

COMPORTAMENTO SUICIDA E ANSIEDADE ENTRE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO NORDESTE BRASILEIRO

Bruno Andrade Santos^a

<https://orcid.org/0000-0002-0613-4371>

José Marcos de Jesus Santos^b

<https://orcid.org/0000-0001-5122-1469>

Thaiane Santana Santos^c

<https://orcid.org/0000-0003-2207-8055>

Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues^d

<https://orcid.org/0000-0002-5593-4172>

Joyce dos Anjos Santos^e

<https://orcid.org/0000-0002-9803-9995>

Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas^f

<https://orcid.org/0000-0001-7604-9132>

Resumo

O comportamento suicida tem sido conceitualizado como um contínuo de pensamentos e comportamentos desde a ideação até o suicídio em si. O objetivo deste trabalho é analisar a prevalência e os fatores associados ao comportamento suicida e o nível de ansiedade entre usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de um estudo observacional e transversal realizado entre julho e setembro de 2019 com 188 usuários adultos de um CAPS em Lagarto, Sergipe. Utilizou-se o Inventário de Ansiedade de Beck

^a Enfermeiro. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: bruno_andradesantos@outlook.com

^b Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Coordenador de Monitoramento e Avaliação na Secretaria Municipal de Saúde. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. E-mail: jsmarcos.ufs@gmail.com

^c Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de Sergipe. Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Lagarto, Sergipe, Brasil. E-mail: thaianesantana08@gmail.com

^d Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade Federal do Piauí. Floriano, Piauí, Brasil. E-mail: iellendantas@hotmail.com

^e Graduanda em Psicologia na Universidade Federal de Sergipe. São Cristóvão, Sergipe, Brasil. E-mail: joycedosanjos.psy@gmail.com

^f Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente na Universidade Federal de Sergipe. Lagarto, Sergipe, Brasil. E-mail: carlakalline@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Sergipe. Av. Governador Marcelo Déda, São José. Lagarto, Sergipe, Brasil. CEP: 49400-000. E-mail: bruno_andradesantos@outlook.com

e a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia. Os resultados mostraram que, durante a vida, a prevalência de ideação suicida foi de 52,7% e de tentativas efetivas de suicídio, 31,8%, sendo maior entre pessoas com renda familiar menor que um salário mínimo (RP: 1,36, IC 95%: 1,07-1,56; RP: 1,97, IC 95%: 1,19-2,70, respectivamente). Com relação à ansiedade, 27,7% apresentaram ansiedade moderada e 21,8%, severa. A ansiedade severa e a tentativa efetiva de suicídio foram mais prevalentes no sexo feminino (RP: 2,70, IC 95%: 1,23-2,83; RP: 1,74, IC 95%: 1,23-1,84, respectivamente). A tentativa efetiva de suicídio se mostrou associada à ansiedade severa (RP: 2,99, IC 95%: 2,08-5,19). Foram encontradas prevalências elevadas e inter-relações da ideação suicida, tentativa efetiva de suicídio e ansiedade severa entre os usuários, com influência do sexo e renda familiar.

Palavras-chave: Ideação suicida. Comportamento autodestrutivo. Ansiedade.

SUICIDE BEHAVIOR AND ANXIETY AMONG USERS OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER
IN NORTHEAST BRAZIL

Abstract

Suicidal behavior has been conceptualized as a continuum of thoughts and behaviors from ideation to suicide itself. This article aimed to analyze the prevalence and the factors associated with suicidal behavior and the level of anxiety among users of a Psychosocial Care Center (CAPS). This is an observational and cross-sectional study conducted between July and September 2019 with 188 adult users of a CAPS in Lagarto, Sergipe. The Beck Anxiety Inventory and the Columbia-Suicide Severity Rating Scale were used. The results showed that, during life, the prevalence of suicidal ideation was 52.7% and suicide rates, 31.8%, being higher among people who had a family income lower than a minimum wage (PR: 1.36, 95% CI: 1.07-1.56; PR: 1.97, 95% CI: 1.19-2.70, respectively). Regarding anxiety, 27.7% moderate anxiety and 21.8%, severe. Severe anxiety and effective suicide attempt were more prevalent in females (PR: 2.70, 95% CI: 1.23-2.83; PR: 1.74, 95% CI: 1.23-1.84, respectively). Effective suicide attempt is associated with severe anxiety (PR: 2.99, 95% CI: 2.08-5.19). High prevalence and interrelations of suicidal ideation, effective suicide attempt, and severe anxiety among users were found, with the influence of gender and family income.

Keywords: Suicidal ideation. Self-destructive behavior. Anxiety.

COMPORTAMIENTO SUICIDA Y ANSIEDAD EN USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN EL NORDESTE DE BRASIL

Resumen

El comportamiento suicida se ha conceptualizado como un continuo de pensamientos y comportamientos desde la ideación hasta el suicidio mismo. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia y los factores asociados a la conducta suicida y el nivel de ansiedad entre los usuarios de un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Se trata de un estudio observacional y transversal realizado entre julio y septiembre de 2019 con 188 usuarios adultos de un CAPS en Lagarto, Sergipe. Se utilizaron el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Evaluación del Riesgo de Suicidio de Columbia. Los resultados indujeron que, durante la vida, la prevalencia de ideación suicida fue del 52,7% y las tasas de suicidio del 31,8%, siendo mayor entre quienes tenían un ingreso familiar inferior al salario mínimo (RP: 1,36, IC 95%: 1,07-1,56; RP: 1,97, IC del 95%: 1,19-2,70, respectivamente). En cuanto a la ansiedad, el 27,7% presentó ansiedad moderada y el 21,8% severa. La ansiedad severa y el intento de suicidio efectivo fueron mayores en las mujeres (RP: 2,70; IC del 95%: 1,23-2,83; RP: 1,74; IC del 95%: 1,23-1,84, respectivamente). El intento de suicidio efectivo se asocia con la ansiedad severa (PR: 2,99; IC del 95%: 2,08 a 5,19). Se evidenció alta prevalencia e interrelaciones de ideación suicida, intento de suicidio efectivo y ansiedad severa entre los usuarios, con influencia del género y los ingresos familiares.

Palabras clave: Ideación suicida. Comportamiento autodestructivo. Ansiedad.

INTRODUÇÃO

Compreende-se o comportamento suicida como um conjunto de pensamentos e comportamentos que envolvem desde a ideação suicida até a tentativa, que pode se consumir no suicídio em si. Entre as terminologias utilizadas nos estudos sobre o suicídio, tem-se: a ideação suicida, o plano suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado¹. Dessa forma, o indivíduo idealiza o fim da vida, formula um método com a intenção de morrer e engaja em comportamentos autodestrutivos que podem levar, conseqüentemente, à sua morte.

O comportamento suicida é considerado uma das maiores causas de morte a nível mundial. De acordo com dados epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrem cerca de 804 mil mortes em decorrência do suicídio, o que significa, em média, uma morte a cada quarenta segundos no mundo. O Brasil é o oitavo país com maior número de suicídios do planeta: são 32 mortes diárias ou uma morte a cada 45 minutos por

suicídio¹. Ainda, um estudo brasileiro apontou um aumento de 12% nas taxas de suicídio no país, chegando a 13.467 em 2016, enquanto em 2012 o número era de 11.821².

Considerando que o suicídio é um problema pessoal, familiar, social e multifatorial de saúde², alguns estudos vêm sendo desenvolvidos para identificar pontos em que os serviços de saúde podem atuar para sua prevenção. Assim, os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida são os problemas biológicos, médicos, ambientais, existenciais, motivações sociais, psiquiátricos e psicológicos. Desses últimos, os transtornos mais relacionados são depressão, transtornos de estado de humor e bipolaridade, esquizofrenia, ansiedade, transtornos de personalidade, desesperança, solidão e transtornos relacionados ao abuso de substâncias psicoativas como álcool, cocaína ou anfetamina³.

Tendo isso em vista, entende-se que os transtornos relacionados à saúde mental são importantes fatores de risco ao comportamento suicida. Nesse contexto, uma revisão realizada por uma pesquisadora alemã identificou que as doenças psiquiátricas eram presentes na maioria dos indivíduos que tentaram ou cometeram suicídio, tendo até dez vezes maior prevalência entre esse grupo em comparação à população geral. Ademais, a autora identificou que os transtornos associados mais comuns eram a depressão, o abuso de substâncias e a psicose, porém destacou também o transtorno de personalidade, o alimentar, o relacionado a trauma e o de ansiedade⁴.

Nessa perspectiva, é importante afirmar que a ansiedade é uma condição individual e desagradável causada por alterações psicofisiológicas em decorrência de confrontos com situações que confundem, causam medo, irritam ou ameaçam o indivíduo. O organismo reage a esse estímulo e o interpreta como ameaça, o que perturba a homeostase e causa desequilíbrio emocional e físico, tendo manifestações clínicas como: taquicardia, hipertensão, fadiga, cefaleia, entre outros⁵.

Quando em nível patológico, a ansiedade é considerada um dos sintomas presentes nos transtornos de ansiedade. Esses transtornos estão agrupados na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V) da seguinte forma: transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, fobias específicas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo⁶. Ainda, a ansiedade tem sido apresentada como um importante fator de risco para o comportamento suicida. Uma revisão sistemática com metanálise identificou que os indivíduos com transtornos de ansiedade eram mais propensos a apresentar ideias, tentativas ou qualquer comportamento suicida em comparação às pessoas sem ansiedade⁷.

Dessa forma, entendendo o suicídio como uma questão de saúde pública emergente, o Brasil conta com uma Rede de Atenção Psicossocial, estabelecida após a reforma psiquiátrica por meio da Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011⁸. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são locais essenciais para o trabalho dos profissionais de saúde mental, sob uma perspectiva interdisciplinar, com ênfase no atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e às pessoas com transtornos relacionados ao abuso de substâncias.

Assim, tendo em vista o crescente número de casos de suicídio no Brasil e a importância da análise de fatores de risco, sobretudo a presença de transtornos mentais como os de ansiedade, o estudo tem como objetivo analisar a prevalência do comportamento suicida e o nível de ansiedade, bem como seus fatores associados, entre usuários de um CAPS localizado em Sergipe.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional e quantitativo, transversal, descritivo e inferencial, realizado entre os meses de julho e setembro de 2019 com 188 usuários adultos de um CAPS em Lagarto, Sergipe, Brasil. Utilizou-se o guia internacional STROBE devido ao desenho adotado. O STROBE é um *checklist* de 22 itens, sendo 18 itens comuns a todos os tipos de estudo – como título, resumo, introdução, método, resultados e discussão – e quatro específicos para os estudos de coorte, caso-controle ou seccional⁹.

A população elegível ao estudo foi composta por 351 usuários, segundo dados da direção do serviço de saúde mental. A partir disso, realizou-se cálculo amostral usando a fórmula de Barbetta¹⁰, sendo considerado um nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, resultando em 187 usuários avaliados. Foram considerados elegíveis usuários ativos no serviço e com idade igual ou maior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram estar em agitação psicomotora, apresentar sequela neurológica que impossibilitasse a obtenção de dados e/ou se recusar a participar da pesquisa. A aplicação das entrevistas seguiu um cronograma elaborado pelos pesquisadores, no qual todos os dias e turnos da semana foram cobertos e os usuários foram convidados a participar da pesquisa de forma aleatória simples.

Os dados foram obtidos por meio dos seguintes instrumentos validados: Inventário de Ansiedade de Beck e Escala de Avaliação de Risco Suicida de Columbia (C-SSRS). Inventário de ansiedade de Beck (BAI): idealizado por Beck e Steer¹¹, é constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, com uma escala de intensidade de 4 pontos, em nível crescente de gravidade: (1) absolutamente não; (2) levemente: não me incomodou muito; (3) moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar; (4) gravemente: dificilmente pude suportar. Pode ser aplicado em sujeitos de 18 a 80 anos. O escore total pode variar de 0 a 10, e o nível de ansiedade pode ser descrito da seguinte forma: grau mínimo de ansiedade (0-10), ansiedade leve (11-19), ansiedade moderada (20-30) e ansiedade severa (31-63). Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS): desenvolvida pela Columbia University, the University of Pennsylvania e University of Pittsburgh¹² – apoiada pela National Institute of Mental Health (NIMH). Foi traduzida para mais de 120 idiomas e utilizada por diversas instituições norte-americanas para detecção e monitoramento de ideação

e comportamento suicida. Trata-se de uma entrevista semiestruturada com 21 perguntas que avaliam separadamente ideação, comportamento, tentativa e risco de suicídio. Além de possibilitar a diferenciação do comportamento suicida entre aqueles com pouca probabilidade de acarretar lesões e comportamentos com maior probabilidade de resultar em morte, apesar da existência de assistência médica, a entrevista é adequada para todas as idades e populações especiais em diferentes configurações.

Ademais, foi realizada a caracterização sociodemográfica da amostra que avaliou faixa etária, sexo, raça, escolaridade, zona de moradia, tipo de moradia, estado civil, trabalho e renda familiar. Com isso, realizou-se a apresentação de resultados descritivos das variáveis sociodemográficas e variáveis do Inventário de Ansiedade de Beck e da Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia. Foram estimadas associações entre as seguintes variáveis qualitativas/categóricas: faixa etária, sexo, escolaridade e renda familiar com o nível de ansiedade, ideação suicida e tentativa efetiva de suicídio durante a vida. Estimou-se ainda a associação entre o nível de ansiedade e a ideação suicida e/ou tentativa efetiva de suicídio.

Nesse sentido, após digitação dupla, seguida pela apuração dos dados, realizou-se a análise estatística descritiva e inferencial no IBM SPSS – Statistical Package for the Social Sciences 20.0 Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos). As variáveis quantitativas foram descritas em média, desvio-padrão, valor mínimo e máximo. As variáveis qualitativas/categóricas foram descritas por meio de frequências absoluta e relativa. As associações entre as variáveis categóricas foram investigadas por meio do teste Qui-quadrado e Exato de Fisher. Estimou-se também a Razão de Prevalência (RP) como medida de associação e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Em todos os casos foi adotada significância de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS), sob parecer nº 3.471.399. Os pesquisadores seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras preconizadas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

A média de idade dos participantes foi de 41,3 anos, sendo 17 a mínima e 73 a máxima. A maioria tinha 35 anos ou mais (64,9%; n = 122), sexo feminino (53,2%; n = 100), raça parda (63,3%; n = 119), analfabeta ou com fundamental incompleto (70,2%; n = 132), procedente da zona rural (51,1%; n = 96), vivia em casa própria (78,7%; n = 148), sem companheira(o) (71,3%; n = 134) e não trabalhava (95,7%; n = 180). Quanto à renda familiar, 48,9% (n = 92) recebiam um salário mínimo ou menos e 41% (n = 77) recebiam entre um e dois salários (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Resultados descritivos de variáveis sociodemográficas dos usuários de um centro de atenção psicossocial (n = 188). Lagarto, Sergipe, Brasil – 2019

Variáveis sociodemográficas	N	%
Faixa etária		
≤ 19 anos	3	1,6
20 a 34 anos	52	27,6
≥ 35 anos	122	64,9
Ignorado	11	5,9
Sexo		
Masculino	87	46,3
Feminino	100	53,2
Ignorado	1	0,5
Raça		
Branca	33	17,5
Amarela	2	1,1
Parda	119	63,3
Preta	31	16,5
Não soube informar	1	0,5
Ignorado	2	1,1
Escolaridade		
Analfabeto	25	13,3
Fundamental incompleto	107	56,9
Fundamental completo	9	4,8
Médio incompleto	20	10,7
Médio completo	24	12,8
Superior incompleto	1	0,5
Superior completo	1	0,5
Ignorado	1	0,5
Zona de moradia		
Urbana	91	48,4
Rural	96	51,1
Ignorado	1	0,5
Tipo de moradia		
Moradia própria	148	78,7
Moradia alugada	38	20,3
Moradia terapêutica	1	0,5
Ignorado	1	0,5
Estado civil		
Solteiro	124	66
Casado	29	15,4
União estável	24	12,8
Divorciado	10	5,3
Ignorado	1	0,5
Trabalho remunerado		
Sim	6	3,2
Não	180	95,7
Ignorado	2	1,1
Renda familiar		
≤ 1 salário mínimo	92	48,9
> 1 e ≤ 2 salários mínimos	77	41
> 2 e ≤ 3 salários mínimos	16	8,5
Ignorado	3	1,6

Fonte: Elaboração própria.
N = Frequência absoluta, % = Frequência relativa.

Com relação ao Inventário de Ansiedade de Beck, observou-se que 27,7% (n = 52) dos usuários apresentam ansiedade moderada e 21,8% (n = 41), ansiedade severa (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Resultado da análise do Inventário de Ansiedade de Beck entre usuários de um centro de atenção psicossocial (n = 188). Lagarto, Sergipe, Brasil – 2019

Inventário de Ansiedade de Beck	N	%
Nível de ansiedade		
Grau mínimo de ansiedade	57	30,3
Ansiedade leve	37	19,7
Ansiedade moderada	52	27,7
Ansiedade severa	41	21,8
Ignorado	1	0,5

Fonte: Elaboração própria.

N = Frequência absoluta, % = Frequência relativa.

A análise da Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia mostrou que, durante a vida, 52,7% (n = 99) apresentaram ideação suicida e 31,9% (n = 60) tentaram se suicidar. No que diz respeito à intensidade da ideação, 29,8% (n = 56) referiram uma frequência de muitas vezes por dia; 29,3% (n = 55) relataram duração maior que oito horas (pensamentos persistentes ou contínuos); 32,4% (n = 61) sentem-se incapazes de controlar os pensamentos e 38,9% (n = 73) responderam que a razão para ideação suicida era, sobretudo, para acabar com o sofrimento. A amostra também apresentou grande parcela com motivos para não cometer suicídio: 33,5 % (n = 63) com razões que com certeza o/a impediram de cometer suicídio e 8,5% (n = 16) com razões que provavelmente o/a impediram de cometer suicídio (**Tabela 3**).

Esses resultados sugerem que na população estudada há uma alta prevalência de ideação suicida, demonstrada principalmente na variável “ideação suicida ativa com plano específico e ação”, com 33 % (n = 64), que é considerada o mais alto grau de ideação captado pelo instrumento. Além disso, a intensidade da ideação também é um dado preocupante, visto que reflete a permanência dos pensamentos suicidas nos participantes e sua gravidade.

Quanto à parcela da escala que avalia especificamente o comportamento suicida, foi possível identificar que, durante a vida, o conjunto dos usuários cometeu um total de 314 tentativas efetivas, uma média de 1,67 tentativas por pessoa.

Os comportamentos autolesivos não suicidas, que são entendidos como danos causados à própria pessoa sem a intenção de morrer, aconteceram em 12,8 % dos participantes (n = 24), um número baixo, porém pode servir como alerta para o comportamento suicida específico, visto que o indivíduo pode cometer lesões contínuas a si mesmo que podem acarretar risco à sua vida. Já os atos ou comportamento preparatórios, como escrever bilhete, se desfazer dos bens, se despedir dos conhecidos, entres outros, ocorreram em 20,8% dos participantes (n = 39), sendo vital para os serviços de saúde mental identificarem esses atos preparatórios para que a intervenção seja oportuna e a tentativa não seja efetivada.

Tabela 3 – Distribuição de respostas à Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS), segundo período “durante a vida”, entre usuários de um centro de atenção psicossocial (n = 188). Lagarto, Sergipe, Brasil – 2019

(continua)		
Ideação suicida (durante a vida)	N	%
Desejo de estar morto	11	5,9
Pensamentos suicidas ativos não específicos	15	8
Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir	15	8
Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico	20	10,6
Ideação suicida ativa com plano específico e intenção	64	34
Não se aplica	62	33
Ignorado	1	0,5
Intensidade da ideação suicida (durante a vida)	N	%
Frequência da ideação suicida		
Menos de uma vez por semana	23	12,2
Uma vez por semana	13	6,9
Duas a cinco vezes por semana	22	11,8
Todos os dias ou quase todos os dias	15	8
Muitas vezes por dia	56	29,8
Não se aplica	57	30,3
Ignorado	2	1
Duração da ideação suicida		
Passageiros (alguns segundos ou minutos)	22	11,7
Menos de uma hora (algum tempo)	19	10,1
Uma a quatro horas (muito tempo)	17	9,1
Quatro a oito horas (a maior parte do dia)	16	8,5
Mais de oito horas (pensamentos persistentes ou contínuos)	55	29,3
Não se aplica	57	30,3
Ignorado	2	1
Controlabilidade da ideação		
É capaz de controlar os pensamentos facilmente	23	12,2
Pode controlar os pensamentos com pouca dificuldade	8	4,3
Pode controlar os pensamentos com alguma dificuldade	14	7,5
Pode controlar os pensamentos com muita dificuldade	20	10,6
É incapaz de controlar os pensamentos	61	32,4
Não tenta controlar os pensamentos	0	0
Não se aplica	57	30,3
Ignorado	5	2,7
Razões para não cometer suicídio		
Essas razões, com certeza, o/a impediram de cometer suicídio	63	33,5
Essas razões, provavelmente, o/a impediram	16	8,5
Não tem certeza de que essas razões o/a impediram	15	8
Essas razões, provavelmente, não o/a impediram	6	3,2
Essas razões, com certeza, não o/a impediram	22	11,7
Não se aplica	57	30,3
Ignorado	9	4,8
Razões para ideação suicida		
Com certeza para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas	1	0,5
Sobretudo para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas	4	2,1
Tanto para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas como acabar com o sofrimento	22	11,7
Sobretudo para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo)	73	38,9
Com certeza para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo)	13	6,9
Não se aplica ao seu caso	56	29,8
Ignorado	19	10,1

Tabela 3 – Distribuição de respostas à Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS), segundo período “durante a vida”, entre usuários de um centro de atenção psicossocial (n = 188). Lagarto, Sergipe, Brasil – 2019

(conclusão)

Comportamento suicida (durante a vida)	N	%
Você cometeu uma tentativa de suicídio?		
Sim	60	31,9
Não	127	67,6
Ignorado	1	0,5
Número total de tentativas efetivas		
Uma	18	9,6
Duas	16	8,5
Três	7	3,7
Quatro	3	1,6
Cinco ou mais	16	8,5
Não se aplica	127	67,6
Ignorado	1	0,5
O/A paciente se engajou em um comportamento autolesivo não suicida?		
Sim	24	12,8
Não	163	86,7
Ignorado	1	0,5
Tentativa interrompida		
Sim	46	24,5
Não	141	75
Ignorado	1	0,5
Número total de tentativas interrompidas		
Uma	18	9,6
Duas	14	7,4
Três	5	2,7
Quatro	2	1,1
Cinco ou mais	7	3,7
Não se aplica	141	75
Ignorado	1	0,5
Tentativa abortada		
Sim	21	11,2
Não	166	88,3
Ignorado	1	0,5
Número total de tentativas abortadas		
Uma	12	6,4
Duas	5	2,7
Três	2	1,1
Quatro	1	0,5
Cinco ou mais	1	0,5
Não se aplica	166	88,3
Ignorado	1	0,5
Atos ou comportamentos preparatórios		
Sim	39	20,8
Não	148	78,7
Ignorado	1	0,5

Fonte: Elaboração própria.
N = Frequência absoluta, % = Frequência relativa.

A ansiedade considerada severa foi maior entre usuários do sexo feminino (RP: 2,70, IC 95%: 1,23-2,83) e entre aqueles que já haviam tentado suicídio efetivamente (RP: 2,99, IC 95%: 2,08-5,19). O fato de o nível de ansiedade ser maior nos casos em que houve tentativa de suicídio anterior não revela se a tentativa foi um fator desencadeante da ansiedade severa ou o contrário, porém, pode-se afirmar que as duas condições são prováveis

de serem encontradas juntas em pacientes psiquiátricos, o que deve acender um alerta quando um paciente é diagnosticado com ansiedade severa, sendo prioritária a prevenção do suicídio nesse grupo, bem como o oposto é válido.

Tabela 4 – Associações entre variáveis sociodemográficas e da Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia com os níveis de ansiedade entre usuários de um centro de atenção psicossocial. Lagarto, Sergipe, Brasil – 2019

Variáveis sociodemográficas e da Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia	Nível de ansiedade		p valor (X ²)	RP (IC 95%)
	Severa %	Moderada, leve, grau mínimo %		
Faixa etária				
≤ 34 anos	16,4	83,6	0,222	0,67 (0,43-3,80)
≥ 35 anos	24,6	75,4		
Sexo			0,001	2,70 (1,23-2,83)
Feminino	31	69		
Masculino	11,5	88,5		
Escolaridade			0,126	0,65 (0,27-1,17)
Analfabeta/Fundamental incompleto	18,9	81,1		
Fundamental completo/Médio/Superior	29,1	70,9		
Renda familiar			0,097	1,62 (0,26-1,82)
Até um salário mínimo	26,1	73,9		
Mais que um salário mínimo	16,1	83,9		
Ideação suicida (durante a vida)			*0,079	2,55 (0,88-8,40)
Sim	29,3	70,7		
Não	11,5	88,5		
Tentativa efetiva de suicídio (durante a vida)			<0,001	2,99 (2,08-5,19)
Sim	40	60		
Não	13,4	86,6		

Fonte: Elaboração própria.

RP = Razão de prevalência, IC 95% = Intervalo de confiança de 95%, X² = Teste Qui-quadrado. *Teste Exato de Fisher.

A ideação suicida durante a vida foi maior entre usuários com renda familiar menor que um salário mínimo (RP: 1,36, IC 95%: 1,07-1,56). A tentativa efetiva de suicídio foi maior em pessoas do sexo feminino (RP: 1,74, IC 95%: 1,23-1,84) e, igualmente à ideação, que tinham renda familiar menor que um salário mínimo (RP: 1,97, IC 95%: 1,19-2,70) (**Tabela 5**).

Tabela 5 – Associações entre variáveis sociodemográficas e ideação suicida/tentativa efetiva de suicídio entre usuários de um centro de atenção psicossocial. Lagarto, Sergipe, Brasil – 2019

(continua)

Variáveis sociodemográficas	Ideação suicida (durante a vida)		p valor (X ²)	RP (IC 95%)	Tentativa efetiva de suicídio (durante a vida)		p valor (X ²)	RP (IC 95%)
	Sim %	Não %			Sim %	Não %		
	Faixa etária							
≤ 34 anos	68,6	31,4	0,089	0,83 (0,67-1,36)	32,7	67,3	0,994	1,00 (0,50-1,97)
≥ 35 anos	82,6	17,4			32,8	67,2		

Tabela 5 – Associações entre variáveis sociodemográficas e ideação suicida/tentativa efetiva de suicídio entre usuários de um centro de atenção psicossocial. Lagarto, Sergipe, Brasil – 2019

(conclusão)

Variáveis sociodemográficas	Ideação suicida (durante a vida)		p valor (X ²)	RP (IC 95%)	Tentativa efetiva de suicídio (durante a vida)		p valor (X ²)	RP (IC 95%)
	Sim %	Não %			Sim %	Não %		
Sexo								
Feminino	79,7	20,3	0,860	1,02 (0,38-2,21)	40	60	0,013	1,74 (1,23-1,84)
Masculino	78,4	21,6			23	77		
Escolaridade								
Analfabeta/Fundamental incompleto	80,2	19,8	0,673	1,04 (0,48-3,03)	28	72	0,066	0,67 (0,28-1,04)
Fundamental completo/Médio/Superior	76,9	23,1			41,8	58,2		
Renda familiar								
Até um salário mínimo	90,6	9,4	0,002	1,36 (1,07-1,56)	42,4	57,6	0,002	1,97 (1,19-2,70)
Mais que um salário mínimo	66,7	33,3			21,5	78,5		

Fonte: Elaboração própria.

RP = Razão de prevalência, IC 95% = Intervalo de confiança de 95%, X² = Teste Qui-quadrado.

Com relação à ideação suicida, considerou-se “sim” as respostas aos itens 3 a 5 – ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir; ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico; ideação suicida ativa com plano específico e intenção – e “não” aos itens 1 e 2 – desejo de estar morto; pensamentos suicidas ativos não específicos.

DISCUSSÃO

Ao analisar os dados deste estudo, foi possível traçar paralelos com dados disponíveis na literatura científica. Assim, no que se refere ao perfil sociodemográfico, observa-se equivalência em outros estudos que analisaram variáveis relacionadas ao suicídio ou à ansiedade quanto à predominância do gênero feminino na amostra^{13,14,15} e quanto à média de idade da amostra^{14,15}. Tais variáveis devem ser ressaltadas visto que, além da relação observada nos resultados desta pesquisa, foi apontada também por outros pesquisadores a associação entre maior nível de ansiedade e o gênero feminino¹⁶, além do risco de tentativa de suicídio e o gênero feminino¹⁴. Entretanto, vale ressaltar que a prevalência do suicídio consumado é maior entre o gênero masculino, sendo essa uma associação apontada nas pesquisas^{13,14}. Apesar de não terem sido observados os níveis de ansiedade, ou o comportamento suicida, em relação à idade do indivíduo, estudos apontam que a idade está relacionada a esses aspectos^{13,14,15}.

Quanto à escolaridade, um estudo chinês observou que a ideação suicida durante a vida se apresentava mais evidente entre a população com até a educação primária completa¹⁷,

o que condiz com os dados desta pesquisa, que afirmam que a ideação suicida durante a vida esteve presente em 80,2% da população analfabeta ou com ensino fundamental incompleto. Apesar disso, as tentativas de suicídio, como observado também nos resultados deste estudo, são mais frequentes em indivíduos com maior nível educacional^{13,18}. Já a ansiedade severa é observada mais comumente entre pessoas com menor escolaridade^{15,16}.

Um estudo realizado na Espanha apresenta associação entre a renda e o risco de tentativa de suicídio, visto que os maiores índices de risco se encontram entre os indivíduos impossibilitados de trabalhar e desempregados¹⁴. Ao analisar essa variável e sua associação aos níveis de ansiedade também se obtêm significância estatística, o que foi observado em uma pesquisa realizada com 805 pacientes de hemodiálise na Grécia. Tal estudo identificou que as pessoas de baixa renda apresentavam, em maior proporção, níveis mais altos de ansiedade¹⁶.

Ainda, os resultados desta análise vão ao encontro da literatura nacional e internacional acerca do tema, em que os transtornos mentais são apontados como importantes fatores de risco para o comportamento suicida, sendo fortes preditores para tentativa de suicídio e morte por suicídio. Nessa perspectiva, um estudo que analisou as tentativas de suicídio de moradores de uma província do Irã entre 2011 e 2016 apontou que, entre as causas identificadas, os transtornos mentais ocupavam o terceiro lugar, sendo presentes em 10,6% dos casos, atrás do tópico “conflitos familiares”, com 66,5%, e “outros”, com 13,8%¹³.

Nesse cenário, uma pesquisa com 120 adolescentes internados em um hospital do Irã após tentativa de suicídio identificou que a ansiedade apresentava forte associação à ideação suicida¹⁹. Tal dado também foi apontado em um estudo brasileiro realizado com 189 indivíduos, dos quais 63 já haviam tentado suicídio, 63 apresentavam histórico de ideação suicida e 63 não demonstravam tais comportamentos. Com o objetivo de investigar fatores de risco e de proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente, os autores dessa pesquisa observaram que a ansiedade social esteve presente em níveis altos no grupo em que foi identificada a ideação suicida²⁰.

Vale ressaltar que a ideação suicida, presente em 34% da amostra com a frequência de muitas ocorrências durante o dia e com duração de mais de oito horas, e o comportamento suicida, relatado por 31,9% dos indivíduos, vêm sendo investigados em pesquisas a fim de elencar fatores de risco para que, assim, seja possível realizar a prevenção desse quadro^{13,14,17,18,19,20}. Apesar da importância da identificação dos fatores de risco, alguns estudos apontam fatores de proteção contra a ideação suicida, que devem ser observados atentamente pelos profissionais de saúde, visto que é um campo a ser trabalhado com indivíduos que apresentam comportamento suicida. Essa importância pode ser observada em dados desta pesquisa, em que 33,5% das pessoas afirmaram que tinham razões que, com certeza, as impendem de cometer suicídio.

Dessa forma, um estudo brasileiro realizado com 521 participantes, sendo que 12,09% desses apresentavam histórico de tentativa de suicídio, identificou que todos os fatores de proteção contra suicídio (amizade, relacionamento familiar, habilidades sociais, autoestima e autoeficácia) apresentavam maiores médias no grupo que não demonstrava ideação suicida. Além disso, foram destacadas, como fatores intrínsecos, as variáveis de autoestima e autoeficácia como imprescindíveis no processo de lidar melhor com problemas e as variáveis de amizade, relacionamento familiar e habilidades sociais como importantes fatores extrínsecos que servem de apoio e atuam no contexto em que a pessoa está inserida²⁰.

Assim, entende-se o suicídio como um dos extremos do comportamento suicida, relacionado a inúmeros fatores causais², sendo os transtornos mentais importantes preditores desses acontecimentos⁴. Tendo isso em vista, é possível afirmar que as instituições de saúde que atendem pacientes com transtornos psiquiátricos são focos de trabalho imprescindíveis para prevenção e diminuição dos casos de suicídio. Diante disso, uma revisão sistemática observou que 80% dos indivíduos têm contato com as instituições primárias de saúde mental durante o ano antes de cometer suicídio, essa frequência diminui para 54% nos últimos seis meses, 41% nos últimos três meses e 16% na última semana²¹. Tal evidência expõe a necessidade de estratégias e intervenções nesse nível de cuidado em saúde.

Ao traçar um paralelo com o sistema de saúde do Brasil, essas ações seriam focadas na Atenção Básica e nos centros de atenção psicossocial, considerados os primeiros níveis da rede de atenção psicossocial. Estudos como este são de extrema importância a fim de servir de subsídio para o planejamento de estratégias com o objetivo de prevenir e diminuir a quantidade de suicídios no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra do estudo foi composta, predominantemente, por indivíduos do sexo feminino, com 35 anos ou mais, de cor parda, residentes de zona rural em moradia própria e solteiros. Foi observada prevalência do nível de escolaridade referente ao ensino fundamental incompleto. Além disso, a maioria não tinha um trabalho remunerado e a renda familiar era de até um salário mínimo.

Observou-se que a maioria dos indivíduos apresentavam ansiedade de grau mínimo e ideação suicida com plano específico e intenção. Foram evidenciadas prevalências elevadas e inter-relações da ideação suicida, tentativa efetiva de suicídio e ansiedade severa entre os usuários, com influência do sexo e da renda familiar.

A importância do tema é evidente, porém deve-se dar maior atenção para estudos que evidenciem a relação entre ansiedade, em pacientes com transtornos mentais,

e comportamento suicida, visto a escassez de evidências na literatura sobre o tema nessa população específica.

Ainda, vale ressaltar que não basta somente identificar o risco de suicídio na população, deve-se dar atenção prioritária para atividades de prevenção, para que se possa diminuir o desfecho indesejável, que é a morte. Tendo isso em vista, espera-se que os resultados apresentados nesta pesquisa contribuam para a fomentação de ações de saúde que visem prevenir e reduzir os casos de suicídio, fortalecendo o serviço da Rede de Atenção Psicossocial.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Bruno Andrade Santos, Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas e José Marcos de Jesus Santos.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Bruno Andrade Santos, Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas, Thaianie Santana Santos, Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues, Joyce dos Anjos Santos e José Marcos de Jesus Santos.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Bruno Andrade Santos, Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas, Thaianie Santana Santos, Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues, Joyce dos Anjos Santos e José Marcos de Jesus Santo.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Bruno Andrade Santos, Carla Kalline Alves Cartaxo Freitas, Thaianie Santana Santos, Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues, Joyce dos Anjos Santos e José Marcos de Jesus Santos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: WHO; 2014.
2. Alves V, Nardi AE. Urgent need for government and social policies to prevent suicide in Brazil. *J Bras Psiquiatr.* 2020;69(1):1-2.
3. Bahia CA, Avanci JQ, Pinto LW, Minayo MCS. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;22(9):2841-50.
4. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7):1-23.
5. Carmo LS, Ferreira JL, Affonso MJCO, Calças AQP, Belintani P, Zotarelli Filho IJ. Stress into university students impacts the learning quality. *J Psychol Psychother.* 2016;6(2):1-4.

6. American Psychological Association. Annual report 2015. *American Psychologist*. 2016;71(5):S1-S48.
7. Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, Sim LA, Feldstein D, Wang Z, et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013;30(10):917-29.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2011.
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9.
10. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 9a ed. Florianópolis (SC): UFSC; 2014.
11. Beck AT, Steer RA. Beck Anxiety Inventory. *Psychol Corp*. 1993;(617):491-7.
12. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-77.
13. Mirahmadizadeh A, Rezaei F, Mokhtari AM, Gholamzadeh S, Baseri A. Epidemiology of suicide attempts and deaths: a population-based study in Fars, Iran (2011-16). *J Public Health*. 2019;42(1):e1-e11.
14. Huertas P, Moreno-Küstner B, Gutiérrez B, Cervilla JA. Prevalence and correlates of suicidality in Andalusia (Spain): Results of the epidemiological study PISMA-ep. *J Affect Disord*. 2020;266:503-11.
15. Pelletier L, O'Donnell S, McRae L, Grenier J. The burden of generalized anxiety disorder in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2017;37(2):54-62.
16. Gerogianni G, Lianos E, Kouzoupis A, Polikandrioti M, Grapsa E. The role of socio-demographic factors in depression and anxiety of patients on hemodialysis: an observational cross-sectional study. *Int Urol Nephrol*. 2018;50(1):143-54.
17. Xu Y.-M, Zhong B.-L, Chen W.-C, Zhu J.-H, Lu J. Suicidal ideation among Chinese methadone-maintained patients: prevalence and correlates. *Oncotarget*. 2017;8(49):86181-7.
18. Huang X, Ribeiro JD, Musacchio KM, Franklin JC. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(7):1-21.

19. Ahookhosh P, Bahmani B, Asgari A, Moghaddam HH. Family relationships and suicide ideation: the mediating roles of anxiety, hopelessness, and depression in adolescents. *Int J High Risk Behav Addict*. 2017;6(1):1-7.
20. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(11):3767-77.
21. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: a systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scand J Public Health*. 2019;47(1):9-17.

Recebido: 19.3.2021. Aprovado: 20.9.2022.