








Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida e à tentativa de suicídio identificados no acolhimento em ambulatórios de saúde mental

Prevalence and factors associated with suicidal behavior and suicide attempt identified in patient embracement in the mental health outpatient care services

Carla Gabriela Wünsch¹ , Ana Karolina Lobo da Silva¹ , Bia Stephanny Apodaca¹ ,
Frantielen Castor dos Santos Nascimento¹ , Mirelly Thaina de Oliveira Cebalho¹ ,
Carlos Alberto dos Santos Treichel² , João Lucas Campos de Oliveira³ 

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência e os fatores associados ao comportamento suicida e a tentativa de suicídio identificados em acolhimentos em ambulatórios de saúde mental. **Métodos:** estudo transversal, de análise documental, que teve como fonte as fichas de acolhimento de adultos atendidos em ambulatórios de saúde mental de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, entre fevereiro de 2016 a junho de 2018. Foram calculadas frequências simples e percentuais para descrição das variáveis e *odds ratio* bruto e ajustado para sexo e idade, por meio de modelo de regressão logística. **Resultados:** foram analisados os registros de 1.780 acolhimentos. A prevalência de comportamento suicida foi de 7,8% e de tentativa de suicídio 4,8%. Fatores associados para cada fenômeno foram identificados. **Conclusão:** sexo feminino, transtorno mental e uso de substância psicoativa foram associados tanto ao comportamento suicida como a tentativa de suicídio. Essas características podem direcionar ações de qualificação ao acolhimento nestes serviços especializados.

Descritores: Comportamento Autodestrutivo; Suicídio; Assistência Ambulatorial; Saúde Mental.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Cuiabá (MT), Brasil. E-mails: carla.wunsch@ufmt.br, karol.loboda@gmail.com, biaapodaca99@gmail.com, frantielen.castor@gmail.com, mihcebalho@gmail.com.

² Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas (SP), Brasil. E-mail: treichelcarlos@gmail.com.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre (RS), Brasil. E-mail: joao-lucascampos@hotmail.com.

Como citar esse artigo: Wünsch CG, Silva AKL, Apodaca BS, Nascimento FCS, Cebalho MTO, Treichel CAS, et al. Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida e à tentativa de suicídio identificados no acolhimento em ambulatórios de saúde mental. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [cited _____];24:72997. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.72997>.

Autor correspondente: Carla Gabriela Wünsch. E-mail: carla.wunsch@ufmt.br.

Recebido em: 02/06/2022. **Aceito em:** 01/09/2022. **Publicado em:** 29/12/2022.

ABSTRACT

Objective: Analyze the prevalence and factors associated with suicidal behavior and suicide attempt identified in patient embracement in the mental health outpatient care services. **Methods:** cross-sectional study with a document analysis using the information provided in the admission forms of adults treated in a patient embracement in the outpatient mental health care service in Cuiabá, Mato Grosso, Brazil, between February 2016 and June 2018. Simple frequencies and percentages were calculated for the description of variables, and crude and adjusted odds ratios for sex and age using logistic regression models. **Results:** The records of 1,780 embracement were analyzed. The prevalence of suicidal behavior was 7.8% and attempted suicide was 4.8%. Associated factors were identified for each phenomenon. **Conclusion:** female patients, with a mental disorder, and using psychoactive substances were associated with both suicidal behavior and suicide attempts. These characteristics can support the development of actions for patient embracement in these specialized services.

Descriptors: Self-Injurious Behavior; Suicide; Ambulatory Care; Mental Health.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é caracterizado por um conjunto de ações fatais ou até mesmo não fatais, que interdependem de uma sequência executiva; trata-se de uma manifestação autodestrutiva do indivíduo em que não necessariamente o propósito e/ou produto seria o suicídio concretizado⁽¹⁾.

O suicídio, por sua vez, é compreendido como um problema multifatorial, que pode estar relacionado com questões socioeconômicas, afetivas, genéticas, grau de instrução, sociais, dentre outras⁽¹⁾. Alguns destes fatores podem dificultar o acesso à atenção integral em saúde, corroborando para que a auto culpabilização e as ações suicidas sejam alternativas de escape⁽²⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em todo o mundo, cerca de 703.000 pessoas morrem a cada ano em decorrência do suicídio e, para cada morte consumada, cerca de 25 pessoas apresentaram tentativas ou pensamentos suicidas⁽³⁾. Esse cenário, especialmente durante e pós pandemia de *coronavirus disease* (COVID-19) levou a OMS a produzir novas orientações para ajudar os países a melhorar a prevenção e o atendimento ao suicídio, dentre elas a realização de pesquisas sobre a temática⁽²⁻³⁾.

De acordo com a estimativa da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), ocorreram 97.339 suicídios na Região das Américas em 2019, o que representa uma taxa de mortalidade de 9,0 por 100.000 habitantes, com maior predomínio na América do Norte, onde ocorreram 14,1 suicídios por 100.000 habitantes⁽⁴⁾.

No Brasil, a taxa de suicídio apresentou aumento de 5,60/100.00 habitantes em 2015 para 6,41 em 2019, sendo a maior proporção de mortes de pessoas do sexo masculino, alcançando 78,9%⁽⁴⁾. Pesquisa que calculou um suicídio a cada 64 minutos no território brasileiro, afirmou que as mortes por suicídio deixaram de ter concentração na região Sul do país, apresentando elevação em adultos e pessoas negras na região Centro-oeste⁽⁵⁾, evidenciando a necessidade de mais pesquisas nesta região.

Os casos de comportamento suicida podem ser atendidos em diversos serviços de saúde, dentre eles, os especializados em saúde mental. No Brasil, os ambulatórios de saúde mental, que voltaram a fazer parte da Rede de Atenção Psicossocial conforme a Portaria nº 3.588 de 2017, devem realizar o acolhimento e atendimento por meio de equipe multiprofissional às pessoas em sofrimento mental, o que inclui a realização do exame mental e o incentivo a falar sobre seus sentimentos suicidas⁽⁶⁾.

Durante o primeiro contato com a pessoa que expressa comportamento suicida, é necessário avaliar o risco de suicídio, o que inclui a identificação dos fatores de risco e de proteção para cada um, em seu contexto⁽¹⁾.

O conhecimento sobre os fatores de risco ao comportamento suicida em diferentes regiões do país é valioso para a assertividade das ações preventivas e de manejo eficaz, além de colaborar para o (re)planejamento e (re)organização do processo de trabalho dos profissionais de saúde. Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar a prevalência e os fatores associados ao comportamento suicida e a tentativa de suicídio identificados em acolhimentos em ambulatórios de saúde mental.

MÉTODOS

Desenho e população do estudo

Trata-se de estudo transversal, de análise documental. Foi conduzido em conformidade às diretrizes do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE: <https://www.strobe-statement.org/>).

A pesquisa foi realizada nos quatro ambulatórios de saúde mental vinculados à gestão municipal de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil.

Seleção dos documentos

No município em questão, após ser encaminhada pelo serviço de saúde da Rede de Atenção Primária à Saúde,

a pessoa comparece ao ambulatório na data estipulada, onde é iniciado o processo de acolhimento por assistentes sociais e enfermeiros e o preenchimento de uma ficha com os dados sociodemográficos, clínicos e histórico pessoal. Posteriormente, ela é atendida por outro profissional conforme estabelecido pelo ambulatório e/ou pelo encaminhamento. O registro desse itinerário terapêutico inicial é realizado na mesma ficha onde inicialmente foi documentado o acolhimento na chegada da pessoa ao serviço.

Assim, os documentos fonte para análise consistem destas fichas mencionadas anteriormente, preenchidas pelos profissionais no processo de acolhimento. Foram consideradas as anotações realizadas por assistente social, enfermeiro, médico ou psicólogo, até o terceiro atendimento com a finalidade de consulta terapêutica.

Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados entre janeiro e março de 2019. Foram incluídos os prontuários de todos os adultos com primeira consulta realizada no período de fevereiro de 2016 a junho de 2018. No total, foram levantados 2.345 prontuários, dos quais 1.780 (76,0%) foram incluídos na coleta de dados. As perdas ocorreram devido a falhas no preenchimento das fichas de acolhimento contidas nos prontuários, a falta de variáveis de interesse para esta pesquisa e a existência de anotações ilegíveis, que perfaziam os critérios de exclusão do estudo.

O teste piloto foi realizado em prontuários com atendimentos anteriores ao período pesquisado, o que permitiu testar, avaliar e revisar aspectos da logística e do instrumento utilizado para extração de dados, o qual foi baseado na literatura⁽¹⁾ e sistematizado de forma impressa, contendo as variáveis de interesse.

Após a construção de um manual de coleta de dados para orientações quanto ao preenchimento do instrumento e o devido treinamento, desenvolvido pela coordenadora do estudo, atuaram na coleta de dados seis estudantes de graduação em enfermagem.

Controle de qualidade e manejo dos dados

O controle de qualidade dos dados foi realizado na codificação dos instrumentos de coleta e na revisão realizada pela coordenadora do estudo ao receber os formulários. Os dados foram digitados no *software Microsoft Office Excel* e posteriormente convertidos para o pacote estatístico *Stata 16 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos da América (EUA))* no qual foram executadas as análises. Inconsistências nos dados foram avaliadas e corrigidas quando necessário.

Desfechos e sua medida

O desfecho primário no presente estudo foi o comportamento suicida, considerado presente quando havia

anotações que indicavam a expressão de pensamentos e planejamentos de morte e tentativas prévias apresentadas em termos técnicos e/ou por meio da descrição de informações relatadas pela pessoa.

Considerou-se como desfecho secundário a tentativa de suicídio mediante anotações dos profissionais que mencionavam autorrelato desse evento por parte da pessoa atendida no acolhimento.

Variáveis independentes

As variáveis independentes são informações relativas ao sexo dos usuários (feminino; masculino), idade em faixas etárias (18 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 anos ou mais), escolaridade em níveis (0 a 4 anos de estudo; 5 a 8 anos de estudo; 9 anos de estudo ou mais), estado civil (com companheiro(a); sem companheiro(a); diagnóstico prévio de transtorno mental (não; sim); uso de psicofármacos (não; sim); e uso de substâncias psicoativas (não; sim).

Análise estatística

Foi utilizada análise estatística descritiva e calculadas as prevalências dos desfechos para a amostra do estudo de forma geral, bem como para cada um dos estratos das variáveis estudadas. Em seguida, os *odds ratios* brutos observados para cada um dos estratos, bem como os respectivos intervalos de confiança (IC: 95%) foram calculados com o uso modelo de regressão logística. O teste de Wald foi usado para identificar diferenças entre os grupos. Para avaliação da associação entre as variáveis independentes e os desfechos, foi considerado um modelo no qual as variáveis foram ajustadas para sexo e idade, considerando-se como significância estatística um p-valor <0,05. Dados faltantes foram excluídos da análise.

Aspectos éticos

A pesquisa que originou o estudo foi submetida e aprovada sob ofício de nº 2.624228/2018 pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso e está cadastrada nacionalmente por meio de CAAE: 74639617.5.0000.5541.

RESULTADOS

Entre os 1.780 usuários que tiveram seus prontuários analisados, 64,8% (n=1.154) eram do sexo feminino das quais 61,4% (n=709) sem companheiro(a). Quanto à idade, 19,2% (n=341) possuíam entre 18 e 29 anos, 23,0% (n=410) entre 30 e 39 anos, 22,8% (n=406) entre 40 e 49 anos, 19,2% (n=342) entre 50 e 59 anos e 15,8% (n=281) possuíam 60 anos ou mais. A maior parte dos indivíduos possuía nove anos de estudo ou mais (50,4% n=480), seguidos daqueles com zero a quatro anos de estudo (30,0% n=286) e cinco a oito anos de estudo (19,5 n=186), respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência, *odds ratio* (OR) bruto e ajustado do comportamento suicida em ambulatórios de saúde mental da região do pantanal mato-grossense (n=1.780), Cuiabá, MT, Brasil, 2019

Variáveis	n	Comportamento suicida f	OR* Bruto (IC**: 95%)	p-valor	OR Ajustado*** (IC**: 95%)	p-valor
Sexo						
Masculino	626	25	1		1	
Feminino	1154	114	2,63 (1,68-4,10)	<0,001	2,96 (1,88-4,65)	<0,001
Idade						
18 a 29 anos	341	51	1		1	
30 a 39 anos	410	35	0,53 (0,33-0,83)	0,007	0,48 (0,30-0,76)	0,002
40 a 49 anos	406	28	0,42 (0,25-0,68)	<0,001	0,37 (0,22-0,60)	<0,001
50 a 59 anos	342	15	0,26 (0,14-0,47)	<0,001	0,23 (0,12-0,42)	<0,001
60 anos ou mais	281	10	0,20 (0,10-0,42)	<0,001	0,18 (0,09-0,38)	<0,001
Escolaridade^a						
0 a 4 anos	286	24	1		1	
5 a 8 anos	186	18	1,16 (0,61-2,22)	0,632	0,93 (0,47-1,82)	0,839
9 anos ou mais	480	51	1,29 (0,78-2,15)	0,215	0,83 (0,47-1,45)	0,515
Estado civil^b						
Com companheiro(a)	452	37	1		1	
Sem companheiro(a)	709	71	1,24 (0,82-1,89)	0,296	1,16 (0,75-1,79)	0,491
Diagnóstico prévio de transtorno mental						
Não	1252	79	1		1	
Sim	528	59	1,84 (1,29-2,62)	0,001	2,00 (1,39-2,88)	<0,001
Uso prévio de psicofármacos^c						
Não	196	20	1		1	
Sim	794	60	0,71 (0,42-1,22)	0,225	0,82 (0,47-1,44)	0,510
Uso de substância psicoativa^d						
Não	486	40	1		1	
Sim	408	47	1,45 (0,93-2,26)	0,100	1,73 (1,09-2,77)	0,020

Legenda: *OR - Odds Ratios; **IC – Intervalo de confiança; ***OR: Ajustado para sexo e idade.

^a informações ausentes quanto à escolaridade n= 828 (46,51%).

^b informações ausentes quanto à estado civil n= 619 (34,77%).

^c informações ausentes quanto à uso prévio de psicofármacos n= 790 (44,38%).

^d informações ausentes quanto à uso de substância psicoativa n= 883 (49,60%).

A prevalência do *comportamento suicida* foi de 7,8% (n=139). As prevalências, os *odds* brutos e ajustados para cada estrato das variáveis analisadas pode ser observada na Tabela 1. As variáveis com dados omissos foram escolaridade, estado civil, uso prévio de psicofármacos e uso de substância psicoativa. As frequências de observações ausentes estão identificadas por a, b, c, d, respectivamente.

Foram identificadas associações entre o comportamento suicida e o sexo feminino (OR: 2,96; IC 95%: 1,88-4,65);

existência de um diagnóstico prévio de transtornos mentais (OR: 2,00; IC 95%: 1,39-2,99); e uso de substâncias psicoativas (OR: 1,73; IC 95%: 1,09-2,77) e a idade, sendo o maior risco para faixas etárias mais jovens.

A prevalência de *tentativa de suicídio* foi de 4,8%. As prevalências desse desfecho, bem como os *odds* brutos e ajustados para cada estrato das variáveis analisadas pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Prevalência, *odds ratio* (OR) bruto e ajustado de tentativa de suicídio entre os usuários acolhidos em ambulatórios de saúde mental da região do Pantanal Mato-grossense (n=1780), Cuiabá, MT, Brasil, 2019

Variáveis	n	Tentativa de suicídio f	OR.* Bruto (IC**.: 95%)	p-valor	OR Ajustado*** (IC**.: 95%)	p-valor
Sexo						
Masculino	626	12	1		1	
Feminino	1154	74	3,50 (1,88-6,50)	<0,001	4,02 (2,15-7,52)	<0,001
Idade						
18 a 29 anos	341	35	1		1	
30 a 39 anos	410	22	0,49 (0,28-0,86)	0,013	0,44 (0,25-0,78)	0,005
40 a 49 anos	406	13	0,28 (0,15-0,55)	<0,001	0,24 (0,12-0,48)	<0,001
50 a 59 anos	342	10	0,26 (0,12-0,54)	<0,001	0,22 (0,11-0,47)	<0,001
60 anos ou mais	281	6	0,19 (0,07-0,46)	<0,001	0,16 (0,06-0,41)	<0,001
Escolaridade^a						
0 a 4 anos	286	15	1		1	
5 a 8 anos	186	14	1,47 (0,69-3,12)	0,315	1,14 (0,52-2,53)	0,730
9 anos ou mais	480	25	0,99 (0,51-1,91)	0,983	0,58 (0,28-1,19)	0,141
Estado civil^b						
Com companheiro(a)	452	25	1		1	
Sem companheiro(a)	709	41	1,04 (0,62-1,74)	0,857	0,99 (0,53-1,68)	0,975
Diagnóstico prévio de transtorno mental						
Não	1252	50	1		1	
Sim	528	36	1,75 (1,13-2,73)	0,012	1,95 (1,24-3,07)	0,004
Uso prévio de psicofármacos^c						
Não	196	13	1		1	
Sim	794	38	0,70 (0,36-1,35)	0,297	0,84 (0,42-1,67)	0,636
Uso de substância psicoativa^d						
Não	486	17	1		1	
Sim	408	34	2,50 (1,37-4,56)	0,003	3,27 (1,75-6,12)	<0,001

Legenda: *OR - Odds Ratios; **IC - Intervalo de confiança; ***OR: Ajustado para sexo e idade.

^a informações ausentes quanto à escolaridade n= 828 (46,51%)

^b informações ausentes quanto à estado civil n= 619 (34,77%)

^c informações ausentes quanto à uso prévio de psicofármacos n= 790 (44,38%)

^d informações ausentes quanto à uso de substância psicoativa n= 883 (49,60%).

Para o desfecho tentativas de suicídio, foi encontrada associação, com aumento de risco, para o sexo feminino (OR: 4,02; IC 95%: 2,15-7,52); existência de um diagnóstico prévio de transtornos mentais (OR: 1,95; IC 95%: 1,24-3,07) e uso de substâncias psicoativas (OR: 3,27; IC 95%: 1,75-6,12). Associação foi encontrada para a idade em relação a este desfecho, sendo o maior risco para as faixas mais jovens.

DISCUSSÃO

A literatura tem maior ênfase em pesquisas sobre suicídio^(4,7), assim, estudar a tentativa de suicídio e comportamento suicida representa um avanço, contribuindo para a ampliação da compreensão destes fenômenos enquanto problemas de saúde pública, permitindo estabelecer estratégias de prevenção do evento fatal.

Os achados do presente estudo evidenciam a prevalência do comportamento suicida em 7,8% das pessoas atendidas no acolhimento, e tentativa de suicídio em 4,8%. A ocorrência de comportamento suicida encontrada foi menor do que aquela observada em estudo multicêntrico internacional, que envolveu a Etiópia, Uganda, África do Sul, Índia e Nepal, onde foi identificada prevalência de 10,3%⁽⁸⁾.

A tentativa de suicídio, por sua vez, foi menor do que aquela identificada em pesquisa com 1.443 pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), na qual observou-se prevalência da tentativa de suicídio de 9%⁽⁹⁾, contudo, quando comparada ao estudo internacional anteriormente citado⁽⁸⁾, este evento mostra maior magnitude do que o encontrado naquele contexto, que foi 2,2%.

Sabe-se que alguns fatores podem contribuir para a negação de registro de tentativa de suicídio ou comportamento suicida, implicando em subnotificação; entre eles destacam-se o estigma social e familiar, aspectos religiosos, processos de indenizações, dentre outros⁽¹⁰⁾.

A falta de registros locais compromete o mapeamento nacional, com repercussões negativas sobre possíveis políticas públicas. O governo tem papel crucial sobre as questões relativas à falta de registros nacionais confiáveis, incluindo a documentação apropriada das tentativas de suicídio⁽¹¹⁾. É necessário melhorar os sistemas de informação, implementar campanhas de notificação, bem como incentivar o uso da tecnologia digital e desenvolver soluções baseadas em inteligência artificial.

No cenário estudado, maior prevalência de tentativa de suicídio e de comportamento suicida no sexo feminino, na faixa etária entre 18 e 29 anos, com diagnóstico prévio de transtorno mental e utilização de substâncias psicoativas, pode indicar perfil específico relacionado ao contexto socioeconômico cultural e geográfico.

Maior risco de comportamento suicida em mulheres, em idade mais jovem, também foi encontrado em estudo multicêntrico envolvendo serviços de APS em cinco países⁽⁸⁾. Por sua vez, maior risco de tentativa de suicídio nestes grupos também foi identificado em estudo realizado nos Estados Unidos da América⁽¹¹⁾ e no Brasil, no contexto da APS⁽⁹⁾.

Uma análise temporal realizada em um estado brasileiro (n=169), identificou que, além das mulheres tentarem mais suicídio do que os homens, o sexo feminino utiliza métodos menos agressivos que o masculino⁽¹²⁾.

A grande maioria dos suicídios em pessoas de ambos os sexos na Américas, entre 2000 e 2007, ocorreu por envenenamento, lesão por enforcamento e ferimento de bala; no entanto, o envenenamento representa maior proporção entre as mulheres, enquanto a lesão por tiro é responsável pelo suicídio entre os homens⁽⁷⁾.

Estudos realizados no Brasil evidenciaram tendência de aumento das taxas de mortalidade por suicídio em ambos os

sexos^(7,13) e tendência de aumento nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste⁽¹³⁾. Contudo, se for mantida maior prevalência de comportamento suicida no sexo feminino, pode ocorrer aumento mais acentuado na mortalidade por suicídio em pessoas do sexo feminino nos próximos anos.

A literatura⁽²⁻¹³⁾ evidencia aumento das taxas de mortalidade por suicídio em pessoas cada vez mais jovens, destacando-se o grupo de 25-59 anos (22,7%) e o grupo de 10-24 anos (21,8%)⁽¹⁴⁾, o que reforça a importância do achado de que a tentativa de suicídio esteve associada a faixas etárias mais jovens.

Os jovens e adolescentes constituem um grupo de risco, pois passam por um período de desenvolvimento, com grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais⁽¹⁾. Outras influências e fatores de risco estão associados aos transtornos mentais, rejeição escolar e problemas de relacionamento familiar, bem como o histórico de amigos que cometeram suicídio⁽¹⁵⁾.

São necessários avanços na promoção da saúde para crianças e adolescentes a fim de desenvolverem habilidades socioemocionais para a vida com maior foco da proteção governamental e a criação de programas de rastreamento baseados na escola e na APS, para prevenção, monitoramento e apoio a esses jovens.

Embora não tenha sido observada relação entre os fenômenos de interesse e o estado civil, numerosas pesquisas anteriormente realizadas no exterior e no Brasil identificaram que a ausência de um(a) parceiro(a) se associa a maiores taxas de comportamento suicida e de tentativas de suicídio^(9,11-16). Um(a) companheiro(a) pode se constituir como suporte e contribuir na reestruturação de vínculos e no manejo do sofrimento⁽¹⁷⁾. Por sua vez, a ausência de companheiro(a) pode estar associada a maior dificuldade em manter relacionamentos devido a presença do diagnóstico de transtorno mental⁽¹⁷⁾. Possuir este tipo de diagnóstico interfere negativamente na vida social e conjugal, baseada numa concepção arcaica e estigmatizada sobre a loucura, legitimando a exclusão do sujeito⁽¹⁸⁾.

Da mesma forma, embora não tenha sido observada relação entre a escolaridade e os fenômenos de interesse na presente investigação, menor grau instrucional foi identificado como fator de risco para comportamento suicida⁽⁸⁾ e tentativa de suicídio⁽¹¹⁾ em outros estudos. Esse fenômeno pode estar atrelado a suscetibilidade do grupo com menor escolaridade às desvantagens sociais e econômicas, surtindo efeito direto na obtenção de trabalho e estado financeiro⁽¹⁷⁻¹⁹⁾, porém é um fenômeno que também se faz presente no meio acadêmico. O comportamento suicida em pós-graduandos pode ser decorrente de estressores como a pressão exercida referente a prazos, escritas e outras exigências, contribuindo para o desenvolvimento de sofrimento mental, tornando-se um fator preditivo para o suicídio⁽²⁰⁾.

Outra variável importante é a presença de transtorno mental, uma vez que a pessoa acolhida no ambulatório já chegava com um diagnóstico médico, possivelmente de outros acompanhamentos realizados. Possuir um diagnóstico além de apresentar maior prevalência para ambos os desfechos (11,2% - 6,9%), também se associou a eles. Embora a conexão entre o suicídio e o transtorno mental esteja bem estabelecida na literatura^(9,11-21), não é prudente a realização de uma relação simplista entre os dois fenômenos. Estudo realizado nos EUA que comparou o suicídio de pessoas com um transtorno mental diagnosticado com o suicídio daquelas sem nenhum transtorno mental conhecido, constatou que das 174.000 mortes, 8,7% tinham algum transtorno grave, 33% tinham outros transtornos mentais e 58,2% não tinham nenhum diagnóstico psíquico conhecido⁽²²⁾.

Destaca-se que, tanto os acolhimentos realizados pelos profissionais, quanto as pesquisas em relação à temática deveriam abordar para além de um diagnóstico psiquiátrico como uma forma causal e linear de comportamento suicida ou tentativas de suicídio, atentando-se para outros fatores de risco, tais como história de vida e maus-tratos⁽²³⁾.

O comportamento suicida pode estar atrelado a fatores contextuais e existenciais como lidar com problemas sem esperança de solução, à desmoralização associada ao diagnóstico, carregado de estigma e preconceitos, e os efeitos colaterais do tratamento, que podem impedir ou interferir no avanço das tarefas evolutivas, valores ou plano de vida⁽²³⁾.

O uso de substâncias psicoativas apresentou associação para o comportamento suicida e para a tentativa de suicídio das pessoas acolhidas nos ambulatórios estudados. Este achado reforça ainda mais o conhecimento já disponível. Estudo⁽²⁴⁾ que analisou o risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas (n=45) evidenciou risco intermediário em 25 dos usuários e risco alto em nove. Por sua vez, revisão interativa evidencia que um dos fatores de risco encontrado predominantemente associado as tentativas de suicídio é o uso abusivo e a dependência de substâncias psicoativas⁽²⁵⁾.

Outras variáveis têm sido identificadas como fatores associados ao comportamento suicida, tais como sintomas depressivos e uso de álcool⁽⁶⁾, contudo não foram objeto da presente investigação.

O conjunto de fatores associados para comportamento suicida e tentativa de suicídio pode contribuir para a compreensão dos grupos vulneráveis e das características de cada pessoa, e desta forma, colaborar para a construção de projetos terapêuticos singulares. Pode, ainda, contribuir para o desenvolvimento de tecnologias que possibilitem prever as tentativas de suicídio em diferentes grupos populacionais (adolescentes, jovens adultos, mulheres), e auxiliar os profissionais na prática clínica, na tomada de decisão e no planejamento estratégico.

É prudente afirmar que a extração exclusivamente documental dos dados investigados com elevado percentual de dados ausentes para as variáveis escolaridade, estado civil, uso de psicofármacos e de substâncias psicoativas é uma limitação do estudo, que pode ter super ou subestimado as prevalências.

Apesar de limitados, os resultados do estudo podem nortear ações de capacitação de equipes atuantes nestes espaços a fim de qualificar o acolhimento em saúde mental, com enfoque na prevenção do suicídio. Outra possível contribuição do estudo é a abordagem distinta dos fenômenos comportamento suicida e tentativa de suicídio, uma vez que os profissionais devem buscar avaliar ambos os fenômenos.

Sugerem-se pesquisas futuras da acurácia dos profissionais de saúde para identificar cada um destes eventos, bem como a investigação de fatores que possam elucidar os motivos das variações nas taxas de suicídio, de comportamento suicida e tentativas de suicídio entre as regiões do país.

CONCLUSÃO

É primordial que os profissionais da saúde saibam identificar o comportamento suicida, as tentativas de suicídio, e seus fatores de risco, avançando na qualificação do atendimento na área da saúde mental, não só nos serviços especializados, mas também em serviços da APS.

A magnitude da prevalência de comportamento suicida (7,8%) e tentativas de suicídio (4,8%) identificadas no contexto do acolhimento em serviços de referência para atendimento em saúde mental evidencia a necessidade de ações integrais e específicas com base nos fatores associados para estes eventos, destacando-se o sexo feminino, faixa etária mais jovem, diagnóstico prévio de transtorno mental e uso de substâncias psicoativas.

Estes achados permitem planejar ações para melhorar o acolhimento de pessoas em sofrimento mental; desenvolver instrumentos de rastreio mais precisos para detectar as pessoas em risco em tempo oportuno; avaliar, gerenciar e monitorar o comportamento suicida; e desenvolver ações específicas para os grupos vulneráveis como mulheres e jovens.

REFERÊNCIAS

1. Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.
2. World Health Organization. One in 100 deaths is by suicide [Internet]. 2021 jun. 17 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
3. World Health Organization. World Suicide Prevention Day 2022 - Creating hope Through Action [Internet]. 2022 sep. 10 [cited 2022 Dec 28]. Available from: <https://>

- www.who.int/news-room/events/detail/2022/09/10/default-calendar/world-suicide-prevention-day-2022
4. Pan American Health Organization. Suicide mortality in the Region of the Americas. Regional Report 2015-2019. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2021. doi: [10.37774/9789275124765](https://doi.org/10.37774/9789275124765)
 5. Palma DCA, Santos ES, Ignotti E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(4):e00092819. doi: [10.1590/0102-311x00092819](https://doi.org/10.1590/0102-311x00092819)
 6. Portaria 3.588 do Ministério da Saúde, de 21 de dezembro de 2017 (BR) [Internet]. Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União. 21 dez. 2017 [cited 2022 Dec 28]. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
 7. Silva DA, Marcolan JF. Tendência da taxa de mortalidade por suicídio no Brasil. *Rev. baiana enferm*. 2022;36:e45174. doi: [10.18471/rbe.v36.45174](https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45174)
 8. Jordans M, Rathod S, Fekadu A, Medhin G, Kigozi F, Kohrt B, et al. Suicidal ideation and behaviour among community and health care seeking populations in five low- and middle-income countries: A cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(4):393-402. doi: [10.1017/S2045796017000038](https://doi.org/10.1017/S2045796017000038)
 9. Aguiar RA, Riffel RT, Acrani GO, Lindemann IL. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *J. bras. psiquiatr*. 2022;71(2):133-40. doi: [10.1590/0047-2085000000379](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000379)
 10. Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018;23(9):2821-34. doi: [10.1590/1413-81232018239.17192018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018)
 11. Olfson M, Blanco C, Wall M, Liu SM, Sasha TD, Pickering RP, et al. National Trends in Suicide Attempts Among Adults in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(11):1095-103. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2017.2582](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2582)
 12. Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto contexto - enferm*. 2018;27(2):e2110016. doi: [10.1590/0104-070720180002110016](https://doi.org/10.1590/0104-070720180002110016)
 13. Arruda VL, Freitas BIBM, Marcon SR, Fernandes FY, Lima NVP, Bortolini J. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. *Ciênc. Saúde Colet*. 2021;26(7):2699-708. doi: [10.1590/1413-81232021267.08502021](https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.08502021)
 14. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J. bras. psiquiatr*. 2015;64(1):45-54. doi: [10.1590/0047-2085000000056](https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056)
 15. Cordoví AT, Montes YE, Batista TC, Pérez YYS. Factores de riesgo asociados a intento suicida en adolescentes. *Unidad de cuidados intensivos pediátricos*. 2018-2019. *Multimed [Internet]*. 2021 [cited 2022 Dec 28];25(3):e1753. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000300002&lng=es. Espanhol.
 16. Borba LO, Ferreira ACZ, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA, Maftum GJ. Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental. *REME rev. min. enferm*. 2020;24:e-1284. doi: [10.5935/1415-2762.20200013](https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200013)
 17. Olinda KRS, Santos RF, Marques THC. Fatores associados ao comportamento suicida em hospital psiquiátrico: estudo transversal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020;12(6):e3050. doi: [10.25248/reas.e3050.2020](https://doi.org/10.25248/reas.e3050.2020)
 18. Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2019;26(1):103-21. doi: [10.1590/s0104-59702019000100007](https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000100007)
 19. Zhao CJ, Dang XB, Su XL, Bai J, Ma LY. Epidemiology of suicide and Associated Socio-Demographic Factors in Emergency Department Patients in 7 General Hospitals in Northwestern China. *Med Sci Monit* 2015;21:2743-9. doi: [10.12659/MSM.894819](https://doi.org/10.12659/MSM.894819)
 20. Silvério MI, Souza LS, Murgo CS. Comportamento suicida no ensino superior brasileiro: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Ensino Superior*. 2019;5(1):61-78. doi: [10.18256/2447-3944.2019.v5i1.3544](https://doi.org/10.18256/2447-3944.2019.v5i1.3544)
 21. Nie J, O'Neil A, Liao B, Lu C, Aune D, Wang Y. Risk factors for completed suicide in the general population: A prospective cohort study of 242, 952 people. *J. affect. disord*. 2021. 1;282:707-11. doi: [10.1016/j.jad.2020.12.132](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.132)
 22. Schmutte T, Costa M, Hammer P, Davidson L. Comparisons between suicide in persons with serious mental illness, other mental disorders, or no known mental illness: Results from 37 U.S. states, 2003-2017. *Schizophr Res*. 2021;228:74-82. doi: [10.1016/j.schres.2020.11.058](https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.058)
 23. Angelakis I, Gillespie EL, Panagioti M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychol Med*. 2019;49(7):1057-78. doi: [10.1017/S0033291718003823](https://doi.org/10.1017/S0033291718003823)
 24. Oliveira EN, Carvalho AG, Moreira RMM, Melo BT, Lima GF, Ximenes Neto FRG. Interfaces between abusive use of psychoactive substances, presence of comorbidities, and suicide risk. *Research, Society and*

Development. 2020;9(7):e262974172. doi: [10.33448/rsd-v9i7.4172](https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4172)

25. Silva JVS, Motta HL. Comportamento suicida: uma revisão integrativa da literatura. Educação, Psicologia e Interfaces. 2017;1(2):51-67. doi: [10.37444/issn-2594-5343.v1i2.25](https://doi.org/10.37444/issn-2594-5343.v1i2.25)

