



PERFIL DO PORTADOR DE COMPORTAMENTO SUICIDA ATENDIDO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PROFILE OF THE PATIENT WITH SUICIDAL BEHAVIOR ATTENDED IN UNIVERSITY HOSPITAL

PERFIL DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA ATENDIDO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Ana Carolina Baptista Bento¹, Maria Cristina Mazzaia², João Fernando Marcolan³.

RESUMO

Objetivo: verificar o perfil de pessoas atendidas entre 2007 e 2008 no pronto socorro e unidade de internação de hospital universitário com o diagnóstico de tentativa de suicídio. **Método:** estudo quantitativo, transversal, com análise documental, exploratório-descritivo e retrospectivo, utilizando prontuários. **Resultados:** analisados 122 atendimentos mostrou 62 mulheres e 60 homens; período noturno preferido para tentativas; 16,4% mulheres/13,9% homens tinham tentativa prévia; 7,4% mulheres/18,9% homens abusavam de drogas; 23,0% mulheres/27,9% homens tinham transtorno mental; 13,1% mulheres/14,8% homens com tratamento farmacológico prévio. Métodos mais usados por mulheres e homens, respectivamente: ingestão medicamentos (28,7% e 14,8%), corte dos pulsos/ automutilação (6,6% e 7,4%), atirar-se de lugar alto (4,1% e 7,4%), envenenamento (4,9% e 4,1%). Prevaleram tentativas de suicídio entre jovens (83,6%), mulheres com problemas no relacionamento amoroso (12,3%)/relações familiares (13,1%), homens por relações familiares (4,1%) e desemprego/problemas financeiros (4,9%). **Conclusão:** portadores de transtorno mental, jovens, usuários de substâncias de abuso, com problemas de relacionamentos e econômicos tentaram suicídio. Necessária implantação de programas de vigilância e prevenção ao suicídio. **Descritores:** Suicídio; Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: checking the profile of people assisted between 2007 and 2008 in the emergency room and inpatient unit of university hospitals with a diagnosis of suicide attempt. **Method:** a quantitative, cross-sectional study with documentary analysis, exploratory-descriptive and retrospective using medical records. **Results:** analyzed 122 attendances showed 62 women and 60 men; preferred nighttime to attempts; 16,4% women/men 13,9% had previous attempt; 7,4% women/men 18,9% with drug abuse; 23,0% women/men 27,9% had mental disorder; 13,1% women/men 14,8% with prior pharmacological treatment. Methods most used by women and men, respectively, medication intake (28,7% and 14,8%), pulses cutting/self-injury (6,6% and 7,4%), throwing from a high place (4,1 % and 7,4%), poisoning (4,9% and 4,1%). There were prevailed suicide attempts among young people (83,6%), women with problems in love relationships (12,3%)/family relations (13,1%), men because of family relations (4,1%) and unemployment/financial problems (4,9%). **Conclusion:** the mentally ill, young people, users' of substance abuse, problems with relationships and economic attempted suicide. It is necessary deployment of surveillance and suicide prevention programs. **Descriptors:** Suicide; Psychiatric Nursing; Mental Health; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: verificar el perfil de las personas atendidas entre 2007 y 2008 en el servicio de urgencias y la unidad de hospitalización de hospital universitario con un diagnóstico de intento de suicidio. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, con el análisis documental, exploratorio-descriptivo y retrospectivo, utilizando los registros médicos. **Resultados:** analizadas 122 atenciones, mostró 62 mujeres y 60 hombres; periodo nocturno preferido para intentos; 16,4% mujeres/13,9% hombres tenían intento anterior; 7,4% de las mujeres/18,9% de los hombres abusaban de drogas; 23,0% mujeres/27,9% hombres tenían trastorno mental; 13,1% mujeres/14,8% hombres con tratamiento farmacológico previo. Métodos más utilizados por mujeres y hombres, respectivamente, la ingesta de medicamentos (28,7% y 14,8%), corte de los pulsos/autolesión (6,6% y 7,4%), se tirarse de lugar alto (4,1 % y 7,4%), la intoxicación (4,9% y 4,1%). Prevalcido intentos de suicidio entre los jóvenes (83,6%), las mujeres con problemas en las relaciones amorosas (12,3%)/relaciones familiares (13,1%), los hombres en las relaciones familiares (4,1%) y desempleo/problemas financieros (4,9%). **Conclusión:** los enfermos mentales, los jóvenes, los usuarios de sustancias de abuso, problemas con las relaciones y el intento de suicidio económico. El despliegue necesario de los programas de prevención y vigilancia de suicidio. **Descriptores:** El Suicidio; Enfermería Psiquiátrica; Salud Mental; La Salud Pública.

¹Enfermeira, Hospital Psiquiátrico de Rondonópolis. Rondonópolis (MT), Brasil. anacarolinabento@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Saúde Pública, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. mazzaia@terra.com.br; ³Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo (SP), Brasil. jfmarcolan@uol.com.br

INTRODUÇÃO

O suicídio é fenômeno complexo, que na atualidade ainda é visto como tabu, embora tenha se tornado grave problema de saúde pública no mundo.^{1,2} É transtorno multidimensional e multicausal, resultante de complexa interação entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos, biológicos, psicológicos e culturais.^{1,3}

Estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽¹⁾, mostram que no ano 2000, 815.000 pessoas cometeram suicídio ao redor do mundo, significando uma morte a cada 40 segundos. O comportamento suicida está incluído entre as 10 maiores causas de morte em todos os países e uma das três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos.¹

Embora essas taxas variem de acordo com aspectos demográficos, aumentaram cerca de 60% nos últimos 50 anos. No entanto, o Brasil apresenta uma das menores médias do mundo, com estimativa de 4,9 mortes para cada 100 mil pessoas. No município de São Paulo, nos anos de 1996 a 2002, em média foram registrados 450 suicídios por ano, sendo a maioria cometida por indivíduos com até 54 anos, com estimativa de que até 10 mil pessoas tentam se matar por ano no Município mais desenvolvido do País.³

As estimativas apontam que os homens apresentam taxa de morte por suicídio três vezes maior que as mulheres e estas tentam de 3 a 4 vezes mais que os homens. Tais dados se explicam em parte pelo fato de as tentativas em homens serem quase sempre mais graves, brutais e mais bem sucedidas.¹

A OMS relata aumento nas taxas de suicídio para indivíduos jovens, com prevalência na faixa etária entre 35 e 45 anos, podendo em alguns países ser na faixa etária entre 15 e 25 anos.^{1, 4-5}

As estatísticas estimam que as tentativas de suicídio sejam 10 a 20 vezes mais frequentes do que as taxas de suicídio efetivado e a maioria ocorre também entre indivíduos jovens, com idade inferior a 35 anos.¹

Os fatores de risco para o comportamento suicida sofrem variações de uma dada região para outra ou de um país para outro, verificando-se que entre 80 e 100% dos casos de morte por suicídio, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, há prevalência de indivíduos com transtornos mentais, que podiam ser diagnosticados precocemente.¹

A presença de doenças físicas, principalmente crônicas, que promovem importantes limitações e prognóstico ruim também são fatores de risco.¹

Há maior risco para indivíduos solteiros, viúvos e divorciados, sendo mais vulneráveis os que vivem sozinhos. O desemprego ou perda do emprego podem influenciar na decisão pelo suicídio.^{1,3}

Os fatores estressores da vida cotidiana (perdas afetivas e econômicas, problemas de relacionamento etc.) ocorridos principalmente nos últimos três meses prévios ao ato suicida, estão associados ao risco para o mesmo.¹

Em relação ao Brasil, os dados podem não demonstrar de maneira fidedigna a realidade, pois não há sistema de vigilância ao suicídio com notificação e acompanhamento dos casos. Tal fato associado às mazelas do atendimento, quando muitas vezes o comportamento suicida não é descrito como tal no diagnóstico, corrobora para a análise equivocada dos dados.¹

Tais obstáculos lançam questionamentos sobre os dados oficiais por comprometer a veracidade da análise sobre suicídio no País.

No Brasil há pouco investimento nessa área para estudos e intervenções, diferentemente do que ocorre em muitos países que investem somas significativas para o treinamento de profissionais de saúde e o desenvolvimento de programas nacionais para prevenção.^{1,4}

Este estudo contribui para o planejamento de ações na área de suicídio ao levantar o perfil dos indivíduos que tentaram se matar e foram atendidos em um hospital universitário referência a esses atendimentos na região metropolitana de São Paulo.

OBJETIVO

- Verificar o perfil de pessoas atendidas entre 2007 e 2008 no pronto socorro e unidade de internação de hospital universitário com o diagnóstico de tentativa de suicídio.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório-descritivo-retrospectivo, por meio de análise documental, com o uso do método quantitativo.

O estudo foi desenvolvido em hospital universitário ligado a universidade federal, localizado na região sudeste do município de São Paulo. A direção do hospital autorizou a realização da pesquisa e os preceitos éticos vigentes foram respeitados.

Foram analisadas todas as fichas de indivíduos atendidos por tentativa de suicídio no referido Hospital nos anos de 2007 e 2008.

O instrumento de coleta de dados buscou identificar o perfil dos indivíduos com comportamento suicida e as características definidoras de acordo com os dados da literatura internacional. Os dados receberam tratamento estatístico e analisados de acordo com o aparecimento de sua frequência.

Por se tratar de estudo sem a participação de seres humanos não houve a necessidade de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. Não há conflito de interesse a declarar pelos autores que patrocinaram o estudo.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 55 fichas de atendimento no ano de 2007 e 67 fichas no ano de 2008, perfazendo total de 122 fichas.

Na Tabela 1 estão os dados relativos à faixa etária, estado civil e situação de emprego dos participantes distribuídos de acordo com o sexo.

Tabela 1. Características do perfil relativas aos indivíduos com comportamento suicida. São Paulo (SP), 2009.

		Feminino	Masculino	Total
Idade	10-19 anos	14 (11,5%)	8 (6,6%)	22 (18,1%)
	20-29 anos	22 (18,0%)	22 (18,0%)	44 (36,0%)
	30-39anos	11 (9,0%)	25 (20,5%)	36 (29,5%)
	40-49 anos	9 (7,4%)	1 (0,8%)	10 (8,2%)
	50-59 anos	3 (2,5%)	2 (1,6%)	5 (4,1%)
	60-69 anos	3 (2,5%)	2 (1,6%)	5 (4,1%)
	Total	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)
Estado civil	Solteiro	11 (9,0%)	14 (11,5%)	25 (20,5%)
	Casado	11 (9,0%)	10 (8,2%)	21 (17,2%)
	Solteiro com parceiro	5 (4,1%)	4 (3,3%)	9 (7,4%)
	Divorciado	4 (3,3%)	3 (2,4%)	7 (5,7%)
	Viúvo	2 (1,6%)	----	2 (1,6%)
	Sem informação	29 (23,8%)	29 (23,8%)	58 (47,6%)
Total		62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)
Situação empregatícia	Empregado	12 (9,8%)	12 (9,8%)	24 (19,6%)
	Desempregado	10 (8,2%)	13 (10,7%)	23 (18,9%)
	Sem informação	40 (32,8%)	35 (28,7%)	75 (61,5%)
	Total	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122(100%)

Na Tabela 2 encontramos os dados quanto ao período da tentativa de suicídio, bem como tentativas prévias de suicídio, uso de álcool ou droga antes da tentativa e se tal tentativa foi ou não planejada.

Tabela 2. Características relacionadas à tentativa de suicídio de acordo com o sexo. São Paulo (SP), 2009

		Feminino	Masculino	Total
Período da Tentativa	Manhã	11 (9,0%)	8 (6,6%)	19 (15,6%)
	Tarde	17 (13,9%)	18 (14,8%)	35 (28,7%)
	Noite	25 (20,5%)	23 (18,8%)	48 (39,3%)
	Madrugada	9 (7,4%)	11 (9,0%)	20 (16,4%)
	Total	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)
Tentativas prévias	Sim	20 (16,4%)	17 (13,9%)	37 (30,3%)
	Não	11 (9,0%)	11 (9,0%)	22 (18,0%)
	Sem informação	31 (25,4%)	32 (26,3%)	63 (51,7%)
	Total	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)
Uso de álcool/droga antes da tentativa	Álcool	8 (6,6%)	15 (12,3%)	23 (18,9%)
	Droga	----	2 (1,6%)	2 (1,6%)
	Ambos	1 (0,8%)	6 (4,9%)	7 (5,7%)
	Nenhum	15 (12,3%)	6 (4,9%)	21 (17,2%)
	Sem informação	38 (31,1%)	31 (25,5%)	69 (56,6%)
Total		62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)
Planejamento da tentativa	Sim	2 (1,6%)	2 (1,6%)	4 (3,2%)
	Não	21 (17,2%)	16 (13,2%)	37 (30,4%)
	Sem informação	39 (32,0%)	42 (34,4%)	81 (66,4%)
	Total	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)

Na amostra havia 50,9% de indivíduos com diagnóstico prévio de transtorno mental, 4,9% que não tinham diagnóstico de transtorno mental e 44,2% das fichas não traziam informações a respeito. Dos que tinham diagnóstico prévio 23,0% eram mulheres e 27,9% eram homens.

Na Tabela 3 estão os dados relativos a sentimento de arrependimento após a tentativa, realização de tratamento e uso

prévio de medicação à tentativa.

Tabela 3. Dados relativos ao comportamento suicida distribuídos por sexo. São Paulo (SP), 2009.

		Feminino	Masculino	Total
Apresentou sentimento de arrependimento	Sim	13 (10,7%)	7 (5,7%)	20 (16,4%)
	Não	4 (3,3%)	4 (3,3%)	8 (6,6%)
	Sem informação	45 (36,8%)	49 (40,2%)	94 (77,0%)
	Total	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)
Fazia tratamento prévio	Sim	16 (13,1%)	18 (14,8%)	34 (27,9%)
	Não	15 (12,3%)	15 (12,3%)	30 (24,6%)
	Sem informação	31 (25,4%)	27 (22,1%)	58 (47,5%)
	Total	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)
Fazia uso prévio de medicação	Sim	21 (17,2%)	15 (12,3%)	36 (29,5%)
	Não	9 (7,4%)	15 (12,3%)	24 (19,7%)
	Sem informação	32 (26,2%)	30 (24,6%)	62 (50,8%)
	Total	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)

Na Tabela 4. apresentamos os dados relativos aos métodos utilizados para a tentativa de suicídio.

Tabela 4. Dados relativos aos métodos usados para a tentativa de suicídio distribuídos por sexo. São Paulo (SP), 2009.

		Feminino	Masculino	TOTAL
Método utilizado	Ingestão medicamentosa	35 (28,7%)	18 (14,8%)	53 (43,5%)
	Corte nos pulsos/ automutilação	8 (6,6%)	9 (7,5%)	17 (14,1%)
	Atirar-se de grandes alturas	5 (4,1%)	9 (7,5%)	14 (11,6%)
	Envenenamento	6 (4,9%)	5 (4,1%)	11 (9,0%)
	Jogar-se na frente de automóveis	1 (0,8%)	6 (4,9%)	7 (5,7%)
	Ingestão de produtos químicos domissanitários	3 (2,5%)	1 (0,8%)	4 (3,3%)
	Sem informação	2 (1,6%)	2 (1,6%)	4 (3,2%)
	Ferimento por arma de fogo	1 (0,8%)	2 (1,6%)	3 (2,4%)
	Enforcamento	-----	2 (1,6%)	2 (1,6%)
	Inalação de gases	1 (0,8%)	1 (0,8%)	2 (1,6%)
	Afogamento	-----	2 (1,6%)	2 (1,6%)
	Intoxicação por álcool/droga	-----	1 (0,8%)	1 (0,8%)
	Injetar água e sal nas veias	-----	1 (0,8%)	1 (0,8%)
	Queimadura	-----	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Total		62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)

A maioria dos indivíduos foi atendida na unidade de emergência e recebeu alta após algum tempo, com poucos sendo encaminhados a serviço especializado para prosseguir o atendimento.

Quanto aos meses do ano em que os indivíduos tentaram o suicídio verificamos que os homens o fizeram em maior número nos meses de fevereiro a junho e setembro enquanto as mulheres o fizeram em março, junho, novembro e dezembro.

A Figura 1 ilustra quais foram os motivos para a tentativa de suicídio.

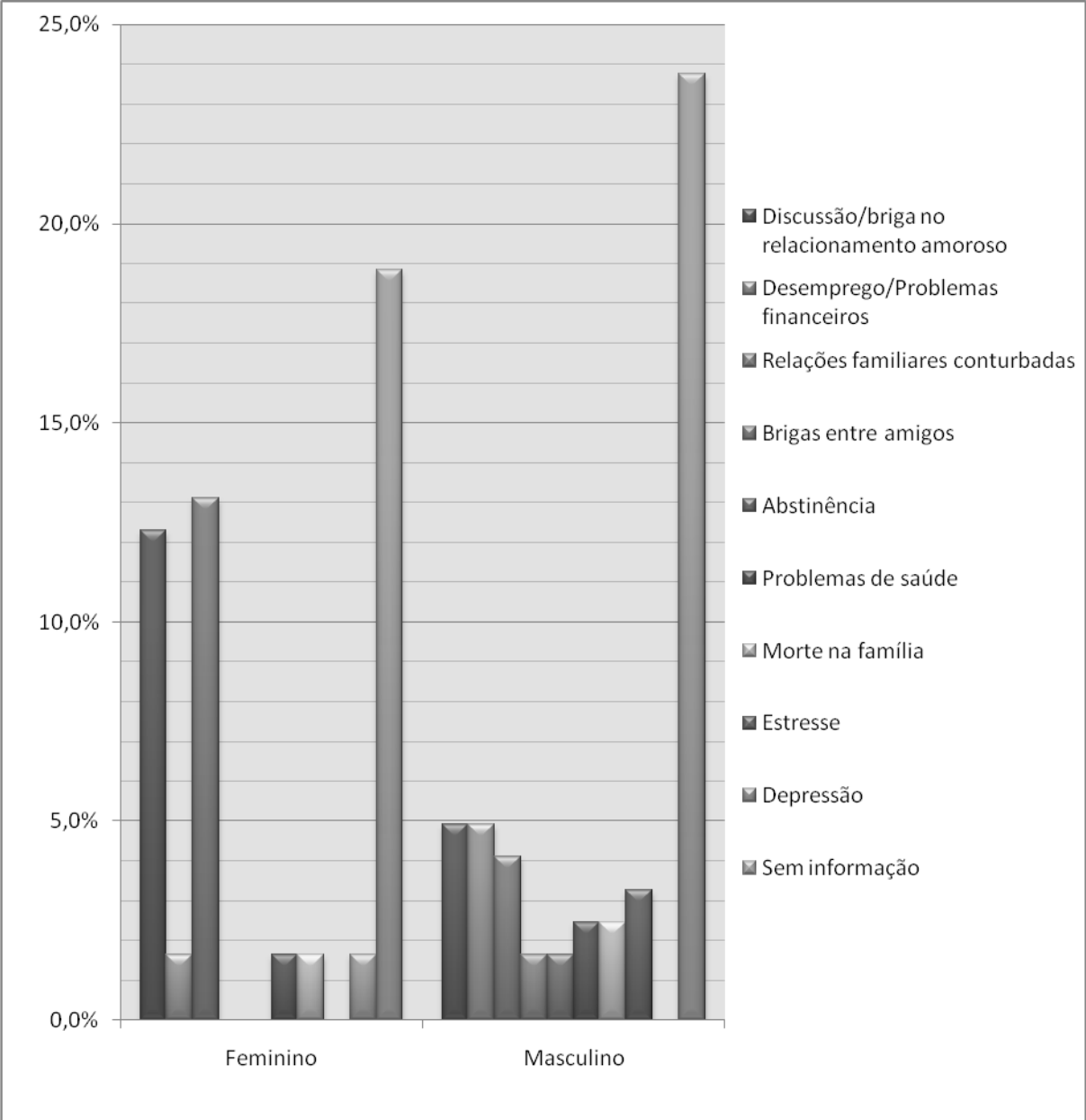


Figura 1. Motivos associados à tentativa de suicídio e distribuição por sexo. São Paulo (SP), 2009

DISCUSSÃO

Em relação ao sexo este estudo demonstrou haver pequena diferença entre o número de mulheres e homens que tentaram o suicídio (50,8% e 49,2% respectivamente), dados estes que são contrários à literatura que aponta no sexo feminino a predominância entre as tentativas.^{1,6-9}

Tal fato pode ser justificado por este hospital universitário ser referência a casos graves para toda a área metropolitana de São Paulo e ter recebido parte desses casos graves quando da tentativa de suicídio. Conforme a literatura, a taxa de suicídio concretizado para o sexo masculino é três vezes maior que no feminino, entre outras coisas devido a método mais efetivo para tentar se matar e que as tentativas de suicídio são de 3 a 4 vezes maiores nas mulheres, relacionadas a métodos menos efetivos.¹

Em relação à idade, este estudo apontou prevalência das tentativas de suicídio nas

faixas etárias mais jovens (10 a 39 anos), mostrando concordância a outros estudos.^{6,8,10-2}

As taxas de suicídio estão aumentando, sobretudo em jovens, principalmente entre a faixa etária de 5 a 44 anos, o que permite comparação com este estudo.¹

Pode se relacionar ao fato de que nessa fase da vida o adolescente está definindo sua identidade, ser um período de escolhas profissionais que o levarão à independência financeira e à conquista de sua autonomia, estando em situação de enfrentamento de conflitos e frustrações. Já na fase adulta pode estar relacionado às dificuldades para conseguir emprego e de relacionamento, gerando sentimento de incapacidade, que é fator de risco para o suicídio.^{8,11}

Quanto ao estado civil, há alto número de fichas sem dados, comprometendo a análise. Entre os dados obtidos constatou-se maior prevalência para o comportamento suicida entre as solteiras, casadas e solteiros, confirmando dados de estudos sobre maior

risco para tais categorias além dos separados/divorciados e viúvos.^{1,3}

Outro estudo relata que o casamento parece diminuir o risco suicida, demonstrando que o coeficiente é de 11 por 100.000, por ano entre os casados.¹²

Em relação à situação empregatícia, mais uma vez o alto número de fichas preenchidas sem informações comprometeu a análise; os dados mostraram que a maioria das mulheres possuía emprego, enquanto a maioria dos homens estava desempregada, apontando estarem os homens mais influenciados com a situação financeira em seu comportamento, como também sinalizado em outros estudos.^{1,3}

Quanto ao período da tentativa, o preferido por mulheres e homens foi durante a noite e madrugada, porém também há significância nos resultados para o período da tarde, dados que estão em acordo com outro estudo.⁸

O preenchimento incorreto das fichas de atendimento no pronto socorro limitou a análise dos dados, pois 51,7% das fichas não apresentavam as informações sobre a tentativa prévia de suicídio. Apesar dessa limitação, verificamos que cerca de um terço (30,3%) apresentaram tentativa prévia, o que se verifica em estudo em hospital com perfil similar na cidade do Rio de Janeiro.¹³

Em estudo realizado na China ressaltou-se que o melhor preditor para o suicídio é a história de uma ou mais tentativas sem sucesso e como fator de risco ter elevado grau de sintomas depressivos, incluindo tentativa anterior.⁹

Os serviços de saúde podem utilizar a informação sobre história anterior de tentativa de suicídio para detecção de indivíduos com maior propensão.⁹

As fichas contendo dados relacionados ao uso de álcool ou outras drogas antes da tentativa mostraram que poucas mulheres fizeram uso de álcool, a maioria dos homens fez uso de álcool e pequena parcela de outras drogas ilícitas, dados semelhantes aos encontrados em outros estudos nacionais.^{7, 13}

O uso de substâncias de abuso está entre os fatores de risco para o comportamento suicida, por deixar o indivíduo mais vulnerável, causando desestruturação mental e encorajando-o a cometer tal ato contra a própria vida¹. Há estudo correlacionando o alcoolismo com aproximadamente 37% dos suicídios nos Estados Unidos e ao aumento da incidência de pensamentos suicidas (86%) entre os pacientes alcoolistas.¹⁴

A maioria das fichas novamente não forneceu dados para análise sobre o planejamento da tentativa de suicídio; entre os dados encontramos poucos indivíduos que planejaram a tentativa de suicídio. A literatura aponta ser comum ocorrer planejamento do suicídio.^{1,5}

Os indivíduos que não planejaram e tentaram se matar, possivelmente estavam sob forte influência da impulsividade, sendo esta um dos traços característicos que marcam tal comportamento.^{1,5}

No presente estudo as perdas amostrais decorrentes do preenchimento incorreto das fichas de atendimento limitam os resultados encontrados em relação ao sentimento de arrependimento. Com os dados disponíveis verificamos que a minoria das pessoas se arrependeu após a tentativa, indo de encontro com os dados de estudo realizado no Rio Grande do Norte e com os da OMS.^{5,15}

Os transtornos mentais estão associados com mais de 90% dos casos de suicídio^{1,15} e há evidências de que portadores de transtorno mental apresentam quatro vezes mais chances de ideação suicida que os controles.¹⁷

Os nossos achados vão ao encontro dos resultados da literatura mundial^{1,2,5,16} e de estudos nacionais^{7,9,13}, pois a maioria foi diagnosticada após a tentativa de suicídio como tendo algum transtorno mental.

A detecção precoce de transtornos mentais e tratamento específico são ações efetivas de prevenção ao suicídio.¹ Verificamos ao longo de nossa experiência profissional e pela falta de literatura nacional que medidas nesse sentido são pouco aplicadas.

Nos resultados encontrados cerca de um quarto dos indivíduos realizavam tratamento prévio, com ênfase no uso de medicação, porém parcela significativa com diagnóstico prévio não estava sob tratamento, o que é comum encontrarmos em outros estudos^{1,2,5,7,13}, apontando para a não aceitação ou à dificuldade de acesso ao tratamento. Tais fatos de não ser realizado diagnóstico precoce e a falta de aplicação de medidas terapêuticas são indicadores para maior risco para o suicídio.^{1,2,5}

Em relação aos métodos aplicados às tentativas, observou-se que os dados estão de acordo com os da maioria dos estudos, em que a ingestão de medicamentos vem a ser predominante no gênero feminino e formas de maior letalidade entre os homens.^{1,7,13,18-20}

O predomínio da ingestão medicamentosa utilizada nas tentativas constata a facilidade de acesso aos medicamentos e o uso dos próprios psicofármacos na tentativa é

comum.¹³ São facilitadores para o consumo inadequado de medicamentos por parte da população: a falta de controle sobre a produção, distribuição e comércio dos medicamentos, o estímulo desenfreado à automedicação, inadequação da assistência farmacêutica, prescrição médica indiscriminada de psicofármacos e fácil acesso ao fármaco guardado em casa.⁶ Associamos a este conjunto a falta de acompanhamento dos pacientes por profissionais especializados e qualificados, corroborando para os pacientes usarem do próprio psicofármaco prescrito como método para o suicídio.

Quanto à sazonalidade, o nosso estudo chamou a atenção para os meses de novembro e dezembro como de maior escolha para as mulheres, coincidindo com o clima de preparativos para as festas de final de ano, em que se evidencia a importância da família. Já os homens apresentara comportamento suicida mais durante o primeiro semestre, principalmente depois do Carnaval, podendo tal fato estar associado ao insucesso em conseguir emprego, pois relataram como motivo para se matar os problemas econômicos decorrentes do desemprego.^{1,3,7,9}

Na literatura encontramos dados discrepantes quanto ao período do ano em que ocorrem mais suicídios em razão dos fatores inerentes a cada local estudado, podemos ver que no hemisfério norte aumenta no outono e primavera¹ e no estado de São Paulo na primavera.²⁰

Os motivos associados às tentativas de suicídio se mostraram semelhantes aos descritos em outros estudos, principalmente para dificuldades nos relacionamentos amorosos, relações familiares conturbadas e perda de situação social (desemprego/problemas financeiros).^{1,3,6,7,9}

O comportamento suicida está frequentemente associado aos transtornos mentais, à incapacidade de sintetizar soluções para problemas e à falta de estratégias de manejo para lidar com estressores como rejeições, fracassos, perdas, negligências e discórdias familiares.^{1,6}

As limitações de nosso estudo se deveram aos dados de único hospital, com limitação de número de indivíduos atendidos e as falhas de preenchimento de algumas características definidoras nas fichas de atendimento, pois apresentavam grandes lacunas para dados importantes. Tal fato mostra o despreparo em realizar a entrevista na busca de dados orientadores da assistência a ser prestada e a pouca importância aos dados epidemiológicos.

A maior cidade do País com sua pujança econômica, como a quase totalidade das cidades brasileiras, não tem programa de prevenção nem de vigilância ao suicídio, contrariando a direção dos grandes centros urbanos desenvolvidos, preocupados em cuidar da vida de seus cidadãos.

CONCLUSÃO

Os dados mostraram que jovens e adultos jovens, portadores de transtorno mental, usuários de substâncias de abuso, com problemas econômicos e de relacionamento procuraram a tentativa de suicídio; todos necessitavam de ajuda especializada.

Há muita limitação para a obtenção dos dados devido à falta de informação pelo preenchimento incorreto e falho das fichas de atendimento.

Outro problema identificado foi a conduta dada aos que tentaram suicídio, pois ao invés de serem encaminhados para avaliação psiquiátrica com possibilidade de internação, receberam alta e somente em algumas vezes foram orientados a procurar o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).

Esse cenário revela o desconhecimento e a falta de qualificação dos profissionais da Saúde para atender com adequação esses pacientes, ainda mais por ser assunto que envolve muito preconceito.

A desinformação e tabus sobre o tema devem ser quebrados por meio de educação e ampla divulgação de conhecimentos para a população e os profissionais.

No Brasil há pouco estudo a respeito de tal tema, dificultando a obtenção de conhecimento, e a diversidade de dados contraditórios acentua a necessidade premente de mais pesquisas sobre a temática e, em especial, da influência dos fatores intrínsecos ao indivíduo e especificidades locais.

Os resultados deste estudo mostram a necessidade de desenvolvimento de programas que visem à prevenção e vigilância ao suicídio, bem como à identificação precoce de fatores de risco, pois o perfil dos indivíduos que tentaram se matar é favorável para a inserção e resolutividade em tais programas.

Deve-se buscar a implantação de sistema de vigilância ao suicídio no País e o desenvolvimento de novos estudos, com a finalidade de estabelecer estratégias para diminuir as dimensões deste problema.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing Suicide : A global imperative [Internet]. 2014

[cited 2014 Jul 30]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/key_messages.pdf

2. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros [Internet]. Genebra: Organização Mundial Saúde; 2006 [cited 2009 Aug 20]. Available from:

http://www.who.int/mental_health/media/counselors_portuguese.pdf

3. Marcolan JF. O suicídio como problema mundial de saúde coletiva: aspectos de vigilância em saúde mental. Saúde Coletiva [Internet]. 2004 [cited 2009 May 22];1(3):28-34. Available from:

www.redalyc.org/pdf/842/84226053005.pdf

4. Baptista MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. Estud psicol (Campinas) [Internet]. 2005 Dec [cited 2009 May 24];22(4):425-31. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000400010&script=sci_arttextdoi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000400010>.

5. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. Prevenção do suicídio manual dirigido a profissionais da saúde em atenção primária [Internet]. 2009 [cited 2009 May 24]. Available from:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

6. Marcondes Filho W, Mezzaroba L, Turini CA, Koike A, Motomatsu Junior A, Shibayama EEM et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. Adolesc latinoam [Internet]. 2002 Nov [cited 2009 June 02];3(2):0-0. Available from:

http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000200007&lng=pt&nrm=iso

7. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2006 Oct [cited 2009 June 02];22(10):2201-2206. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n10/19.pdf>. doi: dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000026

8. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa Júnior ML. Profile of adolescent suicide attempters admitted in an emergency unit. Rev Bras Enferm [Internet]. 2005 Oct [cited 2009 June 02];58(5):535-539. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16613>

385 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500007>

9. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. J Bras Psiquiatr [Internet]. 2005 June [cited 2009 jun 02]; 54(2):146-54. Available from:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=438306&indexSearch=ID&lang=p>

10. Marangoni SR, Seleglim MR, Santos JAT, Buriola AA, Ballani TSL, Oliveira MLF. Intoxications by pesticides recorded at a poisoning control center. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Sept 1 [cited 2008 July 9];5(8):1884-90. doi: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0507201110.

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/viewArticle/1897>

11. Souza KR, Wadi YM, Staduto JAR. Um estudo sobre o suicídio em Toledo/PR: regularidades, recorrências e tendências num cenário de transformações sócio-econômicas (1954 a 2002). Redes (Santa Cruz do Sul) [Internet]. 2005 [cited 2008 July 9];10(2):192-210. Available from:

<http://www.sober.org.br/palestra/12/100459.pdf>

12. Gaspari VPP, Botega NJ. Social support and suicide attempt. Jornal Bras Psiq. 2002 Jul-Ago [cited 2009 June 25];51(4):233-40. Available from:

http://www.reposip.unicamp.br/handle/REP_OSIP/101385?show=full

13. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalence of mental disorders associated with suicide attempts treated at an emergency hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 Sept [cited 2009 June 25];25(9):2064-74. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19750393> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>. PubMed PMID:19750393.

14. Murphy GE, Wetzel RD, Robins E, McEvoy L. Multiple risk factors predict suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1992 June [cited 2012 Dec 12];49(6):459-63. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820060039006. PubMed PMID: 1599370. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1599370>

15. Azevedo AKS, Dutra EMS. Love-based relationship and suicide attempt in adolescence: a matter of (un)love. Rev Abordagem Gestál [Internet]. 2012 June [cited 2012 Dec 12];18(1):20-9. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100004&ln

16. g=pt&
17. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* [Internet]. 2004 [cited 2009 Sept 03];25(4):147-55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15580849> doi: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147>. PubMed PMID: 15580849.
18. Silva VF, Oliveira HB, Botega NJ, Marín-Leon L, Barros MBA, Dalgalarondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 Sept [cited 2009 Sept 03];22(9):1835-1843. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/07.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900014>.
19. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2008 Sept [cited 2009 Sept 03];86(9):657-736. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/9/07-043489/en/>
20. Almeida SA, Guedes PMM, Nogueira JA, França UM, Silva ACO. Investigation of risk for attempt of suicide in hospital of João Pessoa - PB. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2009 [cited 2009 Dec 12];11(2):383-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a20.htm>.
21. Paulete-Vanrell J, Paulete-Scaglia JA, Paulete SS. O comportamento suicida no estado de São Paulo: estudo comparativo dos últimos 16 anos em duas Regiões do Estado. *Saúde Ética & Justiça*. 1996; 1(2).

Submissão: 26/05/2014

Aceito: 14/08/2015

Publicado: 01/09/2015

Correspondência

João Fernando Marcolan
Escola Paulista de Enfermagem/UNIFESP
Rua Napoleão de Barros, 754
Bairro Vila Clementino
CEP 04024-002 – São Paulo (SP), Brasil