

GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL: FREQUÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS E
CARACTERIZAÇÃO DA ÚLTIMA TENTATIVA**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2022

GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: FREQUÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS E
CARACTERIZAÇÃO DA ÚLTIMA TENTATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Instituição, Saúde e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade

Coorientadora: Profa. Dra. Marina de Bittencourt

Bandeira, PhD

São João del-Rei

PPGPSI-UFSJ

2022

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S729t Souza, Guilherme Nogueira de.
Tentativas de Suicídio de Usuários de um Centro de
Atenção Psicossocial: Frequência, Fatores Associados
e Caracterização da Última Tentativa / Guilherme
Nogueira de Souza ; orientador Mário César Rezende
Andrade; coorientadora Marina de Bittencourt
Bandeira. -- São João del-Rei, 2022.
96 p.

Dissertação (Mestrado - Psicologia) --
Universidade Federal de São João del-Rei, 2022.

1. Tentativa de Suicídio. 2. Transtornos Mentais.
3. Saúde Mental. 4. Serviços de Saúde Comunitários.
I. Andrade, Mário César Rezende, orient. II.
Bandeira, Marina de Bittencourt, co-orient. III.
Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 20 / 2022 - PPGPSI (13.24)

Nº do Protocolo: 23122.012605/2022-86

São João del-Rei-MG, 01 de abril de 2022.

A Dissertação **Tentativas de Suicídio de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Frequência, Fatores Associados e Caracterização da Última Tentativa**

elaborada por **Guilherme Nogueira de Souza**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro (UFMG)

Assinado por concordância com ata de defesa realizada por videoconferência

(Assinado digitalmente em 01/04/2022 13:57)

CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
CCO (10.02)
Matrícula: 1932582

(Assinado digitalmente em 01/04/2022 16:30)

MARIO CESAR REZENDE ANDRADE
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DPSIC (12.25)
Matrícula: 3042695

(Assinado digitalmente em 01/04/2022 14:07)

MARINA DE BITTECOURT BANDEIRA
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 898.844.006-44

Para verificar a autenticidade deste documento entre em
<https://sipac.ufsj.edu.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **20**, ano:
2022, tipo: **ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**, data de emissão: **01/04/2022** e o código de
verificação: **484a865715**

Dedico este trabalho ao meu amigo Douglas (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. **Mário César Rezende Andrade**, por ter acreditado em mim desde o início, pela leveza, paciência e empatia com as quais me conduziu durante este processo. O mundo precisa de mais orientadores como você. Obrigado pelo investimento em meu trabalho como pesquisador.

À minha coorientadora, Profa. Dra. **Marina de Bittencourt Bandeira**, exímia pesquisadora, cuja excelência e dedicação pretendo seguir como exemplo.

À Prof. Dra. **Nadja Cristiane Lappann Botti** que me faz acreditar que tem jeito para a gente se ajeitar nesse mundo. Obrigado pelas ricas contribuições na banca de Exame de Qualificação e pela sua amizade.

Ao Prof. Dr. **Bruno Mendonça Coêlho**, pelos pertinentes apontamentos feitos na banca de Exame de Qualificação. Eles foram muito importantes no aprimoramento desse trabalho.

Aos meus queridos colegas de profissão, **Lais, Kailon e Érica** pelo auxílio na coleta e tabulação dos dados. Agradeço por terem investido tempo e energia neste projeto.

Aos Profs. Drs. **Maycoln Leôni Martins Teodoro** e **Carlos Alberto Pegolo da Gama**, por aceitarem prontamente o convite para participarem da banca do Exame de Defesa dessa Dissertação.

À minha família, que sempre torceu pelas minhas conquistas, obrigado por compreenderem a minha ausência. É por vocês e para vocês. Agradeço em especial aos meus sobrinhos **Vinícius, Maíra e Ana Elisa**. Vocês são a minha esperança de um mundo melhor.

Ao meu namorado, **Paulo Henrique**, pelo incentivo deste o processo seletivo, por me amparar nos momentos de angústia e me ajudar a persistir. Obrigado pela compreensão e carinho.

Aos meus amigos: **Menderson**, por me fazer sair da minha mente e entrar na minha vida; **Rafael**, por despertar em mim a vontade de ser alguém melhor; **Arnaldo**, pela preocupação comigo, por ter estado presente num dos momentos mais difíceis da minha vida.

À **coordenação do CAPS** de Divinópolis, que autorizou à realização desta pesquisa e, em especial, aos **profissionais do ambulatório**, agradeço pela receptividade e atenção.

Aos **usuários** que aceitaram participar dessa pesquisa. Obrigado por compartilharem comigo suas histórias de vida, de dor e de esperança.

À **CAPES** e ao povo brasileiro, pela oferta da bolsa de Mestrado, sem a qual este trabalho não seria possível.

À **Universidade Federal de São João del-Rei**, em especial aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Obrigado pelo incansável esforço na formação de pesquisadores. Agradeço ainda por ter tido direito ao ensino público e gratuito.

À **todos** que aqui não foram mencionados mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

*Quando curiosamente te perguntarem, buscando
saber o que é aquilo,
Não deves afirmar ou negar nada.
Pois o que quer que seja afirmado não é a verdade,
E o que quer que seja negado não é verdadeiro.
Como alguém poderá dizer com certeza o que
Aquilo possa ser
Enquanto por si mesmo não tiver compreendido
plenamente o que É?
E, após tê-lo compreendido, que palavra deve ser
enviada de uma Região
Onde a carruagem da palavra não encontra uma
trilha por onde possa seguir?
Portanto, aos seus questionamentos oferece-lhes
apenas o silêncio,
Silêncio – e um dedo apontando o caminho.*

Verso budista

RESUMO

A tentativa de suicídio é o principal fator de risco para o suicídio e para novas tentativas, elevando a probabilidade de morte em até 100 vezes quando comparada à população geral. O risco de suicídio aumenta proporcionalmente de acordo com o número de tentativas de suicídio. Os transtornos mentais possuem forte relação com a tentativa de suicídio e os fatores que podem levar a essa associação são múltiplos. O presente estudo objetivou verificar a frequência de tentativa de suicídio em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Divinópolis/MG, bem como os fatores sociodemográficos e clínicos associados, além de caracterizar em termos de predisponentes e precipitadores, intencionalidade e letalidade à última tentativa de suicídio daqueles que a fizeram. Trata-se de uma pesquisa transversal, quantitativa e do tipo correlacional. A amostra foi composta por 152 usuários do serviço, de ambos os sexos, com idade média de 43,38 anos, que responderam os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico, escala de estigma internalizado no transtorno mental (ISMI-BR), escala de ideação suicida de Beck (BSI) e apenas a subamostra que foi composta por 95 pessoas que relataram histórico de suicídio ao longo da vida, responderam ainda, à uma entrevista de caracterização da última tentativa de suicídio. Os resultados indicaram uma frequência de 62,50% de tentativas de suicídio entre os participantes, 34,40% relataram ter feito quatro ou mais tentativas, e o método mais utilizado (44,20%) foi autointoxicação exógena com medicamentos. Nas análises bivariadas destacaram-se as variáveis “idade” ($p=0,04$), “histórico de internação psiquiátrica” ($p=0,02$), “idade de adoecimento” ($p<0,01$), “estar em psicoterapia” ($p<0,01$), “uso de bebida alcoólica” ($p=0,03$), “escore ISMI-BR” ($p<0,01$) e “escore BSI” ($p<0,01$) como estatisticamente significante. Essas variáveis foram inseridas no modelo de regressão logística, acrescentou-se também, a variável “categoria diagnóstica” por ser amplamente associada a tentativa de suicídio na literatura da área. As variáveis que se mantiveram estatisticamente significantes foram: “idade” OR = 1,06 ($p=0,03$), “idade de adoecimento” OR = 0,92 ($p<0,01$), “histórico de internação psiquiátrica” OR = 3,96 ($p<0,01$), “estar em psicoterapia” OR = 6,69 ($p<0,01$); “uso de bebida alcoólica” OR = 4,02 ($p=0,03$) e “escore BSI” OR = 1,15 ($p<0,01$). A maioria da subamostra do presente estudo relatou ter problemas com familiares e pessoas próximas, passou por situações de negligência na infância e tinham algum familiar com histórico de internação psiquiátrica. Além disso, quase metade disseram ter problemas para acessar consulta psiquiátrica, obter acesso a medicação para o tratamento, ter sofrido ameaça de abuso físico ou sexual e a maioria conhecia alguém que tentou ou morreu por suicídio.

Verificou-se ainda que a maioria dos usuários que tentaram suicídio não fizeram preparativos, não tomaram atitudes que impedissem o socorro e não comunicaram a terceiros sobre seus pensamentos de morte. A proximidade do instrumento utilizado na tentativa bem como a facilidade para acessá-lo foi relatada pela maioria dos usuários. O acesso a tratamentos adequados em saúde mental, o acompanhamento de pessoas que já realizaram tentativa de suicídio por equipe de saúde, a restrição de acesso a métodos e a conscientização da sociedade, ocupam um papel fundamental na prevenção de tentativas e óbitos por suicídio.

Palavras-chave: Tentativa de Suicídio; Transtornos Mentais; Saúde Mental; Serviços de Saúde Comunitários

ABSTRACT

Suicide attempt is the main risk factor for suicide and for re-attempts, increasing the probability of death by up to 100 times when compared to the general population. The risk of suicide increases proportionally with the number of suicide attempts. Mental disorders have a strong relationship with attempted suicide and the factors that can lead to this association multiple. The present study aimed to verify the frequency of suicide attempts in users of a Psychosocial Care Center in the city of Divinópolis/MG, as well as the associated sociodemographic and clinical factors, in addition to characterizing in terms of predisposing and precipitating factors, intentionality and lethality the last attempted suicide by those who made it. This is a cross-sectional, quantitative and correlational research. The sample consisted of 152 service users, of both sexes, with an average age of 43.38 years, who answered the following instruments: sociodemographic and clinical questionnaire, scale of stigma internalized in mental disorder (ISMI-BR), Beck's suicidal ideation scale (BSI) and only the subsample that was composed of 95 people who reported a history of suicide throughout their lives, also responded to an interview characterizing the last suicide attempt. The results indicated a frequency of 62.50% of suicide attempts among participants, 34.40% reported having made four or more attempts, and the most used method (44.20%) was exogenous self-intoxication with medications. In the bivariate analyses, the variables "age" ($p=0.04$), "history of psychiatric hospitalization" ($p=0.02$), "age of illness" ($p<0.01$), "being in psychotherapy" ($p<0.01$), "use of alcoholic beverages" ($p=0.03$), "ISMI-BR score" ($p<0.01$) and "BSI score" ($p<0.01$) as statistically significant. These variables were included in the logistic regression model, and the variable "diagnostic category" was also added, as it is widely associated with attempted suicide in the literature in the area. The variables that remained statistically significant were: "age" OR = 1.06 ($p=0.03$), "age of illness" OR = 0.92 ($p<0.01$), "history of psychiatric hospitalization" OR = 3.96 ($p<0.01$), "being in psychotherapy" OR = 6.69 ($p<0.01$); "use of alcohol" OR = 4.02 ($p=0.03$) and "BSI score" OR = 1.15 ($p<0.01$). Most of the subsample of the present study reported having problems with family members and people close to them, went through situations of neglect in childhood and had a family member with a history of psychiatric hospitalization. In addition, almost half said they had problems with accessing psychiatric consultation, obtaining access to medication for treatment, having been threatened with physical or sexual abuse, and the majority knew someone who had attempted or died by suicide. It was also found that the majority of users who attempt suicide did not make any preparations, did not take steps to prevent assistance

and did not communicate their thoughts of death to third parties. The proximity of the instrument used in the attempt as well as the ease of accessing it was reported by most of the users. Access to adequate mental health treatments, monitoring of people who have already attempted suicide by a health team, restriction of access to methods and awareness of society, play a fundamental role in the prevention of suicide attempts and deaths.

Keywords: Suicide, Attempted; Mental Disorders; Mental health; Community Health Services

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise Descritiva da Amostra e Análises Bivariadas dos Fatores Associados a tentativa de Suicídio na vida (N = 152)	37
Tabela 2 - Regressão logística dos fatores associados a tentativa de suicídio ao longo da vida	40
Tabela 3 - Descrição da subamostra de pessoas que tentaram suicídio (N = 95).....	41
Tabela 4 - Caracterização da última tentativa de suicídio em termos de precipitadores e predisponentes (N = 95)	43
Tabela 5 - Caracterização da última tentativa de suicídio em termos de intencionalidade (N = 95)	45
Tabela 6 - Caracterização da última tentativa de suicídio em termos de letalidade (N = 95).....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI – *Beck Depression Inventory* / Escala de Depressão de Beck

BHS – *Beck Hopelessness Scale* / Escala de Desesperança de Beck

BSI – *Beck Scale for Suicide Ideation* / Escala de Ideação de Beck

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEPES – Comissão de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças

CISVI – Consórcio Intermunicipal do Vale do Itapecerica

DP – Desvio Padrão

EUA – Estados Unidos da América

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IASP – Associação Internacional de Prevenção do Suicídio

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ISMI-BR – Escala de Estigma no Transtorno Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OR – *Odds Ratio*

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SCA – Síndrome Coronariana Grave

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde

SERSAM – Serviço de Referência em Saúde Mental

Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificações

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SSI – *Scale for Suicide Ideation*

SUPRE-MISS – *Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicide*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
Conceituação do Comportamento Suicida.....	13
Epidemiologia do comportamento suicida no mundo	15
Epidemiologia do comportamento suicida no Brasil.....	16
Custo econômico das tentativas de suicídio	18
Fatores protetores e fatores de risco.....	18
A reforma psiquiátrica no Brasil e a assistência em saúde mental	19
Estudos sobre tentativa de suicídio e fatores associados em usuários de serviços de saúde mental	21
OBJETIVOS	24
Objetivo Geral.....	24
Objetivos Específicos	24
HIPÓTESES	25
MÉTODO	26
Delineamento de Pesquisa	26
Descrição do Local da Pesquisa.....	26
População-Alvo	28
Amostra.....	28
Instrumentos de Medida.....	29
Entrevista para caracterização da última tentativa de suicídio:.....	29
Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI):	30
Escala de Estigma no Transtorno Mental (ISMI-BR):.....	32
Questionário Sociodemográfico e clínico:	33
Procedimento de Coleta de Dados	33
Análise de Dados	34

Considerações Éticas	35
RESULTADOS	37
Caracterização da Amostra de Participantes.....	37
Análises bivariadas dos fatores associados à tentativa de suicídio na vida	39
Análise de regressão logística dos fatores associados à tentativa de suicídio ao longo da vida.....	40
Caracterização da última tentativa para a subamostra de 95 participantes que tiveram tentativa de suicídio na vida.....	41
DISCUSSÃO	48
CONCLUSÕES.....	56
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	66
ANEXO A – Escala de Estigma Internalizado no Transtorno Mental (ISMI-BR)	67
ANEXO B – Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)	69
ANEXO C – Termo de Responsabilidade do Pesquisador Principal	70
ANEXO D – Termo de Compromisso para Utilização de Dados e/ou Prontuários	71
ANEXO E – Declaração da Instituição	72
ANEXO F – Declaração de Infraestrutura da UFSJ	73
ANEXO G – Parecer Consubstanciado do CEP	74
APÊNDICES.....	78
APÊNDICE A – Entrevista para Caracterização da Última Tentativa de Suicídio.....	79
APÊNDICE B – Questionário Sociodemográfico e Clínico	84
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86

INTRODUÇÃO

O suicídio é um grave problema de saúde pública, de grande complexidade, multicausal, de impacto individual e coletivo e que tem recebido atenção crescente das políticas de saúde mundiais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente ao redor do globo, superando o número de mortes por malária, HIV/AIDS, câncer de mama ou guerra e homicídios. Uma a cada 100 mortes (1,3%) em 2019 foi resultado de suicídio, o que coloca o suicídio entre as principais causas de morte em todo o mundo (WHO, 2021).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2021), ocorreram 112.230 mortes por suicídio entre 2010 e 2019, representando um aumento de 43% no número anual de óbitos por suicídio, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019, constituindo uma taxa de 6,6 por 100 mil habitantes. Estima-se que estes números sejam ainda maiores, considerando que, em muitos casos, o suicídio é notificado incorretamente ou não é notificado, sendo comum a subnotificação do fenômeno (WHO, 2014). Além disso, existem casos de suicídio que são encobertos por outras causas de morte, como afogamento, acidente automobilístico, evenenamento acidental e ainda registrados como “morte de causa indeterminada” (Gotsens et al., 2011).

Quando se trata de tentativas de suicídio, os números são ainda mais elevados. Para cada suicídio a OMS (2014) estima aproximadamente mais de 20 tentativas, embora um estudo europeu tenha apontado que o número de tentativas seja 40 vezes maior que o número de suicídios (Schmidtke et al., 1996). Em 2019, foram registradas 124.709 lesões autoprovocadas no Brasil. Alguns métodos empregados, como envenenamento (60,20%), enforcamento (6,20%) e uso de arma de fogo (0,50%), além de reicidência de 41,00% dos casos, sugerem que parte das lesões autoprovocadas no país podem ser consideradas tentativas de suicídio (Brasil, 2021).

A tentativa de suicídio, reflete em consequências para o próprio indivíduo, já que um dos mais potentes preditores para uma nova tentativa é o histórico de tentativas prévias. Sabe-se, ainda, que o risco de suicídio aumenta proporcionalmente ao número de tentativas (Huang et al., 2014; Teti et al., 2014). Estima-se que, após uma tentativa, o risco de suicídio seja cem vezes maior em relação ao risco presente na população geral (Owens et al., 2002).

Além disso, as tentativas de suicídio abrangem custos monetários (hospitalização, medicamentos) e não monetários (afastamento do trabalho, desorganização psíquica), sendo responsáveis por um impacto considerável nos serviços de saúde. Na população jovem, de

15 a 44 anos, as lesões ou traumas decorrentes de tentativas de suicídio, configuram-se como a sexta maior causa de problemas de saúde e incapacitação física (WHO, 2002).

A presença de transtornos psiquiátricos é um fator importante e frequentemente associado ao comportamento suicida, pois, em geral, 90% dos indivíduos que morrem por suicídio apresentam algum tipo de transtorno mental, destacando-se, os transtornos de humor, psicóticos, de ansiedade, de personalidade e uso de substâncias psicoativas (Turecki et al., 2016; OMS, 2014). Segundo os estudos de Bertolote e Fleischmann (2002), esse número pode ser ainda maior. Em uma revisão sistemática de mais de 31 estudos, os autores analisaram 15.629 suicídios ocorridos na população geral e, como resultado, inferiram que, em 98% dos casos, caberia um diagnóstico de transtorno psiquiátrico à época do fato. Em relação especificamente às tentativas de suicídio, Nock et al. (2009), em uma pesquisa com 108.664 pessoas de 21 países, encontraram prevalência de 2,7% de tentativa de suicídio ao longo da vida. A maioria entre os que tentaram suicídio em países desenvolvidos (65,7%) e em desenvolvimento (54,6%) possuíam algum transtorno mental.

Dentre os fatores de risco para as tentativas de suicídio, destacam-se os seguintes: variáveis sócio-demográficas, como ser do sexo feminino, jovem, desempregado (a), solteiro (a) e com baixo nível educacional; variáveis clínico-epidemiológicas, como o uso de álcool ou drogas durante o período da tentativa, história de tentativa prévia de suicídio e os transtornos mentais (WHO, 2002). Entre os transtornos mentais que se relacionam com as tentativas de suicídio, destacam-se, em pesquisas internacionais, a depressão, com frequência de 13 a 53,8%; dependência de álcool, de 17,5 a 35,9%; transtorno de estresse pós-traumático, de 10,73 a 27,1%; esquizofrenia, de 4,8 a 9,3%; transtorno de personalidade antissocial de 5,4 a 20,6%; e presença de comorbidades, que variam de 12,2 a 60,6% (Beatrais, et al., 1996; Bernal et al., 2007; Haw, et al., 2001; Nock & Kessler, 2006).

Poucos estudos brasileiros se destinaram a avaliar a prevalência dos transtornos mentais nas tentativas de suicídio. Nestes estudos, os transtornos que apresentaram maior preponderância foram: depressivos, variando de 18 a 28%, uso de álcool com 40,7% e uso de substâncias, variando de 11,1 a 29,5%. Para avaliação dos transtornos mentais, os instrumentos mais utilizados foram o Inventário de Ideação Suicida de Beck e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Sabe-se que estes instrumentos não fornecem o diagnóstico de transtorno mental, mas o rastreamento de sintomas psiquiátricos. Grande parte da coleta de dados desses estudos ocorreu em hospitais, com amostras que variaram de 32 a 121 participantes (Feijó et al, 1996; Teixeira & Luis, 1997; Rapeli & Botega, 2005; Marcondes et al, 2002; Rapeli & Botega, 1998).

Baseando-se nessa escassez, existe um número ainda menor de estudos brasileiros investigando a prevalência de tentativas de suicídio e seus fatores associados em pessoas com transtornos mentais, usuárias de serviços comunitários de saúde. Com o processo de desinstitucionalização psiquiátrica, a assistência a essas pessoas passou a ser oferecida nestes serviços. No Brasil, tais serviços são representados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), responsáveis no país pela assistência em saúde mental a essa população.

Considerando a alta associação entre transtornos mentais e tentativa de suicídio, sugere-se que esta se apresenta como um problema e um desafio frequente nesses serviços (Heck et Al., 2012; Müller et al., 2017). Além disso, há também uma escassez de estudos brasileiros investigando as características da tentativa de suicídio, em termos dos seus predisponentes e precipitadores, da intencionalidade e da letalidade. Tais informações podem ser importantes e úteis para que os serviços consigam lidar de forma estratégica com o problema. Essa carência de estudos citada acima foi detectada em uma busca realizada nos indexadores de estudos publicados sobre a temática e será detalhada posteriormente, na parte de Revisão de Literatura.

Portanto, o problema de pesquisa identificado na literatura consultada foi a carência de estudos que investiguem a frequência de tentativas de suicídio entre os usuários do CAPS, suas associações e características. As questões de pesquisa a serem investigadas, no presente trabalho, são: qual é a frequência de tentativas de suicídio, quais os fatores associados a essas tentativas e quais as características da última tentativa em termos de predisponentes e precipitadores, intencionalidade e letalidade, nos usuários do CAPS, na cidade de Divinópolis/MG.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Inicialmente, serão expostos termos importantes para o entendimento do comportamento suicida bem como os dados epidemiológicos do mundo e do Brasil. Em seguida, serão abordados os fatores de risco e de proteção e uma breve história da reforma psiquiátrica. Serão expostas, ainda, informações sobre o processo de desinstitucionalização e sobre os serviços de saúde mental ofertados às pessoas com transtornos mentais graves no Brasil. Por fim, será feita uma breve análise sobre estudos empíricos que investigaram a ocorrência de tentativa de suicídio e seus fatores associados em usuários de serviços de saúde mental.

Conceituação do Comportamento Suicida

O campo de pesquisa sobre suicídio existe, pelo menos, desde a publicação de Durkheim (1897), que em seu estudo sociológico, definiu o suicídio como “Qualquer caso de morte que resulte direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, executado pela própria vítima, sabendo que produziria esse resultado” (p. 14). A palavra suicídio, que deriva do latim “*sui caedere*” que significa “matar-se”, aparece bem antes de Durkheim e foi utilizada pela primeira vez por René Desfontaines em 1734 (ABC da saúde, s/d). Muitas definições diferentes foram propostas sobre o fenômeno. Edwin Shneidman, considerado o “pai” da suicidologia, designou o suicídio como “o ato humano de cessação autoinfligida, intencional”, que pode ser melhor compreendido “como um fenômeno multidimensional, num indivíduo carente¹, que define uma questão, para a qual o suicídio é percebido como a melhor solução” (Shneidman, 1994, p. 203). Num cenário mais atual, Crosby, Ortega e Melanson (2011) conceituam o suicídio como a morte resultante de um comportamento autoinfligido e nocivo, em que a pessoa pretendia morrer em decorrência desse comportamento. Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde (2014) definiu o suicídio como o ato de tirar a própria vida de forma deliberada.

Silverman et al. (2007) apontam a necessidade e importância de uma nomenclatura padrão para a suicidologia, com o objetivo de facilitar a comunicação para que seja amplamente reconhecida entre pesquisadores, profissionais de saúde, pacientes e seus familiares. Nomenclatura pode ser definida como um conjunto de termos compreensíveis e

¹ De forma pormenorizada, Shneidman conceitua “Indivíduo carente” como “Pessoa em estado de dor psíquica, por necessidades psicológicas não atendidas” (Shneidman, 1994).

aceitos amplamente e que define os fenômenos básicos do suicídio e dos comportamentos relacionados ao suicídio, sendo caracterizado por neutralidade teórica, que seja apropriado culturalmente (i.e. que evite julgamentos e valores bem como preconceitos culturais) e que contenha termos exclusivos abrangendo todo o espectro de pensamentos e ações suicidas (Silverman, 2006). Recentemente, a Associação Internacional de Prevenção do Suicídio (IASP) formou uma força tarefa para resolver as diferenças entre as nomenclaturas, definições e sistemas de classificação no campo da suicidologia (Silverman, 2016).

Embora a literatura apresente várias definições acerca do suicídio, propostas em diferentes momentos históricos e por diferentes autores, alguns aspectos essenciais foram identificados por Silverman (2006): (a) trata-se de um ato deliberado de autoextremínio que resulta na morte; (b) é um ato autodirigido, consciente e com a intenção de morrer; ou ainda (c) um comportamento intencional e autoinfligido com risco de vida e que acaba resultando em morte. Definir em que consiste o termo suicídio é o ponto de partida para entender as cognições, emoções e comportamentos relacionados ao suicídio.

Por considerar que a definição de suicídio inclui aspectos de lesão autoinfligida com a intenção de morrer, Silverman (2006) propõe que qualquer definição de tentativa de suicídio deve abarcar uma alta probabilidade de morte como resultado do ato, e também, conter a intenção de se matar. A definição oferecida por O'Carroll et al. (1996) inclui esses aspectos ao conceituar a tentativa de suicídio como: “Um comportamento potencialmente autolesivo com um resultado não fatal, para o qual há evidências (explícitas ou implícitas) de que a pessoa pretendia em algum nível se matar, uma tentativa pode ou não resultar em lesões”. Por evidência explícita, entende-se a comunicação direta do indivíduo sobre a intenção de terminar com sua vida; já a intenção implícita refere-se à avaliação de terceiros sobre as circunstâncias de comportamento ou das crenças da pessoa, onde infere-se que o comportamento resultaria em morte. Wenzel et al. (2010) propõem ainda duas categorias para as tentativas de suicídio: a primeira, refere-se à interrupção do ato por outra pessoa ou circunstância externa, sendo denominada de tentativa de suicídio interrompida; a segunda, se caracteriza pela desistência do indivíduo, durante o ato de matar-se, definindo assim uma tentativa de suicídio abortada.

Para além do suicídio e das tentativas de suicídio, existe um amplo espectro ou *continuum* de comportamentos relacionados ao suicídio, entre eles, destaca-se a ideação suicida, compreendida por Crosby (2007) como: “quaisquer pensamentos, imagens, crenças, vozes ou outras cognições relatadas pelo indivíduo sobre terminar intencionalmente com sua própria vida”. Há ressalvas quanto ao fato de concluir que uma pessoa é acometida por

ideação suicida, como em casos de pessoas com TOC, que expressam pensamentos intrusivos de matar a si mesmo, mas que não possuem intenção suicida. Esse último é outro constructo chave, que diferencia os atos suicidas dos não suicidas. A intenção suicida se refere ao desejo de colocar fim a própria vida e ter alguma intenção de agir na direção desse desejo.

Epidemiologia do comportamento suicida no mundo

Em 2019, aproximadamente 703.000 pessoas morreram por suicídio no mundo, o que corresponde a 1,3% de todos os óbitos. O coeficiente ou taxa de mortalidade por suicídio equivale ao número de suicídios por 100 mil habitantes, no período de um ano. Globalmente, de acordo com a OMS, essa taxa corresponde a 9,0. A incidência de autoextermínio é 2,3 vezes maior em homens do que em mulheres e representa a quarta causa de morte em jovens de 15 a 29 anos em ambos os sexos. A maioria dos óbitos por suicídio ocorreram onde vive a maior parte da população mundial, em países de baixa e média renda (77%), antes das pessoas completarem 50 anos (58%). Exceptuando-se a região das Américas, que teve um aumento de 17% na taxa de suicídio, no período de 2000 a 2019, as demais regiões do mundo não apresentaram elevação em seus números (WHO, 2021).

No ano de 2012, o suicídio foi a causa da morte de um milhão de pessoas e o número de indivíduos que tentaram se matar esteve entre 10 a 20 milhões (WHO, 2002). Este número diminuiu em 2012, quando esse fenômeno levou a óbito 804.000 pessoas, representando uma taxa de 11,4 mortes por 100 mil/hab, levando o suicídio a 15º causa de óbito no mundo (WHO, 2014). Em 2016, de acordo com a OMS (2017), a taxa de suicídio foi de 10,5 por 100 mil/hab, 793.000 pessoas perderam suas vidas por suicídio. Por ser um grave problema de saúde pública mundial, embora evitável, a OMS incluiu a redução da taxa de mortalidade por suicídio como meta global e indicador de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS), bem como no Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020, que foi estendido até 2030.

De acordo com a OMS (2021), as taxas de suicídio foram mais altas nas regiões da África, Europa e Sudeste Asiático (11,2; 10,5 e 10,2 por 100 mil/hab, respectivamente), quando comparadas com a média global, em 2019. No que se refere à renda, as maiores taxas ocorreram em países de alta renda (10,9 por 100 mil/hab), seguidos por países de renda média baixa (10,1 por 100 mil hab) e por países de renda baixa e média alta (9,9 e 7,3 por 100 mil/hab, respectivamente). A taxa de mortalidade por suicídio foi maior nas mulheres do Sudeste Asiático (8,1 por 100 mil/hab), em comparação com a média feminina mundial (5,4

por 100 mil/hab). Entre pessoas do sexo masculino, as taxas de suicídio foram mais elevadas nas regiões da África (18,0 por 100 mil/hab), das Américas (14,2 por 100 mil/hab) e na Europa (17,1 por 100 mil/hab), quando comparadas com a taxa global de 12,6 por 100 mil/hab.

Diversas variáveis podem ser consideradas como forma de explicação da diferença de taxa por sexo. Entre elas, destacam-se: questões relacionadas com a desigualdade entre os gêneros, estratégias socialmente aceitas para lidar com estressores e conflitos, disponibilidade de meios, diferença no comportamento de procura por cuidados em saúde mental, padrões de consumo de álcool, frequência a uma comunidade religiosa, entre outros (WHO, 2014).

Sabe-se que o número de suicídios pode ser bem maior, considerando que nem todos os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) enviam dados sobre morte por suicídio e que também existe o fenômeno da subnotificação. Segundo dados da OMS, 45% dos países membros, o que equivale a 60 países, enviam dados seguros sobre a mortalidade por suicídio, enquanto 112 países, o que corresponde a 55%, não possuem dados seguros. A própria OMS acredita que os números a respeito da mortalidade por suicídio possam estar subestimados em 20 vezes, em decorrência da subnotificação ou inexistência de registros de ocorrência (WHO, 2014).

Soma-se a isso o fato de que, em alguns países, o suicídio é considerado crime e, por se tratar de uma morte estigmatizada, costuma ser registrado incorretamente (WHO, 2021). Além disso, por vezes, o suicídio pode ser “encoberto” por outras causas de morte, como, por exemplo, acidente de trânsito, intoxicação acidental, afogamento e “morte por causa indeterminada” (Gotsens et al., 2011). Nota-se, ainda, que o suicídio é percebido como um “tabu” social, que mobiliza diversos sentimentos como culpa, raiva, tristeza e constrangimento nos familiares enlutados, o que pode explicar tentativas de “mascarar” o ato suicida.

Epidemiologia do comportamento suicida no Brasil

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2021), estimam que 13.523 mortes por suicídio ocorreram no Brasil em 2019, representando uma taxa de 6,6 por 100 mil/hab. Houve aumento do risco de óbito por suicídio em todas as regiões do país, destacando-se as regiões Sul e Centro-Oeste, com as maiores taxas (10,4 e 8,3 por 100 mil/hab., respectivamente). Taxas maiores que a média nacional foram observadas em todos

os estados da região Sul, sobressaindo-se o Rio Grande do Sul e Santa Catarina, que tiveram as maiores taxas com 11,8 e 11,0 por 100 mil/hab., respectivamente. A taxa de mortalidade por suicídio foi mais alta entre homens (10,7 por 100 mil/hab.) do que em mulheres (2,9 por 100 mil/hab.), apontando um risco 3,8 vezes maior de suicídio entre os homens.

Foi identificado um aumento das taxas de suicídio para ambos os sexos, quando comparados os anos de 2010 e 2019. Entre as mulheres, esse aumento foi de 29% enquanto nos homens foi de 26%. Além disso, foi observado aumento da incidência de suicídio em todos os grupos etários, com destaque para os adolescentes, que sofreram aumento de 81%, nesse período. Na faixa etária de 15 a 19 anos, as regiões Sul, Norte e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade por suicídio, em 2019 (Brasil, 2021).

Várias pesquisas vêm apresentando resultados de taxas de suicídio mais elevadas em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e de médio porte populacional (Marín-Léon et al., 2012; Minayo et al, 2012). Por outro lado, números a respeito de ideação suicida, autolesão e tentativas de suicídio são difíceis de serem encontrados, pois, nem sempre, chegam ao sistema de saúde, por serem considerados como “sem importância” ou, ainda, “acidentes”. Apenas uma, em cada três pessoas que tentam suicídio, é atendida por um serviço de urgência médica (Botega et al., 2009).

Em 2017, o Ministério da Saúde (Brasil, 2017) apresentou a situação epidemiológica das tentativas de suicídio no país, para o período de 2011 a 2016, por meio dos dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificações (Sinan). Foram observados 1.173.418 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Entre as lesões autoprovocadas, 48.204 se referiam a tentativas de suicídio, com prevalência de 69,0% entre as mulheres e 31,0% nos homens. Em 72,1% dos casos, a predominância de tentativas de suicídio foi em pessoas de 10 a 39 anos e a presença de alguma deficiência ou transtorno mental foi identificada entre 25,5% das mulheres e 27,7% dos homens que tentaram suicídio. A OMS (2014) estima que, para cada suicídio, ocorra de 10 a 20 tentativas, o que representaria um número aproximado de 135.230 a 270.460 tentativas de suicídio, por ano, no Brasil.

Em estudo feito na cidade de Campinas/SP, 515 pessoas foram entrevistadas, em uma amostra selecionada de forma aleatória, a partir de listas de domicílio feitas pelo IBGE. Observou-se a prevalência de 17,1% de pessoas que pensaram seriamente em tentar suicídio ao longo de suas vidas, 4,8% já haviam elaborado um plano suicida e 2,8 já haviam tentado suicídio em algum momento da vida (Botega et al., 2009). É importante considerar que, em grande parte do número de mortes por causas externas, se registra apenas o modo da morte, e não a sua causa/intenção, exemplos disso são os casos de quedas e afogamentos que

correspondem a 10,9% das mortes externas e ainda 9% de mortes indeterminadas. Esses números podem estar encobrendo vários óbitos por suicídio (Botega, 2014).

Custo econômico das tentativas de suicídio

De acordo com Nero (2002), estudos sobre os custos econômicos em saúde são recentes. Destacam-se alguns países europeus, como Inglaterra, França e Portugal, que concentram estudos relevantes nessa temática. Pesquisas sobre economia e comportamento suicida baseiam-se em banco de dados governamentais e englobam achados sobre custo direto, e estimativas de custo indireto por ano de vida saudável/produzida perdida. Estudos sobre custos de tentativas de suicídio são comumente referenciados por banco de dados hospitalares e apresentam descrição do custo hospitalar. O conhecimento acerca dos custos econômicos do suicídio e de tentativas de suicídio configuram-se como importante ferramenta de sensibilização de gestores públicos, impelindo-os na criação de políticas públicas de prevenção do suicídio.

No Brasil, um importante estudo foi feito por Sara Sgobin (2013), na tentativa de descrever os custos diretos e indiretos de casos de tentativas de suicídio com alta intencionalidade e alta letalidade do método, comparando este custo com casos de síndrome coronariana aguda (SCA). Concluiu-se que as tentativas de suicídio possuem um custo econômico tão elevado quanto os casos de SCA, tendo as tentativas de suicídio o custo de R\$12.351,31, enquanto os casos de SCA custaram o total de R\$10.220,61, por episódio. Em contrapartida, calcula-se que, nos Estados Unidos, para cada suicídio não consumado, poupe-se U\$1.182.559 em custos médicos e em perda de produtividade. Estima-se, ainda, que os suicídios, tentativas de suicídio e lesões autoinfligidas representem um ônus de US\$ 41 bilhões (CJSF, 2014; Research America, 2010).

Fatores protetores e fatores de risco

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) destaca fatores de risco para o suicídio, relacionados à organização do sistema de saúde e à sociedade em geral, compreendendo situações em que o indivíduo: não obtem acesso a cuidados de saúde; não recebe a assistência necessária; tem fácil acessibilidade a meios para se matar e, ainda, o sensacionalismo pelos meios de comunicação, o que implica em risco de efeito de imitação e rotulação daqueles que procuram ajuda. Observam-se, também, fatores de risco associados

à comunidade e às relações interpessoais, envolvendo vulnerabilidade ocasionada por guerras e desastres e por estresse causado pelo processo de aculturação, este último sendo mais percebido pela comunidade indígena e por imigrantes. Destaca-se, ainda, o estresse causado pelos processos de discriminação, abuso sexual e violência. Outros fatores de risco estão associados a questões individuais, como tentativa prévia de suicídio, transtornos mentais, uso abusivo de substâncias psicoativas, perdas financeiras, dor crônica e história familiar de suicídio.

Como fatores de proteção, a OMS salienta fatores universais, que abrangem toda a população, como, por exemplo, aumentar o acesso aos serviços de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde mental, incentivar a diminuição do uso de substâncias psicoativas, limitar o acesso a meios que facilitem o suicídio, garantir a divulgação responsável de informações pela mídia. Entre os fatores protetores à populações vulneráveis, destacam-se: o monitoramento e auxílio de pessoas que sofreram abuso e traumas, pessoas afetadas por conflitos ou desastres, assim como os refugiados e imigrantes. Orienta-se, ainda, o direcionamento específico de pessoas vulneráveis, como o acompanhamento de pessoas que deixam os serviços de saúde, treinamento de profissionais da saúde mental, fortalecimento de relacionamentos interpessoais bem como de estratégias positivas de enfrentamento (WHO, 2014).

A reforma psiquiátrica no Brasil e a assistência em saúde mental

O movimento denominado no Brasil como Reforma Psiquiátrica, conhecido também como processo de desinstitucionalização psiquiátrica, teve início no final dos anos de 1970. Este movimento foi inspirado em modelos internacionais de países como EUA, Inglaterra e, principalmente, da reforma italiana, que tinham como cerne uma profunda crítica ao modelo asilar e hospitalocêntrico e traziam como premissa a ampliação dos serviços comunitários na assistência em saúde mental. A reforma brasileira teve o importante protagonismo dos movimentos sociais, aconteceu de forma contemporânea à Reforma Sanitária, dentro do contexto de redemocratização do país e da constituinte de 1988, que reconheceu a saúde enquanto direito de todos e dever do estado, marco importante para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei 8.080/90 (Lougou, 2006). Foi, ainda, no final do século XX que o Brasil se tornou signatário da Declaração de Caracas, que teve como objetivo a reestruturação da atenção à saúde mental nas Américas. Além disso, foi em 1992, por meio da portaria GM 224/92 (Brasil, 2004), que o Ministério da Saúde regulamentou e

passou a financiar o desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), embora neste período 93% do orçamento da saúde mental ainda fosse direcionado aos hospitais psiquiátricos (Delgado et al., 2007).

A legalização da Reforma Psiquiátrica aconteceu apenas em 2001, por meio da Lei Federal 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental do hospital para os serviços comunitários. Nessa mesma perspectiva, o Ministério da Saúde criou um financiamento específico para os serviços substitutivos na comunidade (CAPS). Esses serviços, existentes antes mesmos da promulgação da lei, visam à substituição dos hospitais psiquiátricos, antigos hospícios e manicômios, por um novo paradigma de cuidado na comunidade e de respeito aos direitos e cidadania das pessoas com transtornos mentais. Além disso, outras portarias asseguraram a redução de leitos em hospitais psiquiátricos bem como a regulamentação de internações compulsórias e proibição da abertura de novos hospitais psiquiátricos.

Os CAPS são serviços abertos, oferecidos por equipes multiprofissionais que trabalham com projetos terapêuticos individuais em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Os CAPS são destinados a receber pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, fomentando o cuidado na comunidade e a integração social e familiar. Embora trata-se de uma importante estratégia de política pública em saúde mental, os CAPS não possuem uma organização específica e sistematizada para a oferta de serviços à pessoas que apresentam comportamento suicida.

São categorizados em diferentes tipos: CAPS I, para populações de 20 mil a 70 mil habitantes, com atendimento diário, de 2° a 6° feira, em pelo menos um período/dia; CAPS II, para município de 70 mil a 200 mil habitantes, com atendimento diário em dois períodos/dia de 2° a 6° feira; CAPS III, para cidades com população acima dos 200 mil habitantes, disponibilizando atendimento em períodos que integram 24hs/dia. O CAPS i, e o CAPS AD, atendem clientela diferentes, sendo o CAPS i caracterizado pelo atendimento especializado a crianças, adolescentes e jovens de até 25 anos, implantados em cidades com população maior que 200 mil habitantes e o CAPS AD especializado no atendimento a usuários de álcool e outras drogas em municípios de 70 mil a 200 mil habitantes, diferindo do CAPS AD III, que possui a mesma clientela porém é implantado em cidades com população acima de 200 mil habitantes e funciona em período integral de 24hs/dia (Brasil, 2011).

Outros serviços foram criados com o objetivo de potencializar a reinserção social e a oferta de cuidados e devem trabalhar de forma conjunta com os CAPS. Entre eles, pode-se

destacar: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), são casas para abrigar egressos de hospitais psiquiátricos que perderam os vínculos familiares e sociais ou ainda pessoas em situação de rua com transtornos mentais severos; Centros de Convivência, auxiliam na inclusão social de pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas através do convívio e do respeito às diferenças. Destacam-se ainda o Programa de Volta para Casa, instituído pela Lei Federal 10.708/03 que regulamenta a assistência, o acompanhamento e a integração hospitalar de pessoas com transtornos mentais e pacientes advindos de longa internação, de forma a beneficiá-los financeiramente; Consultório na Rua, formado por profissionais que trabalham de forma itinerante, ofertando cuidados de saúde para pessoas em situação de rua (Brasil, 2011).

Com o objetivo de consolidar as ações em saúde mental foi criada, em 2001, pela portaria 3.088 do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constituída pelas Unidades Básicas de Saúde, equipe de Consultório de Rua, Centros de Convivência, equipes de Atenção Básica para populações específicas, serviços de atenção de urgência e emergência, UPA 24 horas, entre outros (Brasil, 2011).

Estudos sobre tentativa de suicídio e fatores associados em usuários de serviços de saúde mental

Será apresentada aqui a busca sistemática realizada na literatura da área, que permitiu identificar a carência, apontada inicialmente, de pesquisas publicadas sobre tentativas de suicídio e seus fatores associados, em pessoas com transtornos mentais usuárias de serviços de saúde mental. Esta busca foi feita por meio dos indexadores de periódicos científicos *SciELO*, *LILACS*, *MEDLINE*, *PubMed*, *PsycINFO* e Google Acadêmico.

A combinação dos seguintes descritores, em português e inglês, respectivamente, foi utilizada: tentativa de suicídio, transtornos mentais, serviços de saúde mental, *suicide attempted*, *mental disorders* e *mental health services*. Nessa busca foram excluídas pesquisas qualitativas, de intervenção, de revisão de literatura, de validação de instrumentos e aquelas que não tinham, como amostra, pessoas adultas com transtornos mentais usuárias de serviços de saúde mental. Pesquisas que focaram apenas um tipo específico de transtorno ou diagnóstico também foram excluídas. Foram incluídas pesquisas que tiveram como objetivo principal caracterizar pessoas com transtornos mentais que foram ou são assistidas por algum serviço de saúde mental, e que avaliaram a ocorrência de tentativa de suicídio ao menos uma vez na vida e seus fatores associados, independente do período de publicação.

Considerando os critérios de inclusão e exclusão mencionados acima, foram retidas oito pesquisas nacionais, sendo uma dissertação de mestrado (Soares, 2003) e sete artigos nacionais (Almeida et al., 2020; Borba et al., 2020; Botti et al., 2018a; Botti et al., 2018b; Botti et al., 2019; Kantorski et al., 2021; Oliveira et al., 2013), além de dois artigos internacionais (Pirkis et al., 1999; Schnyder & Valach, 1997). Todos esses estudos investigaram características sociodemográficas e clínicas de pessoas com transtornos mentais assistidas em serviços de saúde mental e sua associação com tentativas de suicídio. Estes estudos serão descritos a seguir.

Os estudos conduzidos por Botti et al. (2018a, 2018b, 2019) referem-se a uma mesma pesquisa, constituída pela análise de 410 prontuários de usuários de um CAPS. As pesquisas realizadas por Almeida et al. (2020) e Kantorski et al. (2021) também utilizaram fonte secundária. Algumas limitações explicitadas pelas autoras, como registros incompletos ou preenchidos de forma superficial, dificultaram a compreensão do comportamento suicida nos pacientes. Os demais trabalhos, além de consulta aos prontuários utilizaram formulários e entrevistas como forma de coleta de dados.

Em relação às tentativas de suicídio, os estudos de Almeida et al. (2020) e Borba et al. (2020) encontraram as maiores prevalências, 86,8% e 67,7%, respectivamente, enquanto Kantorski et al. (2021), Botti et al. (2018a, 2018b, 2019) e Soares (2003) encontraram, respectivamente, prevalências de 33,4%, 22,9% e 30,9%. As pesquisas de Botti e Soares apontaram maior número de tentativas de suicídio em pessoas do sexo masculino, com 23,7% e 31,7%, respectivamente, achado que não converge com a maioria das pesquisas na área, que apontam um número maior de tentativas de suicídio em pessoas do sexo feminino.

Estar sem vínculo matrimonial e ter poucos anos de escolaridade foram características sociodemográficas predominantes entre as pessoas que tentaram suicídio em todos os trabalhos analisados. Os estudos de Borba et al. (2020), Botti et al. (2018a, 2018b, 2019) e Almeida et al. (2020) apresentaram resultados sobre o método da tentativa de suicício, sendo que todas encontraram a autointoxicação exógena como o meio mais utilizado 132,41%, 23,4% e 46,7%, respectivamente.

No que se refere ao diagnóstico, Kantorski et al. (2021), Schnyder e Valach (1997) Pirkis et al. (1999), Botti et al. (2018b) e Borba et al. (2020) observaram associação significativa entre esse fator e a tentativa de suicídio, porém, não houve convergência, cada um deles apontou predomínio de um ou mais tipos específicos de diagnóstico. Almeida et al. (2020), Oliveira et al. (2013), e Soares (2003) não apresentaram associação significativa entre esta variável e a tentativa de suicídio. Entre os diagnósticos estatisticamente associados à

tentativa de suicídio destacam-se os transtornos de humor, de personalidade e transtornos psicóticos (Kantorski et al., 2021; Schnyder & Valach, 1997; Pirkis et al., 1999; Borba et al., 2020).

Em relação aos dois estudos internacionais que foram retidos na busca, o de Pirkis et al. (1999) examinou as taxas de incidência e fatores associados às tentativas de suicídio em mais de 12 mil pacientes psiquiátricos australianos, em episódios agudos, sob três tipos específicos de atendimento intensivo: hospitalização de longa duração, internações de emergência e em serviços comunitários. A incidência foi maior nas internações de emergência, seguidas, respectivamente, pela internação de longa duração e pelo tratamento em serviços comunitários. Os fatores de risco variaram de acordo com o tipo de tratamento, mas um risco maior para transtornos de personalidade estava presente em todos eles. No estudo de Schnyder e Valach (1997), foi examinada a tentativa de suicídios, como evento precipitador de atendimento em um serviço de emergência psiquiátrica, em mais de mil pacientes suíços. A tentativa de suicídio ocorreu como fator precipitador em 11,3% das emergências atendidas. Comparadas às outras emergências, as pessoas que haviam tentado suicídio estavam mais integradas em sua vida ocupacional e familiar, eram mais encaminhadas ao serviço por outras pessoas do que por conta própria e estavam mais acompanhadas por pessoas significativas. Uma especificidade desses dois estudos internacionais é que foram incluídos apenas pacientes em episódios agudos. Outra especificidade é que foi focada apenas a tentativa de suicídio no período do estudo e não sua ocorrência ao longo da vida.

Portanto, as pesquisas encontradas na busca realizada na literatura, considerando os critérios de inclusão e exclusão assumidos, são escassas, sendo apenas dez. Algumas apresentam lacunas como falta de investigação do método usado nas tentativas de suicídio, assim como os dados sobre o trabalho e a renda dos pacientes e variáveis clínicas. Percebe-se, ainda, diferenças sobre a prevalência de tentativas de suicídio por sexo e sobre as comorbidades psiquiátricas associadas às tentativas. Tais discrepâncias podem ser explicadas pelas diferenças amostrais, bem como pelo desenho metodológico e a fonte utilizada para coletar os dados acerca das tentativas de suicídio. Salienta-se, também, que nenhuma das pesquisas se aprofundou na caracterização das tentativas de suicídio considerando os seguintes aspectos: predisponentes e precipitantes, intencionalidade e letalidade das tentativas. A presente pesquisa busca preencher esta lacuna, investigando a frequência de tentativas de suicídio, seus fatores associados e as características da última tentativa em uma amostra de usuários de um serviços comunitário de saúde mental.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi verificar a frequência de tentativa de suicídio na vida, seus fatores associados e caracterizar a última tentativa de suicídio em indivíduos com transtornos mentais, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Objetivos Específicos

1. Verificar a frequência de tentativas de suicídio na vida de indivíduos com transtornos mentais graves, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

2. Investigar os fatores associados à ocorrência das tentativas de suicídio na vida pelos participantes do estudo, tais como: variáveis sociodemográficas, ocupacionais, variáveis clínicas, nível de ideação suicida no momento do estudo e nível de estigma internalizado.

3. Analisar, entre os participantes que apresentarem tentativa de suicídio no seu histórico de vida, as características da última tentativa, em termos de: predisponentes e precipitadores, intencionalidade e letalidade.

HIPÓTESES

A hipótese principal deste estudo referiu-se a uma expectativa de encontrar uma alta frequência de tentativa de suicídio entre os participantes da amostra, considerando que: 90% dos indivíduos que morrem por suicídio são diagnosticados com um ou mais tipos de transtornos psiquiátricos (Turecki et al., 2016; WHO, 2014). De acordo com o estudo de revisão de Bertolote e Fleischmann (2002), este número pode ser ainda maior, visto que os autores constataram que, em 98% dos casos de suicídio, caberia um diagnóstico de transtorno psiquiátrico à época do fato.

Quanto aos fatores associados, esperou-se uma maior associação das tentativas de suicídio às variáveis clínicas, indicando maior gravidade em comparação às variáveis sociodemográficas. Outra hipótese foi de que as tentativas de suicídio na vida dos participantes estariam associadas a maiores níveis de ideação suicida, no momento do estudo, e a maiores níveis de estigma internalizado, hipótese que corrobora com alguns estudos com pessoas de diagnósticos específicos (Sharaf et al., 2012; Oexle et al., 2017).

MÉTODO

Delineamento de Pesquisa

Este estudo adotou uma abordagem quantitativa e consistiu, primeiramente, em uma Pesquisa de Levantamento. Foi utilizado o delineamento mais simples das pesquisas de levantamento, que tem como objetivo responder questões acerca da incidência, distribuição das características de toda ou parte de uma população-alvo, que acontecem naturalmente (Selltiz et al., 1987). No presente estudo, a frequência de tentativas de suicídio, as características da última tentativa, as variáveis sociodemográficas e clínicas, o nível atual de ideação suicida e o nível de estigma internalizado foram as características analisadas na amostra.

Este estudo pode ser classificado, ainda, como uma pesquisa do Tipo Correlacional, visto que investigou relações entre variáveis naturais dos indivíduos, sem a manipulação experimental (Contandriopoulos et al., 1994). Esse tipo de pesquisa não implica no estabelecimento de causalidade, permitindo apenas o exame de relações entre variáveis. Dessa forma, a relação entre duas variáveis ocorre quando a modificação nos níveis de uma variável está associada a modificações nos valores ou níveis da outra, ou seja, as duas variam sistematicamente juntas (Cozby, 2009).

Além disso, esta pesquisa se define como estudo de corte transversal, no qual a coleta dos dados é realizada em um único intervalo de tempo (Campos, 2018). O levantamento de dados sobre a frequência de tentativa de suicídio, o nível de estigma internalizado, nível de ideação suicida, as características da última tentativa e os dados sociodemográficos e clínicos foi realizado por meio de formulário, instrumentos de medida e entrevista semiestruturada, em uma única aplicação junto aos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Descrição do Local da Pesquisa

O presente estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial de nível III (CAPS III), mais especificamente, em seu ambulatório, na cidade de Divinópolis, Minas Gerais. A instituição será descrita a seguir:

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-III) é também conhecido como Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM), da cidade de Divinópolis – Minas Gerais, município localizado a 121km da capital mineira. Divinópolis tem uma área territorial de

708.115km², apresentando uma população residente, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, de 213.016 habitantes e uma população estimada, em 2019, de 242.505 habitantes (IBGE, 2021).

Em 2007, a gestão pública municipal, devido ao expressivo número de internações e considerando que o atendimento à pessoa em sofrimento mental ainda estava bem próxima do modelo hospitalar, decidiu ampliar o prédio do SERSAM, inaugurando em dezembro de 2008 o setor de urgências e emergências psiquiátricas, que funciona 24 horas por dia nos 7 dias da semana. A partir dessa nova estrutura de atendimento, o município solicitou ao Ministério da Saúde o credenciamento do SERSAM como CAPS-III, o que se efetivou em novembro de 2011. O CAPS-III, conhecido pelos munícipes como SERSAM, oferta os seguintes serviços: Urgência e emergência, permanência dia e noturna por meio de assistência intensiva, semi intensiva e não intensiva, e ainda o serviço ambulatorial de psiquiatria.

O CAPS-III atendia, até pouco tempo, as cidades que integravam o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Itapecerica (CISVI), a saber: Divinópolis, Carmo do Cajuru, Cláudio, São Sebastião do Oeste, São Gonçalo do Pará, Perdígão e Conceição do Pará. Os serviços relacionados à saúde mental prestados em Divinópolis, foram desparquetados no CISVI e o CAPS-III passou a atender apenas os divinopolitanos.

A equipe de profissionais do CAPS-III é formada por: Um coordenador, sete médicos psiquiatras, quatro psicólogos, dois farmacêuticos, oito enfermeiros, dois terapeutas ocupacionais, dois assistentes sociais, vinte e seis técnicos em enfermagem, dois auxiliares de farmácia, dois auxiliares administrativos, três motoristas, duas pessoas que trabalham na recepção e cinco auxiliares de serviços gerais.

O serviço oferece atendimento para adultos com transtornos mentais comuns, graves, graves e persistentes. As crianças e adolescentes que chegam na urgência e emergência, porta de entrada do CAPS, são acolhidos e encaminhados para outros centros de tratamento, uma vez que os serviços ofertados são exclusivos para maiores de 18 anos.

O serviço conta com aproximadamente 19.277 prontuários abertos; entretanto, parte significativa desses prontuários referem-se a usuários de cidades que faziam parte do CISVI; que não frequentam mais o CAPS, que mudaram para outras cidades, que foram transferidos para outros centros de tratamento ou ainda de pacientes que faleceram. Os prontuários não passam por controles periódicos. No ambulatório de psiquiatria do serviço, são oferecidas 24 vagas por dia para consulta com o psiquiatra, o que é equivalente a aproximadamente 528 consultas por mês. Considerando o número de pessoas que chegam ao serviço de urgência e

emergência encaminhados da rede pública, levados pela família, os que chegam espontaneamente ou ainda por meio da Polícia Militar, Corpo de Bombeiros e SAMU, estima-se que passem pelo CAPS uma média de 750 pessoas por mês. Dentre as atividades ofertadas no CAPS-III, destacam-se: consulta médica, oficinas terapêuticas, trabalho de grupo, assembleias com usuários, reuniões com familiares, cuidados da enfermagem, caminhadas pelo bairro, eventos em sazonalidades, visitas domiciliares, busca ativa de usuários, entre outros.

População-Alvo

A população-alvo desta pesquisa foi constituída por usuários do ambulatório do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Divinópolis. Com o intuito de obter uma amostra mais homogênea e minimizar a interferência de vieses na análise dos resultados, foram adotados critérios de inclusão e de exclusão da população-alvo.

Como critérios de inclusão, adotou-se as seguintes características: 1) usuários de ambos os sexos; 2) com idade igual ou superior a 18 anos e menor que 60 anos; 3) diagnosticados com Transtorno Mental, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

Os critérios de exclusão foram: 1) estar em crise e/ou em regime intensivo de atendimento, sendo consultado o técnico de referência para esclarecer eventuais dúvidas sobre o quadro clínico do usuário; 2) apresentar comorbidade neurológica e/ou diagnóstico de deficiência intelectual; 3) impossibilidade em compreender e responder às questões dos instrumentos utilizados, conforme Técnica de Sondagem, na qual o entrevistador solicita ao entrevistado que justifique sua resposta aos itens dos instrumentos utilizados (Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993).

Amostra

Para esta pesquisa, foi utilizada uma amostra não probabilística, do subtipo acidental, na qual selecionou-se sujeitos que estavam disponíveis num determinado local (Contandriopoulos et al., 1994), no caso, no CAPS, no momento das entrevistas pelos pesquisadores, as quais ocorreram no período entre abril e setembro de 2021. No período de coleta de dados, foram entrevistados todos os usuários que preencherem os critérios adotados,

que tiveram disponibilidade em conceder entrevista na ocasião em que forem contatados e que aceitaram participar da pesquisa.

Instrumentos de Medida

Foram utilizados quatro instrumentos de medida, sendo duas escalas, a saber, a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), desenvolvida com a finalidade de triagem de ideação suicida, e a Escala de Estigma no Transtorno Mental (ISMI-BR), que avalia o nível de estigma internalizado. Utilizou-se, ainda, um questionário sociodemográfico e clínico, e uma entrevista para caracterização da última tentativa de suicídio. Estes instrumentos serão descritos, a seguir:

Entrevista para caracterização da última tentativa de suicídio: A entrevista para caracterização da última tentativa de suicídio foi elaborada pelo autor do presente estudo, com o objetivo de conhecer três temas chaves, sendo: (a) predisponentes e precipitantes, (b) intencionalidade e (c) letalidade da última tentativa de suicídio. Esses são constructos conhecidos e utilizados na área e as perguntas foram baseadas em instrumentos já utilizados, como a Entrevista Semiestruturada para Autópsia Psicológica (Werlang, 2000); o protocolo utilizado no estudo *Multisite Intervention Study on Suicide Behaviours* (SUPRE-MISS) realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002b) e ainda da HeARTS-CL, entrevista História e Avaliação de Risco de Tentativas de Suicídio na forma de um check list (Parente, 2012). A entrevista utilizada no presente estudo, foi constituída por um total de 32 questões semiestruturadas, possuindo três módulos, um para cada tema chave, sendo que 17 questões foram elaboradas a partir da ESAP, 12 pelo protocolo do SUPRE-MISS e três da HeARTS-CL.

Os fatores predisponentes se referem a variáveis que “fundam” as circunstâncias que podem colaborar com o histórico de tentativa de suicídio, mas não necessariamente ocorrem imediatamente antes do comportamento suicida. São também conhecidos como fatores de risco distais, como por exemplo: histórico de violência sexual e ter sido negligenciado durante a infância. Por outro lado, precipitadores ou fatores de risco proximais são variáveis que estão associadas pela proximidade do evento suicida, sendo ainda identificados como desencadeantes ou “gatilhos” para a tentativa de suicídio, exemplos: rompimento amoroso significativo e derrocada financeira. Predisponentes e precipitadores operam em conjunto, criando um ambiente fecundo para o comportamento suicida (Mościck, 1999).

Outro tema chave proposto na entrevista foi a intencionalidade da tentativa de suicídio. Esse aspecto pode ajudar a distinguir atos suicidas e não suicidas, por contemplar além da indicação verbal do indivíduo sobre o seu desejo de morrer, comportamentos associados ao ato suicida que podem ser verificado por terceiros, como: à adoção de atitudes que impedissem o socorro, a preparação para a morte por meio de escrita de testamento e/ou bilhete suicida, e ainda, ter se despedido de pessoas próximas. Neste estudo, a letalidade refere-se à periculosidade do meio empregado, à acessibilidade a esse meio, o grau de crença na produção da própria morte e o tempo em que essa aconteceria. No entanto, letalidade e intencionalidade nem sempre são termos bem delimitados e por vezes podem estar sobrepostos. Por exemplo, a possibilidade de ser resgatado durante a tentativa pode estar relacionada à baixa intencionalidade, e constituir-se ainda como um atenuante da letalidade da tentativa.

Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI): Esta escala autoaplicável é uma versão da SSI (Scale for Suicide Ideation) apresentada por Beck, Kovacs e Weissman (1979). Consiste em um instrumento sistemático que, por meio de um tipo de entrevista semi estruturada, fornece indicadores de risco de suicídio. Derivada não só da observação e do histórico clínico dos pacientes, mas também de autores reconhecidos no campo da suicidologia, como Farberow e Scheidman (1961), Resnik (1968) e Scheidman (1967) a escala SSI teve suas qualidades psicométricas investigadas (Beck, Kovacs & Weissman, 1979) sendo utilizada no trabalho clínico e em pesquisas. A BSI surgiu da necessidade de criar uma versão de autorrelato com conteúdo idêntico ao da SSI.

A BSI se caracteriza como um instrumento de autorrelato constituído por 21 itens, todos com três alternativas de resposta, sendo que os 19 primeiros consideram “gradações da gravidade de desejos, atitudes e planos suicidas” com os respectivos conteúdos: 1) “Desejo de viver”; 2) “Desejo de morrer”; 3) “Razões para viver ou morrer”; 4) “Tentativa de suicídio ativa”; 5) “Tentativa de suicídio passiva”; 6) “Duração das ideias de suicídio”; 7) “Frequência da ideação”; 8) “Atitude em relação a ideação”; 9) “Controle sobre atos suicidas”; 10) “Inibições para a tentativa”; 11) “Razões para a tentativa”; 12) “Especificidade do planejamento”; 13) “Acessibilidade ou oportunidade do método”; 14) “Capacidade de realizar a tentativa”; 15) “Probabilidade de tentativa real”; 16) “Extensão da preparação verdadeira”; 17) “Bilhete suicida”; 18) “Atos finais”; 19) “Despistamento e segredo”. Os itens 20 e 21 são de caráter informativo e não são incluídos no escore final. Estes últimos fornecem relevantes subsídios a respeito do número de tentativas prévias e quanto à seriedade

da intenção de morrer da última delas. O item 20, especificamente, será utilizado como indicador de tentativa de suicídio na vida.

Alguns estudos (George & Malbery, 1994; Beck & Steer, 1993) foram realizados para averiguar as propriedades psicométricas da escala de ideação suicida de Beck. Foram encontrados excelentes indicadores de fidedignidade, acima de 0,90, em amostras de grupos psiquiátricos, médico-clínico e amostras não clínicas. Por outro lado, a estabilidade temporal foi considerada como de moderada fidedignidade teste-reteste, pois apresentou o coeficiente de correlação 0,54 ($p < 0,001$).

A versão em português procurou investigar a existência de correlação entre a BSI e o item 9, referente a ideias suicidas, da Escala de Depressão de Beck (BDI-I). O coeficiente de correlação estimado na amostra-clínica administrada em portadores de HIV foi de 0,78 ($p < 0,01$). Na administração da BSI em amostras não clínicas, feita em grupos de universitários e reclusos, o coeficiente estimado de correlação com o item 9 da BDI-I foi de 0,53 ($p < 0,01$) para o grupo de universitários e $r = 0,176$ para os reclusos, não atingindo significância estatística (Cunha, 2001).

A respeito da validade discriminante, Beck e Steer (1993) procuraram verificar se os escores da BSI diferenciavam pacientes depressivos com escore menor e maior que 9, na escala de desesperança de Beck. Por meio da análise discriminante dos escores da BSI, foi possível apontar corretamente 77,54% dos casos.

Para determinar a validade de construto, Beck e Steer (1991) utilizaram como subsídio a estimativa da BSI com a BHS e o BDI, excluindo do cálculo, o item 9, que se refere a ideias suicidas. As estimativas de correlação em pacientes com transtornos depressivos e com ideação suicida na BHS e na BDI foram de 0,53 e 0,51, respectivamente. Nos grupos de pacientes com transtornos depressivos e tentativa prévia de suicídio, as estimativas de correlação foram de 0,52 e 0,49 para a BHS e o BDI, respectivamente. A estimativa de correlação no grupo de pacientes com episódio depressivo maior entre a BSI e a BHS foi de 0,59 ($p < 0,01$) e com o BDI-I foi de 0,54 ($p < 0,001$). No grupo de emergência por tentativa de suicídio, a estimativa de correlação foi de 0,73 ($p < 0,0001$) da BSI com a BHS e de 0,72 ($p < 0,001$) da BSI com a BDI-I. Além disso, foi verificado o coeficiente para a validade convergente, por meio da correlação entre a SSI e a BSI, que variou em amostras de 40 pacientes internados e de 25 pacientes ambulatoriais, sendo de 0,90 ($p < 0,001$) e 0,94 ($p < 0,001$), respectivamente.

No que se refere à validade fatorial, Beck e Steer (1991) realizaram uma análise fatorial exploratória, com rotação varimax, dos 19 itens da BSI, tendo identificado cinco

componentes, com raiz característica >1 , sendo a variância total explicada de 64,2%, com a versão em português. Além disso, nesse mesmo estudo, foi feita uma segunda análise fatorial, com rotação varimax, utilizando uma amostra psiquiátrica de pacientes internados ($n=138$) com escores diferentes de 0 na BSI, na qual foram extraídos quatro fatores, com raízes > 1 , sendo a variância total explicada de 63,26%.

Escala de Estigma no Transtorno Mental (ISMI-BR): Trata-se de um instrumento de autorrelato, que tem como objetivo mensurar o estigma internalizado entre portadores de transtorno mental em geral. Publicada originalmente em 2003, nos Estados Unidos da América (Ritsher et al. 2003), a adaptação transcultural da ISMI para o contexto brasileiro foi apresentada por meio de um estudo em 2017 (Rozani et al., 2017). A ISMI utiliza uma escala de respostas do tipo Likert, sendo: 1) Discordo totalmente; 2) Discordo; 3) Concordo; 4) Concordo totalmente. No total, o instrumento possui 29 itens, agrupados tematicamente em cinco subescalas, a saber: 1) Alienação (seis itens): constitui um indicador da experiência subjetiva do respondente sobre a sua percepção de ser avaliado pelos outros de forma inferior aos demais membros da sociedade, ou ainda ter a identidade deteriorada; 2) Aprovação do Estereótipo (sete itens): busca mensurar o grau de concordância dos respondentes com os estereótipos sobre as pessoas com transtorno mental; 3) Percepção de Discriminação (cinco itens): visa descobrir a percepção dos respondentes da forma como são frequentemente tratados pelos outros; 4) Evitação Social (seis itens): constitui um verificador de estratégias de evitação utilizada pelo respondente nas relações sociais; 5) Resistência ao Estigma (cinco itens): busca descrever a experiência de resistir ou não ser afetado pelo estigma internalizado, verificando a validade das respostas por meio de pontuação invertida.

A ISMI, em sua versão original apresentada por Ritsher (2003), demonstrou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach igual a 0,90 ($N=127$). Os níveis de suas cinco subescalas, no que se refere à confiabilidade, na primeira aplicação dos questionários e no teste-reteste, apresentaram os seguintes resultados: Alienação (0,79; 0,68), Aprovação do Estereótipo (0,72; 0,94), Percepção de Discriminação (0,75; 0,79), Evitação Social (0,80; 0,89), Resistência ao Estigma (0,58; 0,80). A partir dos resultados, conclui-se que a ISMI possui boa confiabilidade e evidências de validade satisfatórias, mostrando ser um instrumento útil no que se propõe: medir o estigma internalizado no transtorno mental.

A versão brasileira da ISMI, para portadores de transtorno mental grave, ainda não teve as suas propriedades psicométricas verificadas. Entretanto, Soares et al. (2015) realizaram a validação de uma versão da escala adaptada para dependentes de substâncias,

no contexto brasileiro, com uma amostra de 299 dependentes de substâncias, obtendo 0,83 de escore total para alfa de *Cronbach*, 0,76 de Coeficiente *Spearman-Brown*. Foi realizada Análise Fatorial Exploratória de Máxima Verossimilhança, estimando a validade de construto, que demonstrou correlação significativa estatisticamente ($p < 0,01$) entre a ISMI e as escalas CES-D ($r = 0,47$), Escala de Autoestima de Rosenberg ($r = -0,48$) e Escala de Esperança de Herth ($r = -0,19$). Concluiu-se que a versão brasileira da ISMI para dependentes de substâncias, apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, servindo como um instrumento válido para mensurar estigma internalizado entre usuários de substâncias psicoativas.

Questionário Sociodemográfico e clínico: Este questionário teve como objetivo levantar as características sociodemográficas e clínicas dos usuários atendidos no ambulatório do CAPS III que se disponibilizaram a participar deste estudo. Foram levantadas informações sobre as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, moradia, renda, trabalho, prática de exercício físico, lazer, hipótese diagnóstica principal, comorbidades, estar em psicoterapia, tempo de tratamento e uso de drogas.

Procedimento de Coleta de Dados

A aplicação dos instrumentos de medida e a entrevista semiestruturada foram realizadas pelo mestrando pesquisador e por três psicólogas. Tal aplicação ocorreu presencialmente, entre Abril e Setembro de 2021, durante a pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) e seguiu todas as orientações e cuidados profiláticos propostos pelas autoridades sanitárias. Foi feito um treinamento para as psicólogas, que consistiu em três etapas, descritas a seguir. Primeiro, elas receberam informações sobre a temática da pesquisa e sobre os instrumentos de coleta de dados em 2 sessões de apresentação expositiva e discussão sobre textos da temática do presente estudo dirigido pelo pesquisador, possibilitando, assim, espaço para que as possíveis dúvidas fossem dirimidas. Na segunda etapa, as psicólogas foram treinadas para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, aplicando entre elas e o mestrando pesquisador, com o objetivo de se familiarizar com os instrumentos utilizados e com a padronização da forma de aplicação. Na última etapa, realizou-se um estudo piloto com 10% da amostra, tendo como finalidade verificar se existia necessidade de realizar mudanças e ajustes nos procedimentos de coleta de dados. Nesta etapa, o pesquisador foi a campo com as psicólogas para realizar a aplicação dos

instrumentos, observando e orientando as mesmas para que a aplicação ocorresse de forma assertiva, garantindo a qualidade e a padronização do procedimento de coleta de dados.

A aplicação dos instrumentos de coleta de dados obedeceu a seguinte ordem: primeiro, o formulário sociodemográfico e clínico, a ISMI-BR, em segundo lugar e, a seguir a BSI. Posteriormente, para aqueles que relataram ter tentado suicídio ao menos uma vez na vida, de acordo com o agrupamento 20 da escala BSI, foi aplicada a entrevista de caracterização da última tentativa de suicídio. A aplicação dos instrumentos aconteceu individualmente, no ambulatório do CAPS, em ambiente tranquilo e livre de interrupções. Algumas informações clínicas foram coletadas no prontuário dos participantes.

Os usuários do CAPS que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos nesta pesquisa foram convidados a participar. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam explicações sobre os objetivos e a forma de coleta de dados do presente estudo. Posteriormente, foram dadas instruções aos sujeitos sobre como responder aos instrumentos de medida. Como forma de avaliar a compreensão dos entrevistados aos vários itens dos instrumentos, foi utilizada a Técnica de Sondagem (*Probe Technique*), desenvolvida por Guillemin et al. (1993) que consiste em solicitar aos entrevistados que justifiquem as suas respostas a cada item do instrumento. Esta técnica objetivou avaliar se cada item foi compreendido de forma adequada, evitando respostas indiscriminadas.

Análise de Dados

Os dados deste estudo foram analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 23.0 para Windows. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Foram empregadas as seguintes análises estatísticas:

1. Análises estatísticas descritivas, por meio do cálculo de médias, desvios-padrão e porcentagens para a descrição das características sociodemográficas e clínicas da amostra e para analisar os escores dos instrumentos ISMI-BR e BSI.
2. Para os participantes que relataram a ocorrência de ao menos uma tentativa de suicídio na vida, foi utilizada análise estatística descritiva, por meio de porcentagem, para descrever as características da última tentativa, em termos da predisponentes e precipitadores, intencionalidade e letalidade, de acordo com a entrevista de caracterização da última tentativa.

3. Análise da distribuição normal das variáveis contínuas, incluindo os escores globais das escalas ISMI-BR e BSI, pelo teste de Shapiro Wilk..
4. Com o objetivo de selecionar os fatores associados às tentativas de suicídio dos participantes, incluindo as variáveis sociodemográficas e clínicas, além dos escores globais da ISMI-BR e da BSI, que foram incluídos na análise multivariada, foi realizada, inicialmente, análises estatísticas univariadas. Para as variáveis contínuas que apresentarem uma distribuição normal, foram utilizadas análises paramétricas. Entretanto, para as variáveis contínuas que não apresentarem normalidade, foram utilizadas análises não paramétricas
5. A análise multivariada foi realizada por meio de um modelo de regressão logística, com nível de significância $p < 0,05$. A variável dependente dicotômica foi a ocorrência de tentativa de suicídio pelos participantes ao longo de suas vidas (sim/não). As variáveis independentes do modelo foram aquelas que apresentaram nível de significância $p < 0,05$ nas análises univariadas.

Considerações Éticas

A realização deste estudo foi autorizada pelo Centro de Atenção Psicossocial de Divinópolis e, posteriormente o projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPES) da Universidade Federal de São João del-Rei (CAAE nº 38310920.3.0000.5151). A pesquisa foi desenvolvida segundo as normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (www.conselho.saude.gov.br).

Este estudo seguiu as orientações publicadas por meio de decretos, portarias, diretrizes e normas do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) de Divinópolis, que dispunham sobre medidas de prevenção e enfrentamento ao novo coronavírus (SARS-CoV-2), assegurando que o processo de coleta de dados, bem como quaisquer outras atividades mencionadas neste estudo, que envolviam mais de uma pessoa, fossem realizados em segurança, com os devidos cuidados profiláticos e de distanciamento social.

Todos os procedimentos do estudo, no que se refere aos objetivos, riscos, benefícios, questões éticas, importância do estudo e duração da coleta de dados, foram devidamente informados antes da aplicação dos instrumentos, à coordenação do CAPS, às referências técnicas e aos participantes. Não foram divulgados dados individuais dos participantes da pesquisa, apenas dados grupais, assegurando-se, assim, o anonimato e garantindo o sigilo de

todas as informações coletadas. Os participantes foram, ainda, informados de que não haveria riscos de ordem moral ou física pela sua participação e que poderiam desistir a qualquer momento, de participar, sem sofrer qualquer prejuízo, constrangimento ou dano. Foi oferecido a cada participante o número de telefone e e-mail do pesquisador, de forma que poderiam contatá-lo, com a finalidade de dirimir eventuais dúvidas, bem como tomar conhecimento do desenvolvimento da pesquisa. A participação na pesquisa foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esta pesquisa possuiu risco de causar desconforto, situações de crise ou estresse psíquico nos participantes. Por outro lado, houve também a possibilidade de se conhecer os fatores associados as tentativas de suicídio, o que pode ajudar os serviços. Com a finalidade de resguardar os participantes dos riscos envolvidos no estudo, os informantes que apresentaram ideação suicida grave mediante o preenchimento da BSI e/ou apresentaram e/ou perceberam desconforto, situações de crise ou estresse psíquico, durante ou após a aplicação dos instrumentos, foram orientados a procurarem o pesquisador, através do contato fornecido no TCLE para um primeiro acolhimento e, caso considerasse necessário, o pesquisador poderia encaminhar e reportar o ocorrido à referência técnica do CAPS.

Será apresentada uma devolutiva para a Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis para a realização de possíveis capacitações de profissionais que atuem na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para a coordenação do CAPS-III, equipe profissional, participantes da pesquisa, usuários do serviço e demais interessados, será dada uma devolutiva na modalidade de roda de conversa com os resultados da pesquisa. O presente estudo não possui caráter interventivo, portanto não haverá nenhum tipo de intervenção posterior junto aos participante.

RESULTADOS

São apresentados, primeiramente, os resultados relativos à descrição geral da amostra, quanto às suas características sociodemográficas, clínicas e ocupacionais, seguidos pelos dados das análises bivariadas dos fatores associados à tentativa de suicídio na vida. Posteriormente, é apresentada a regressão logística dos fatores associados à tentativa de suicídio ao longo da vida. Logo após, encontram-se as frequências da subamostra de participantes que tentaram suicídio. Seguem os resultados da análise descritiva de caracterização da última tentativa de suicídio em termos de: (a) predisponentes e precipitantes; (b) intencionalidade; e (c) letalidade.

Caracterização da Amostra de Participantes

Tabela 1

Análise Descritiva da Amostra e Análises Bivariadas dos Fatores Associados a tentativa de Suicídio na vida (N = 152)

(continua)

Variável	Amostra total n (%) ou média (d.p.)	Tentativa de Suicídio na Vida n (%) ou média (d.p.)		p
		Não	Sim	
Idade	43,38 (12,11)	45,86 (11,31)	41,89 (12,38)	0,04*
Sexo				
Masculino	54 (35,50%)	21 (13,80%)	33 (21,70%)	0,86
Feminino	98 (64,50%)	36 (23,70%)	62 (40,80%)	
Cor/Raça				
Branca	62 (40,80%)	23 (15,10%)	39 (25,70%)	1,00
Preta/Parda/Amarela/Indígena	90 (59,20%)	34 (22,40%)	56 (36,80%)	
Religião				
Sim	139 (91,40%)	51 (33,60%)	88 (57,90%)	0,56
Não	13 (8,60%)	6 (3,90%)	7 (4,60%)	
Filhos				
Sim	100 (65,80%)	38 (25,00%)	62 (60,80%)	1,00
Não	52 (34,20%)	19 (12,50)	33 (21,70%)	
Estado Civil				
Solteiro/Divorciado/Viúvo	108 (71,10%)	37 (24,30%)	71 (46,70%)	0,20
Casado/ União estável	44 (28,90%)	20 (13,20%)	24 (15,80%)	
Com quem mora				
Sozinho (a)	28 (18,40%)	9 (5,90%)	19 (12,50%)	0,67
Acompanhado (a)	124 (81,60%)	48 (31,60%)	76 (50,00%)	

(conclusão)

Variável	Amostra total n (%) ou média (d.p.)	Tentativa de Suicídio na Vida n (%) ou média (d.p.)		p
		Não	Sim	
Escolaridade				
Até fundamental completo	79 (52,00%)	26 (17,10%)	53 (34,90%)	0,24
Ensino médio incompleto ou mais	73 (48,00%)	31 (20,40%)	42 (27,60%)	
Recebe algum dinheiro				
Sim	84 (55,30%)	29 (19,10%)	55 (36,20%)	0,41
Não	68 (44,70%)	28 (18,40%)	40 (26,30%)	
Trabalhou nos últimos seis meses				
Sim	48 (31,60%)	17 (11,20%)	31 (20,40%)	0,86
Não	104 (68,40%)	40 (26,30%)	64 (42,10%)	
Atividade de diversão dentro de casa				
Sim	103 (67,80%)	43 (28,30%)	60 (39,50%)	0,15
Não	49 (32,20%)	14 (9,20%)	35 (23,00%)	
Atividade de diversão fora de casa				
Sim	53 (34,90%)	24 (15,80%)	29 (19,10%)	0,16
Não	99 (65,10%)	33 (21,70%)	66 (43,40%)	
Categoria diagnóstica				
F40-F48	23 (15,10%)	12 (7,90%)	11 (7,20%)	0,16
F10-F19 / F20-29 / F30-39 / F60-69	129 (84,90%)	45 (29,60%)	84 (55,30%)	
Comorbidade psiquiátrica				
Sim	77 (49,30%)	26 (17,10%)	51 (33,60%)	0,40
Não	75 (50,70%)	31 (20,40%)	44 (28,90%)	
Idade que ficou doente	30,13 (12,64)	35,38 (12,64)	26,99 (11,62)	0,00**
Autoadministra a medicação				
Sim	118 (81,90%)	43 (29,90%)	75 (52,10%)	0,66
Não	26 (18,10%)	8 (5,60%)	18 (12,50%)	
Já foi internado (a)				
Sim	76 (50,00%)	21 (13,80%)	55 (36,20%)	0,02*
Não	76 (50,00%)	36 (23,70%)	40 (26,30%)	
Faz psicoterapia				
Sim	37 (24,30%)	5 (3,30%)	32 (21,10%)	0,00**
Não	155 (75,70%)	52 (34,20%)	63 (41,40%)	
Faz uso de bebida alcoólica				
Sim	37 (24,30%)	8 (5,30%)	29 (19,10%)	0,03*
Não	115 (75,70%)	49 (32,20%)	66 (43,40%)	
Já teve problemas com uso de substâncias				
Sim	26 (17,10%)	7 (4,60%)	19 (12,50%)	0,27
Não	126 (82,90%)	50 (32,90%)	76 (50,00%)	
Escore ISMI-BR	72,03 (13,54)	67,30 (13,10)	74,87 (13,07)	< 0,01**
Escore BSI	9,51 (10,80)	2,88 (5,49)	13,49 (11,25)	< 0,01**

Nota: n = número de participantes; % = porcentagem; DP = desvio padrão; p = probabilidade associada

A amostra do presente estudo foi composta por 152 pessoas assistidas pelo CAPS, sendo que 95 delas (62,50%) relataram, pelo menos, uma tentativa de suicídio ao longo da

vida. Com relação à amostra total do estudo, a maioria dos entrevistados foram do sexo feminino (64,50%), solteiro/divorciado/viúvo (71,10%) e vivia na companhia de outras pessoas (81,60%). Mais da metade possuía filhos (65,80%) e tinha alguma remuneração (55,30%), embora a maioria estivesse sem trabalho nos seis meses que antecederam a entrevista (68,40%). A idade média foi de 43,38 anos ($DP = 12,11$) e um pouco mais da metade estudou até o ensino fundamental completo (52,00%). Com relação à cor, 59,20% dos usuários se autodeclararam pretos/pardos/amarelos/indígenas. Quase toda a amostra relatou possuir alguma religião (91,40%). Quando comparado a transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F48), os demais transtornos foram mais frequentes na amostra (84,90%), os quais incluíram: transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (F10-F19); esquizofrenia, transtornos esquizotípico e delirantes (F20-F29); transtornos do humor (F30-F39); transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos (F60-F69). A idade média de início do transtorno foi de 30,13 ($DP = 12,64$) anos. Metade dos usuários relatou a existência de internações psiquiátricas na vida (50,00%), a maioria não fazia psicoterapia (75,70%) e autoadministrava sua medicação (81,90%). Sobre uso de drogas, grande parte não fazia uso de álcool (75,70%) e nunca tiveram problemas com uso de substâncias (82,90%). Além disso, pouco mais da metade dos participantes não possuíam comorbidades psiquiátricas (50,70%). Quanto às atividades de diversão, a maior parte (65,10%) não as possuía tais atividades fora de casa, enquanto 67,80% se divertiam dentro de casa. O escore médio de estigma internalizado no transtorno mental, mensurado pela ISMI-BR e que pode variar de 29 a 116, foi de 72,03 ($DP = 13,54$), enquanto o nível de ideação suicida, de acordo com a BSI e que pode variar de 0 a 38, foi de 9,51 ($DP = 10,80$).

Análises bivariadas dos fatores associados à tentativa de suicídio na vida

Na Tabela 1, encontram-se, ainda, os valores de significância estatística (p) para as análises bivariadas dos fatores associados à tentativa de suicídio. O teste t de *Student* para amostras independentes foi utilizado no caso de variáveis contínuas e teste do *qui-quadrado* para variáveis categóricas, comparadas à ocorrência ou não de tentativa de suicídio na vida. Sete variáveis mostraram-se estatisticamente significantes ($p < 0,05$), sendo elas: idade média ($p = 0,05$), idade de adoecimento ($p < 0,01$), histórico de internação psiquiátrica ($p = 0,02$), estar em psicoterapia ($p < 0,01$), uso de bebida alcoólica ($p = 0,03$), escore da ISMI-BR ($p < 0,01$) e escore da BSI ($p < 0,01$). A variável “categoria diagnóstica” não se mostrou

estatisticamente significativa ($p = 0,16$); porém, foi inserida no modelo de regressão logística por ser amplamente associada, em diversos estudos da literatura da área, com as tentativas de suicídio (WHO, 2014; Bertolote & Fleischmann, 2002; Turecki & Brent, 2014).

Análise de regressão logística dos fatores associados à tentativa de suicídio ao longo da vida

Tabela 2

Regressão logística dos fatores associados a tentativa de suicídio ao longo da vida

Variável	<i>B</i>	Erro padrão	Wald X ²	OR (95% I.C.)	<i>p</i>
Idade	0,06	0,03	4,62	1,06 (1,01 – 1,11)	0,03*
Categoria Diagnóstica	0,21	0,71	0,09	1,23 (0,31 – 4,96)	0,77
Idade que ficou doente	-0,08	0,02	10,43	0,92 (0,88 – 0,97)	< 0,01**
Internação	1,38	0,52	6,89	3,96 (1,42 – 11,07)	< 0,01**
Faz terapia	1,90	0,68	7,70	6,69 (1,75 – 25,63)	< 0,01**
Uso de bebida alcoólica	1,39	0,64	4,72	4,02 (1,15 – 14,09)	0,03*
ISMI-BR	0,02	0,02	1,11	1,02 (0,98 – 1,06)	0,29
BSI	0,14	0,03	16,29	1,15 (1,07 – 1,22)	< 0,01**
Constante	-3,46	1,74	3,95	0,03	0,04

Nota: p = probabilidade associada; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; OR = *Odds Ratio* (razão de chance); I.C. (OR) = intervalo de confiança de 95% do *Odds Ratio*. Modelo criado usando 139 (91,00%) da amostra original de 152 entrevistados, devido a dados faltosos nas variáveis independentes.

A Tabela 2 apresenta o modelo final da análise de regressão dos fatores associados à tentativa de suicídio na vida. Seis variáveis mostraram-se estatisticamente significantes associadas à tentativa de suicídio ($X^2 = 71,27$; $p < 0,01$): idade (OR = 1,06); idade de adoecimento (OR = 0,92); histórico de internação (OR = 3,96); estar em psicoterapia (OR = 6,69); uso de bebida alcoólica (OR = 4,02) e maior nível de ideação suicida de acordo com a BSI (OR = 1,15). O modelo final também inclui as variáveis “categoria diagnóstica” e nível de estigma internalizado no transtorno mental “ISMI-BR”, mas essas variáveis não se mostraram estatisticamente significantes.

Caracterização da última tentativa para a subamostra de 95 participantes que tiveram tentativa de suicídio na vida

Tabela 3

Descrição da subamostra de pessoas que tentaram suicídio (N = 95)

(continua)

Variável	Pessoas que tentaram suicídio na vida n (%) ou média (d.p.)
Idade	41,89 (12,38)
Sexo	
Masculino	33 (34,74%)
Feminino	62 (65,26%)
Cor/Raça	
Branca	39 (41,05%)
Preta/Parda/Amarela/Indígena	56 (58,95%)
Religião	
Sim	88 (92,63%)
Não	7 (7,37%)
Filhos	
Sim	62 (65,26%)
Não	33 (34,74%)
Estado Civil	
Solteiro/Divorciado/Viúvo	71 (74,74%)
Casado/ União estável	24 (25,26%)
Com quem mora	
Sozinho (a)	19 (20,00%)
Acompanhado (a)	76 (80,00%)
Escolaridade	
Até fundamental completo	53 (55,79%)
Ensino médio incompleto ou mais	42 (44,21%)
Recebe algum dinheiro	
Sim	55 (57,89%)
Não	40 (42,11%)
Trabalhou nos últimos seis meses	
Sim	31 (32,63%)
Não	64 (67,37%)
Atividade de diversão dentro de casa	
Sim	60 (63,16%)
Não	35 (36,84%)
Atividade de diversão fora de casa	
Sim	29 (30,53%)
Não	66 (69,47%)

Variável	(conclusão) Pessoas que tentaram suicídio na vida n (%) ou média (d.p.)
Categoria diagnóstica	
F40-F48	11 (11,58%)
F10-F19 / F20-29 / F30-39 / F60-69	84 (88,42%)
Comorbidade psiquiátrica	
Sim	51 (53,68%)
Não	44 (46,32%)
Idade que ficou doente	26,99 (11,62)
Autoadministra a medicação	
Sim	75 (78,95%)
Não	18 (18,95%)
Já foi internado (a)	
Sim	55 (57,89%)
Não	40 (42,11%)
Faz psicoterapia	
Sim	32 (33,68%)
Não	63 (66,32%)
Faz uso de bebida alcoólica	
Sim	29 (30,53%)
Não	66 (69,47%)
Já teve problemas com uso de substâncias	
Sim	19 (20,00%)
Não	76 (80,00%)
Escore ISMI-BR	74,87 (13,07)
Escore BSI	13,49 (11,25)

Nota: *n* = número de participantes; % = porcentagem; DP = desvio padrão.

Antes de apresentar a caracterização da última tentativa para a subamostra de 95 participantes, que tiveram tentativa de suicídio na vida, descreve-se por meio da tabela 3 as variáveis sociodemográficas e clínicas dessa subamostra. A maioria dos participantes que tentaram suicídio foram do sexo feminino (65,26%), com estado civil de solteiro/divorciado/viúvo (74,74%). A maior parte relatou viver na companhia de outras pessoas (80,00%), possuir filhos (65,26%) e ter alguma religião (92,63%). Além disso, um número maior de entrevistados afirmou ter alguma fonte de renda (57,89%), embora mais da metade (67,37%) disseram não ter trabalhado nos seis meses que precederam a entrevista. A média de idade foi de 41,89 anos (*DP* = 12,38). A maioria (58,95%) se autodeclarou pretos/pardos/amarelos/indígenas. Com relação à escolaridade, 55,79% dos entrevistados com histórico de tentativa de suicídio relataram ter estudado até o ensino fundamental

completo. Quanto à atividade de diversão, a maioria fazia algo dentro de casa (63,16%), enquanto os que não possuíam tais atividade fora de casa somavam 69,47%. De acordo com os prontuários consultados, a maioria dos que tentaram suicídio tinha alguma comorbidade (53,68%) e os diagnósticos de: transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa (F10-F19); esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29); transtornos do humor (F30-F39). Os transtornos de personalidade e de comportamentos em adultos (F60-F69) foram mais predominantes (88,42%) quando comparados a transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F48). A idade de início do transtorno mental teve uma média de 26,99 anos ($DP = 11,62$). Mais da metade dos usuários com tentativas de suicídio relatou a ocorrência de internações psiquiátricas na vida (57,89%), a maioria autoadministrava sua medicação (78,95%) e não fazia psicoterapia (66,32%). Com relação ao uso de drogas, a maioria não fazia uso de álcool (69,47%) e nunca teve problemas com uso de substâncias psicoativas (80,00%). Além disso, o escore de estigma internalizado no transtorno mental mensurado pela ISMI-BR foi de 74,87 ($DP = 13,07$), enquanto o nível de ideação suicida de acordo com a BSI foi de 13,49 (11,25).

Tabela 4

Caracterização da última tentativa de suicídio em termos de predisponentes e precipitadores (N = 95)

		(continua)
Variável		n (%)
Problemas com familiares e pessoas próximas na infância	Sim	57 (60,00%)
	Não	38 (40,00%)
Problemas com vizinhos, amigos e parentes	Sim	43 (45,30%)
	Não	52 (54,70%)
Problemas no trabalho e/ou na escola	Sim	37 (38,90%)
	Não	58 (61,10%)
Problemas para organizar o dinheiro e/ou com endividamento	Sim	41 (43,20%)
	Não	54 (56,80%)
Problemas para conseguir consulta com psiquiatra	Sim	44 (46,30%)
	Não	51 (53,70%)
Problemas para conseguir remédios	Sim	43 (45,30%)
	Não	52 (54,70%)

		(conclusão)
Variável		n (%)
Problemas com a polícia ou com a justiça	Sim	14 (14,70%)
	Não	81 (85,30%)
Problemas para controlar as emoções e sentimentos	Sim	78 (82,10%)
	Não	17 (17,90%)
Histórico de internação psiquiátrica com membros da família	Sim	56 (58,90%)
	Não	39 (41,10%)
Sobre pessoas com histórico de tentativa de suicídio		
Desconhece		27 (28,40%)
De amigo, pessoa próxima ou colega de trabalho		26 (27,40%)
Na família		35 (36,80%)
De cônjuge ou relacionamento amoroso significativo		1 (1,10%)
Mais de uma opção		6 (6,30%)
Sobre pessoas com histórico de suicídio		
Desconhece		31 (32,60%)
De amigo, pessoa próxima ou colega de trabalho		35 (36,80%)
Na família		22 (23,20%)
De cônjuge ou relacionamento amoroso significativo		1 (1,10%)
Mais de uma opção		6 (6,30%)
Histórico prévio de tentativas de suicídio	Sim	64 (67,40%)
	Não	31 (32,60%)
Número de tentativas de suicídio	Uma tentativa	7 (10,90%)
	Duas tentativas	18 (28,10%)
	Três tentativas	17 (26,60%)
	Quatro ou mais tentativas	22 (34,40%)
Sofreu ameaça de abuso físico ou sexual	Sim	47 (49,50%)
	Não	48 (50,50%)
Foi forçado (a) a fazer atividade sexual não consentida	Sim	37 (38,90%)
	Não	58 (61,10%)
Sofreu agressão física que precisou/saria de ajuda médica	Sim	45 (47,40%)
	Não	50 (52,60%)
Passou por situações de negligência na infância	Sim	57 (60,00%)
	Não	38 (40,00%)

Nota: *n* = número de participantes; % = porcentagem.

Na tabela 4, encontram-se os dados descritivos de caracterização da última tentativa de suicídio, em termos dos fatores predisponentes e precipitadores. A maioria dos usuários

entrevistados disse já ter enfrentado problemas com familiares e pessoas próximas na infância (60,00%), ter problemas para controlar suas emoções e sentimentos (82,10%) e relataram situações de negligência na infância (60,00%). Por outro lado, a maioria relatou não ter tido problemas com: vizinhos, amigos e parentes (54,70%), trabalho e/ou escola (61,10%), organização do dinheiro e/ou endividamento (56,80%), acesso à consulta psiquiátrica (53,70%), acesso de medicamentos para o tratamento (54,70%) e ainda problemas com a justiça (85,30%). Mais da metade dos usuários relatou histórico de internação psiquiátrica de membros da família (58,90%). Em relação ao histórico de comportamento suicida, mais de um terço relatou conhecer tentativas prévias de familiares (36,80%) e suicídio de amigos e/ou pessoa próxima e/ou colega de trabalho (36,80%). A maioria dos entrevistados possuía tentativas de suicídio que antecederam a última (67,40%), sendo que 34,40% realizaram quatro ou mais tentativas. Além disso, pouco mais da metade dos usuários relataram não ter sofrido ameaça de abuso sexual (50,50%), enquanto 61,10% disseram nunca terem sido forçados à atividade sexual sem consentimento e 52,60% nunca sofreram agressão física que precisasse de ajuda médica.

Tabela 5

Caracterização da última tentativa de suicídio em termos de intencionalidade (N = 95)

Variável	n (%)
No ano anterior a última tentativa demonstrou ou falou sobre a vontade de morrer	
Sim	38 (40,00%)
Não	57 (60,00%)
Envolvia em acidentes ou situações com potencial ameaça à vida	
Sim	32 (33,70%)
Não	63 (66,30%)
Sobre a proximidade de pessoa/s no momento da tentativa	
Ninguém próximo ou em contato	55 (57,90%)
Alguém próximo ou em contato	23 (24,20%)
Alguém presente	17 (17,90%)
Contava que alguém poderia chegar no momento da tentativa	
Sim	26 (27,40%)
Não	69 (72,60%)
Tomou decisões que impedissem o socorro	
Tomou decisões que impediriam o socorro	18 (18,90%)
Evitou pessoas, mas não fez nada para impedir o socorro	12 (12,60%)
Não tomou decisões que evitasse ser encontrado (a)	65 (68,40%)
Informou alguém que faria uma tentativa de suicídio	
Guardou só para si, ninguém foi informado	66 (69,50%)
Informou alguém, porém não disse que era uma tentativa	18 (18,90%)

		(conclusão)
Variável	n (%)	
Informou alguém sobre a tentativa	11 (11,60%)	
Fez preparativos como pagar dívida, se despedir, escrever testamento antes da tentativa de suicídio		
Não	84 (88,40%)	
Pensou ou fez algum tipo de preparação	7 (4,60%)	
Tomou atitudes bem definidas	4 (2,60%)	
Escreveu bilhete/carta ou fez postagem em rede social		
Nenhum bilhete/carta ou post, nem pensou em escrever	79 (83,20%)	
Pensou em escrever um bilhete/carta ou post	2 (2,10%)	
Escreveu bilhete/carta ou post	14 (14,70%)	
Expectativa com a tentativa de suicídio		
Mostrar algo ou reação, buscar atenção ou se vingar	5 (5,30%)	
Descansar de forma temporária	20 (21,10%)	
Morrer	70 (73,70%)	
Sobre as chances de vir a morrer como consequência da tentativa de suicídio		
Não pensou a respeito disso	47 (49,50%)	
Pensou que a morte seria certa	41 (43,20%)	
Não pensou que a morte seria certa	7 (7,40%)	
Sobre como se sente em relação a tentativa de suicídio		
Se lamenta por ter se recuperado	13 (13,70%)	
Sem saber se está feliz ou arrependido (a)	26 (27,40%)	
Feliz pela recuperação	56 (58,90%)	

Nota: *n* = número de participantes; % = porcentagem.

A tabela 5 apresenta a caracterização da última tentativa de suicídio em termos de intencionalidade. A maioria dos entrevistados, considerando o ano anterior à última tentativa, relataram: não ter demonstrado ou mesmo falado sobre a vontade de morrer (60,00%); não ter se envolvido em acidentes ou situações com potencial ameaça à vida (66,30%); não ter feito preparativos como, por exemplo, pagar dívidas, se despedir ou mesmo escrever testamento (88,40%); e não pensou e nem escreveu bilhete/carta ou postagem em rede social (83,20%). A maior parte dos usuários disse que durante a tentativa: não contava com a chegada de alguém (72,60%), não estava próximo ou em contato com alguma pessoa (57,90%) e não informou alguém sobre a tentativa (69,50%). No momento da tentativa, quase metade dos entrevistados disse não ter pensado sobre as chances de vir a morrer como consequência da mesma (49,50%), embora a maioria esperava ter como desfecho a morte (73,70%). Durante a entrevista, a maioria manifestou estar feliz em ter se recuperado após à tentativa (58,90%).

Tabela 6*Caracterização da última tentativa de suicídio em termos de letalidade (N = 95)*

Variável	n (%)
Método da tentativa	
Enforcamento	10 (10,50%)
Precipitação	8 (8,40%)
Afogamento	4 (4,20%)
Remédio	42 (44,20%)
Veneno	15 (15,80%)
Instrumento cortante	7 (7,40%)
Outros meios	5 (5,30%)
Mais de um meio	4 (4,20%)
Proximidade do meio utilizado	
Muito perto	48 (50,50%)
Perto	42 (44,20%)
Longe	4 (4,20%)
Muito longe	1 (1,10%)
Nível de acesso ao meio utilizado	
Muito fácil	53 (55,80%)
Fácil	38 (40,00%)
Difícil	3 (3,20%)
Muito difícil	1 (1,10%)
Nível de crença que o meio utilizado causaria a morte	
Acreditava muito	75 (78,90%)
Acreditava pouco	11 (11,60%)
Não acreditava	6 (6,30%)
Não acreditava de jeito nenhum	3 (3,20%)
Tempo que o meio utilizado proporcionaria a morte	
Muito rápido	34 (35,80%)
Rápido	37 (38,90%)
Lento	21 (22,10%)
Muito lento	3 (3,20%)

Nota: n = número de participantes; % = porcentagem.

Na tabela 6, são descritas as características sobre a letalidade da última tentativa de suicídio dos entrevistados. O método mais empregado foi a autointoxicação exógena por medicamentos (44,20%). Pouco mais da metade relatou que o meio utilizado estava muito próximo (50,50%) e que o acesso ao mesmo foi muito fácil (55,80%), a maioria acreditava muito que o meio utilizada seria capaz de causar a própria morte (78,90%) e que o tempo que isso ocorreria seria rápido (38,90%).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo possibilitaram identificar a frequência de tentativas de suicídio ao longo da vida entre os usuários do CAPS estudado. Foi possível, também, descrever os fatores sociodemográficos e clínicos associados às tentativas de suicídio. Além disso, as características da última tentativa em termos de (a) predisponentes e precipitadores; (b) intencionalidade; e (c) letalidade, foram identificadas. Este parece ser o primeiro estudo no contexto nacional a descrever de forma detalhada as características da última tentativa em pessoas com transtorno mental usuárias de um serviço de saúde mental comunitário.

Primeiramente, no que se refere à frequência de tentativas de suicídio, o presente estudo encontrou que 62,50% dos entrevistados relataram pelo menos uma tentativa ao longo da vida. Esse resultado é próximo ao encontrado por Borba et al. (2020), em dois CAPS de Curitiba, onde 67,70% dos usuários tentaram suicídio. Esse estudo também realizou, além de consulta aos prontuários, entrevista com os usuários do serviço. Entretanto, os estudos de Botti et al. (2018a, 2018b, 2019), Kantorski et al. (2021) e Almeida et al. (2020), que também foram realizados em CAPS, mas que empregaram apenas consulta aos prontuários, tiveram uma frequência de tentativa de suicídio de 22,90%, 33,40% e 86,80%, respectivamente. Essa diferença nos resultados pode ser explicada por registros incompletos ou superficiais para a variável “tentativa de suicídio” nos prontuários analisados pelas duas primeiras autoras, ocorrência que foi apontada pelas mesmas como limitação do estudo. Os estudos internacionais de Pirkis et al. (1999) e Schnyder & Valach (1997) tiveram as menores incidências de tentativas de suicídio em pessoas com transtornos mentais usuárias de serviços de saúde mental, 3,3% e 11,3%, respectivamente. Porém, essa diferença parece se dever ao fato de que essas pesquisas focaram apenas nas tentativas de suicídio que ocorreram durante o período de estudo.

Quanto às características sociodemográficas e clínicas da amostra, verificou-se resultados semelhantes a pesquisas anteriores realizadas com usuários de CAPS. Nesses estudos, houve também uma participação maior de respondentes do sexo feminino, com filhos, que relataram estar solteiros, divorciados ou viúvos e que autoadministrava a medicação, além de uma média de idade ou faixa etária predominante similar (Borba et al., 2020; Almeida et al., 2020; Oliveira et al., 2013; Botti et al., 2018a; Kantorski et al., 2021).

Quanto às características ocupacionais, foi observado, no presente estudo, que a maioria dos usuários (68,40%) relatou não possuir atividade laboral nos seis meses que precederam a entrevista. Este resultado aproxima-se do encontrado por Borba et al. (2020) e

Botti et al. (2018a), em que 63,00% e 72,20%, respectivamente, não tinham atividade laboral. No entanto, a maioria dos respondentes do presente estudo (55,30%) relatou receber algum dinheiro, divergindo do percentual de 20,30% da amostra estudada por Borba et al. (2020), que possuía alguma renda. Quando observadas as características sociodemográficas, clínicas e ocupacionais em conjunto, nota-se que a amostra foi constituída majoritariamente por pessoas em vulnerabilidade social.

Quanto aos fatores associados à tentativa de suicídio ao longo da vida, verificou-se, por meio da análise de regressão logística, que os usuários que relataram estar em psicoterapia, apresentaram risco seis vezes maior de tentativa de suicídio, quando comparados àqueles que disseram não utilizar esse tipo de serviço. Esse resultado difere do estudo de Soares (2003), que não encontrou associação estatística para essa variável entre pessoas que tentaram suicídio na vida. No entanto, segundo o autor, estar em psicoterapia teve associação significativa entre aqueles que tentaram suicídio nos 12 meses que precederam a coleta de dados. Além disso, cabe ressaltar que, devido ao desenho transversal do presente estudo, esse resultado pode indicar que a psicoterapia esteja funcionando neste caso tanto como um indicador de resultado ou desfecho como um indicador de demanda ou gravidade dos participantes. Porém, essa interpretação não foi possível, devido ao desenho do estudo.

Os resultados também indicaram um risco três vezes maior de tentativa de suicídio entre aqueles que relataram a ocorrência de internação psiquiátrica ao longo da vida. Embora os estudos de Almeida et al. (2020) e Schnyder et al. (1997) tenham apresentado associação estatística significativa entre essas duas variáveis, o histórico de internação psiquiátrica foi menor entre os que tentaram suicídio. Por outro lado, no estudo de Oliveira et al. (2013), assim como no presente estudo, também se obteve associação estatística entre a ocorrência de tentativa de suicídio e internação psiquiátrica prévia; porém, na pesquisa de Oliveira et al. (2013) isso foi registrado, quando havia mais de uma tentativa de suicídio.

Outro resultado importante deste estudo foi a associação significativa encontrada entre a tentativa de suicídio e o uso de bebida alcoólica. Este resultado difere do estudo de Borba et al. (2020), no qual o uso não esteve associado à tentativa de suicídio. Entretanto, de acordo com a OMS (WHO, 2018), o uso de álcool pode aumentar em até sete vezes o risco de tentativa de suicídio logo após sua utilização e, ainda, aumentar em 37 se o uso for feito de forma exagerada.

Com relação ao nível de ideação suicida, mensurado pelo BSI, foi encontrada associação significativa com a ocorrência de tentativa na vida. Esse resultado é similar ao que

foi encontrado por Almeida et al. (2020) que apontou associação entre a ocorrência de tentativa de suicídio na vida e de ideação suicida. Soares (2003) também observou essa associação em seu estudo, no qual todos que referiram ter tentado suicídio também relataram ideação suicida no momento da pesquisa. Botti et al. (2018a), por meio de dados descritivos coletados em prontuários, identificou que 53,2% dos que tentaram suicídio apresentavam ideação. A ideação suicida apresenta forte relação com o histórico de tentativas de suicídio. Pesquisar a presença de tais pensamentos pode ser uma forma de reduzir o risco de tentativas.

Ainda entre os fatores associados investigados neste estudo, uma maior média de idade foi associada de forma estatisticamente significativa à ocorrência de tentativa de suicídio na vida, de acordo com o modelo de regressão logística. No entanto, no estudo de Almeida et al. (2020), em que foram realizadas apenas análises bivariadas, pessoas com histórico de tentativas eram mais jovens em relação aos que não tentaram. Os demais estudos similares da área (Botti et al., 2018a; Oliveira et al., 2013; Soares, 2003; Kantorski et al., 2021) apresentaram o resultado para essa variável por meio de intervalo de idade e não realizaram análise estatística entre os que tentaram e os que não tentaram suicídio.

A idade de início do transtorno foi outra variável que se mostrou associada a tentativa de suicídio. Os usuários que relataram ter adoecido mais jovens tinham mais chances de terem tentado suicídio. Formas crônicas de transtornos mentais tendem a ser mais resistentes ao tratamento, o que pode ser explicado pelo próprio prognóstico do transtorno, por falhas na prescrição ou uso da medicação, por erros no diagnóstico e ainda pela falta de adesão ao tratamento (Botega, 2015). A cronicidade do transtorno pode aumentar o risco de tentativa de suicídio por estar associada à desesperança, relacionamentos interpessoais caóticos ou conturbados, desemprego ou baixo rendimento funcional (Gili et al., 2019; Lecrubier, 2001).

Com relação ao diagnóstico, diversos estudos verificaram associação significativa entre este fator e a tentativa de suicídio, mas, em cada um deles houve predomínio de categorias diagnósticas diferentes entre as pessoas que apresentaram tal tentativa. Kantorski et al. (2021) encontraram resultado estatisticamente significativo, com maior ocorrência de transtornos afetivos, enquanto Schnyder & Valach (1997) observou associação entre pessoas diagnosticadas com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtornos de ajustamento e distúrbio neuróticos. Pirkis et al. (1999) obteve resultado significativo para indivíduos com transtorno de personalidade e transtorno por uso de substâncias. Borba et al. (2020) verificou associação entre os usuários com depressão e esquizofrenia. Estes resultados diferem dos achados de Almeida et al. (2020) e do presente estudo, nos quais não houve associação estatisticamente significativa entre o diagnóstico e a tentativa de suicídio. Apesar de não ter

apresentado resultados de associação significativa em relação à categoria diagnóstica, Soares (2003) encontrou tal associação entre sintomas depressivos e a tentativa de suicídio. Em geral, a associação entre essas variáveis parece ser um dado consolidado na área (Teti et al., 2014; Turecki et al., 2016; Liu et al., 2018; Ibiloglu et al., 2016), sendo que ocorrência de tentativa parece ser mais comum entre os transtornos mentais graves. No presente estudo, como essa variável não apresentou uma associação significativa nas análises bivariadas, ela foi inserida no modelo de regressão baseando-se nesses dados da literatura. Apesar disso, não foi encontrada uma associação significativa. Alguns fatores, como o fato de a grande maioria da amostra pertencer a alguma dessas categorias diagnósticas tradicionalmente associadas a tentativa de suicídio (84,90%) e a falta de critérios para padronização de diagnósticos nos prontuários dos entrevistados, podem ter colaborado com o resultado encontrado.

Embora o nível de estigma internalizado (ISMI-BR) tenha se mostrado estatisticamente significativo nas análises bivariadas, com uma média maior entre aqueles que tentaram suicídio, o mesmo não ocorreu na análise de regressão logística. O estigma internalizado em pessoas com transtornos mentais tem sido apontado como responsável por prejuízos significativos entre as pessoas com transtorno mental, incluindo um maior risco de suicídio (Carpiniello & Pinna, 2017). Apesar de não ter sido apontado nenhum indicador de multicolinearidade no presente estudo, os níveis de estigma internalizado e de ideação suicida, os quais tem sido fortemente associados entre si na literatura da área em pessoas com transtornos graves (Lien et al., 2018; Oexle et al., 2017; 2018), foram inseridos no mesmo modelo como co-variáveis. Talvez a inserção simultânea dessas duas variáveis no modelo possa explicar a falta de significância estatística com relação ao estigma internalizado neste estudo.

A subamostra do presente estudo foi composta por 95 usuários que tentaram suicídio ao longo da vida. Em termos descritivos, a maioria era do sexo feminino, solteiro/dirvorciado/viúvo, com filhos, vivendo na companhia de outras pessoas, sem vínculo laboral nos seis meses que precederam a entrevista, com alguma comorbidade clínica e histórico de internação psiquiátrica na vida. Essas características são similares aos resultados encontrados nos estudos analisados (Borba et al., 2020; Almeida et al., 2020; Kantorski et al., 2021; Oliveira et al., 2013).

Com relação às características da última tentativa de suicídio, no que se refere aos fatores predisponentes e precipitadores, foi observado que um percentual maior de usuários relatou possuir problemas com familiares e pessoas próximas na infância e mais de um terço dos entrevistados informaram, ainda, que antes da última tentativa, tinham problemas com

vizinhos, amigos e parentes, no trabalho e/ou na escola. Resultados semelhantes foram encontrados por Botti et al. (2018a), em que se identificou associação de tentativa de suicídio com a separação dos pais e conflitos familiares. Em uma revisão sistemática sobre os fatores de risco para o suicídio e tentativa de suicídio entre pacientes psiquiátricos na América Latina e Caribe, que incluiu 17 estudos, Teti et al. (2014) verificaram que a estrutura familiar bem como a falta de apoio social foram fatores de risco para tentativa de suicídio em todos os estudos que investigaram essas variáveis.

A maioria dos usuários disse ter feito tentativas prévias de suicídio antes da última tentativa. Resultado similar foi apontado por Almeida et al. (2020); Borba et al. (2020) e Oliveira et al. (2013), que encontraram tentativas prévias em 62,5%, 66,5% e 66,4%, entre aqueles que já haviam tentado, respectivamente. Além disso, 34,40% dos entrevistados do presente estudo relataram ter feito quatro ou mais tentativas de suicídio, corroborando o achado de Borba et al. (2020), em que 31,0% dos participantes também relataram ter feito quatro ou mais tentativas de suicídio ao longo da vida. Na revisão de Teti et al. (2014), foi encontrada associação significativa entre tentativa de suicídio e risco aumentado para uma nova tentativa de suicídio em todos os estudos que investigaram essas variáveis. A partir disso, conclui-se que a tentativa de suicídio prévia é um proeminente fator de risco para o suicídio e novas tentativas de suicídio entre pacientes psiquiátricos, validando, assim, o achado de outro estudo, que apontou o histórico prévio como principal fator de risco para novas tentativas de suicídio (Huang et al., 2014).

De forma geral, a maioria dos entrevistados conhecia alguém que morreu por suicídio ou que realizou alguma tentativa na vida. Em 36,80% dos casos, tratava-se de algum amigo ou pessoa próxima que morreu por suicídio. Esse mesmo percentual foi observado para pessoas que conheciam alguém na família que havia tentado contra a própria vida. De acordo com a OMS (2014), para cada morte por suicídio, 5 a 10 pessoas são severamente afetadas emocional, financeira e socialmente por esse fenômeno. Cerel et al. (2018) estimam um número maior, de até 135 pessoas expostas a cada óbito por suicídio. Um aumento de risco de transtornos mentais e de suicídio foi observado em descendentes de pessoas que vieram a óbito por suicídio, uma vez que a morte de um dos pais por esta razão está associada com a presença de transtorno mental grave, sendo o risco de suicídio duas a três vezes maior quando comparado a sujeitos de grupos controle (Runeson & Asberg, 2003; Agerbo et al., 2002), embora a pesquisa de Cerel et al. (2008), tenha identificado que o histórico de suicídio na família foi preditor de suicídio independente de transtorno mental grave. Para Scavacini (2018), a repetição do comportamento suicida pode estar relacionada pela maneira com a

qual se lida com o sofrimento e pela percepção de que esse comportamento seja uma forma de responder às adversidades da vida.

Quanto ao histórico de transtorno mental de membros da família, a maioria dos usuários relatou ter familiar que precisou de internação psiquiátrica. Um estudo caso-controle conduzido por Pires et al. (2015) observou que o histórico psiquiátrico na família foi indicador de risco para tentativa de suicídio, corroborando com resultados de pesquisas que apontam que algumas famílias possuem maior predisposição a transtornos mentais e a casos de suicídios e que essa incidência maior pode ser explicada por fatores genéticos (Turecki, 2001; Brent et al., 2005).

No que se refere a experiências adversas durante a vida, a maioria dos usuários relatou ter vivido situações de negligência na infância. Um número significativo, quase metade da subamostra relatou, ainda, ter sofrido ameaça de abuso físico ou sexual, ter sido forçado à atividade sexual não consentida e ter sofrido agressão física que precisou ou precisaria de ajuda médica. De forma similar, Botti et al. (2018a) encontrou associação significativa entre tentativa de suicídio e experiências traumáticas, como abuso físico ou sexual e violência doméstica. Além disso, em um estudo de caso-controle realizado em Recife/PE, com 240 indivíduos, no qual metade tinha histórico de tentativa de suicídio, foi encontrada associação significativa entre a história de abuso sexual na infância entre os grupos caso-controle, porém com maior prevalência nos indivíduos que tentaram suicídio (Santos et al., 2017). Brodsky et al. (2008) com o objetivo de investigar a transmissão familiar de risco do comportamento suicida, por meio de avaliação do auto relato de abuso sexual, em pais biológicos, encontraram correlação entre o histórico de abuso relatado com maior probabilidade de, pelo menos, uma tentativa de suicídio ao longo da vida desses pais. Verificou-se, ainda, que os filhos eram mais propensos a tentarem suicídio. Sentimentos de vergonha ou atribuição pessoal de culpa pelo ocorrido estão intimamente relacionados a experiências de abuso sexual, o que pode aumentar a vulnerabilidade a comportamentos suicidas (Santos et al., 2017).

Quase metade dos usuários relataram ter problemas para conseguir agendar consulta psiquiátrica e ter acesso a medicação para tratamento do transtorno mental. De acordo com a OMS (2014), o acesso rápido ao tratamento adequado, bem como a disseminação de conhecimento sobre os serviços disponíveis em saúde mental, se constitui um importante fator na prevenção de tentativas e óbitos por suicídio.

Quanto à intencionalidade da última tentativa de suicídio, mais especificamente, no que se refere ao planejamento do ato suicida, observou-se que a maioria dos usuários: não

tomou decisões para evitar ser encontrado, não fez preparativos como pagar dívidas, se despedir ou escrever testamento e não escreveram bilhete ou post suicida na internet. Esses aspectos, em conjunto, sugerem um comportamento marcado por impulsividade, como mostrado pelo estudo de Prieto e Tavares (2005), no qual pessoas com planejamentos menos detalhados apresentaram maior nível de impulsividade. Esta perspectiva pode ser validada por problemas na regulação emocional, relatada pela maioria dos entrevistados. Esses resultados obtidos com relação à intencionalidade, os quais indicaram um menor planejamento em geral, são esperados quando se considera essa subamostra do estudo, que foi constituída apenas por pessoas com histórico de tentativas, na qual maior intencionalidade pode estar associada a um desfecho fatal.

Sobre a comunicação da ideação suicida, houve predominância de entrevistados que não demonstraram ou falaram sobre a vontade de morrer no ano que precedeu a última tentativa e que relataram guardar só para si a informação de que faria uma tentativa. Segundo a OMS (2014), pessoas com transtorno mental estão sujeitas a serem estigmatizadas, o mesmo acontece com quem tenta suicídio, sendo que sentimentos de vergonha e culpa dificultam a procura de ajuda e aumentam a vulnerabilidade dessas pessoas.

Sobre as características relacionadas à letalidade, o método mais utilizado na última tentativa foi a intoxicação exógena. Esse resultado foi o mesmo encontrado em todas as pesquisas que investigaram essa variável (Botti et al., 2018b; Almeida et al., 2020; Borba et al., 2020) e está em consonância com os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), segundo os quais 57,60% das tentativas de suicídio no país, entre os anos de 2011 a 2016, foram causadas por envenenamento/intoxicações.

Como a maioria dos usuários que tentaram suicídio disse que o meio de perpetração estava próximo e acessível, infere-se que a acessibilidade e disponibilidade do método podem ter contribuído para a tentativa de suicídio. Em um contexto de crise suicida, a agitação e a impulsividade são componentes preditores de tentativa de suicídio, e podem ainda elevar o grau de letalidade da mesma (Nock et al., 2013; Kutcher et al., 2007). De acordo com a OMS (2014), a restrição de acesso aos métodos utilizados ocupa um papel fundamental na prevenção do suicídio, sobretudo em casos onde apresenta-se impulsividade, permitindo, assim, que o indivíduo tenha a oportunidade de reavaliar seus pensamentos sobre a morte.

Observou-se, ainda, que o grau de crença a respeito da produção da morte pelo meio utilizado foi expressivo. A grande maioria dos respondentes relatou acreditar muito que o meio de perpetração causaria a própria morte e que esta ocorreria de forma rápida. A certeza

de que o meio utilizado causaria a morte é um importante fator para caracterizar a intencionalidade do ato.

Por fim, apresentam-se algumas limitações na elaboração deste estudo. Por se tratar de pesquisa de corte transversal, não foi possível acompanhar a amostra estudada ao longo do tempo. Enfatiza-se que o delineamento utilizado, de tipo correlacional, não possibilita realizar inferências causais entre as variáveis, apenas associações entre elas, ou seja, algumas variáveis independentes podem ter ocorrido depois da variável dependente. Dessa forma, o resultado da regressão logística, por exemplo, aponta apenas uma associação entre as variáveis, em termos da razão de chances (*odds ratio*) e não uma relação de causa e efeito. Outra limitação consiste no fato de que a amostra estudada não foi probabilística, o que dificulta a generalização dos resultados, embora tenha sido observado similaridade das características sociodemográficas e clínicas entre as amostras de estudos semelhantes da área. Reitera-se que a ausência de critérios que objetivassem padronizar os diagnósticos descritos nos prontuários foi outra importante limitação dessa pesquisa.

Apesar dessas limitações, o presente estudo fornece um retrato naturalístico acerca da tentativa de suicídio, seus fatores associados e sua caracterização entre os participantes. Estudos futuros, com entrevista diagnóstica ou uso de diagnósticos padronizados e com desenho longitudinal, que acompanhem os usuários dos serviços ao longo tempo, são necessários para avaliar, de forma mais detalhada, os fatores que podem levar à tentativa de suicídio. Pesquisas que avaliem os impactos das tentativas sobre os profissionais e demais usuários são também necessárias. Dados desse tipo podem auxiliar no manejo e prevenção do comportamento suicida no contexto da assistência comunitária em saúde mental no Brasil.

CONCLUSÕES

Em geral, os resultados deste estudo possibilitaram verificar a frequência de tentativa de suicídio ao longo da vida dos usuários do CAPS-III de Divinópolis/MG. Foi possível conhecer os dados sociodemográficos e clínicos dos mesmos, os fatores associados à tentativa de suicídio e, além disso, as características da última tentativa de suicídio, entre aqueles que a fizeram, foram identificadas.

Com relação à frequência de tentativa de suicídio, os dados encontrados merecem atenção, pois mais da metade dos entrevistados fez, pelo menos, uma tentativa de suicídio, e entre estes, mais de um terço realizou quatro ou mais tentativas. Embora o estudo tenha sido composto por uma amostra específica e considerando que era previsto uma frequência elevada de tentativas com relação a estudos similares, o presente resultado figurou entre os maiores no que se refere à frequência, reincidência e a ter tentado suicídio múltiplas vezes. Esse resultado confirma a hipótese apresentada, de que a frequência de tentativas de suicídio entre os usuários do CAPS seria elevada.

No que se refere às análises de regressão logística, evidenciou-se associações significantes para variáveis clínicas como: estar em psicoterapia, uso de bebida alcoólica, histórico de internação psiquiátrica, maior nível de ideação suicida e menor idade de início do transtorno. Entre as variáveis sociodemográficas, apenas a idade esteve associada a ter tentado suicídio. Isso confirma a hipótese de que as variáveis clínicas teriam maior predominância entre aquelas associadas de forma estatisticamente significativa à ocorrência de tentativa, quando comparadas às sociodemográficas. Os fatores associados encontrados convergem com alguns dados de pesquisas similares já apresentados. A partir desse resultado, sugere-se um acompanhamento mais próximo desse perfil de usuário, bem como elaboração de intervenções específicas com a finalidade de prevenir novas tentativas.

Quanto às características da última tentativa de suicídio, verificou-se um histórico de múltiplas violências, que incluem situações de negligência na infância, abuso físico ou sexual e agressão física. Intervenções que promovam o fortalecimento da rede de apoio social e o estabelecimento de vínculos com pessoas significativas, podem funcionar como fatores protetivos. Observou-se ainda, dificuldade por parte dos usuários em conseguir acessar recursos de saúde, como consulta psiquiátrica e medicação. Acesso a tratamento adequado é imprescindível para a redução do comportamento suicida. Além disso, a maioria das tentativas teve como meio de perpetração a intoxicação exógena. Sabe-se que restringir ou limitar a venda e dispensação de alguns medicamentos e outras substâncias é uma estratégia

fundamental para reduzir a frequência de tentativas de suicídio. Por fim, sugerem-se estratégias de sensibilização sobre o comportamento suicida, já que a maioria da subamostra não demonstrou ou comunicou alguém sobre sua vontade de morrer, o que pode estar relacionado com o estigma do transtorno mental e com o fato de ter feito tentativas prévias de suicídio.

O presente estudo apresenta importantes contribuições por ampliar o conhecimento sobre os fatores associados às tentativas de suicídio em pessoas com transtorno mental assistidas por serviços de saúde comunitários. Além disso, descreve de forma detalhada e original as características da última tentativa de suicídio daqueles que a fizeram, o que pode oferecer informações importantes para orientar as equipes de saúde mental. Este aspecto parece ser pioneiro entre os estudos nacionais. Ademais, as informações obtidas neste estudo podem ajudar equipes multiprofissionais em saúde no planejamento de intervenções mais específicas, que visem reduzir o número de tentativas de suicídio e suas consequências.

REFERÊNCIAS

- ABC, da Saúde. (2005). Suicídio. <https://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/suicídio>.
- Agerbo, E., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*, 325(7355), 74. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7355.74>
- Almeida, T. K. P., Oliveira, M. M. A., Fernandes, E. C. V. F., Santos, M. S. (2020). Prevalência de tentativa de suicídio e os fatores associados em pacientes com transtorno psíquico. *Arch. Health. Sci*, 27(1)51-55 <https://doi.org/10.17696/2318-3691.27.1.2020.1771>
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J., & Nightingale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorder in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*, 153(8), 1009-1014.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). Beck Depression Inventory. Manual. San Antonio: Psychology Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1991). Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(3), 213-223.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... & ESEMED/MHEDEA Investigators. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of affective disorders*, 101(1-3), 27-34.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*, 1(3), 181.
- Borba, L. D. O., Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C., Kalinke, L. P., Maftum, M. A., & Maftum, G. J. (2020). Fatores associados à tentativa de suicídio por pessoas com transtorno mental. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24, 1-9. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200013>
- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia Usp*, 25, 231-236. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
- Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B., Silva, V. F., & Dalgalarrodo. P. (2009). Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12), 2632-2638.
- Botti, N. C. L., Cantão, L., Silva, A. C., Dias, T. G., Menezes, L. C., & Castro, R. A. S. de. (2018b). Características Do Comportamento Suicida De Homens E Mulheres Em Tratamento Psiquiátrico. In *Cogitare Enfermagem* (Vol. 23, Issue 1). <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.54280>
- Botti, N. C. L., Silva, A. C., Cantão, L., Dias, T. G., Castro, R. A. S., & Assunção, J. E.

- (2019). Ideação Suicida E Tentativa De Suicídio Entre Pessoas Em Tratamento Psiquiátrico. *Psicologia Em Revista*, 25(3), 1135–1151. <https://doi.org/10.5752/p.1678-9563.2019v25n3p1135-1151>
- Botti, N., Silva, A., Pereira, C., Cantão, L., Castro, R., Araújo, L., Asunção, J., & Silva, B. (2018a). *Tentativa de Suicídio entre Pessoas com Transtornos Mentais e Comportamentais*. Recife: Rev. Enfermagem UFPE 12(5): 1289-95
- Brasil, M. da S. (2021). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, 52, 1–10.
- Brasil. Lei nº 10.2016/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; DF, 2001. <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>.
- Brasil. Lei nº 10.708/2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília; DF, 2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm#:~:text=L10708&text=LEI%20No%2010.708%2C%20DE,transtornos%20mentais%20egressos%20de%20internac%C3%A7%C3%B5es.
- Brasil. Lei nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; DF, 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Saúde Mental em Dados – 8, Brasília: Ministério da Saúde, ano 6, n. 8. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. *Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde*, 48(30), 1-14.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020. Brasília, 2017b. <https://www.trt4.jus.br/portais/media-noticia/258980/cartilha%20contra%20o%20suic%C2%B4dio.pdf>
- Brasil. Portaria 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.
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol.

- 133, No. 1, pp. 13-24). Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>
- Brodsky, B. S., Mann, J. J., Stanley, B., Tin, A., Oquendo, M., Birmaher, B., ... & Brent, D. (2008). Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 7162.
- Campos, L. F. L. (2018). Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia (6ª ed.). Campinas: Alínea.
- Carpiniello, B., & Pinna, F. (2017). The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Frontiers in psychiatry*, 8, 35.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2018). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Cerel, J., Jordan, J. R., & Duberstein, P. R. (2008). The impact of suicide on the family. *Crisis*, 29(1), 38-44.
- CJSF. (2014). Suicide Prevention at Work: A Fact Sheet. Winnipeg. http://suicideprevention.ca/wp-content/uploads/2014/05/Suicide_work_fact_sheet.pdf.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. O., & Boyle, P. (1994). Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec Abrasco.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J. O., & Boyle, P. (1994). Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec Abrasco.
- Cozby, P. C. (2009). Métodos de pesquisa em ciência do comportamento. São Paulo: Atlas.
- Crosby, A. (2007, April). Development of uniform definitions for self-directed violence surveillance. In *American Association of Suicidology Annual Meeting*.
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements.
- Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Delgado, P. G., Schechtmam, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E., Cordeiro, F., Pôrto, K., Hoffmann, M. C. C. L., Martins, R., & Griolo, T. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M. F. Mello, A. A. F. Mello, & R. Kohn. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil* (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed.
- Durkheim, E. (2019). O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Editora WMF.
- Farberow, N. & Schneidman, E. (1961) *The Cry for Help*. London: McGraw-Hill

- Feijó, R. B., Salazar, C. C., Bozko, M. P., Bozko, M. P., Candiago, R. H., Avila, S., ... & Chaves, M. L. F. (1996). O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. *J. bras. psiquiatr*, 657-64.
- Gili M, Castellví P, Vives M, de la Torre-Luque A, Almenara J, Blasco MJ, Cebrià AI, Gabilondo A, Pérez-Ara MA, A MM, Lagares C, Parés-Badell O, Piqueras JA, Rodríguez-Jiménez T, Rodríguez-Marín J, Soto-Sanz V, Alonso J, Roca M. (2019) Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord*, 15;245:152-162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>.
- Gotsens, M., Mari-Dell'Olmo, M., Rodríguez-Sanz, M., Martos, D., Espelt, A., Perez, G., & Borrell, C. (2011). Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. *Revista española de salud pública*, 85(2), 163-174.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of clinical epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54.
- Heck, R. M., Kantorski, L. P., Borges, A. M., Lopes, C. V., Santos, M. C. D., & Pinho, L. B. D. (2012). *Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 21(1), 26-33.
- Huang, Y. C., Wu, Y. W., Chen, C. K., & Wang, L. J. (2014). Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: a community cohort study in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 711.
- Ibiloglu, A. O., Atli, A., Demir, S., Gunes, M., Kaya, M. C., Bulut, M., & Sir, A. (2016). The investigation of factors related to suicide attempts in Southeastern Turkey. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 407. <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S97471>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). População estimada: panorama <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/divinopolis/panorama>
- Kantorski, L. P., Guedes, A. D. C., Ramos, C. I., Treichel, C. A. D. S., Portela, D. L., Willrich, J. Q., ... & Santos, V. B. D. (2021). Prevalência de ideação e tentativa de suicídio entre usuários de um centro de atenção psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190505>
- Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde. *Canadá: Lunbeck*.
- Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. (2001) *Eur Psychiatry*. Nov;16(7):395-9. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00596-x](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00596-x). PMID: 11728851.

- Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Yeh, C. B., & Loh, C. H. (2018). Self-Stigma Mediates the Impact of Insight on Current Suicide Ideation in Suicide Attempters with Schizophrenia: Results of a Moderated Mediation Approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(6), 661-676.
- Liu, B. P., Qin, P., Liu, Y. Y., Yuan, L., Gu, L. X., & Jia, C. X. (2018). Mental disorders and suicide attempt in rural China. *Psychiatry research*, 261, 190-196. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.087> PSY11123
- Lougon, M. (2006). Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. In *Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica* (pp. 226-226).
- Marcondes Filho, W., Mezzaroba, L., Turini, C. A., Koike, A., Motomatsu Junior, A., Shibayama, E. E., & Fenner, F. L. (2002). Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolesc. latinoam*, 0-0.
- Marín-León, L., Oliveira, H. B., & Botega, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 32(5), 351–359.
- Minayo, M. C. S., Pinto, L. W., Assis, S. G., Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. N. (2012). Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Revista de Saude Publica*, 46(2), 300–309.
- Mościcki, E. K. (1999). Epidemiology of suicide. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Havard Medical School guide to suicide assessment intervention*. San Francisco: Jossey-Bass
- Müller, S. A., Pereira, G. S., & Zanon, R. B. (2017). *Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial*. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(2), 6-23
- Nero CRD. O que é economia da Saúde. In: Piola SF and Vianna SM editors. *IPEA Economia da Saúde. Conceitos e contribuição para a gestão da Saúde*. Brasília: Ed IPEA; 2002.
- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology*, 115(3), 616.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS medicine*, 6(8), e1000123. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000123>
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-252. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>

- Oexle, N., Rüsçh, N., Viering, S., Wyss, C., Seifritz, E., Xu, Z., & Kawohl, W. (2017). Self-stigma and suicidality: a longitudinal study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(4), 359-361.
- Oexle, N., Rüsçh, N., Viering, S., Wyss, C., Seifritz, E., Xu, Z., & Kawohl, W. (2017). *Self-stigma and suicidality: a longitudinal study*. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(4), 359-361.
- Oexle, N., Waldmann, T., Staiger, T., Xu, Z., & Ruesch, N. (2018). Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 169-175.
- Oliveira, M. I. V., Bezerra Filho, J. G., de Lima, M. V. N., Ferreira, C. C., Garcia, L. U., & Goes, L. D. S. P. (2013). Características psicossociais de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial com história de tentativa de suicídio. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 9(3), 136-143. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i3p136-143>
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 181(3), 193-199.
- Parente, B. M. F. D. S. (2012). O julgamento clínico do risco de suicídio. (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília. Retirado de https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13486/1/2012_BeatrizMontenegroFrancodeSouzaParente.pdf
- Pierce, D. W. (1977). Suicidal intent in self-injury. *The British journal of psychiatry*, 130(4), 377-385.
- Pires, M. C. D. C., Raposo, M. C. F., Sougey, E. B., Bastos Filho, O. C., Silva, T. S., & Passos, M. P. D. (2015). Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64, 193-199. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000078>
- Pirkis, J., Burgess, P., & Jolley, D. (1999). Suicide attempts by psychiatric patients in acute inpatient, long-stay inpatient and community care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(12), 634-644. <https://doi.org/10.1007/s001270050186>
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J. bras. psiquiatr*, 146-154.
- Rapeli, C. B., & Botega, N. J. (1998). Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *J. bras. psiquiatr*, 157-62.
- Rapeli, C. B., & Botega, N. J. (2005). Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 27, 285-289.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.

- Ronzani, T. M., Soares, R. G., Nery, F. C., & Silveira, P. S. (2017). Adaptação transcultural brasileira da escala de estigma internalizado de transtorno mental-ISMI-BR. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 10(1), 25-34.
- Runeson, B., & Åsberg, M. (2003). Family history of suicide among suicide victims. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1525-1526. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1525>
- Santos, M. S. P. D., Silva, T. D. P. S. D., Pires, C. M. D. C., Ramos, P. G. X., & Sougey, E. B. (2017). Identificação de aspectos associados à tentativa de suicídio por envenenamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66, 197-202. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000171>
- Scavacini, K. (2018). *O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo na prevenção e posvenção do suicídio* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Scheidman, E. S. (1967). *Essays in Self-Destruction*. New York: Science House.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. F. J. M., Bjerke, T., Crepef, P., ... & Sampaio-Faria, J. G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trend, S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327-338.
- Schnyder, U., & Valach, L. (1997). Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *General Hospital Psychiatry*, 19(2), 119-129. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(96\)00169-7](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(96)00169-7)
- Selltiz, C., Wrightsman, L. S., & Cook, S. W. (1987). *Métodos de pesquisa nas relações sociais: Delineamentos de pesquisa* (2a ed., Vol. 2). São Paulo: E.P.U.
- Sgobin, S. M. T. (2013). *Custos diretos e indiretos de tentativas de suicídio de alta letalidade internadas em hospital geral. Dissertação*. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
- Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A. (2012). *A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia*. *International journal of nursing studies*, 49(12), 1512-1520.
- Shneidman, E. (1994). *Definition of suicide 1985. The Master Work series*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and life-threatening behavior*, 36(5), 519-532.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263.

- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Soares, F. N. (2003). *Prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de São Paulo* (Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo).
- Soares, R. G., Silveira, P. S., Noto, A. R., Boyd, J. R., & Ronzani, T. M. (2015). Validação da Versão Brasileira da Escala ISMI Adaptada para Dependentes de Substâncias. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(2): 229-238.
- Teixeira, A. M. F., & Luis, M. A. V. (1997). Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, 517-525.
- Teti, G. L., Rebok, F., Rojas, S. M., Grendas, L., & Daray, F. M. (2014). Systematic review of risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in Latin America and Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36, 124-133.
- Turecki, G. (2001). Suicidal behavior: is there a genetic predisposition?. *Bipolar disorders*, 3(6), 335-349. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2001.30608.x>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas. *Porto Alegre: Artmed*, 191.
- Werlang, B. S. G. (2000). Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
- WHO, Hammer, J. H., Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. In *Global status report on alcohol*.
- World Health Organization (2017). *Mental Health Atlas 2017*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A Global Imperative. In *World Health Organization*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/8/9789241564878_eng.pdf?ua=1&ua=1
- World Health Organization. (2021). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. In *World Health Organization, Geneva*.
- World Health Organization. (2002a). Relatório mundial da saúde-Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Lisboa: Direcção-Geral da Saúde*.
- World Health Organization. (2002b). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: WHO.

ANEXOS

ANEXO A

**ESCALA DE ESTIGMA INTERNALIZADO NO TRANSTORNO MENTAL ISMI-
BR**

Nome: _____

Data: ___/___/_____

	Item	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Concordo	4. Concordo totalmente
1	Você se sente fora de lugar no mundo por ter um transtorno mental.				
2	Pessoas com transtorno mental tendem a ser violentas				
3	As pessoas te discriminam por você ter um transtorno mental				
4	Você evita se aproximar das pessoas que não têm transtorno mental para evitar rejeição				
5	Você fica envergonhado ou constrangido por ter um transtorno mental.				
6	Pessoas com transtorno mental não deveriam se casar.				
7	As pessoas com transtorno mental fazem importantes contribuições para a sociedade.				
8	Você se sente inferior aos outros que não possuem transtorno mental.				
9	Você não se socializa tanto quanto você costumava porque seu transtorno mental poderia te fazer parecer ou se comportar “estranho”.				
10	Pessoas com transtorno mental não podem viver uma vida boa, uma vida satisfatória.				
11	Você não fala muito sobre você mesmo porque você não quer incomodar os outros com o seu transtorno mental.				
12	Imagens negativas sobre o transtorno mental te mantêm afastado do mundo “normal”.				
13	Estar rodeado por pessoas que não têm um transtorno mental te faz sentir fora de lugar ou inadequado.				
14	Você se sente à vontade quando está em público na companhia de uma pessoa com transtorno mental.				
15	As pessoas frequentemente te tratam com condescendência, ou te tratam como criança apenas porque você tem um transtorno mental.				
16	Você está desapontado consigo mesmo por ter um transtorno mental.				

17	Ter um transtorno mental tem prejudicado sua vida.				
18	As pessoas percebem que você tem um transtorno mental pela sua aparência.				
19	Por você ter um transtorno mental, você precisa que os outros tomem a maioria das decisões por você.				
20	Você evita situações sociais para proteger sua família ou amigos do constrangimento.				
21	Pessoas sem transtorno mental possivelmente não conseguiriam te compreender.				
22	As pessoas te ignoram ou não te levam a sério apenas porque você tem um transtorno mental.				
23	Você não pode contribuir com nada para a sociedade por você ter um transtorno mental.				
24	Viver com um transtorno mental te tornou um forte sobrevivente.				
25	Ninguém se interessaria em se aproximar de você porque você tem um transtorno mental.				
26	Geralmente, você é capaz de viver uma vida como você quer.				
27	Você pode ter uma vida boa, plena, apesar de seu transtorno mental.				
28	Os outros pensam que você não pode alcançar muito na vida por você ter um transtorno mental.				
29	As imagens sobre as pessoas com transtorno mental se aplicam a você.				
		1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Concordo	4. Concordo totalmente

Ronzani, T. M., Soares, R. G., Nery, F. C., & Silveira, P. S. (2017). *Adaptação transcultural brasileira da escala de estigma internalizado de transtorno mental-ismi-br*. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, 10(1), 25-34.

ANEXO B

ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK (BSI)

(Os itens da escala não foram anexados, em respeito à preservação dos direitos autorais. Por isso, apresenta-se, abaixo, apenas a referência da escala).

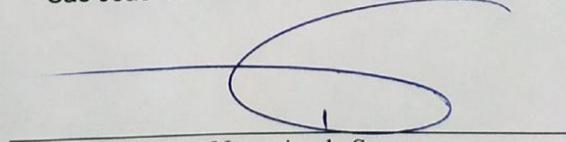
Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXO C**TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PRINCIPAL****TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR PRINCIPAL**

Eu **GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA**, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada **“TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PREVALÊNCIA, PERFIS E FATORES ASSOCIADOS”**, comprometo-me a:

- observar e cumprir as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 em todas as fases da pesquisa;
- desenvolver o projeto de pesquisa conforme apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos das unidades educacionais da UFSJ, localizadas em São João del-Rei - CEPSJ;
- resguardar a privacidade e o sigilo dos dados que serão obtidos no desenvolvimento do projeto de pesquisa;
- utilizar os dados obtidos no desenvolvimento do projeto de pesquisa somente para fins da pesquisa;
- elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parciais e final do projeto de pesquisa apresentado e aprovado pelo CEPSJ, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais;
- apresentar dados solicitados pelo CEPSJ ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- retornar os benefícios resultantes da pesquisa aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- apresentar no orçamento previsão de ressarcimento de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação e compensação material nos casos ressaltados no item II.10 da Resolução do CNS 466/12;
- suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano, previsto ou não no termo de consentimento livre e esclarecido, decorrente à mesma, a qualquer um dos participantes da pesquisa e comunicar ao CEPSJ.

São João del-Rei 18 de Setembro de 2020 .



Guilherme Nogueira de Souza
Pesquisador Responsável

ANEXO D
TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E/OU PRONTUÁRIOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI – UFSJ
INSTITUÍDA PELA LEI Nº.10.425 DE 19/04/2002 – D.O.U. DE 22/04/2002

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E/OU PRONTUÁRIOS

Título do Projeto: **Tentativas de suicídio de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Prevalência, perfis e fatores associados.**

Os pesquisadores abaixo comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e/ou da base de dados do Serviço de Arquivos da(s) **CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS III) do município de Divinópolis (MG)**, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Nome dos pesquisadores

Assinatura

1- Guilherme Nogueira de Souza

2- Mário César Rezende Andrade

São João del-Rei, 18 / 09 / 2020

ANEXO E

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO



**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**



DECLARAÇÃO

Eu _____ Adriana Choucair de Carvalho Gama _____
 CPF: _____ na qualidade de responsável pelo
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III (CAPS III), autorizo a realização da
 pesquisa intitulada **TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO
 DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PREVALÊNCIA, PERFIS E FATORES
 ASSOCIADOS** a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **GUILHERME
 NOGUEIRA DE SOUZA**, CPF: 098.320.806-90, aluno do Programa de Pós-Graduação
 em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei; para tanto declaro que tive
 conhecimento dos objetivos e procedimentos da pesquisa. Esta declaração é válida apenas no
 caso de haver parecer favorável do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos das
 unidades educacionais da Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ, localizadas em
 São João del-Rei – CEPSJ e ainda,
 por estarmos vivenciando o enfrentamento ao novo coronavírus (SARS-CoV-2), o
 pesquisador deve assegurar que o processo de coleta de dados, bem como quaisquer outras
 atividades mencionadas neste estudo que envolvam mais de uma pessoa sejam realizadas em
 segurança, com os devidos cuidados profiláticos e de distanciamento social.

Divinópolis, 25 de agosto de 2020.



 Adriana Choucair de Carvalho Gama
 Diretora de Saúde Mental

SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL - SERSAM
 Rua Ottoni Olímpio de Oliveira, 201 - Universitário
 CEP 35500-426 - Divinópolis - MG
 Telefone: (37) 3222-6536 / 3222-3890

ANEXO F

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA UFSJ



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOVENDO SERES HUMANOS
UNIDADES EDUCACIONAIS SÃO JOÃO DEL-REI - CEPSJ

DECLARAÇÃO

Eu, **Walter Melo Júnior**, na qualidade de responsável pelo Departamento de Psicologia da **Universidade Federal de São João Del-Rei**, autorizo a realização de a pesquisa intitulada **“Tentativas de suicídio de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Prevalência, perfis e fatores associados”** a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador **Guilherme Nogueira de Souza** e orientação do **Prof. Dr. Mário César Rezende Andrade**, e **DECLARO** que conheço os objetivos e procedimentos da pesquisa descrita acima e que a instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das unidades educacionais da Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ, localizadas em São João del-Rei – CEPSJ.

São João Del-Rei, 18 de SETEMBRO de 2020.

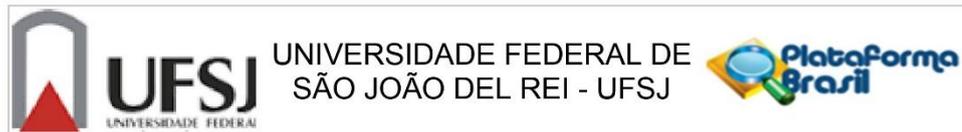
Walter Melo Júnior

Chefe do Departamento de Psicologia da UFSJ

www.ufsj.edu.br/cepsj

ANEXO G

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PREVALÊNCIA, PERFIS E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 38310920.3.0000.5151

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

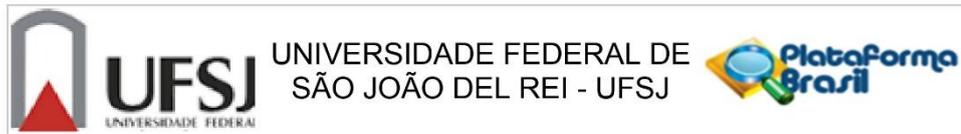
Número do Parecer: 4.334.865

Apresentação do Projeto:

De acordo com o proponente deste projeto, ele pode ser apresentado como:

"O suicídio é um grave problema de saúde pública, que tem recebido atenção crescente das políticas de saúde ao redor do mundo. O suicídio implica em uma escolha voluntária do indivíduo em cessar com a própria vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), a cada 40 segundos, uma pessoa morre por suicídio ao redor do globo, o que equivale a 804.000 mortes por ano. Estes números superam, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (Värnik, 2012; World Health Organization [WHO], 2014). Quando se trata de tentativas de suicídio, os números são ainda mais elevados. A cada três segundos, ocorre uma tentativa ao redor do globo. Para cada pessoa que morre por suicídio, existe pelo menos dez tentativas graves, com necessidade de atenção médica, e, para cada tentativa registrada, estimam-se quatro tentativas desconhecidas (Abasse, Oliveira, Silva & Souza, 2009). Um estudo europeu apontou que o número de tentativas seja 40 vezes maior que o número de suicídios (Schmidtke, Bille-Brahe, & Deleo et al., 1996), embora a OMS (2014) estime um valor superior em até 20 vezes, em uma perspectiva mundial. Um fator importante e frequentemente associado às tentativas de suicídio é a presença de transtornos psiquiátricos. Sabe-se que 90% dos indivíduos que morrem por suicídio são diagnosticados com ao menos um transtorno (Wenzel, Brown & Beck, 2010). Segundo os estudos de Bertolote e Fleischmann (2002),

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74 - Sala 2.56	
Bairro: Fábricas	CEP: 36.307-352
UF: MG	Município: SAO JOAO DEL REI
Telefone: (32)3379-5598	E-mail: cepsj@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.334.865

esse número pode ser ainda maior. Em uma revisão sistemática de mais de 31 estudos, os autores analisaram 15.629 suicídios ocorridos na população geral e, como resultado, inferiram que, em 97% dos casos, caberia um diagnóstico de transtorno psiquiátrico à época do fato. Considerando que o suicídio configura-se como grave problema de saúde pública, multicausal e tendo como principal predisponente as tentativas prévias de suicídio bem como o diagnóstico de transtornos psiquiátricos, este estudo objetiva-se em verificar a prevalência de tentativa de suicídio, seus fatores associados e perfil da última tentativa em indivíduos com transtornos mentais graves usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Este estudo adotará uma abordagem quantitativa e consistirá em uma Pesquisa de Levantamento, será utilizado, também, um delineamento específico de Pesquisa de Levantamento, denominado Comparação com Grupo Estático, que consiste na comparação de dois ou mais grupos naturais, sem a manipulação de variáveis e sem haver a distribuição aleatória dos sujeitos aos grupos. Os grupos com e sem tentativas de suicídio na vida serão comparados quanto às características sociodemográficas, clínicas, de estigma internalizado e de ideação suicida (Selltiz, Wrightsman, & Cook, 1987). Este estudo pode ser classificado, ainda, como uma pesquisa do Tipo Correlacional, visto que investiga relações entre variáveis naturais dos indivíduos, sem a manipulação experimental (Contandriopoulos, Champagne, Pontvin, Denis & Boyle, 1994). Além disso, esta pesquisa se define, como estudo de Corte Transversal, no qual a coleta dos dados é realizada em um único intervalo de tempo (Campbell & Stanley, 1979; Selltiz et al., 1987).

Objetivo da Pesquisa:

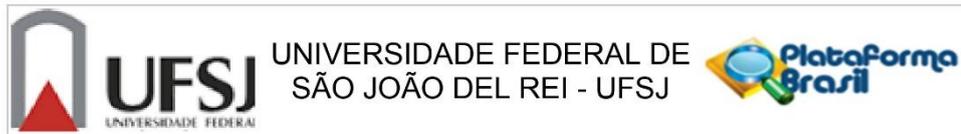
De acordo com o proponente, os objetivos desta pesquisa são:

"Primário: Verificar a prevalência de tentativa de suicídio, seus fatores associados e perfil da última tentativa em indivíduos com transtornos mentais graves usuários de um Centro de Atenção Psicossocial."

Secundário:

- "1. Verificar a prevalência de tentativas de suicídio na vida de indivíduos com transtornos mentais graves, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.
2. Investigar os fatores associados à ocorrência tentativa de suicídio na vida pelos participantes do estudo, tais como: variáveis sociodemográficas, ocupacionais, variáveis clínicas, nível de ideação suicida no momento do estudo e nível de estigma internalizado.

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74 - Sala 2.56
Bairro: Fábricas **CEP:** 36.307-352
UF: MG **Município:** SAO JOAO DEL REI
Telefone: (32)3379-5598 **E-mail:** cepsj@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.334.865

3. Analisar, entre os participantes que apresentarem tentativa de suicídio no seu histórico de vida, o perfil da última tentativa, em termos de: precipitadores e/ou estressores, motivação para morrer, letalidade e intencionalidade."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação de riscos e benefícios está devidamente apresentada e explicada em todos os documentos de ordem obrigatória, seguindo as normas postas pelas resoluções CNS 466/2012 e 510/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de singular importância para a ciência e a sociedade. Todas as informações relevantes à análise deste projeto estão devidamente apresentadas, garantindo os princípios de sigilo, autonomia, riscos e benefícios e a propedêutica adequada aos riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

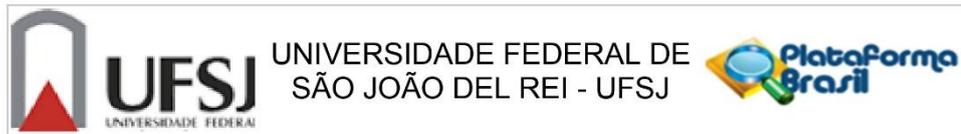
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este projeto está em conformidade com as resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa "TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PREVALÊNCIA, PERFIS E FATORES ASSOCIADOS" e documentações apresentadas estão em consonância com os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos nos termos da Resolução 466/2012; 510/2016 e Norma operacional 001/2013. Somos, portanto, de parecer favorável a sua APROVAÇÃO. Informamos que relatórios parcial e final da pesquisa devem notificados por meio da Plataforma Brasil e, os resultados obtidos, informado aos participantes da pesquisa, publicados e/ou encaminhados às instituições colaboradoras, aos órgãos e entidades representantes da sociedade.

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74 - Sala 2.56
Bairro: Fábricas **CEP:** 36.307-352
UF: MG **Município:** SAO JOAO DEL REI
Telefone: (32)3379-5598 **E-mail:** cepsj@ufs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.334.865

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1627781.pdf	19/09/2020 18:30:32		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Tentativas_de_Suicidio_de_Usuarios_de_um_Centro_de_Atencao_Psicossocial_Prevalencia_Perfis_e_Fatores_Associados.pdf	19/09/2020 18:28:43	GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_Utilizacao_de_Dados_Secundarios.pdf	19/09/2020 18:26:09	GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infraestrutura_UFSJ.pdf	19/09/2020 18:20:13	GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao_CAPS.pdf	19/09/2020 18:19:57	GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Pesquisador_Colaborador.pdf	19/09/2020 18:19:40	GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Pesquisador_Principal.pdf	19/09/2020 18:15:34	GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escelido_TCLE.pdf	19/09/2020 18:15:06	GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	19/09/2020 18:13:51	GUILHERME NOGUEIRA DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOAO DEL REI, 13 de Outubro de 2020

Assinado por:
Jacqueline Domingues Tibúrcio
(Coordenador(a))

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74 - Sala 2:56
Bairro: Fábricas CEP: 36.307-352
UF: MG Município: SAO JOAO DEL REI
Telefone: (32)3379-5598 E-mail: cepsj@ufsj.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A

ENTREVISTA DE CARACTERIZAÇÃO DA ÚLTIMA TENTATIVA DE SUICÍDIO
ENTREVISTA PARA CARACTERIZAÇÃO DA ÚLTIMA TENTATIVA DE SUICÍDIO

AVALIAÇÃO DOS PREDISPOSTOS E PRECIPITANTES

Q1.	<p>Você tinha problemas com familiares e pessoas que cuidaram de você na sua infância ou que ajudaram na sua criação?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q2.	<p>Havia problemas com os seus vizinhos, amigos, parentes ou com as pessoas que moram com você?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q3.	<p>Você tinha problemas no seu trabalho e/ou na escola?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q4.	<p>Você tinha problemas para organizar o seu dinheiro ou com endividamento?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q5.	<p>Você tinha problemas para conseguir uma consulta com o médico ou psiquiatra?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q6.	<p>Você tinha problemas para conseguir remédios?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q7.	<p>Você tinha problemas com a polícia ou com a justiça?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q8.	<p>Você tinha problema para controlar as suas emoções e sentimentos?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q9.	<p>Na sua família alguém já precisou ser internado por problemas de saúde mental ou de cabeça?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>

Q10.	<p>Sobre pessoas com história de tentativa de suicídio você:</p> <p>0. () Desconhece.</p> <p>1. () De amigo, pessoa próxima ou colega de trabalho.</p> <p>2. () Na família extensa (tios, primos, avós).</p> <p>3. () No núcleo familiar (pai, mãe, irmãos, filhos).</p> <p>4. () De cônjuge ou relacionamento amoroso significativo.</p>
-------------	--

Q11.	<p>Sobre história de pessoas que morreram por suicídio você:</p> <p>0. () Desconhece.</p> <p>1. () De amigo, pessoa próxima ou colega de trabalho.</p> <p>2. () Na família extensa (tios, primos, avós).</p> <p>3. () No núcleo familiar (pai, mãe, irmãos, filhos).</p> <p>4. () De cônjuge ou relacionamento amoroso significativo.</p>
-------------	--

Q12.	<p>Além da sua última tentativa de suicídio, você já tentou acabar com a sua vida outras vezes?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p> <p>Q12.1 Se sim, quantas vezes (em números)? _____</p>
-------------	--

Q13.	<p>Você já sofreu ameaça de abuso físico ou sexual por alguém?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
-------------	---

Q14.	<p>Você já foi forçado fisicamente ou de forma psicológica por meio de chantagem a fazer alguma atividade sexual sem o seu consentimento?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
-------------	--

Q15.	<p>Você já sofreu agressão física que precisou procurar ajuda médica ou que talvez tivesse que ter procurado?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
-------------	--

Q16.	<p>Na sua infância você passou por situações de negligência, ou seja, situações em que não se sentiu cuidado(a)?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
-------------	---

AVALIAÇÃO DA INTENCIONALIDADE

Q17.	<p>No ano antes da sua última tentativa você demonstrou ou falou com alguém que tinha o desejo de morrer?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
-------------	--

Q18.	<p>Você se envolvia em acidentes ou em situações que poderia colocar a sua vida em risco?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q19.	<p>Tinha alguém por perto no momento da tentativa?</p> <p>0. () Ninguém próximo ou em contato</p> <p>1. () Tinha alguém próximo ou em contato.</p> <p>2. () Tinha alguém presente.</p>
Q20.	<p>No momento em que você fez a tentativa, estava contando que alguém poderia chegar?</p> <p>1. () Sim 0. () Não</p>
Q21.	<p>Você fez qualquer coisa para prevenir que alguém o encontrasse?</p> <p>0. () Não tomei decisões que evitasse ser encontrado.</p> <p>() Evitei me encontrar com as pessoas mas não fiz nada para impedir que me socorressem.</p> <p>2. () Tomei decisões que impediriam que me socorressem.</p>
Q22.	<p>Durante sua última tentativa você chamou alguém para contar o que estava querendo fazer?</p> <p>0. () Guardei só pra mim, ninguém foi informado do que estava acontecendo.</p> <p>1. () Informei alguém, porém não falei que se tratava de uma tentativa de suicídio.</p> <p>2. () Sim, informei alguém sobre a tentativa.</p>
Q23.	<p>Você fez qualquer coisa, tal como pagar uma dívida, dizer adeus, escrever testamento, na época de sua última tentativa de suicídio?</p> <p>0. () Não fiz nada disso.</p> <p>1. () Eu pensei ou fiz algum tipo de preparação antes da tentativa.</p> <p>() Eu tomei atitudes bem definidas como me despedir de algumas pessoas, distribui alguns bens, fiz meu testamento.</p>
Q24.	<p>Você escreveu um bilhete/carta ou fez uma postagem de despedida em redes sociais? Se não, você pensou na possibilidade de escrever?</p> <p>0. () Nenhum bilhete ou carta, nem pensou em escrever.</p> <p>1. () Pensou em escrever um bilhete ou carta.</p> <p>2. () Escreveu um bilhete ou carta.</p>
Q25.	<p>Você pode me dizer o que esperou que acontecesse com a tentativa de suicídio?</p> <p>() Queria mostrar algo a alguém, como buscar a atenção, mostrar minha reação a um ocorrido ou me vingar.</p> <p>1. () Queria descansar de forma temporária.</p> <p>2. () Queria morrer.</p>

Q26.	O que você pensou sobre as chances de vir a morrer como consequência da tentativa de suicídio? 0. () Não pensei a respeito disso. 1. () Pensei que a morte seria certa. 2. () Não pensei que a morte seria certa.
-------------	---

Q27.	Como você se sente em relação a sua última tentativa de suicídio? 0. () Eu me lamento por ter me recuperado. 1. () Sem saber se estou feliz ou arrependido. 2. () Me sinto feliz por ter me recuperado.
-------------	---

AVALIAÇÃO DA LETALIDADE

Q28.	Como você tentou se matar? 1. () enforcamento 2. () revólver 3. () pular de uma altura 4. () afogamento 5. () remédio 6. () veneno 7. () instrumento cortante 8. () sufocação 9. () fogo – chamas 10. () outros meios
	Q28.1 Se utilizou outro meio qual foi ele? _____

Q29.	O quanto que aquilo que você usou para tentar se matar estava perto de você? 1. () Muito perto 2. () Perto 3. () Longe 4. () Muito longe
-------------	--

Q30.	O quão fácil foi conseguir aquilo que você usou para tentar se matar? 1. () Muito fácil 2. () Fácil 3. () Difícil 4. () Muito difícil
-------------	---

Q31.	No momento que você tentou se matar o quanto acreditou que aquilo que você usou seria capaz de te matar? 1. () Acreditava muito 2. () Acreditava pouco 3. () Não acreditava 4. () Não acreditava de jeito nenhum
-------------	--

Q32.	Com que rapidez? 1. () Muito rápido 2. () Rápido 3. () Lento 4. () Muito lento
-------------	--

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Q1. Nome do respondente: _____

Q2. Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos.

Q3. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino

Q4. Estado Civil:

1. () Solteiro (a) 3. () Vivendo como casado (a) 5. () Viúvo (a)

2. () Casado (a) 4. () Separado (a) / Divorciado (a)

Q5. Com quem mora?

1. () Com os pais 4. () Com parentes

2. () Com esposa ou marido 5. () Sozinho (a)

3. () Com amigos 6. () Outro:

Especifique _____

Q6. Escolaridade:

1. () Analfabeto 2. () Fundamental Incompleto

3. () Fundamental Completo 4. () Ensino Médio Incompleto

5. () Ensino Médio Completo 6. () Superior Incompleto

7. () Superior Completo 8. () Pós graduação Incompleta

9. () Pós graduação Completa

Q7. Você recebe algum dinheiro? 1. () Sim 0. () Não

Q8. Se sim, quanto você recebe? _____

Q9. Se sim, de onde obtém está renda? _____

Q10. Você estava trabalhando nos últimos seis meses? 1. () Sim 0. () Não

Q11. Se sim, qual era o seu trabalho? _____

Q12. Você tem alguma atividade de diversão dentro de casa como, assistir TV, ouvir música, ler, fazer crochê ou tricô, ou alguma outra coisa? 1. () Sim 0. () Não

Q13. Você tem alguma atividade de diversão fora de casa como, sair para passear, visitar alguém, ou alguma outra coisa? 1. () Sim 0. () Não

Q14. Você pratica algum esporte ou faz exercício físico? 1. () Sim 0. () Não

DADOS CLÍNICOS

Q15. Número do prontuário: _____

Q16. Hipótese Diagnóstica Principal (Nome e número do CID 10):

Q17. Comorbidades: 1. () Sim 0. () Não

Q18. Quantos anos você tinha quando ficou doente? _____ anos.

Q19. Você faz uso de medicamentos psiquiátricos? 1. () Sim 0. () Não

Q19.1 Se sim, quais medicamento você faz uso?

Q20. Você toma os seus remédios psiquiátricos sozinho? 1. () Sim 0. () Não

Q21. Já foi internado em hospital ou clínica psiquiátrica? 1. () Sim 0. () Não

Q21.1 Se sim, quantas vezes você foi internado (a)? _____

Q22. Você faz uso de bebidas alcoólicas? 1. () Sim 0. () Não

Q23. Você já teve problemas com o uso de drogas? 1. () Sim 0. () Não

APÊNCIDE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **“Tentativas de Suicídio de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: Prevalência, Perfis e Fatores Associados”**, desenvolvido por Guilherme Nogueira de Souza e Mário César Rezende Andrade, ambos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Este estudo consiste em verificar a prevalência de tentativas de suicídio, seus fatores associados e características da última tentativa em indivíduos com transtornos mentais usuários do Centro de Atenção Psicossocial – III, da cidade de Divinópolis/MG.

Para a realização deste estudo gostaríamos de contar com sua colaboração, durante aproximadamente 01 (uma) hora. A sua participação na pesquisa consistirá em responder alguns questionários e entrevistas sobre seu histórico pessoal e familiar no que diz respeito a comportamento suicida, transtorno mental, quadro clínico e informações sociodemográficas. Sabendo que não existem respostas certas ou erradas. Sendo assim, contamos apenas com a sua sinceridade nas respostas.

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa por ter idade igual ou superior a 18 anos e menos que 60 anos; por ter sido diagnosticado com algum transtorno mental segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10); não estar em crise e/ou em regime intensivo de atendimento; não apresentar comorbidade neurológica, diagnóstico de deficiência intelectual e/ou dependência química e ainda por não apresentar impossibilidade em compreender e responder às questões dos instrumentos utilizados.

A realização deste estudo pode ter como benefícios para você a oportunidade de refletir sobre algumas de suas experiências de vida de forma geral, e em especial, sobre a prevalência de suicídio entre os usuários da instituição na qual você é assistido (a), bem como os fatores que estão associados a essas tentativas e as características delas. Este estudo pode ainda, beneficiar outras pessoas com transtorno mental, seus familiares, profissionais de saúde mental e as equipes que atuam em centros de atenção psicossocial.

Consideramos que por se tratar de um assunto difícil de ser abordado, você poderá sentir certo desconforto ao responder aos questionários e entrevistas. Para minimizar este desconforto você será comunicado antecipadamente sobre a possibilidade de mobilização de sentimentos desconfortáveis como tristeza, raiva ou a culpa. Apesar disso, há riscos de você se sentir entristecido durante ou após responder aos questionários e as entrevistas. Se

necessário, caso você perceba forte desconforto emocional, situações de crise e/ou estresse psíquico, você poderá entrar em contato com o pesquisador através dos contatos informados abaixo para uma conversa de acolhimento.

A sua participação é voluntária, isto é, ela **não é obrigatória**, e você possui plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como suspender sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado (a) de nenhuma maneira e também não sofrerá quaisquer prejuízos caso decida rejeitar a proposta de participação neste estudo ou ainda decida desistir da sua participação a qualquer momento. Contudo, sua participação é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá dinheiro por participar deste estudo, mas também não terá nenhum custo. As despesas com as impressões e/ou compras dos materiais utilizados serão cobertas integralmente pelo pesquisador deste estudo. Entretanto, caso sejam identificadas e comprovadas quaisquer despesas financeiras provenientes deste estudo, você terá o direito de ressarcimento. Asseguramos a confidencialidade e o sigilo de todas as informações que serão fornecidas por você, seu nome não aparecerá em nenhum momento deste estudo. Os resultados gerais desta pesquisa serão divulgados apenas em termos de grupos e não haverá referência direta ao seu nome. Todas as informações coletadas por meio de questionários serão mantidas em um lugar seguro por 5 (cinco) anos, em sigilo absoluto, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEPESJ. Após este período, os instrumentos e questionários serão destruídos.

Caso tenha interesse em receber um retorno sobre as avaliações realizadas, você poderá agendar uma data e horário com o pesquisador responsável. Deste já, agradecemos pela atenção e disponibilidade em ler este termo de consentimento até o final e, caso seja de seu interesse participar da pesquisa, nosso muito obrigado!

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIDO

Eu,

(nome do(a) participante)

li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi o objetivo do estudo e como ele será realizado. A explicação que recebi esclarece que a minha participação não implicará em nenhum prejuízo ou dano de ordem moral, física, mental ou qualquer outro efeito colateral para mim. Eu entendi que sou livre para deixar de participar a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Sei também que meu nome não será divulgado, que não terei despesas, não receberei dinheiro para participar do estudo e que os resultados dessa pesquisa podem ser utilizados em publicações e apresentações em congressos ou outros eventos científicos, mantendo-se o sigilo das informações coletadas e o meu anonimato. Declaro ainda que este documento foi elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, por mim e pelo pesquisador responsável. Sendo assim, eu concordo em participar deste estudo.

Divinópolis/MG, _____ de _____ 2020.

Assinatura do participante

RG ou CPF

Assinatura do responsável pela pesquisa

Nome do Pesquisador Responsável: Guilherme Nogueira de Souza

Telefone de contato do pesquisador: (37) 9 8402-0586

Instituição Responsável: Universidade Federal de São João del-Rei

E-mail: uguilherme@hotmail.com

Em caso de dúvida em relação a este documento ou aos aspectos éticos desta pesquisa, você pode entrar em contato com a Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPES) da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – cepes@ufs.br / (32) 3373-5479.

Endereço: Praça Frei Orlando, 170, Centro, São João del-Rei, Minas Gerais, CEP: 36307-352. Campus Santo Antônio – UFSJ.