



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CÁSSIA TASCA FORTUNA

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS MENTAIS E TENTATIVA DE SUICÍDIO

Tubarão
2021

CÁSSIA TASCA FORTUNA

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS MENTAIS E TENTATIVA DE SUICÍDIO

LINHA DE PESQUISA: Neurociências

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Rafael Mariano de Bitencourt, Dr.

Tubarão

2021

F85 Fortuna, Cássia Tasca, 1991 -
Associação entre transtornos mentais e tentativa de suicídio /
Cássia Tasca Fortuna. – 2021.
71 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina,
Pós-graduação em Ciências da Saúde.
Orientação: Prof. Dr. Rafael Mariano de Bitencourt

1. Doenças mentais. 2. Transtornos neurocomportamentais. 3.
Suicídio. 4. Serviços de Saúde Mental. I. Bitencourt, Rafael Mariano
de. II. Universidade do Sul de Santa Catarina. III. Título.

CDD (21. ed.) 616.89



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

Título da Dissertação

Associação entre transtornos mentais e tentativas de suicídio.

CÁSSIA TASCA FORTUNA

AUTOR

Aprovada pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 29 de julho de 2020.

Doutor Rafael Mariano de Bitencourt (orientador) _____

Doutora Amanda Castro (Avaliador externo - Unesc) *Presente por videoconferência*

Doutora Fabiana Schuelter Trevisol (avaliador interno) *Presente por videoconferência*

Professor Doutor Jefferson Traebert

**COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNISUL**

- Unisul – Universidade do Sul de Santa Catarina – Sede – Reitoria – Av. José Acácio Moreira, 787 – Bairro Dehon – CEP: 88704-900 – Tubarão – Santa Catarina – Fone: (48) 3621.3100
- Campus Universitário de Tubarão – Av. José Acácio Moreira, 787 – Bairro Dehon – CEP: 88704-900 – Tubarão – Santa Catarina – Fone: (48) 3621.3000
- Campus Universitário da Grande Florianópolis – Av. Pedra Branca, 25 – Cidade Universitária Pedra Branca – CEP: 88137-270 – Palhoça – Santa Catarina – Fone: (48) 3279.1000
- Campus Universitário UnisulVirtual – Av. dos Lagos, 41 – Cidade Universitária Pedra Branca – CEP: 88137-100 – Palhoça – Santa Catarina – Fone: (48) 3279.1242

Dedico à minha família, em especial a minha mãe, Zulma.

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre a prevalência de tentativa de suicídio em pacientes diagnosticados com transtornos mentais acompanhados em um Centro de Atenção Psicossocial localizado no Sul de Santa Catarina. **Métodos:** Estudo com delineamento transversal. Os locais de pesquisa foram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Prevenção a Violências e Promoção da Saúde. Nestes locais foram analisados prontuários eletrônicos de pacientes em tratamento no período de estudo e as fichas de notificação individual de violência Interpessoal/Autoprovocada arquivadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Resultados:** de 341 pacientes em tratamento no CAPS, 19,6% apresentaram tentativa de suicídio, dentre estes, 62,2% pacientes eram do sexo feminino, com companheiro (a), com idade entre 18 e 24 anos; 40,3% dos pacientes relatou o transtorno mental como motivo para tal ato e 71% utilizou o envenenamento como tentativa de suicídio. **Discussão:** Os pacientes diagnosticados com transtornos de personalidade ou humor apresentaram associação com a tentativa de suicídio, com significativo risco relativo quando comparado com os outros transtornos, corroborando com literaturas nacionais e internacionais. **Conclusões:** Alguns tipos de transtornos mentais específicos apresentam maiores probabilidades de tentativa de suicídio, evidenciando a necessidade de profissionais capacitados para a realização de diagnóstico e tratamentos adequados, e campanhas de valorização da vida, com objetivo de diminuir da prevalência de tentativas de suicídio.

Palavras-chave: Transtornos mentais. Tentativa de Suicídio. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the prevalence of suicide attempts and patients diagnosed with mental disorders followed up at a Psychosocial Care Center located in the south of Santa Catarina. **Methods:** The methodology used was a cross-sectional study. The research sites were the Psychosocial Care Center and the Center for the Prevention of Violence and Health Promotion. In these locations, electronic medical records of patients undergoing treatment during the study period and the individual notification forms for Interpersonal/Self-harassed violence filed in the System were analyzed Information System for Notifiable Diseases. **Results:** among 341 patients undergoing treatment at the CAPS, 19.6% had attempted suicide, among them, 62.2% were female, with a partner, aged between 18 and 24 years; 40.3% of patients reported mental disorder as a reason for this act and 71% had been executed through poisoning. **Discussion:** Patients diagnosed with personality or mood disorders were associated with attempted suicide, with significant relative risk when compared to other disorders, corroborating national and international literature. **Conclusions:** Some types of specific mental disorders offer a higher risk of attempting suicide, highlighting the need for trained professionals to carry out diagnosis and appropriate treatments, and campaigns to value life, in order to reduce the prevalence of suicide attempts.

Keywords: Mental disorders. Suicide attempt. Mental Health Services.

LISTAS

Lista de abreviaturas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CID – Código Internacional de Doenças
DCB – Denominação Comum Brasileira
DSM-V - Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais
OMS – Organização Mundial da Saúde
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*
TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

Lista de quadros

Quadro 1 – Modalidade de CAPS	14
Quadro 2 – Classificação das variáveis.....	18

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	6
1.1.1 Suicídio e suas associações	6
1.1.2 Transtornos Mentais	8
1.1.3 Transtornos relacionados à tentativa de suicídio	10
1.1.4 Centro de Atenção Psicossocial	12
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3. MÉTODOS	17
3.1 TIPO DE ESTUDO	17
3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA.....	17
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	18
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	18
3.5 COLETA DE DADOS	18
3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	19
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	20
3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	20
4. RESULTADOS	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXOS	33
ANEXO A - Parecer do Conselho de Ética	33

1. INTRODUÇÃO

Durante todo o decorrer da vida, alguns eventos traumáticos podem marcar de forma negativa a trajetória do indivíduo. Em alguns momentos, essas experiências podem acarretar no desenvolvimento de algum tipo de ideação ou tentativas de suicídio, como são citados no estudo de Veloso¹. São diversos os fatores que podem desencadear esses pensamentos e comportamentos suicidas. Dentre eles, destacam-se: isolamento social, dependência química, solidão, doença terminal, dor crônica, problemas financeiros e psicológicos².

O fator de risco mais prevalente encontrado em casos de suicídio é a presença de transtornos mentais. Há ainda, os fatores de risco subsequentes, compreendidos por antecedentes familiares, sexo, idade, relações familiares, abuso de substâncias, situação social desfavorável como pobreza e desemprego e problemas físicos, em particular aqueles que causam dor crônica e/ou invalidez³.

Desta forma, esta pesquisa proporciona a construção de informações para discutir e debater sobre o suicídio e permitir a identificação de pacientes psiquiátricos em situação de risco para este comportamento⁴. Os cuidados necessários para a prevenção dessa alteração comportamental associada ou não a um episódio de suicídio encontram grandes dificuldades no acesso aos cuidados de saúde. No que diz respeito à facilidade de acesso aos meios para o suicídio, ao estigma às pessoas que procuram ajuda para comportamentos suicidas ou problemas relacionados à saúde mental e ao abuso de substâncias, estes são banalizados pela sociedade e sensacionalizado pela mídia⁵.

A partir dessas considerações, e tendo em vista que a temática em torno da área de saúde mental precisa ser cada vez mais discutida no meio científico, para assim ser compartilhada com a população geral, este estudo tem como objetivo identificar características do comportamento suicida e os fatores de risco para o suicídio de usuários diagnosticados com transtornos mentais atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Suicídio e suas associações

Descrito como um episódio complexo e de várias facetas, o suicídio afeta indivíduos de diversas classes sociais, idades, origens, orientações sexuais e gêneros. Considerado um importante indicador de qualidade de vida das populações, na área da saúde os estudos sobre ideações, tentativas e suicídio procuram compreender os impactos desse evento na sociedade. Na repercussão subjetiva de suas relações, o suicídio tenta expressar a morte através de si próprio⁶.

A complexidade do suicídio representa um grande problema de saúde pública. Dentro do conjunto de entendimento e atos que englobam as manifestações associadas ao comportamento autolesivo estão: tentativa de suicídio, atos preparatórios para o comportamento suicida, ideação suicida, comportamento autoagressivo sem intenção de morrer, automutilação não intencional e automutilação com intenção suicida desconhecida⁷.

As tentativas de suicídio podem ser definidas como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte. As diversas formas e associações com o suicídio podem ser encontradas pela manifestação verbal, comportamental, casos situacionais e alguns sinais em conjunto⁸. Considerando o caso de comunicação verbal, o indivíduo expressa diretamente seu objetivo, confidenciando ou insinuando às pessoas próximas o seu desejo de morrer. A forma comportamental do suicídio é a própria tentativa, em que os movimentos do indivíduo são centralizados nas condutas do mesmo, como o desinteresse por coisas cotidianas da vida, descuido com medicações, falta de higiene e organização de pertences⁹. Os fatores situacionais são aqueles que provocam algum sentimento de depressão, melancolia ou tristeza, decorrentes das mais diversas situações. Em alguns casos, esses sintomas podem aparecer em conjunto ou alternando o tipo de manifestação¹⁰.

As possíveis razões que motivam os indivíduos a tirar a própria vida podem ser psicológicas, biológicas ou socioeconômicas, sendo que todas os fatores devem ser levados em consideração para que se possa estudar e entender sobre o suicídio. A atenção em todo o processo que envolve o suicídio e a forma como se lida com o

indivíduo que apresenta algum sinal de sofrimento pode mudar o desfecho de toda a situação¹¹.

A tentativa de suicídio é o principal fator de risco para sua concretização. Após uma tentativa, o risco de suicídio aumenta em no mínimo, cem vezes em relação aos índices da população geral. Outros fatores de risco que podem ser destacados para o suicídio são o nível socioeconômico, perfil sociodemográfico, estado civil, religião, dificuldade de acesso aos sistemas de saúde, estigma social para o ato de procurar ajuda, estresse, falta de suporte social, relacionamentos conflituosos, traumas e abusos^{12,13}.

Todos os anos, cerca de 800.000 pessoas cometem suicídio em algum lugar do mundo, o que corresponde a uma taxa de 11,4 óbitos para cada 100 mil habitantes e uma morte autoprovocada a cada 40 segundos¹⁴. Atualmente, no Brasil, as tentativas de suicídio são consideradas agravos de notificação compulsória e englobam aspectos culturais, estigmas, mitos, tabus e fatores psicossociais pouco discutidos, apesar da progressão das taxas de suicídio em âmbito nacional¹⁵. Dados epidemiológicos indicam um aumento nos índices de mortes por suicídio no Brasil. Entre os anos 2007 e 2016 foram registradas 106.374 mortes por suicídio, sendo 18% por meio de intoxicação e 60% por enforcamento. Nos casos de intoxicação, o uso de medicamentos representa 74,6% das tentativas entre mulheres e 52,2% entre homens. Em 2016, a taxa de suicídio chegou a 5,8 a cada 100 mil habitantes. Atualmente, a média brasileira situa-se entre 4,3 óbitos por suicídio a cada 100 mil habitantes¹⁶. O Brasil ocupa o oitavo lugar em números absolutos correspondentes à tentativa de suicídio¹⁷. Entretanto, as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio ainda têm aplicabilidade limitada, devido à complexidade em identificar essa demanda para estabelecer a produção do cuidado como indicado¹⁸.

A necessidade de estudos que visem o cuidado com a atenção primária e em saúde mental torna-se ampliada, principalmente enfatizando os fatores associados ao episódio, como: doenças físicas, estresse psicossocial e suas implicações médicas e psiquiátricas, principalmente nos transtornos mentais, que compõe um importante fator de risco para o suicídio¹⁹.

1.1.2 Transtornos Mentais

No Brasil, durante o século XIX, os indivíduos com transtornos mentais encontravam-se em situação completa de abandono, vivendo muitas vezes em diferentes condições das impostas pela cultura da sociedade. Porém, conforme a medicina foi adentrando no campo social, o “louco” começou a ser afastado dessa visão e passou a ser considerado um doente mental. Como formas de afastá-los da sociedade foram criados espaços onde o doente mental poderia ser mantido, com o intuito de manter seus corpos e mentes sob controle e vigilância. Com o passar dos anos, já em meados do século XX, novas práticas psiquiátricas voltaram a ser pensadas e discutidas, para posteriormente ganharem espaço, não somente práticas institucionais, mas também a atenção psicossocial e profilaxia da doença mental²⁰.

Atualmente, a saúde mental da população, de uma forma geral, tem evoluído gradativamente na atenção à saúde em todo o mundo. Este fato tem ocorrido devido ao aumento da incidência dos transtornos mentais e desordens psicossociais²¹. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma parcela de 25% da população mundial apresenta pelo menos um transtorno mental em alguma fase da vida²².

Devido à diversidade de fatores que são considerados para a classificação de um transtorno mental, torna-se difícil a definição de um conceito. Contudo, os transtornos mentais podem ser caracterizados por uma desordem no ambiente interno ou externo de um indivíduo e exposto pelo mesmo em forma de pensamentos, sentimentos e comportamentos atípicos para a sociedade²³.

Os transtornos mentais podem ser decorrentes de uma disfunção orgânica, social, psicológica, genética, física ou química, e manifestados como doenças psicopatológicas relacionadas a algum comprometimento funcional. Os transtornos mentais provocam uma mudança de pensamentos e comportamentos alterando o humor, associado a algum sofrimento psíquico. Considerados universais, os transtornos mentais podem afetar qualquer pessoa em qualquer idade, produzindo perdas severas e permanentes no desempenho funcional e mental dos indivíduos²⁴.

Normalmente é na idade adulta que surgem entre homens e mulheres as diferenças associadas aos transtornos mentais. As mulheres apresentam maior

vulnerabilidade a partir do início do período reprodutivo com sintomas depressivos e de ansiedade²⁵. Uma meta-análise realizada no ano de 2014, a qual avaliou 174 publicações em 63 países, considerando todos os níveis socioeconômicos, relevou que dos indivíduos que apresentaram algum transtorno mental nos últimos 12 meses, 59,4% eram mulheres²⁶. Embora haja indícios de que uma predisposição biológica e o papel social possam estar juntos, aumentando a suscetibilidade das mulheres, ainda assim as condições relacionadas aos transtornos mentais dessa associação não são claras²⁷.

Os principais transtornos mentais diagnosticados nos CAPS são: espectro de esquizofrenia, ansiedade e seus subtipos, depressão e seus subtipos e transtorno bipolar²⁸⁻³⁰. De acordo com a OMS, a depressão é reconhecida como uma das mais incapacitantes doenças³¹, caracterizada como uma psicopatologia que apresenta humor deprimido ou falta de motivação, anedonia e fadiga³². Um estudo realizado no Rio de Janeiro aponta a depressão como a síndrome mais frequente entre os pacientes com transtornos mentais³³. A depressão também provoca alterações no sono, agitação, retardo psicomotor, sentimento de inutilidade, baixa capacidade de concentração e ideação suicida, sendo estes sintomas bastante relevantes para o diagnóstico da doença³⁴.

A ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo ou apreensão, caracterizado por um desconforto decorrente da antecipação de algo desconhecido ou estranho. O transtorno de ansiedade apresenta quadros clínicos relacionados ao funcionamento do corpo e às experiências da vida. Este transtorno, em geral, prejudica a vida dos indivíduos através de situações que provocam incapacidade de realizar atividades por medo de crises ou sintomas³⁵. Os sintomas apresentados por este transtorno podem incluir: mal-estar, irritabilidade, dor de cabeça, falta de ar, palpitações, calafrios, sudorese, tontura, entre outros, que podem se manifestar associados ou não³⁶. A causa deste transtorno pode estar relacionada ao desequilíbrio de alguns neurotransmissores, e também a fatores genéticos e causas externas, como estresse do dia a dia e qualidade de vida³⁷. De acordo com a classificação do Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5), transtorno de pânico, fobia social, e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) são alguns dos subtipos de ansiedade³⁸.

O espectro de esquizofrenia é uma das mais severas doenças neuropsiquiátricas, caracterizada por distorções do pensamento e da percepção de si mesmo e da realidade externa. Apresenta sintomas psicóticos como delírios e alucinações, além de discurso e comportamento desorganizado ou catatônicos e restrições da expressividade emocional³⁹. Devido às graves manifestações que acometem indivíduos com esquizofrenia, as principais causas de morte são suicídios e acidentes. Os fatores de risco da esquizofrenia são consumo de drogas, pouca adesão à terapêutica farmacológica e psicológica, estresse, depressão, isolamento e eventos negativos⁴⁰.

O transtorno bipolar é uma condição neuropsiquiátrica caracterizada por alterações de humor que se apresentam através de episódios depressivos oscilando com episódios de euforia ou mania, em variados graus de intensidade. O transtorno bipolar apresenta altos índices de comorbidades clínicas e psiquiátricas, podendo acarretar comportamentos suicidas, diminuindo a qualidade de vida dos indivíduos acometidos^{41,42}.

Os números de suicídio encontrados em diferentes estudos⁴³⁻⁴⁵ conduzidos em indivíduos com transtornos mentais são pelo menos dez vezes maiores comparados à população em geral. Devido ao impacto negativo dos transtornos mentais na qualidade de vida e na saúde, orienta-se que ações que promovam a proteção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos sejam analisadas e providenciadas, assim como a inclusão da saúde mental numa perspectiva ampliada na área da saúde, com enfoque na centralização dos sintomas e no acompanhamento terapêutico⁴⁶. Desta forma, os transtornos mentais representam a grande maioria dos casos de tentativas de suicídio e suicídio.

1.1.3 Transtornos relacionados à tentativa de suicídio

Frequentemente o comportamento suicida tem sido relacionado a quadros de transtorno mental, como esquizofrenia, depressão, ansiedade, transtorno bipolar, ou ao abuso de álcool e outras drogas⁴⁷.

O suicídio não é exclusivamente decorrente de algum problema ou desordem psicopatológica, ou esteja, ligado a um fator unívoco⁴⁸. Entretanto, no campo biomédico, o comportamento suicida sempre está relacionado a alguns transtornos

mentais, sendo que o mesmo deve ser diagnosticado, para que a conduta terapêutica possa ser definida⁴⁹.

Existem situações de risco para a tentativa de suicídio associadas aos sintomas apresentados pelo próprio transtorno mental: como dor de difícil controle, estados metabólicos anormais, condições que afetam o sistema nervoso central, reações adversas ao tratamento farmacológico, interações entre fármacos e estados de abstinência de substâncias psicoativas⁵⁰.

Alguns estudos⁵¹⁻⁵³ demonstram que indivíduos com diagnósticos de transtornos mentais que apresentam sintomas ou traços de impulsividade e agressividade, como nos casos de depressão maior, abuso de substâncias, e transtorno de personalidade, aparecem consistentemente associados à ideação suicida e ao suicídio, sendo este indivíduo influenciado pelas condições sociais e pelo meio em que vive, o que ilustra a importância desta pesquisa, pois cada população, com seu estilo de vida, possui influência direta em suas decisões comportamentais⁵⁴.

Um estudo realizado em 2018 identificou, entre os pacientes em tratamento em um CAPS de Minas Gerais, 94 pacientes com registro de tentativa de suicídio, a maioria do sexo masculino (53,2%), adultos, com idades de 19 a 59 anos⁵⁵. A alta prevalência de transtornos mentais associadas à tentativa de suicídio no sexo masculino pode ser explicada pelo fato de que homens possuem certa resistência em buscar ajuda médica, apresentando casos mais graves de transtornos mentais quando diagnosticados⁵⁶.

A tentativa de suicídio está relacionada ao contexto psicossocial de adoecimento anterior, seja no convívio com pessoas depressivas ou que já tentaram suicídio. Ainda, podem ser acometidas por outras desordens psiquiátricas, inclusive o transtorno relacionado ao uso de substâncias, que também é considerado um transtorno mental, caracterizado pelo uso abusivo de substâncias psicoativas¹⁵. Diversos autores⁵⁷⁻⁶¹ afirmam que dentre os transtornos psiquiátricos conhecidos, o episódio de depressão é o que apresenta maior frequência associado à tentativa de suicídio, seja como diagnóstico ou como sintoma.

O transtorno bipolar também tem sido referido em estudos sobre sua associação como fator de risco para autoagressão, principalmente se o episódio for relacionado à depressão e não à mania. Outros transtornos mentais que possuem

forte associação com o suicídio são os de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e de personalidade, esquizofrenia, fobias e psicoses^{59,60,62}.

Um estudo de caso-controle realizado em 2018, no estado de Minas Gerais, identificou as características entre homens e mulheres em tratamento em um CAPS quanto ao comportamento suicida. Diante da pesquisa realizada, foi demonstrado que a ideação suicida é mais frequente entre as mulheres, sendo a causa mais frequente de admissão no serviço psiquiátrico, enquanto a tentativa de suicídio foi mais prevalente entre os homens, assim como, também, a causa de admissão⁶³.

Fatores da estrutura dos serviços de saúde mental, como os CAPS, também devem ser considerados importantes durante o atendimento aos indivíduos internados tanto em pronto socorros como em hospitais gerais que estão mais propensos às causas que podem aumentar casos de ansiedade e depressão. Entre os fatores destacam-se o agravamento de condições clínicas já existentes, a espera por resultados de exames, o sofrimento por antecipação de procedimentos dolorosos, o anseio de episódios de recorrência após o tratamento, os conflitos com a família ou a equipe e reações agudas ao diagnóstico⁶⁴.

Não cabe a generalização de que toda tentativa de suicídio é resultado de um indivíduo com transtorno mental, tal qual todo indivíduo com transtorno mental chegará ao ato da tentativa suicídio. Porém, de um modo geral, constata-se que o transtorno mental é um fator de risco importante para a tentativa de suicídio e o contexto psicossocial em que o indivíduo está inserido tem relação com o estímulo do comportamento suicida⁶⁵.

Diante do exposto, pode-se verificar que, dentre os fatores de risco para a tentativa de suicídio, os transtornos mentais são os que mais se destacam, seguidos de impulsividade, perdas abruptas e condição socioeconômica⁶⁶. No Brasil, há escassez de dados acerca dos fatores de risco relacionados aos transtornos mentais e tentativa de suicídio que possam subsidiar o desenvolvimento de estratégias de prevenção do suicídio.

1.1.4 Centro de Atenção Psicossocial

A partir da lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a atenção psicossocial foi colocada como base do cuidado a portadores de transtornos mentais e usuários de

álcool e outras drogas. Atualmente, no Brasil, a política de saúde mental ligada diretamente com os ideais da reforma psiquiátrica, preconiza a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção em saúde mental, integrada pelos CAPS⁶⁷.

O CAPS é um serviço de saúde mental destinado a acolher indivíduos em situação de sofrimento psíquico ou acometidos por transtornos mentais graves e/ou persistentes. A principal função do CAPS é a reinserção social e cultural dos usuários, estimulando a integração social e familiar destes indivíduos, apoiando-os em suas iniciativas de busca pela autonomia e ações que contribuam para os seus objetivos. O usuário em tratamento no CAPS III realiza atividades que promovam sua reabilitação psicossocial, tais como grupos e oficinas terapêuticas, psicoterapia individual, orientações e acompanhamento sobre o uso de suas medicações e atividades comunitárias e artísticas⁶⁸. Os usuários acolhidos no CAPS podem ter passado por longos períodos de internação ou já terem sido atendidos em outros serviços de saúde como ambulatório ou Unidade Básica de Saúde (UBS)⁶⁹.

Uma das mudanças resultantes da reestruturação da assistência psiquiátrica foi a de proporcionar que o indivíduo com transtorno mental pudesse permanecer com sua família articulada com alguma rede de apoio e de organizações que se comprometam a oferecer um cuidado contínuo⁷⁰.

Além de acolher usuários em sofrimento psíquico, os CAPS assumem um papel estratégico na organização da rede de cuidado, fazendo o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: produzindo projetos terapêuticos, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários dos serviços de residenciais terapêuticos, auxiliando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar⁶⁹.

Desta forma, podemos afirmar que a reforma psiquiátrica construiu um novo paradigma de instituição para pessoas com transtornos mentais, proporcionando avanços à população em geral e modificando o olhar para esses indivíduos, onde por muitos anos foram excluídos da sociedade⁷¹.

Os tratamentos oferecidos pelo CAPS são desenvolvidos conforme a necessidade de cada indivíduo. O atendimento pode ser caracterizado de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Também pode ser realizado de forma individual, familiar ou em grupo⁷².

Os CAPS são pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e se apresentam em diferentes modalidades, conforme apresentados no Quadro 1.

Quadro 1: Modalidade de CAPS

CAPS i	Acolhe crianças e adolescentes até dezoito anos de idade, que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas.
CAPS ad	Acolhe pessoas maiores de dezoito anos de idade, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.
CAPS I	Acolhe pessoas maiores de dezoito anos de idade, que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. População acima de 30 mil habitantes.
CAPS II	Acolhe pessoas maiores de dezoito anos de idade, que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. População acima de 70 mil habitantes.
CAPS III	Acolhe pessoas maiores de dezoito anos de idade, que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad. População acima de 150 mil habitantes.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019⁷¹.

Diante do exposto, esta pesquisa visa analisar as possíveis tentativas de suicídio entre pacientes com transtornos mentais com o intuito de garantir a segurança do paciente que utiliza o CAPS como um meio de tratamento psicossocial. Identificando os transtornos mais prevalentes durante as tentativas de suicídio, o uso de psicofármacos utilizados no tratamento dos pacientes e os métodos mais utilizados nas tentativas de suicídio; os serviços de saúde mental podem promover políticas e campanhas para a valorização da vida e prevenção do suicídio, como a do Mês Setembro Amarelo, associando os diagnósticos psiquiátricos, para que novas formas de tratamento além das conhecidas como: psicoterapia, tratamento farmacológico, terapias alternativas e complementares, e atividades psicossociais, sejam desenvolvidas de forma eficaz pensando na

segurança do indivíduo acometido por este transtorno mental que pode ou não estar associado ao suicídio.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a associação entre a prevalência de tentativa de suicídio em pacientes diagnosticados com transtornos mentais acompanhados no CAPS III do município de Criciúma entre outubro de 2018 e outubro de 2019.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das pessoas acolhidas no CAPS III no período em estudo;
- Verificar a prevalência de transtornos mentais das pessoas atendidas no CAPS III;
- Identificar o perfil farmacoepidemiológico das pessoas atendidas no CAPS III;
- Analisar os métodos que cada participante utilizou na tentativa de suicídio;
- Identificar a reincidência de casos de tentativa de suicídio dos participantes em tratamento no CAPS III no período em estudo;
- Comparar a prevalência de tentativas de suicídio entre os participantes acompanhados no CAPS III com a prevalência de não tentativas de suicídio entre os participantes acompanhados no CAPS III;
- Verificar a prevalência de tentativa de suicídio de acordo com cada transtorno mental entre os participantes acompanhados no CAPS III.
- Verificar a prevalência do uso de tabaco entre os participantes acompanhados no CAPS III.

3. MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo epidemiológico com delineamento transversal. Através da coleta de dados em banco secundário, foi possível determinar a distribuição de transtornos mentais associados à tentativa de suicídio, segundo o tempo, motivações e/ou as características dos indivíduos.

Os estudos transversais tem como objetivo principal determinar a frequência com que um evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados ao mesmo⁷³.

3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA

A primeira parte da pesquisa foi realizada no CAPS III localizado no município de Criciúma do Estado de Santa Catarina. Este município possui 192.308 habitantes e 85 estabelecimentos de saúde públicos, sendo um destes o CAPS III⁷⁴. O município conta também com outros serviços direcionados para a atenção psicossocial, como o CAPS I, CAPS II e CAPS II AD. Atualmente, o serviço do CAPS III conta com uma equipe multiprofissional composta por uma farmacêutica, dois psicólogos, seis enfermeiros, nove técnicos de enfermagem, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social, uma recepcionista, um motorista, uma cozinheira e uma higienizadora. O atendimento ao usuário é realizado por demanda espontânea e a marcação de consultas ocorre no período diurno, de segunda a sexta-feira. O serviço funciona 24 horas e dispõe de cinco leitos para acolhimento noturno e emergências, onde o usuário poderá permanecer por um período de 14 dias. O primeiro prontuário eletrônico é datado a partir de outubro de 2018 e desde então todos os prontuários são eletrônicos.

A população em estudo foi composta por participantes com idade igual ou maior que 18 anos em tratamento no serviço. O tamanho amostral foi de 341 participantes em tratamento neste serviço durante o período em estudo.

No Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde. (NUPREVIPS) foi realizada a segunda parte da coleta de dados. Através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram analisadas de forma on-line, as Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada onde constavam dados relacionados às tentativas de suicídio, como métodos, histórico de tentativas de suicídio e motivação para o mesmo.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram inclusos todos os prontuários eletrônicos dos participantes em tratamento no CAPS III entre outubro de 2018 a outubro de 2019.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os prontuários de participantes que apenas procuraram o serviço em um único momento, sem dar sequência no tratamento no serviço em estudo foi adotado como um critério de exclusão.

3.5 COLETA DE DADOS

Utilizando-se da pesquisa documental em prontuários eletrônicos, com preservação do anonimato dos participantes, a coleta de dados foi composta de duas fases. Na primeira, foram consultados os prontuários eletrônicos de cada usuário acolhido no serviço no tempo em estudo, contendo as variáveis sociodemográficas e clínicas. Nesta mesma fase foram consultados os psicofármacos prescritos, sendo esta a variável 'nome do medicamento', pela Denominação Comum Brasileira (DCB). Foram analisados os fármacos pertencentes à lista de medicamentos sujeitos a controle especial pela portaria 344/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Dessa forma, foi traçado o perfil clínico, sociodemográfico e farmacoepidemiológico dos usuários acolhidos no serviço. Cada participante do estudo possui um único prontuário eletrônico.

Os dados coletados para caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos participantes foram: idade do paciente, sexo, cor, estado civil, escolaridade, tabagismo, diagnóstico psiquiátrico (CID 10).

Na segunda fase, foram analisadas as Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (Anexo A). Os dados coletados nas Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada foram os seguintes: violência autoprovocada ou não, método na tentativa de suicídio, motivo da tentativa de suicídio, e se o indivíduo já apresentava histórico de tentativa de suicídio.

3.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

O Quadro 2 apresenta as variáveis de interesse que foram coletadas para atender aos objetivos do estudo.

Quadro 2 – Classificação das variáveis

(continua)			
Variáveis	Tipo	Natureza	Proposta de utilização
Sexo	Independente	Qualitativa nominal dicotômica	Masculino e Feminino. Em proporção
Idade	Independente	Quantitativa discreta	Em anos completos. Mediana e faixas etárias: 18-24; 25-34; 35-44; 45-59 e >=60
(conclusão)			
Grau de escolaridade	Independente	Qualitativa nominal politômica	Categorizada em Analfabeto; Ensino fundamental; Ensino médio; superior
Estado civil	Independente	Qualitativa nominal	Solteiro Casado Em proporção
Tabagista	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim e Não Em proporção
Tipo de transtorno mental (CID)	Independente	Qualitativa nominal	Descrição do transtorno (citar)

		politômica	
Psicofármaco	Independente	Qualitativa nominal politômica	Medicamentos categorizados por tipo de fármaco. Em proporção
Tentativa de suicídio	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim e Não Em proporção
Histórico de tentativas de suicídio	Dependente	Qualitativa nominal dicotômica	Sim e não. Em proporção.
Motivo da tentativa de suicídio	Dependente	Qualitativa nominal politômica	Descrição do motivo. Em proporção.
Método da tentativa de suicídio	Dependente	Qualitativa nominal politômica	Descrição do método. Em proporção.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados e digitados diretamente na criação de um banco de dados no programa *Excel*. Neste banco de dados houve uma ordem para a coleta dos dados secundários contidos nos prontuários eletrônicos dos pacientes em uso de psicofármacos. A análise estatística foi realizada pelo *software GraphPad Prism*, v. 8.3. Para a apresentação dos dados foi utilizada a epidemiologia descritiva, sendo expressas as variáveis quantitativas em medidas de tendência central e dispersão, enquanto as qualitativas foram expressas em proporções.

Para testar a associação de cada variável independente e o desfecho estudado, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. As razões de prevalência foram calculadas para as variáveis independentes, e as tentativas de suicídios encontradas nos prontuários eletrônicos. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob parecer 3.989.394 em 24 de abril de 2020 (Anexo A), conforme Resolução n. 466/12, respeitando o anonimato dos participantes e a autorização/ciência da instituição em estudo.

4. RESULTADOS

Os resultados desta dissertação estão presentes no seguinte artigo “Associação entre transtornos mentais e tentativa de suicídio”; o qual foi submetido para publicação no Jornal Brasileiro de Psiquiatria. As normas para publicação do periódico está no Anexo B.

Considerações Finais

Os fatores de risco para a tentativa de suicídio são difíceis de serem abordados nos serviços de saúde, principalmente quando envolve indivíduos diagnosticados com transtornos mentais, devido à dificuldade de formação de vínculo profissional/paciente. Apesar dos paradigmas e tabus frente aos dois assuntos abordados neste estudo, tanto em relação à tentativa de suicídio quanto ao diagnóstico de transtornos mentais, ambos precisam ser encarados e seus pacientes acolhidos de forma humanizada pelo serviço de saúde e profissionais envolvidos. A forma como estes indivíduos são conduzidos pode influenciar no seu tratamento.

Embora este estudo trate de um delineamento transversal, o que pode sofrer do fenômeno de causalidade reversa, os resultados serão expostos para as equipes de saúde, do CAPS III e do Nuprevips, como forma de capacitação e educação continuada.

Como farmacêutica, pesquisadora e pós graduanda em saúde mental e atenção psicossocial, desenvolver esta pesquisa foi gratificante e construtiva para a formação profissional e pessoal. Que este estudo possa contribuir para saúde pública e mental com informações que permitam a construção de estratégias de valorização de vida e prevenção do suicídio.

REFERÊNCIAS

1. Veloso C, Monteiro CF de S, Veloso LUP, Figueiredo M do LF, Fonseca RSB, Araújo TME de, et al. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2).
2. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol.* 2006;115(3):616–23.
3. Pereira AS, Wilhelm AR, Koller SH, Almeida RMM de. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Cien Saude Colet.* 2018;23(11):3767–77.
4. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R, Kravitz RL. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med.* 2007;5(5):412–8.
5. Krychiw JK, Ward-Ciesielski EF. Factors related to suicide's unpredictability: a qualitative study of adults with lived experience of suicide attempts. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2019;14(1):1650585.
6. Durkheim É. *O Suicídio: estudo de sociologia.* São Paulo: Martins Fontes; 2000.
7. White J, Morris J. Re-thinking ethics and politics in suicide prevention: Bringing narrative ideas into dialogue with critical suicide studies. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(18).
8. O'Brien KHM, Fuxman S, Humm L, Tirone N, Pires WJ, Cole A, et al. Suicide risk assessment training using an online virtual patient simulation. *mHealth.* 2019;5:31–31.
9. Kleiman EM, Glenn CR, Liu RT. Real-Time Monitoring of Suicide Risk among Adolescents: Potential Barriers, Possible Solutions, and Future Directions. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2019;1–13.
10. Holkup PA. Evidence-Based Protocol: Elderly Suicide - Secondary Prevention. *J Gerontol Nurs.* 2003; 29(6):6–9.
11. Ferreira N, Pessoa VF, Boechat-Barros R, Figueiredo AEB, Minayo MC de S. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Cien Saude Colet.* 2014

- Jan;19(1):115–26.
12. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(3):300.
 13. McGill K, Hackney S, Skehan J. Information needs of people after a suicide attempt: A thematic analysis. *Patient Educ Couns*. 2019;102(6):1119–24.
 14. OMS. OMS: 800.000 pessoas cometem suicídio todos os anos. Notícias da ONU. 2018.
 15. Félix TA, Oliveira EN, Lopes MV de O, Parente JRF, Dias MS de A, Moreira RMM. Risk Factors for Suicide Attempt: Literature Review. *Rev Context Saúde*. 2016;16(31):173–85.
 16. Ministério da Saúde. Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio. Ministério da Saúde. 2018.
 17. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. 2006
 18. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020. 2017. 1–12 p.
 19. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133–54.
 20. Yasui S, Barzaghi, Natália. História, Memória e Luta: A construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2018.
 21. Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad Saude Publica*. 2014;30(9):1875–83.
 22. WHO. Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. WHO. 2012
 23. Carlotto MS, Câmara SG, Batista JV, Schneider GA. Prevalência de Afastamentos por Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho em Professores. *PSI UNISC*. 2019;3(1):19–32.
 24. Ferreira MS, Carvalho MC de A. Estigma associado ao transtorno mental: uma breve reflexão sobre suas consequências. *Rev Interdiscip Estud em Saúde*. 2018;6(2).
 25. Souza LPS, Barbosa BB, Silva CS de O, Souza AG, Ferreira TN, Siqueira L

- das G. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev Port Enferm Saúde Ment.* 2017;(18):59–66.
26. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):476–93.
 27. King SL, Hegadoren KM. An integrative science approach: Value added in stress research. Vol. 8, *Nursing and Health Sciences.* 2006. p. 114–9.
 28. Andreoli SB, Ronchetti S de SB, de Miranda ALP, Bezerra CRM, Magalhães CCP de B, Martin D, et al. Utilization of community mental health services in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública.* 2004;20(3):836–44.
 29. Barboza PS, Silva DA. Medicamentos antidepressivos e antipsicóticos prescritos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Porciúncula – RJ. *Acta Biomedica Brasiliensia.* 2012.
 30. Pinto do NPR, Sousa C de AA, Arruda CD, Macedo AR, De Almeida PC, Gomes CRK, et al. Análise do perfil de usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial. *J Heal NPEPS.* 2019;4(1):132–43.
 31. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. *Organ Mund da Saúde.* 2011;
 32. Cardoso LRD. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicol Argumento.* 2011;29(67):479–89.
 33. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;30(1):32–7.
 34. Olívia LH, Marcos HS. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. *SMAD Rev eletrônica saúde Ment álcool e Drog.* 2010;6(2):315–36.
 35. Andrade JV, Pereira LP, Vieira PA, Silva JVS, Silva A de M. Ansiedade, um dos problemas do século XXI. *Rev Saúde da ReAGES.* 2019;2(4):34–9.
 36. Lobo MDO, Krier FC, Tibana RA, Prestes J, Prestes J. Epigenética e exercício físico: influência em transtornos de ansiedade? *J Heal Biol Sci.* 2018;6(2):182.
 37. Castillo ARG, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(suppl 2):20–3.

38. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5th ed. Porto Alegre; 2014.
39. Silva AM, Santos CA dos, Miron FM, Miguel NP, Furtado C de C, Bellemo AIS. Esquizofrenia: Uma revisão bibliográfica. UNILUS Ensino e Pesqui. 2016;13(30):18–25.
40. Saraiva EMS, Barros JT. Aspectos Farmacoeconômicos do Tratamento da Esquizofrenia no âmbito da Assistência Farmacêutica Especializada. Rev Multidiscip e Psicol. 2018;12(42):634–40.
41. Martin A. Transtorno bipolar. Rev Bras Psiquiatr. 2000;21.
42. Vieira TC, Marques ELL. Possíveis estratégias e técnicas de manejo para o tratamento bipolar perspectiva cognitiva-comportamental. Psicologia.pt. 2017
43. Chang B, Gitlin D, Patel R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. Emerg Med Pract. 2011;13(9):1–23; quiz 23–4.
44. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al. The Burden Attributable to Mental and Substance Use Disorders as Risk Factors for Suicide: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Baune BT, editor. PLoS One. 2014;9(4):e91936.
45. Röcker S, Bachmann S. Suicidality in mental illness – prevention and therapy. Ther Umschau. 2015;72(10):611–7.
46. Borrajo IJ, Horta JA, Duro LN, Borges DT, Cristofari AB, Chaves J, et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. Vol. 11, Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2016. 1–12 p.
47. Angelakis I, Gooding P. Obsessive–Compulsive Disorder and Suicidal Experiences: The Role of Experiential Avoidance. Suicide Life-Threatening Behav. 2019.
48. Silva DX da S, Almeida AC de. Suicídio: O dilaceramento do ser diante da ruptura dos laços sociais. Interfaces Científicas. 2018;127–36.
49. Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. Int J

- Environ Res Public Health. 2018;15(7).
50. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP*. 2015;25(3):231–6.
 51. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, et al. Risk Factors for Suicide Completion in Major Depression: A Case-Control Study of Impulsive and Aggressive Behaviors in Men. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2116–24.
 52. McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(5):721–9.
 53. McGirr A, Renaud J, Séguin M, Alda M, Turecki G. Course of major depressive disorder and suicide outcome: a psychological autopsy study. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):966–70.
 54. Faleiro JC, Giatti L, Barreto SM, do Valle Camelo L, Griep RH, Guimarães JMN, et al. Posição socioeconômica no curso de vida e comportamentos de risco relacionados à saúde: ELSA-Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017;33(3).
 55. Botti NCL, Silva AC, Pereira CCM, Cantão L, Castro RAS, Araújo LMC, et al. Tentativa de suicídio entre pessoas com transtornos mentais e comportamentais. *Rev Enferm UFPE line*. 2018;12(5):1289.
 56. Jamison KR. Quando a noite cai: entendendo o suicídio. Gryphos Editora. Rio de Janeiro; 2010
 57. Ficher AMFT, Vansan GA. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estud Psicol*. 2008;25(3):361–74.
 58. Stefanello S, Filinto C, Lúcia M, Mauro F, Vaz G, Freitas S De, et al. Gender differences in suicide attempts : preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas,Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):139–43.
 59. Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(2):86–91.
 60. Pires MC da C, Silva T de PS da, Passos MP dos, Sougey EB, Bastos Filho OC, Pires MC da C, et al. Risk factors of suicide attempts by poisoning: review.

- Trends Psychiatry Psychother. 2014;36(2):63–74.
61. Moreira LC de O, Bastos PRH de O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol Esc e Educ.* 2015;19(3):445–53.
 62. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(9):2064–74.
 63. Botti NCL, Cantão L, Silva AC, Dias TG, Menezes LC, Castro RAS de. Características do comportamento suicida de homens e mulheres em tratamento psiquiátrico. *Cogitare Enferm.* 2018;23(1).
 64. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência.. Porto Alegre, RS: Grupo A - Artmed; 2012. 335–355 p.
 65. Melo MM, Nespoli B dos R, Santana R da S, Fontes FL de L, Junior JGAL, Carvalho FR de, et al. Percepções da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial sobre as motivações que levam o sujeito ao comportamento suicida. *Rev Eletrônica Acervo Saúde.* 2019;(24):e529.
 66. WHO. Suicide data. WHO. 2018
 67. Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira M. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* 2008;11(1):21–7.
 68. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde. 2018
 69. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília - DF; 2004.
 70. Mendes MS. Saúde Mental: Múltiplos Saberes, Diversas Considerações. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* Campinas; 2016. p. 1–2.
 71. Ferreira JT, Mesquita NNM, Silva TA da, Silva VF da, Lucas WJ, Batista EC. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. *Rev Saberes.* 2016;4(1):72–86.
 72. BRASIL. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares de Atenção Psicossocial nos Territórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
 73. Bastos J, Duquia R. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia estudo transversal. *Sci Med (Porto Alegre).* 2007;17(4):229–32.

74. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE | Cidades@ | Santa Catarina | Criciúma | Panorama. 2010
75. Ramos KA, Tiberly S, Souza R De, Sandra B, Sousa DC De, Leite EF, et al. Prevalência de suicídio e tentativa de suicídio no Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2018;32:1–7.
76. Freitas A De, Paula A, Borges M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estud Psicol*. 2017;22(1).
77. Silva RC, Coutinho, Mayrla de Sousa Assis, Letícia Rodrigues de Vasconcelos, Mayrla Emília Cavalcanti J dos S, Rodrigues, Elaine Cristina Araújo Medeiros de Souza Fook, Sayonara Maria Lia Mariz SR. Tentativas de suicídio entre estudantes atendidos no CEATOX, Campina Grande - PB, em 2015. *Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management*. 2017
78. Cordeiro EL, Silva LSR da, Mendes EWP, Silva LCL da, Duarte VL, Lima ÉCMP. Tentativa de suicídio e fatores associados ao padrão uso e abuso do álcool. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog (Edição em Port)*. 2020;16(1):1–10.
79. Santos TDS, Alves A de L. O perfil sociodemográfico dos usuários atendidos no CAPS II Francisco Morato - SP. *Congr Bras Assist Sociais*. 2019;16(1):1–9.
80. Barbosa CG, Roberto P, Meira M, Nery JS. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog*. 2020;16(1):1–8.
81. Nascimento RP do, Fernandes LCC, Bento MIC, Batista D de A, Santiago BM, Rabello PM. Profile of necropsied victims in the Nucleus of Forensic Medicine and Dentistry of Joao Pessoa –PB –Brazil. *Rev Bras Odontol Leg –RBOL*. 2019;6(3):35–46.
82. D’Eça Júnior A, Rodrigues L dos S, Meneses Filho EP, Costa LDLN, Rêgo A de S, Costa LC, et al. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? *Cad Saúde Coletiva*. 2019;27(1):20–4.
83. Rodrigues H de F, Moraes L de S, Veloso LC. Epidemiological analysis of suicide in the Northeast Region from Brazil in the period 2014 to 2018. *Res Soc Dev*. 2020;9(7):1–14.

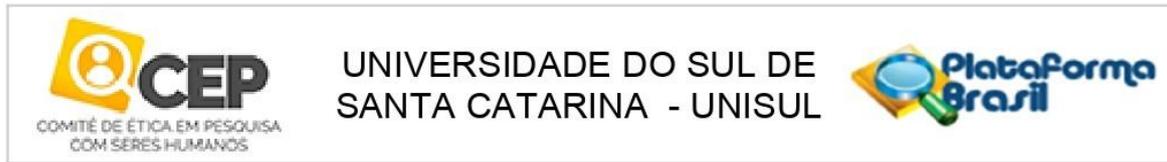
84. Pedrosa NFNC, Barreira DA, Rocha DQ de C, Barreira MA. Análise dos principais fatores epidemiológicos relacionados ao suicídio em uma cidade no interior do Ceará. *J Heal Biol Sci*. 2018;6(4):399.
85. Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. *Bol Epidemiológico*. 2019;50.
86. Drew N, Faydi E, Freeman M, Funk M. Mental health and development: Targeting people with mental health. World Health Organization. Geneva; 2010
87. Ananias A, Eduardo C, Vidal L. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*. 2013;X(19):235–48.
88. Rodrigues CAO, Santos NHF, Barbosa SFA, Araújo DD de, Gusmão ROM, Vieira MA. Profile of patients treated at a psychosocial care center. *J Nurs Ufpe Online*. 2019;13(0).
89. Martins MC, Burgo J, Alves G. Suicídio: aspectos epidemiológicos relacionados ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, cid-10. 2014;
90. Alves VM, Francisco LC, de Melo AR, Novaes CR, Belo FM, Nardi AE. Trends in suicide attempts at an emergency department. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017;39(1):55–61.
91. Mendes JAS, Gaedke MÂ, Borba JS, Somavilla IM, Piccin C. Perfil epidemiológico de suicídio na população gaúcha de 2008 à 2017. *Cad Saúde Coletiva*. 2019;27(1):20–4.
92. Gonçalves LRC, Gonçalves E, de Oliveira LB. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: Uma abordagem regional. *Nov Econ*. 2011 May;21(2):281–316.
93. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica*. 2013 Jan;29(1):175–87.
94. Filho E da SS, Correia LCS, Lima PR, Gomes H, Jesus AG de. O suicídio no Estado do Tocantins. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;11(12):e712.
95. Santos JAM, Gaedke MÂ, Borba JS, Somavilla IM, Piccin C. Perfil epidemiológico de suicídio na população gaúcha de 2008 a 2017. *Simpósio do Programa Residência Multiprofissional em Saúde do Hosp St Cruz*. 2019;0(0).
96. Besston D. Older people and suicide. Stoke on trent: Centre for ageing and

- mental. Health Staffordshire University. 2006.
97. Avanci R de C, Pedrão LJ, Júnior ML da C. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. *SMAD Rev eletrônica saúde Ment álcool e Drog.* 2005;1(1).
 98. Félix TA, Oliveira EN, Lopes MVDO, Parente JRF, Dias MSDA, Moreira RMM. Fatores de risco para tentativa de suicídio: Produção de conhecimento no Brasil. *Rev Context Saúde.* 2016 Dec 22;16(31):173.
 99. Santos SA, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2009;25(9):2064–74.
 100. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio, um recurso para conselheiros. *Dep Saúde Ment e Abus Substâncias.* 2006;
 101. Silva JV de S, Motta HL. Comportamento suicida: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Educ Psicol e Interfaces.* 2017;1(2).
 102. Amorim CA de A. Crise Suicida: Avaliação e manejo. *Psicol Argumento.* 2017;33(80):221–3.
 103. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Personnalité borderline, automutilations et suicide : revue de la littérature. *Encephale.* 2008 Oct;34(5):452–8.
 104. McCranie EW, Kahan J. Personality and multiple divorce a prospective study. *J Nerv Ment Dis.* 1986;174(3):161–4.
 105. Bland RC, Stebelsky G, Orn H, Newman SC. Psychiatric disorders and unemployment in edmonton. *Acta Psychiatr Scand.* 1988;77(S338):72–80.
 106. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: A report from the collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS). *Depress Anxiety.* 1999 Jan 1;10(4):175–82.
 107. Carvalho L de F, Oliveira SES, Pianowski G. E-TRAP: entrevista diagnóstica para transtornos de personalidade. 2020
 108. Santos MSP dos, da Silva T de PS, Pires CM da C, Ramos PGX, Sougey EB. Identificação de aspectos associados à tentativa de suicídio por envenenamento. *J Bras Psiquiatr.* 2017 Oct 1;66(4):197–202.

109. Pires MC da C, Raposo MCF, Silva T de PS da, Passos MP dos, Sougey BE, Filho OCB. O “chumbinho” e outros agentes tóxicos utilizados na tentativa de suicídio na cidade do Recife. *Rev Bras Neurol e Psiquiatr.* 2017;21(2):117–28.
110. Silva JOG da, Santos CC dos. Fatores de risco associados ao suicídio: a tendência suicida pode agravar-se em sujeitos com transtornos depressivos 2016. 2019;
111. Pastore E, Lisboa CS de M. Transtorno de Personalidade Borderline, tentativas de suicídio e desempenho cognitivo. *Psicol Argumento.* 2017;32(79):9–17.
112. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: A brief review. Vol. 55, *Medicina (Lithuania)*. MDPI AG; 2019.
113. Botega NJ, Werlang BSG, Cais CF da S, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. *Psico (Porto Alegre)*. 2006;(1992):213–20.

ANEXO(S)

ANEXO A - Parecer Aprovação do Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 3.989.394

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa apresenta os elementos essenciais e está em consonância com a resolução 466/12. Emenda está adequada e de acordo com a resolução

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

foi encaminhado a solicitação de emenda para alterar o formulário a ser utilizado na pesquisa e tal alteração não fere os preceitos éticos, estando de acordo com a resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 e/ou 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1532158_E1.pdf	07/04/2020 11:55:40		Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_prontuario.pdf	07/04/2020 11:54:21	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao_SINAN.pdf	07/04/2020 11:53:45	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_e_atualizado.pdf	07/04/2020 11:48:22	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Outros	Carta_de_emenda.pdf	27/03/2020 14:35:16	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/02/2020 14:07:38	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_tcle.pdf	20/02/2020 14:51:39	Rafael Mariano de Bitencourt	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.989.394

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a associação entre a prevalência de tentativa de suicídio e pacientes diagnosticados com transtornos mentais acompanhados no CAPS III do município de Criciúma entre outubro de 2018 e outubro de 2019.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico das pessoas acolhidas no CAPS III no período em estudo;

Identificar o tempo de permanência e as atividades realizadas pelas pessoas que procuraram o serviço em estudo;

Verificar a prevalência de transtornos mentais das pessoas atendidas no CAPS III;

Investigar o uso de psicofármacos que cada pessoa utiliza/utilizou no tratamento do transtorno mental durante o atendimento no CAPS III;

Verificar a prevalência de consultas com médico psiquiatra dos participantes durante o período em estudo; Analisar os métodos que cada participante utilizou na tentativa de suicídio;

Identificar a reincidência de casos de tentativa de suicídio dos participantes em tratamento no CAPS III no período em estudo;

Comparar a prevalência de tentativas de suicídio entre os participantes acompanhados no CAPS III com a prevalência de não tentativas de suicídio entre os participantes acompanhados no CAPS III;

Verificar a prevalência de tentativa de suicídio de acordo com cada transtorno mental

entre os participantes acompanhados no CAPS III

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

População em questão é composta por usuários com diagnóstico de algum tipo de transtorno mental, fazendo com que o contato direto com o pesquisador possa causar estresse e desconforto indevido. Visto isto, será proposto a análise direta ao prontuário eletrônico dos pacientes.

Benefícios:

Através da realização da pesquisa, poderemos entender melhor a associação entre os transtornos mentais e a tentativa de suicídio, de que forma ela acontece, quais diagnósticos de transtornos mentais são mais prevalentes associados a tentativa de suicídio, se os psicofármacos ou as interações entre eles influenciam de alguma forma na tentativa de suicídio. Demonstrar dados científicos que possam embasar ações pela valorização da vida e combate o suicídio.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

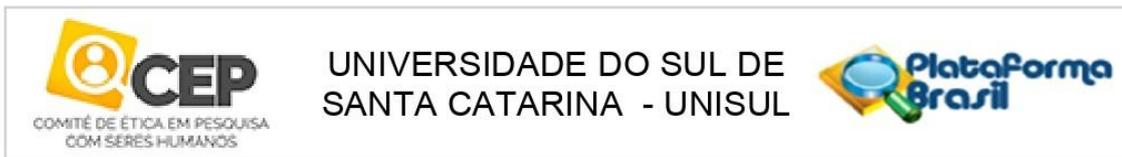
UF: SC

Município: PALHOÇA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 3.989.394

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 24 de Abril de 2020

Assinado por:

**Josiane Somariva Prophiro
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25

Bairro: Cid. Universitária Pedra Branca

CEP: 88.137-270

UF: SC

Município: PALHOCA

Telefone: (48)3279-1036

Fax: (48)3279-1094

E-mail: cep.contato@unisul.br

