44 (4,5%)	61 (4,2%)
Ácido Valpróico	21 (4,2%)	38 (3,9%)	59 (4,0%)
Ibuprofeno	17 (3,4%)	41 (4,2%)	58 (3,9%)
Haloperidol	22 (4,5%)	36 (3,7%)	58 (3,9%)
Dipirona Associação	11 (2,2%)	40 (4,0%)	51 (3,5%)
Nortriptilina	20 (4,0%)	31 (3,2%)	51 (3,5%)
Fenorbabital	21 (4,2%)	26 (2,6%)	47 (3,2%)
Coaína	32 (6,5%)	14 (1,4%)	46 (3,1%)
Citalopram	14 (2,8%)	28 (2,9%)	42 (2,8%)
Alprazolam	9 (1,8%)	32 (3,2%)	41 (2,8%)
Dimenidrato	10 (2,0%)	29 (3,0%)	39 (2,6%)
Losartana	13 (2,6%)	24 (2,4%)	37 (2,5%)
Paracetamol Associação	12 (2,4%)	24 (2,4%)	36 (2,4%)
Prometazina	10 (2,0%)	26 (2,6%)	36 (2,4%)
Omeprazol	14 (2,8%)	20 (2,0%)	34 (2,3%)
Soda Cáustica	18 (3,6%)	15 (1,5%)	33 (2,2%)
Venlafaxina	10 (2,0%)	23 (2,3%)	33 (2,2%)
Amoxilina	5 (1,0%)	26 (2,6%)	31 (2,1%)
Imipramina	8 (1,6%)	23 (2,3%)	31 (2,1%)
Quetiapina	12 (2,4%)	18 (1,8%)	30 (2,0%)
Cumarínicos	10 (2,0%)	20 (2,0%)	30 (2,0%)
Outros	480	973	1453
Total das substâncias	1301	2584	3885
Total tentativas	493 (100%)	982 (100%)	1475 (100%)

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabela 7*Frequência dos medicamentos por grupo ATC3*

Grupo ATC 3	Descrição	Freq. (%) *	Substâncias mais frequentes (até 15 ocorrências)
N03A	Antiepiléticos.	503 (34,1%)	Clonazepam - 375 (25,4%); Carbamazepina - 82 (5,6%); Acido valpróico - 59 (4%); Fenobarbital - 47 (3,2%)
N06A	Antidepressivos	426 (28,9%)	Amitriptilina - 123 (8,3%); Fluoxetina - 113 (7,7%); Nortriptilina - 51 (3,5%); Citalopram - 42 (2,8%); Venlafaxina - 33 (2,2%); Imipramina - 31 (2,1%); Escitalopram - 28 (1,9%); Sertralina - 28 (1,9%); Paroxetina - 18 (1,2%); Bupropiona - 15 (1%)
N02B	Subcategoria de Analgésicos e Antipiréticos	277 (18,8%)	Paracetamol - 188 (12,7%); Dipirona - 63 (4,3%); Dipirona associação - 51 (3,5%); Paracetamol associação - 36 (2,4%); Isometepteno - 20 (1,4%)
N05A	Antipsicóticos. Ex. neurolépticos.	235 (15,9%)	Clorpromazina - 65 (4,4%); Carbonato de lítio - 63 (4,3%); Haloperidol - 58 (3,9%); Quetiapina - 30 (2%); Risperidona - 27 (1,8%); Levomepromazina - 20 (1,4%); Olanzapina - 19 (1,3%)
N05B	Ansiolíticos.	184 (12,5%)	Diazepam - 91 (6,2%); Alprazolam - 41 (2,8%); Lorazepam - 19 (1,3%); Bromazepam - 15 (1%)
M01A	Anti-inflamatórios e Antirreumáticos não esteroides, para uso sistêmico.	133 (9,0%)	Ibuprofeno - 58 (3,9%); Nimesulida - 29 (2%); Diclofenaco associação - 24 (1,6%)
R06A	Anti-histamínico de uso sistêmico.	123 (8,3%)	Dimenidrinato - 39 (2,6%); Prometazina - 36 (2,4%); Dexclorfeniramina associacao - 24 (1,6%); Loratadina - 19 (1,3%); Outros R06A - 25 (1,7%)
N06B	Psicoestimulantes, Agentes usados para TDAH e Nootrópico.	78 (5,3%)	Caféina associação - 63 (4,3%)
M03B	Relaxantes Musculares de Ação Central	65 (4,4%)	Carisoprodol - 24 (1,6%); Ciclobenzaprina - 20 (1,4%); Orfenadrina - 22 (1,5%)
C07A	Bloqueadores Beta-Adrenérgicos (medicamento cardíaco)	45 (3,1%)	Atelanolol - 18 (1,2%); Propranolol - 16 (1,1%)
J01C	Antibióticos Beta-Lactâmicos, Penicilina	44 (3%)	Amoxicilina - 31 (2,1%)
A02B	Medicamentos para Úlcera Péptica e doença do Refluxo Gastroesofágico.	43 (2,9%)	Omeprazol - 34 (2,3%)

Tabela 7 (continuação)

Grupo ATC 3	Descrição	Freq. (%) *	Substâncias mais frequentes (até 15 ocorrências)
C09C	Bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRAs) (medicamentos cardiovasculares)	37 (2,5%)	Losartana - 37 (2,5%)
N05C	Hipnóticos e Sedativos	35 (2,4%)	Zolpidem - 28 (1,9%)
A04A	Antieméticos e Antinauseantes	32 (2,2%)	Escopolamina - 18 (1,2%)
A03F	Medicamentos para motilidade gastrointestinal	27 (1,8%)	Metoclopramida - 21 (1,4%)
A10B	Redutores de glicose sanguínea, exceto insulina	27 (1,8%)	Metformina - 20 (1,4%)
C09A	Inibidores de ACE (medicamentos para pressão cardiovascular)	27 (1,8%)	Enalapril - 19 (1,3%)
N02A	Analgésicos opioides	27 (1,8%)	Codeína paracetamol - 17 (1,2%)
N04A	Agentes Anticolinérgicos (para tratamento de Parkinson)	25 (1,7%)	Biperideno - 25 (1,7%)
C03A	Alguns tipos de diuréticos.	23 (1,6%)	Hidroclorotiazida - 23 (1,6%)
B01A	Agentes Antitrombóticos	21 (1,4%)	Ácido Acetilsalicílico - 16 (1,1%)
C08C	Antagonistas de canais de cálcio (medicamentos cardiovasculares)	19 (1,3%)	Anlodipino - 18 (1,2%)
C10A	Agentes Modificadores de Lipídeos, simples (para redução de colesterol e triglicérides)	18 (1,2%)	Sinvastatina - 17 (1,2%)
H02A	Corticosteroides de uso sistêmico	17 (1,2%)	Prednisona, Prednisolona e Dexametasona (nenhuma acima de 15 ocorrências)
C01C	Estimulantes Cardíacos exceto glicosídeos	15 (1%)	Fenilefrina - 15 (1%)
Outros	Usados em menos de 15 tentativas.	164* (17%)	
Indeterminados	Desconhecido ou não detalhado no prontuário.	29 (2%)	

* Percentual relativo ao número de 1475 tentativas;

Tabela 8

Frequência de demais substâncias encontradas nas tentativas de suicídio por intoxicações

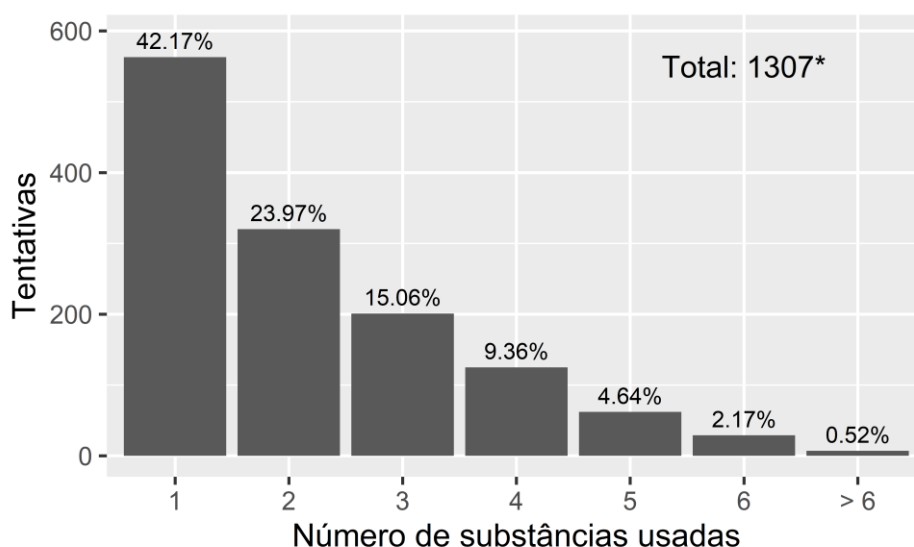
Substância	Descrição	Freq. (%)*
Álcool	Bebidas alcoólicas e para outras aplicações	195 (13,2%)
Carbamatos	Utilizados como inseticidas, fungicidas e parasiticidas no setor agrícola.	127 (8,6%)
Raticida	Termo genérico sem a especificação da substância	61 (4,1%)
Cocaína	Droga ilícita	47 (3,2%)
Soda caustica	Hidróxido de sódio	33 (2,2%)
Cumarínico	Utilizados como rodenticidas anticoagulantes	30 (2%)
Crack	Droga ilícita	23 (1,6%)
Hipoclorito de sódio	Princípio ativo da água sanitária	16 (1,1%)
Outras substâncias	Usadas em menos de 15 tentativas.	144 (10,7%)
Subst. Indeterminada	Desconhecida ou não detalhado no prontuário.	40 (2,7%)
Total		745 (50,5%)

* *Percentual relativo ao número de 1475 tentativas*

Na Figura 4, é possível avaliar o comportamento do indivíduo quanto ao número de substâncias ingeridas em cada tentativa. Os resultados demonstram que 57,8% dos pacientes usaram mais de uma substância nas tentativas. Uma análise complementar, realizada com as 4 substâncias mais utilizadas, mostra que não há uniformidade na propensão à associação: enquanto os medicamentos Clonazepam e Paracetamol foram ingeridos de forma associada 79,5% e 70,7% das vezes, respectivamente, o álcool foi associado em 95,4%, e os carbamatos 36,0%.

Figura 4

Frequência das substâncias das tentativas de suicídio por intoxicações



* Foram excluídas as ocorrências em que foram usados medicamentos compostos. Isso foi feito para se contabilizar apenas os usos deliberados de múltiplas substâncias.

Com o intuito de compreender como as substâncias foram combinadas nas intoxicações, foram selecionados e combinados os vinte grupos mais frequentes tanto na classificação ATC-3 quanto com outras substâncias (Figura 5)⁸. Os resultados demonstram elevada dispersão das combinações entre as substâncias, sugerindo um comportamento de ingestões não planejadas quanto ao tipo de associações específicas entre os elementos. No entanto, observa-se maior associações entre determinadas substâncias, tais como: antidepressivos com os antiepiléticos e com os antipsicóticos; antipsicóticos com antiepiléticos; analgésicos com anti-inflamatórios e com anti-histamínicos; psicoestimulantes com analgésicos; álcool com os antiepiléticos e com os antidepressivos. Muitas dessas substâncias são medicamentos de venda restrita e com retenção de receitas médicas. Deve-se atentar que as maiores quantidades de associações envolvem, naturalmente, substâncias que

⁸ Sobre os dados da Figura 5, ocorreram 28 tentativas no grupo de menor número de ocorrência, dentre os selecionados.

são individualmente muito utilizadas. Portanto, não se deve atribuir, à priori, as associações a preferências por certas combinações. Não foram realizados testes estatísticos sobre esta questão.

Quanto ao tipo de comercialização, os resultados indicam que 61,1% dos medicamentos usados nas intoxicações são de venda restrita, com receitas médicas de controle especial (Portaria 344) e 23,7% por venda com apresentação da receita comum. Ainda, 24,1% foram de medicamentos de venda livre, sem restrição de receita.

Figura 5

Associações entre os medicamentos por grupo ATC3 e outras substâncias

Raticida	3	1	4		1	4		22	1	6	4	5	15	7	4	2	17	3	11
R06A	10	16	11	3	9	2	1	1	20	69	35	114	56	30	19	9	71	26	11
N06B	4	8	2		2	1			8	48	47	125	27	8	10	2	19		26
N06A	30	19	72	30	27	5	15	4	12	65	31	89	327	233	123	32		19	71
N05C	1	3	2	2	1	3				4	2	7	15	10	14		32	2	9
N05B	5	5	32	9	6	1	3	2	4	13	8	16	61	60		14	123	10	19
N05A	9	3	39	9	10	5	11		1	18	12	21	210		60	10	233	8	30
N03A	25	8	85	18	16	9	19	6	10	50	30	85		210	61	15	327	27	56
N02B	18	42	32	16	13	3	4	1	43	164	88		85	21	16	7	89	125	114
M03B	7	6	5	2	6	1	2		6	58		88	30	12	8	2	31	47	35
M01A	23	21	14	12	7	4	2	1	21		58	164	50	18	13	4	65	48	69
J01C	10	3	3	2		1	1			21	6	43	10	1	4		12	8	20
Cumarinico			4			3					1		1	6		2		4	1
Cocaina	1		33		2	7			1	2	2	4	19	11	3		15		1
Carbamatos	2		17		1		7	3	1	4	1	3	9	5	1	3	5	1	2
C09C	1	2	4	9		1	2			7	6	13	16	10	6	1	27	2	9
C07A	1	2	4		9				2	12	2	16	18	9	9	2	30		3
Alcool	5	3		4	4	17	33	4	3	14	5	32	85	39	32	2	72	2	11
A04A	2		3	2	2				3	21	6	42	8	3	5	3	19	8	16
A02B		2	5	1	1	2	1		10	23	7	18	25	9	5	1	30	4	10
A02B																			
A04A																			
Alcool																			
C07A																			
C09C																			
Carbamatos																			
Cocaina																			
Cumarinico																			
J01C																			
M01A																			
M03B																			
N02B																			
N03A																			
N05A																			
N05B																			
N05C																			
N06A																			
N06B																			
R06A																			
Raticida																			

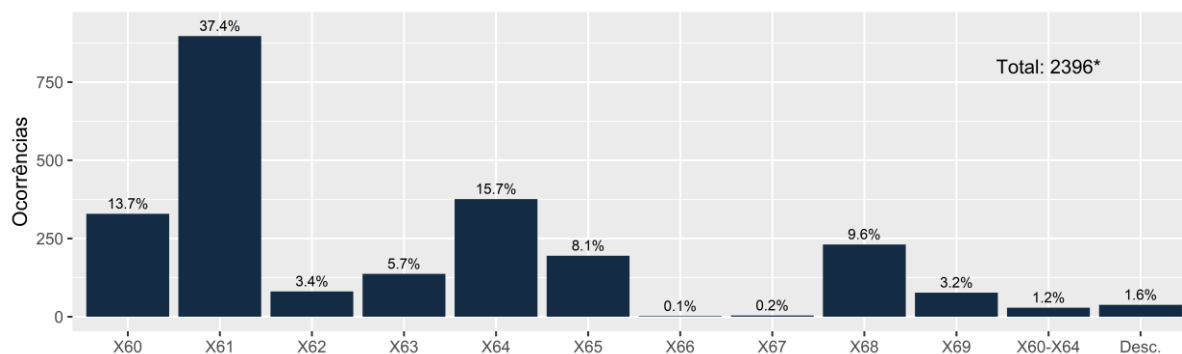
Nota: vide síntese das siglas da classificação ATC3 na Tabela 3.

Sobre a análise quanto à classificação da CID 10 há presença expressiva no uso de medicamentos anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos.

Há um uso frequente de substâncias não especificadas (X 64) e medicamentos usados como analgésicos e antipiréticos (X 60) (Figura 6).

Figura 6

Frequência das substâncias por CID 10



* O valor total é superior ao número de ocorrências por que são contabilizados todos os CID's correspondentes às substâncias que cada paciente ingeriu. Por outro lado, cada CID é contabilizado apenas uma vez por ocorrência, mesmo quando há consumo de mais de uma substância associada ao mesmo CID.

X60: Autointoxicação por exposição intencional (APEI), a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos; X61: APEI, a drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte; X62: APEI, a narcóticos e psicodislépticos não classificados em outra parte – residência; X63: APEI a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo – residência; X64: APEI a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas; X65: APEI por álcool; X66: APEI a solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores; X67: APEI por outros gases e vapores; X68: APEI a pesticidas; X69: APEI, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas.

Ainda referente à análise por CID, os dados demonstram que medicações da classe X 61 foram mais presentes entre os jovens adultos de 18 a 39 anos de idade. Observa-se que o uso da classe dos analgésicos (X 60) foi mais significativo entre as adolescentes, e o álcool (X 65) aparece com maior frequência entre os homens de 30 a 39 anos. Em relação ao uso de pesticidas (X 68) observa-se maior frequência entre os homens do que o esperado, entre as idades de 40 a 64 anos e também entre os idosos (Tabela 9).

Tabela 9*Frequência das tentativas por CID e Faixa etária*

Variáveis CID	12 a 17 anos		18 a 29 anos		30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 64 anos		> 64 anos		Total	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
X 60 - Analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos	61*	9	105	37	46	27	21	8	10	4	-	1	243	86
	(25,1%)	(23,1%)	(18,8%)	(12,1%)	(12,6%)	(13,2%)	(10,1%)	(6,5%)	(6,5%)	(4,4%)		(4,5%)	(15,6%)	(11%)
X 61 - Anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos e psicotrópicos	80	13	218	113	156	66	86	44	73	27	10	3	623	266
	(32,9%)	(33,3%)	(38,9%)	(36,8%)	(42,7%)	(32,4%)	(41,5%)	(35,8%)	(47,7%)	(30%)	(34,5%)	(13,6%)	(40%)	(33,9%)
X 62 - Narcóticos e psicodislépticos	-	-	9	27	9	18	7	5	1	2	-	2	26	54
			(1,6%)	(8,8%)	(2,5%)	(8,8%)	(3,4%)	(4,1%)	(0,7%)	(2,2%)		(9,1%)	(1,7%)	(6,9%)
X 63 - Anticolinérgicos, muscarínicos, espasmolíticos e adrenérgicos	23	2	37	20	18	13	8	2	7	5	2	-	95	42
	(9,5%)	(5,1%)	(6,6%)	(6,5%)	(4,9%)	(6,4%)	(3,9%)	(1,6%)	(4,6%)	(5,6%)	(6,9%)		(6,1%)	(5,4%)
X 64 – Outros medicamentos e substâncias	53	11	93	33	59	28	35	15	25	14	7	2	272	103
	(21,8%)	(28,2%)	(16,6%)	(10,7%)	(16,2%)	(13,7%)	(16,9%)	(12,2%)	(16,3%)	(15,6%)	(24,1%)	(9,1%)	(17,5%)	(13,1%)
X65 – Álcool	2	1	31	31	38**	27	19	19	12	10	4	1	106	89
	(0,8%)	(2,6%)	(5,5%)	(10,1%)	(10,4%)	(13,2%)	(9,2%)	(15,4%)	(7,8%)	(11,1%)	(13,8%)	(4,5%)	(6,8%)	(11,3%)
X 66 - Solventes orgânicos e hidrocarbonetos	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2
				(0,3%)								(4,5%)		(0,3%)
X 67 - Outros gases e vapores	-	-	-	2	1	-	-	1	-	-	-	-	1	3
				(0,7%)	(0,3%)			(0,8%)					(0,1%)	(0,4%)
X 68 - Pesticidas	13	2	43	28	32	18	22	24***	18	20***	4	6***	132	98
	(5,3%)	(5,1%)	(7,7%)	(9,1%)	(8,8%)	(8,8%)	(10,6%)	(19,5%)	(11,8%)	(22,2%)	(13,8%)	(27,3%)	(8,5%)	(12,5%)
X 69 - Outros produtos químicos NE	8	-	14	12	3	6	7	4	5	6	2	6	39	34
	(3,3%)		(2,5%)	(3,9%)	(0,8%)	(2,9%)	(3,4%)	(3,3%)	(3,3%)	(6,7%)	(6,9%)	(27,3%)	(2,5%)	(4,3%)
X 60 a X 64 Medicamentos diversos	3	1	10	3	3	1	2	1	2	2	-	-	20	8
	(1,2%)	(2,6%)	(1,8%)	(1,0%)	(0,8%)	(0,5%)	(1,0%)	(0,8%)	(1,3%)	(2,2%)			(1,3%)	(1,0%)
Total (substâncias)	243	39	560	307	365	204	207	123	153	90	29	22	1557	785
	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Discussão

O presente trabalho analisou o perfil de pacientes e as substâncias utilizadas nas tentativas de suicídio por intoxicação entre os anos de 2016 e 2019 em uma instituição hospitalar. Os resultados mostraram uma frequência de tentativas de cerca de duas vezes maior para o grupo feminino. Este achado é condizente com a expectativa, uma vez que a OMS aponta que as mulheres tentam suicídio três vezes mais do que os homens, em média, considerando todos os meios letais. (WHO, 2014). Também há concordância com a literatura brasileira: a Secretaria de Vigilância em Saúde (2017), através de boletim epidemiológico das tentativas de suicídio no Brasil, identificou que a maioria das tentativas é feita por mulheres (69,0%). Observou-se também que as tentativas foram mais frequentes entre as idades de 19 a 29 anos de idade (36,7%). O valor somado das faixas entre 12 e 39 anos é de 71,3%. Este valor é bastante aderente aos dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (2017) dos quais a ocorrência na faixa etária entre 10 e 39 anos de idade (73,1%).

Neste trabalho, observa-se que na faixa etária entre 12 e 17 anos de idade foi observada uma diferença estatística na qual o grupo feminino possui mais casos do que o grupo masculino. Este dado é preocupante e apoia os resultados encontrados por Jaen-Varas et al (2019), que investigaram taxas de suicídio em seis cidades brasileiras (Porto Alegre, Recife, Belo Horizonte, Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo). Os autores mostraram que a taxa de suicídio entre adolescentes aumentou 24% entre 2006 e 2015 nestes locais. Em relação às tentativas de suicídio no país, entre os anos de 2011 a 2016, o Ministério da Saúde (2017) aponta que 25,9% dos casos, foram pessoas de 10 a 19 anos de idade do sexo feminino e 19,6% acometeram o sexo masculino, da mesma faixa etária.

O presente trabalho não se propõe a verificar sazonalidade das tentativas de suicídio em qualquer contexto porque não há como identificar e mitigar vieses de origem interna e externa relacionados ao fato da amostra advir de um único hospital. Por outro lado, a análise

de evolução do número de atendimentos relacionados às tentativas de suicídio é útil para analisar processos internos de identificação e registro das ocorrências. Neste sentido, houve crescimento na frequência de registros de tentativas de suicídio a partir do ano de 2017 em relação ao início da amostra. Neste período o hospital iniciou um projeto de implementação do protocolo de acompanhamento aos pacientes com comportamento suicida e suas diretrizes, dentre outras, incluíram treinamento da equipe assistencial para identificação do paciente em risco suicida; atendimento sistemático da equipe da psicologia tanto ao paciente quanto a seus familiares; mobilização e sensibilização dos profissionais quanto ao estigma e tabu sobre o tema, além de organização de fluxos de atendimentos a estes casos. Estas ações colaboram para que as pessoas e seu conjunto de relações que tentam suicídio sejam foco de ações de vigilância e de prevenção pelos profissionais e serviços de saúde, conforme orientado pela (WHO, 2014). Tais condutas podem ainda contribuir com a melhoria na qualidade da identificação dos dados e com ações de prevenção de novas tentativas de suicídio.

Sobre o acesso aos meios para o suicídio, restringi-los é uma estratégia essencial para sua prevenção. No entanto as políticas de restrição dos métodos, que incluem limitar o acesso a armas de fogo e pesticidas, limitação na venda de determinados medicamentos e outras substâncias, a fiscalização adequada à venda de produtos ilegais ou colocar barreiras em pontes, demandam maior conhecimento de prevalência de métodos em diferentes populações e, dependem do empenho de diversos setores da sociedade (WHO, 2014).

Os resultados deste estudo demonstram uso de diversas substâncias, incluindo associações de diversos medicamentos, mas não foram identificados padrões intencionais de combinações. Este fato pode demonstrar um comportamento impulsivo presente nas tentativas de suicídio, quando muitas vezes os atos são respostas impensadas a reações agudas e estressoras. Observa-se também a presença de alta frequência de medicamentos usados em tratamento das doenças mentais, sugerindo uso de medicações de uso contínuo dos

próprios pacientes. Sendo assim, restringir o fácil acesso aos meios usados para o suicídio é uma estratégia fundamental, pois pode ser uma oportunidade para que as pessoas em sofrimento possam repensar seus pensamentos de morte, até que a crise cesse (World Health Organization, 2019).

Os resultados demonstram que os medicamentos usados no tratamento para o adoecimento mental, tais como os antidepressivos, antiepiléticos e antipsicóticos foram mais frequentes. No hospital de pronto socorro, ao atender os pacientes após uma tentativa de suicídio, as intoxicações com diversas substâncias em grandes quantidades e muitas vezes pertencentes aos próprios pacientes são comuns. Esta percepção é comprovada neste estudo. Os achados denunciam o acesso facilitado a estas medicações em quantidades, por vezes, inconcebíveis e reforçam a necessidade de estratégias de menor acesso desses medicamentos aos indivíduos mais vulneráveis. O estudo aponta, ainda, que 66,1% dos medicamentos encontrados nas tentativas são de venda restrita, com retenção da receita médica, o que sugere que não basta haver esta forma de controle, sem a devida fiscalização sobre sua comercialização. Além disso faz-se importante ressaltar a necessidade de aprimoramento das informações de dispensação de medicamentos aos usuários, assim como a melhor comunicação e integração entre os diversos serviços.

Para além da restrição desses medicamentos aos pacientes em momentos de crises mais graves, torna-se também uma estratégia importante para a prevenção do suicídio o trabalho com a psicoeducação. De acordo com Lemes e Neto (2017) a psicoeducação é usada para desenvolver no indivíduo a conscientização e prevenção em saúde. Segundo os autores a técnica é uma intervenção psicoterapêutica que auxilia no tratamento das doenças mentais a partir de mudanças comportamentais, sociais e emocionais com foco na prevenção de um fenômeno. Desta forma, é possível realizar ações educativas tanto para o paciente quanto para os cuidadores, com o intuito de fazer os indivíduos tomar consciência do problema e maior

preparo para lidar com as adversidades momentâneas. No caso do comportamento suicida, um exemplo é colaborar para que em momentos de risco de novas tentativas, que seus familiares percebam e contribuam com a restrição de acesso a meios letais, ao mesmo tempo, que possam identificar quando devolver e incentivar a autonomia aos indivíduos para com seus próprios cuidados.

Foi identificada alta frequência no uso de analgésicos, com maior presença destas substâncias entre as adolescentes, sendo o paracetamol a terceira droga mais presente entre as substâncias. Este medicamento é de venda livre, de fácil acesso à população e seu uso em grandes quantidades é hepatotóxico, podendo elevar a gravidade do quadro clínico, incluindo maior chance de óbito (Torres et al., 2019). Durante os atendimentos não é incomum os relatos de jovens que informam a pesquisa em internet acerca da toxicidade da droga e o uso para o fim de colocar a vida em risco.

No Canadá, Mikhail et al., (2019) buscaram identificar características de pacientes que tentaram suicídio e foram atendidos em dois hospitais gerais. De todos os pacientes atendidos por tentativa de suicídio, 49% usaram as intoxicações como método, sendo as medicações de venda livre as substâncias com maior percentual de uso (47% das intoxicações). Dentre estes medicamentos, o acetaminofeno (paracetamol) apareceu em 30% da amostra, seguido do difenidramina (anti-histamínico) em 10% das intoxicações. É possível que a maior proporção de medicamentos de venda livre no caso do referido estudo, se comparado com o presente, se deva à maior efetividade da restrição de acesso à medicamentos controlados.

Dentre as substâncias que não são medicamentos, o estudo demonstrou que o uso do álcool foi mais frequente entre os homens e que na ampla maioria das vezes ele foi associado a outras substâncias. A intoxicação por álcool pode aumentar a disforia, a impulsividade e a ideação suicida em pessoas mais vulneráveis. Segundo (WHO, 2018) o álcool pode aumentar

em sete vezes o risco para tentativas de suicídio logo após o seu uso e aumenta em trinta e sete vezes se o consumo for feito de forma exagerada. A organização aponta ainda que o risco de ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio completo aumentam em duas a três vezes entre aqueles com pais com transtornos do alcoolismo em comparação com a população geral.

Em relação aos pesticidas (CID X68), observou-se maior frequência relativa nas faixas etárias acima de 40 anos, do sexo masculino. A Organização Pan-Americana de Saúde (2013) destaca que o armazenamento seguro de pesticidas e a substituição de outros produtos com menor toxicidade podem prevenir muitos dos casos de suicídio que ocorrem todos os anos. Segundo a organização, restringir o acesso da população aos pesticidas, também diminui os casos de ingestões acidentais e de terrorismo em países onde isso ainda é uma prática. As instituições internacionais que acompanham as políticas para restrição de métodos letais, apontam que o uso de pesticidas ainda é bastante comum em alguns países. Os estudos indicam que as restrições e proibições devem ser adaptadas às necessidades agrícolas de cada região, e recomendam que os produtos para eliminação das pragas devam ser substituídos por outras substâncias de menor risco à população.

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. A base de dados não possui alguns dados sociodemográficos, como estado civil, ocupação profissional e nível sócio econômico, que poderiam apresentar associações com as demais variáveis. Salienta-se que a obtenção dessas informações é frequentemente incompatível com a rotina de preenchimento do Sistema de Estatística da Psicologia do hospital. Outra limitação é que, embora o hospital onde foi realizado o estudo seja referência em toxicologia, este estudo retrospectivo foi realizado em uma única instituição e nem todos os seus resultados e conclusões podem ser generalizados.

Considerações Finais

Este estudo mostrou que as tentativas de suicídio atendidas no hospital de pronto socorro de Belo Horizonte apresentaram algumas características que corroboram com a literatura mundial e nacional, o qual a maior parte dos pacientes são do sexo feminino, de população jovem, tendo a intoxicação como principal método. Foi demonstrado, que na maioria das ocorrências ocorreram combinações de múltiplas substâncias. Não se verificou, no entanto, associações específicas o que sugere presença de comportamento impulsivo dos indivíduos nas tentativas. Ainda, embora não haja um padrão específico para as associações das substâncias, um dos principais achados deste estudo foi a verificação de presença elevada de tentativas com uso de medicamentos cuja venda deve ser restrita e com retenção de receita. Tais medicamentos são frequentemente indicados para pacientes que fazem tratamento para adoecimento mental. Isso reforça a necessidade do cumprimento das diretrizes de distribuição dos medicamentos, bem como do cuidado, por parte das instituições e órgãos de saúde, na distribuição de medicamentos aos usuários de seus serviços.

Portanto, o presente estudo descreve a importância da construção de políticas públicas no âmbito da saúde mental que colaborem com a restrição do acesso a métodos, particularmente da disponibilidade destes medicamentos a populações mais vulneráveis ao comportamento suicida. Além deste apontamento o estudo também demonstra a necessidade de promoção de serviços de saúde mental exclusivos a este público que contem com profissionais capacitados para aplicar intervenções terapêuticas para que os indivíduos, assim como seus cuidadores ou familiares possam receber ações de psicoeducação que colaborem com maior conscientização do problema e com sua autonomia em diferentes momentos vivenciados.

Referências

- Alves, V. de M., da Silva, A. M. S., de Magalhães, A. P. N., de Andrade, T. G., e Faro, A. C. M., & Nardi, A. E. (2014). Suicide attempts in a emergency hospital. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(2), 123–128. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20130212>
- Botega, N. J. (2015). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*.
<https://doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>
- BRASIL. (2017). Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020.
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2008_01_09_2009.html
- Brixner, B., Koch, C. L., Marth, M. P., Freitas, A. P., Garske, C. C. D., Giehl, V. M., & Schneider, A. P. H. (2016). Methods used in suicide attempts and sociodemographic characteristics of patients treated at the emergency department of a teaching hospital. *Scientia Medica*, 26(4), 1–6. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2016.4.24467>
- Coimbra, D. G. (2018). Sazonalidade do comportamento suicida: evidências do papel da luz como um possível modulador. Universidade Federal de Alagoas.
- Jaen-Varas, D., Mari, J. J., Asevedo, E., Borschmann, R., Diniz, E., Ziebold, C., & Gadelha, A. (2019). The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in brazil: A 10-year retrospective ecological study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(5), 389–395. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
- Mew, E. J., Padmanathan, P., Konradsen, F., Eddleston, M., Chang, S. Sen, Phillips, M. R., & Gunnell, D. (2017). The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 219, pp. 93–104).
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.002>
- Mikhail, A., Tanoli, O., Légaré, G., Dubé, P. A., Habel, Y., Lesage, A., Low, N. C. P., Lamarre, S., Singh, S., & Rahme, E. (2019). Over-the-Counter Drugs and Other

Substances Used in Attempted Suicide Presented to Emergency Departments in Montreal, Canada: A Cross-Sectional Study. *Crisis*, 40(3), 166–175.

<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000545>

Ministério da Saúde, S. de V. em S. (2019). Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. *Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância Em Saúde | Ministério Da Saúde*, No 15, 50(15), 1–12.

Mota, D. M., Melo, J. R. R., de Freitas, D. R. C., & Machado, M. (2012). Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: Retrato de uma década. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(1), 61–70. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100009>

Oliveira, J. W. T. de, Magalhães, A. P. N. de, Barros, A. C., Monteiro, E. K. R., Souza, C. D. F. de, & Alves, V. de M. (2020). Características das tentativas de suicídio atendidas pelo serviço de emergência pré-hospitalar: um estudo epidemiológico de corte transversal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000289>

Organização Mundial De Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 351.

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Prevención de la violencia: la evidencia*.

Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017). *Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde*. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Torres, L. V., Oliveira, P. D. S., Macêdo, C. L., & Wanderley, T. L. R. (2019).

Hepatotoxicidade do Paracetamol e fatores predisponentes. *Revista de Ciências Da*

Saúde Nova Esperança, 17(1), 93–99. <https://doi.org/10.17695/revcsnevol17n1p93-99>

WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. (2019). WHOCC - ATC/DDD

Index. [Online]. https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

WHO. (2014). Preventing suicide: A Global Imperative. In World Health Organization.

<https://doi.org/10.1093/qjmed/hch106>

WHO, Hammer, J. H., Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. In Global status report on alcohol.

World Health Organization. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates. World Health Organization, Geneva, 32.

Considerações Finais

O presente trabalho de Dissertação de Mestrado foi constituído por dois artigos, que trazem contribuições no âmbito da prevenção do suicídio. O primeiro artigo é uma revisão sistemática da literatura específica dos fatores de risco para tentativas e óbitos por suicídio no Brasil. Dos 1265 artigos encontrados inicialmente, 50 satisfizeram todos os critérios de inclusão. O trabalho aponta como alguns dos principais fatores relacionadas às tentativas de suicídio: a presença de transtornos mentais; o uso abusivo de álcool e outras drogas; ter previamente evento familiar de suicídio; ter sofrido violência e adversidades na infância.

Foi identificado um maior volume de pesquisas sobre a associação de tentativas de suicídio à presença de transtornos mentais. Os transtornos do humor, principalmente a depressão, foram os mais frequentemente encontrados, seguido pela esquizofrenia, transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias, especialmente álcool e transtornos de personalidade. A combinação de transtorno mental com outros fatores pode interferir no aumento do risco de suicídio. Portanto, uma das estratégias de prevenção é a melhoria da qualidade dos serviços de saúde mental e a universalização e facilitação do acesso destes serviços pela população. Programas específicos para tratamento de álcool e drogas também podem contribuir como suporte a pacientes com risco para o suicídio.

Sobre o segundo artigo dessa Dissertação, seu objetivo principal foi identificar, classificar e estratificar por variáveis sociodemográficas os medicamentos e outras substâncias encontrados nas tentativas de suicídio por intoxicações, atendidas em um hospital de pronto socorro no período de 2016 a 2019. O estudo demonstrou que, do total de 2088 registros das tentativas de suicídio, 1475 (70,6%) casos tratava-se de intoxicações. Medicamentos usados nos tratamentos para doenças mentais, tais como antiepiléticos, antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos tiveram alta prevalência entre as substâncias.

Ainda, a maioria dos medicamentos usados nas intoxicações são de venda restrita, com receitas médicas de controle especial.

Em uma crise suicida, a impulsividade pode estar presente e estas pessoas tendem a usar o método que está mais acessível. Se estes indivíduos tiverem chance de interromper os pensamentos suicidas e refletirem sobre o conflito vivenciado, há uma tendência a repensar o ato. Mas se o método estiver disponível, aumentam as possibilidades de realizar uma tentativa. Elaborar propostas que diminuam o acesso a medicações de uso controlado aos pacientes em crises que fazem uso dos serviços de saúde mental ou adequar disponibilidade destes conforme avaliação criteriosa do risco de suicídio pode colaborar com a diminuição de tentativas por intoxicações.

Neste cenário cabe apontar também a atenção especial que deve ser ofertada a pacientes e seus cuidadores ou familiares em relação a orientação e sensibilização sobre o comportamento suicida. Os serviços especializados podem colaborar com intervenções terapêuticas com ações educativas que respeitem a autonomia do sujeito, mas que também saibam intervir em momentos de crises mais agudas colaborando com a restrição de acesso aos métodos nos ambientes familiares, por exemplo.

Cerca de um quarto de todas as tentativas por intoxicações envolveram o uso de medicamentos de venda livre, especialmente paracetamol e outros analgésicos. Estes medicamentos são facilmente adquiridos pela população, em quantidades irrestritas. É importante considerar a promoção de estudos que possam colaborar com uma política restritiva de venda de analgésicos, especialmente o paracetamol, dado sua alta toxicidade e de que o presente estudo demonstrou alta frequência principalmente entre os adolescentes.

O Ministério da Saúde (2017) publicou a Agenda de Ações Estratégicas com o intuito de ratificar o compromisso com a promoção da saúde, vigilância e prevenção do suicídio no Brasil. O documento estabelece três eixos de atuações relacionados com as Diretrizes

Nacionais para Prevenção do Suicídio, que tratam da Vigilância e Qualificação da Informação (Eixo I); da Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde (Eixo II) e da Gestão e Cuidado (Eixo III). No Eixo II que trata da articulação inter e intrasetorial, o documento cita como ação estratégica:

Fomentar iniciativas intersetoriais para a regulação e controle da disponibilidade e acesso aos meios utilizados para o suicídio tais como: a manutenção da legislação que restringe acesso a armas de fogo; a segurança na arquitetura urbana; regulação e fiscalização na exposição a agrotóxicos; o uso racional, fracionamento e descarte de medicamentos, bem como maior fiscalização da disponibilidade do acesso a pesticidas e demais produtos químicos de uso doméstico. (Ministério da Saúde, 2017, p. 16).

Em 26 de abril de 2019, foi implementada no Brasil a lei 13.819 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. A implementação da lei foi um avanço para o plano estratégico de prevenção no país, e entre as ações estratégicas, estabelece a promoção da articulação intersetorial envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre, outras. No entanto, a lei não trata explicitamente de nenhuma questão sobre políticas que visem a restrição de métodos como apontado no plano nacional de 2017.

Conforme já mencionado, uma das principais contribuições deste trabalho foi mostrar a necessidade de implementação de políticas que possam reduzir o acesso a medicamentos a pessoas vulneráveis ao comportamento suicida em momentos de crise, além da importância da promoção de serviços exclusivos a este público. São recomendações:

- Definição de critérios mais rigorosos para a disponibilização de medicamentos controlados aos pacientes que são atendidos com risco ao comportamento suicida;

- Melhor capacitação de profissionais da saúde para identificar o risco suicida e aumento do número de profissionais especializados nos serviços;
- Promoção de programas exclusivos para o acompanhamento de indivíduos e seus cuidadores, que incluam, além de atendimento especializado, a psicoeducação de familiares acerca de riscos relacionados ao acesso a medicamentos de pacientes em crises;
- Melhorar a fiscalização da comercialização de medicamentos de venda restrita e ampliar estudos que possam colaborar para que o paracetamol também seja comercializado de forma controlada;
- Aprimoramento da comunicação e integração dos diversos serviços de saúde relacionados a dispensação de medicamentos.

É importante destacar também a relação de venda indiscriminada de outras substâncias que estão disponíveis com facilidade à população, tais como pesticidas e soda cáustica. Recomenda-se a avaliação criteriosa dos órgãos competentes para a geração de leis, regulamentos e melhores práticas relativas à proibição ou restrição de acesso de cada substância comprovadamente utilizadas nas tentativas de suicídio.

O momento atual vivenciado pela sociedade, em razão da pandemia da Covid 19, pode trazer sérios impactos na saúde mental da população. Alguns fatores de risco relacionados a crises econômicas, políticas e sociais, aumento do desemprego, lutos coletivos, diminuição do acesso da população aos serviços de saúde mental e o isolamento social podem gerar instabilidade e conseqüente aumento das doenças mentais. É um momento importante para que a academia, o estado e a sociedade intensifiquem seus esforços na prevenção do suicídio.

Referências

- Ajdacic-Gross, V., Weiss, M., Ring, M., Hepp, U., Bopp, M., Gutzwiller, F., & Rössler, W. (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726–732. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862008000900017>
- Bertolote, José M., Fleischmann, A., Butchart, A., & Besbelli, N. (2006). Suicide, suicide attempts and pesticides: A major hidden public health problem. *Bulletin of the World Health Organization*. <https://doi.org/10.2471/BLT.06.030668>
- Bertolote, José Manuel. (2013). O suicídio e sua prevenção. In *Editora Unesp*.
- Botega, N. J. (2015). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*. <https://doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>
- Brasil, C. N. (2019). *LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019*.
- E.J., M., P., P., F., K., M., E., S.-S., C., M.R., P., & D., G. (2017). The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006-15: Systematic review. *Journal of Affective Disorders*.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>
- Ministério da Saúde. (2017). *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020*. https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf
- Ministério da Saúde, S. de V. em S. (2019). Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. *Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância Em Saúde | Ministério Da Saúde, No 15*.
- Secretaria de Vigilância em Saúde. (2017). Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber. Agir e Prevenir., Volume 48(nº 30), 1–15*. http://www.who.int/mental_health/media/en/59.pdf
- WHO. (2014). Preventing suicide: A Global Imperative. In *World Health Organization*. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hch106>
- World Health Organization. (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates. *World Health Organization, Geneva, 32*.

Apêndice – Implantação da Base de Dados Estatísticos do Serviço de Psicologia do Hospital João XXIII

Motivação e Objetivos Para a Construção da Base de Dados

O preenchimento de dados na base estatística teve início em 2015 quando foi implantado na instituição, o Sistema Estatístico do Serviço de Psicologia sob coordenação da pesquisadora, que naquele período atuava como Responsável Técnica da equipe. Até aquele momento, os dados de atendimentos da equipe eram repassados manualmente à instituição por cada psicólogo, contendo apenas registro da quantidade de atendimentos mensais. Essas informações, após serem repassadas ao setor responsável, não ficavam arquivadas com a equipe de psicologia e, portanto, se perdiam para outros fins.

Com a implantação do Sistema, foi possível realizar um mapeamento quantitativo e qualitativo de informações obtidas durante os atendimentos psicológicos aos pacientes. Os dados colaboram tanto com a análise da produtividade e qualidade dos serviços da equipe, quanto também para realização de pesquisas, sejam para suporte a políticas públicas, quanto para fins acadêmicos.

Criação e Implantação da Base Estatística

A elaboração da base de dados teve início com a definição de uma comissão formada por quatro psicólogos da equipe do hospital: Luciene Oliveira Rocha Lopes, Joana Beatriz Costa Lara Rocha, Raquel Mico Minini e Liza Maria de Oliveira Perpétuo. Participou também desta comissão um membro externo da instituição, Bruno Marciano Lopes, que voluntariamente colaborou com o processo de concepção, desenvolvimento e implantação da base. Luciene Oliveira foi idealizadora do Sistema e Bruno Marciano desenvolveu a ferramenta, baseada em Excel.

Em fevereiro de 2015 a comissão criou algumas etapas para a construção e implantação do Sistema, conforme Tabela 10.

O Sistema permite o registro sistemático das seguintes informações:

- Dados pessoais – nome, sexo, idade e cor;
- Identificação hospitalar – data, registro hospitalar (para cada internação um registro) e número de prontuário (número definitivo para todas as internações);
- Localização no hospital – setor, local de atendimento e profissional que atendeu;
- Dados da internação: motivo de entrada, quadro clínico principal, agente ou substância causadora do quadro, encaminhamentos, número de atendimentos (evoluções), ocorrência de óbito e observações (outras informações descritas qualitativamente).

Cada linha da base corresponde a um paciente atendido por um psicólogo, o preenchimento tem periodicidade diária e todos os atendimentos ocorridos no período são consolidados mensalmente.

Dados Gerais do Tratamento da Base

O tratamento da base foi referente ao período de janeiro de 2016 a julho de 2019. A decisão para este período envolveu considerar que, do tempo de implantação (01 de maio de 2015) até o início do tratamento, a equipe cumpriu o período de treinamento do preenchimento dos dados com melhoria da qualidade das informações. Os dados coletados em um período de 43 meses foram tratados e disponibilizados em formato Character-Separated Values – CSV, facilmente importáveis para o Excel e outras ferramentas computacionais.

Tabela 10

Reuniões deliberativas sobre a Base de Dados Estatísticos do Serviço de Psicologia do Hospital João XXIII

Datas	Pautas de reuniões	Próximos passos Deliberações
12/02/2015	Reunião com aceite da equipe de psicologia e criação da comissão de trabalho.	Organizar sugestões de variáveis para serem criadas e incluídas na base.
26/02/2015	Reunião da comissão: decisão por incluir dados sociodemográficos específicos	Organizar variáveis específicas do trabalho da psicologia
12/03/2015	Reunião da comissão: discussão sobre as categorias gerais que seriam descritas dos atendimentos, óbitos e encaminhamentos.	Análise do cenário de atendimento, as principais demandas atendidas a fim de criar categorias específicas.
26/03/2015	Reunião da comissão: discussão sobre as demandas coletadas nos cenários e decisões de inclusão na base.	Verificar no setor de informática a disponibilidade de sistema compatível com o Excel que seria utilizado como matriz para a base.
09/04/2015	Reunião da comissão: informação de que o sistema do hospital não disponibilizaria Excel, e sim Libre Office. Definido que utilizaríamos o Libre Office e de que a compilação e manutenção do sistema aconteceriam fora do hospital, na residência de algum membro da comissão com um sistema mais avançado.	Apresentar as variáveis definidas em cada cenário a fim de verificar novas sugestões da equipe.
23/04/2015	Reunião da comissão: discussão sobre algumas variáveis específicas e inclusão de novas categorias.	Teste da inclusão em alguns computadores. Criação de pasta de estatística na intranet para acesso de todos da equipe.
27/04/2015	Reunião da comissão: base concluída para início do uso.	Definição da data de início da alimentação dos dados pela equipe para dia 01/05/2015
29/04/2015	Reunião da comissão com a equipe de psicologia. Primeiro treinamento para o preenchimento dos dados e familiarização com a base.	Suporte às dificuldades individuais de cada um da equipe nos preenchimentos dos dados.
01/05/2015	Implantação e início da alimentação dos dados pela equipe.	Suporte às dificuldades individuais de cada um da equipe nos preenchimentos dos dados.
12/06/2015	Reunião da comissão: primeiros resultados desde a implantação e diagnóstico de ajustes.	Acompanhamento do preenchimento dos dados.
05/11/2015	Reunião da comissão com a equipe: informação dos resultados dos seis primeiros meses e alterações de ajustes. Criação da segunda versão da base.	Acompanhamento sistemático da base, compilação dos dados e ajustes de erros de sistema.

Para o período da amostra, a base possui informações de 16.470 registros de pacientes atendidos pela equipe de psicologia a diversas demandas em todos os setores do hospital. A base tem potencial para estudos com diversas temáticas como, por exemplo, acidentes de trânsito, de trabalho e domésticos, violências doméstica, interpessoais e de terceiros e abuso de substâncias. Além dos motivos de entrada é possível realizar estudos de associações com idade, gênero e com as consequências do ocorrido, como sequelas irreversíveis ou óbito.

Na base geral de dados, cada linha representa as informações de um determinado registro de um paciente em um mês, por um profissional. Com isso, o mesmo paciente representado pelo número de prontuário, pode conter várias entradas, colaborando com análises de reincidências de pacientes por diversos motivos. Conforme objeto de análise, estas múltiplas entradas precisaram ser agregadas segundo critérios específicos.

No contexto particular das tentativas de suicídio o primeiro passo foi filtrar todos os prontuários que possuíam pelo menos uma entrada por tentativa de suicídio. Em seguida os dados que estavam originalmente preenchidos por mais de um psicólogo, por mês, naquele registro, foram agregados em uma única entrada por registro.

A partir deste tratamento preliminar, foi possível realizar diversas análises conforme interesse de estudo. Um dos focos principais da pesquisa foi identificar e analisar as intoxicações como método usado pelos pacientes atendidos por tentativas de suicídio. Portanto optou-se por produzir um estudo específico sobre esta temática e inserido no trabalho como *Artigo 2*, intitulado *Tentativas de suicídio por intoxicações: análise das substâncias usadas por pacientes atendidos em um pronto socorro*.

O tratamento desses dados, resultados e discussões sobre a temática foram apresentados naquele artigo.

Principais Desafios na Implantação e na Manutenção da Base Estatística

Dentre os desafios e limitações encontrados durante o processo de produção da base e dos dados de pesquisa, o maior foi o esforço para o tratamento geral da base que era muito extensa, com um grande número de campos abertos que necessitavam de pós-tratamento manual. Outras dificuldades foram a ausência de um sistema informatizado mais robusto, o que colaborou para a existência de dados corrompidos que precisavam ser constantemente corrigidos manualmente. Além disso, as bases individuais de cada psicólogo precisavam ser compiladas uma a uma para a realização do tratamento, o que demandava muita disponibilidade de tempo.

As dificuldades de se trabalhar com planilhas eletrônicas (Excel e similares) e não de um sistema informatizado dedicado para preenchimento e compilação dos dados levou a equipe a descontinuar a coleta de dados a partir de janeiro de 2020. O sistema desenvolvido foi uma iniciativa piloto, e desde sua concepção era sabido que deveria evoluir para uma solução profissional de informática. A expectativa da equipe é que um novo sistema seja instalado na instituição e que isso proporcione a retomada das coletas de dados.