



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Caracterização das tentativas de suicídio no Serviço de Urgência do Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Mário João Gomes dos Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr. António José Pissarra da Costa
Coorientador: Prof. Doutor Dário Jorge da Conceição Ferreira
Coorientador: Mestre Juliana da Silva Nunes

Covilhã, maio de 2015

Dedicatória

Ao meu eu de treze anos e a todos os que contribuíram para que ele crescesse.

Agradecimentos

Ao meu pai, à minha mãe e à minha irmã, pelo suporte de 23 anos e pela paciência de todas as horas.

Aos meus avós e às minhas tias, por terem ajudado a criar-me.

Ao Ivan, um grande companheiro de casa, o primeiro membro da minha segunda família.

Ao resto da minha segunda família, à Cláudia, à ATD, ao Tiago, ao Luís, ao Carlos, ao Samuel, ao Rúben e ao Simões, com votos de que a cada seis anos se sucedam outros seis.

Ao Dr. Pissarra, pela disponibilidade e gentileza na orientação desta tese.

Ao Prof. Dr. Dário, pela preocupação e ajuda.

À Juliana, pela energia e pelo incentivo.

Resumo

O suicídio é um complexo problema de saúde pública, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

É um fenómeno com um enorme peso socioeconómico, suicidando-se anualmente, em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de um milhão de indivíduos, o que corresponde a metade de todas as mortes violentas registadas, tendo esse número tendência a aumentar.

A tentativa de suicídio é definida como um ato levado a cabo por um indivíduo que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado.

O fator de predição mais importante do suicídio é a tentativa de suicídio, pelo que as tentativas, ainda que objetivamente desprovidas de gravidade, não devem ser desvalorizadas.

Considera-se que, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem uma tentativa de suicídio.

Assim, a análise dos eventos e perfil dos doentes que tentam o suicídio e dos fatores de risco e protetores associados, ajudam a avaliar a vulnerabilidade dum indivíduo ou população em relação ao suicídio, permitindo uma atuação preventiva.

Este estudo, de carácter retrospectivo, do período compreendido entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2014, baseou-se no levantamento estatístico e análise dos dados dos processos clínicos dos indivíduos maiores de 18 anos que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital Sousa Martins, ULS da Guarda, EPE, para os quais foi presumido, antes da avaliação clínica, um evento de tentativa de suicídio.

Pretende-se com este trabalho, analisar o perfil do doente que recorre ao Serviço de Urgência por tentativa de suicídio, nomeadamente, as suas características sociodemográficas e variáveis clínicas.

Palavras-chave

Suicídio; tentativa de suicídio; psiquiatria; urgência; hospital.

Abstract

Suicide is a complex public health problem resulting from the interaction between biological, psychological and sociocultural factors.

It is a phenomenon with an enormous socioeconomic burden, since annually, according to the World Health Organization, about one million individuals commit suicide worldwide. That number corresponds to half of all violent deaths recorded and the tendency is to increase.

Attempted suicide is defined as an act carried out by an individual who seeks his own death, but for various reasons, usually unrelated to the individual, results frustrated.

The most important predictive factor of suicide is attempted suicide. So attempts, even those objectively devoid of gravity, should not be undervalued.

It is considered that for every person who commits suicide, 20 or more make an attempt.

Thus, the analysis of the events and the profile of patients who attempt suicide and the analysis of associated risk and protective factors help assess the vulnerability of an individual or a population, in relation to suicide, allowing for preventive action.

This study, of retrospective basis, of the period between 1 January 2010 and 31 December 2014, has been based on the statistical survey of data from medical records of the individuals over 18 who resorted to the Emergency Department of Hospital Sousa Martins, ULS Guarda, EPE, for whom it was deemed an attempted suicide event, prior to clinical evaluation.

The aim of this work was to analyze the profile of the patient who resorts to the ER for attempted suicide, on regard, for example, to their sociodemographic and clinical variables.

Keywords

Suicide; attempted suicide; psychiatry; emergency; hospital.

Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Índice	vi
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Tabelas.....	viii
Lista de Acrónimos.....	ix
Introdução.....	1
Materiais e Métodos	3
a) Materiais.....	3
b) Métodos Estatísticos.....	3
Resultados.....	4
a) Dados gerais	4
b) Dados temporais	4
c) Contexto sociodemográfico	8
d) Dados sociodemográficos	8
e) Método, Motivo e Encaminhamento	15
f) Comorbilidades.....	18
Discussão/Conclusão	21
Bibliografia.....	27

Lista de Figuras

Gráfico 1 - Recorrências por indivíduo	4
Gráfico 2 - Número de tentativas de suicídio por ano	5
Gráfico 3 - Tentativas de suicídio por mês	6
Gráfico 4 - Tentativas de suicídio por dia da semana	7
Gráfico 5 - Hora de admissão dos doentes no Serviço de Urgência	8
Gráfico 6 - Tentativas de suicídio por sexo	9
Gráfico 7 - Tentativas de suicídio por idade	10
Gráfico 8 - Tentativas de suicídio por idade e sexo	11
Gráfico 9 - Tentativas de suicídio por estado civil	11
Gráfico 10 - Tentativas de suicídio por estado civil e sexo	12
Gráfico 11 - Tentativas de suicídio por situação profissional	13
Gráfico 12 - Tentativas de suicídio por existência de precariedade económica	14
Gráfico 13 - Métodos utilizados para as tentativas de suicídio	15
Gráfico 14 - Métodos utilizados para as tentativas de suicídio por sexo	16
Gráfico 15 - Motivos dados para as tentativas de suicídio	17
Gráfico 16 - Motivos dados para as tentativas de suicídio por sexo	17
Gráfico 17 - Encaminhamento após as tentativas de suicídio	18
Gráfico 18 - Tentativas de suicídio por coexistência de patologia orgânica relevante	19

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Tentativas de suicídio por concelho de residência	14
Tabela 2 - Associações de métodos	16
Tabela 3 - Comorbilidades psiquiátricas	18
Tabela 4 - Comorbilidades orgânicas relevantes	19

Lista de Acrónimos

EPE	Entidade Pública Empresarial
HSM	Hospital Sousa Martins
INE	Instituto Nacional de Estatística
IP	Instituto Público
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS®	<i>Software Package for Social Sciences</i>
SU	Serviço de Urgência
ULS	Unidade Local de Saúde

Introdução

O suicídio é um grande e complexo problema de saúde pública, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, sendo um fenómeno com um enorme peso socioeconómico (1).

Antes de mais, impõe-se definir alguns conceitos importantes na área da suicidologia que irei utilizar ao longo deste trabalho:

- Suicídio consumado: morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida (1).
- Tentativa de suicídio: ato levado a cabo por um indivíduo que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado (1).
- Comportamentos autolesivos: comportamento sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais (1).
- Comportamentos suicidários: englobam uma diversidade de gestos ou atos difíceis de definir, cujos limites são parcialmente sobreponíveis e interpenetráveis, desde o suicídio consumado até à ideação suicida, passando por graus intercalares, como a tentativa de suicídio (2).
- Método: meio ou processo utilizado na produção da autolesão/comportamento suicidário/tentativa de suicídio (1).
- Intencionalidade: determinação para agir de modo a atingir um objectivo, neste caso o suicídio (1).

É provavelmente o conceito mais controverso, gerando grande desacordo entre investigadores. Como a sua avaliação é feita primariamente com base no auto-relato, leva a um relevante potencial de viés (1).

- Letalidade: potencial de perigo de morte associado ao método utilizado (1).

Tem uma dimensão objetiva, quando avaliada por um profissional qualificado, e subjetiva, quando avaliada pelo próprio sujeito. Há dados que apontam para que a percentagem de pessoas com comportamentos autolesivos que avalia mal a letalidade do método pode chegar aos 50%, realçando a dimensão subjetiva do conceito (1).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicidam-se anualmente, em todo o mundo, cerca de um milhão de indivíduos, o que corresponde a metade de todas as mortes violentas registadas. Estima-se que, até 2020, esse número atinja o milhão e meio (1).

À escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100 000 habitantes, sendo a 13ª causa de morte global, a 3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos e a 2ª entre os 15 aos 19 anos. Estas taxas têm vindo a crescer continuamente nos últimos 45 anos, principalmente, nos países em vias de desenvolvimento (1).

Ainda assim, os atos suicidários são claramente subdeclarados, podendo estas taxas, devido a esse facto, ficar aquém da realidade (1).

Em Portugal, a taxa de suicídios, em 2012, foi de 10,1 por 100 000 habitantes, sendo superior à de qualquer outra causa de morte violenta. Na região centro, esta taxa foi de 11,4 por 100 000 habitantes, em 2012. Estes resultados têm oscilado à volta destes valores, desde 2007 (3).

Apesar da existência de investigação, em Portugal, nesta área, esta é escassa e pode estar ferida de validade e fiabilidade, devido ao elevado número de mortes violentas de etiologia indeterminada (das quais várias poderão ser suicídios) e a erros na certificação de óbito, entre outros fatores (1).

O factor de predição mais importante do suicídio é a tentativa de suicídio, pelo que as tentativas, ainda que objetivamente desprovidas de gravidade, não devem ser desvalorizadas. Considera-se que sejam a 6ª causa de défice funcional permanente a nível global. Segundo a OMS, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem uma tentativa. Assim, a análise dos eventos e do perfil dos doentes que tentam o suicídio, assim como dos fatores de risco e protetores associados, ajudam a avaliar a vulnerabilidade dum indivíduo ou população em relação ao suicídio, permitindo uma atuação preventiva (1).

Posto isto, esta dissertação de mestrado propõe-se a avaliar e caracterizar o perfil dos indivíduos maiores de 18 anos que, por tentativa de suicídio, deram entrada no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Sousa Martins (HSM), Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, EPE, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2014.

Materiais e Métodos

Estudo de carácter retrospectivo, baseado no levantamento estatístico e análise dos dados de processos clínicos. Foram recolhidos, através da consulta dos processos clínicos no sistema informático ALERT®, os dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, concelho de residência, situação profissional e precariedade económica, usando, como indicador desta, a existência de isenção de taxa moderadora por motivos económicos), dados relativos ao episódio de urgência (data, hora de admissão, método, motivo e encaminhamento) e dados relativos aos antecedentes de patologia psiquiátrica e/ou orgânica.

a) Materiais

Foram incluídos no estudo os dados de 127 indivíduos maiores de 18 anos, correspondentes a 153 eventos, que recorreram ao SU do HSM, entre 1 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014, classificados na admissão com o termo “tentativa de suicídio” no sistema informático SONHO®.

Excluíram-se 35 eventos. As razões para a exclusão foram o desenquadramento do conceito de tentativa de suicídio (em 32 eventos), a ausência de referência ao método (em 2 eventos) e a morte em consequência do evento (em 1 evento).

Foram requeridos, ao Instituto Nacional de Estatística (INE), dados sociodemográficos relativos à área abrangida pelo SU do HSM, que permitissem uma melhor contextualização dos resultados.

b) Métodos Estatísticos

A análise estatística dos dados foi realizada através do *Software Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 22.0 para Microsoft Windows®. Fez-se a análise descritiva de cada uma das variáveis. Aplicaram-se os testes estatísticos de qui-quadrado e de Mann-Whitney nas variáveis que possibilitavam a sua utilização, sendo que, para cada uma destas, é indicado o valor de significância.

Resultados

a) Dados gerais

Entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2014, foram registados, no SU do HSM, 153 eventos de tentativa de suicídio, realizados por 127 indivíduos. Isto corresponde a uma razão de 1,20 tentativas de suicídio por indivíduo.

Analisando o gráfico 1, constata-se que, durante o período em estudo, 86,61% dos indivíduos recorreram ao SU apenas uma vez, 7,87% recorreram duas vezes, 3,94% três vezes e 1,57% dos indivíduos quatro vezes, existindo uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,000$).

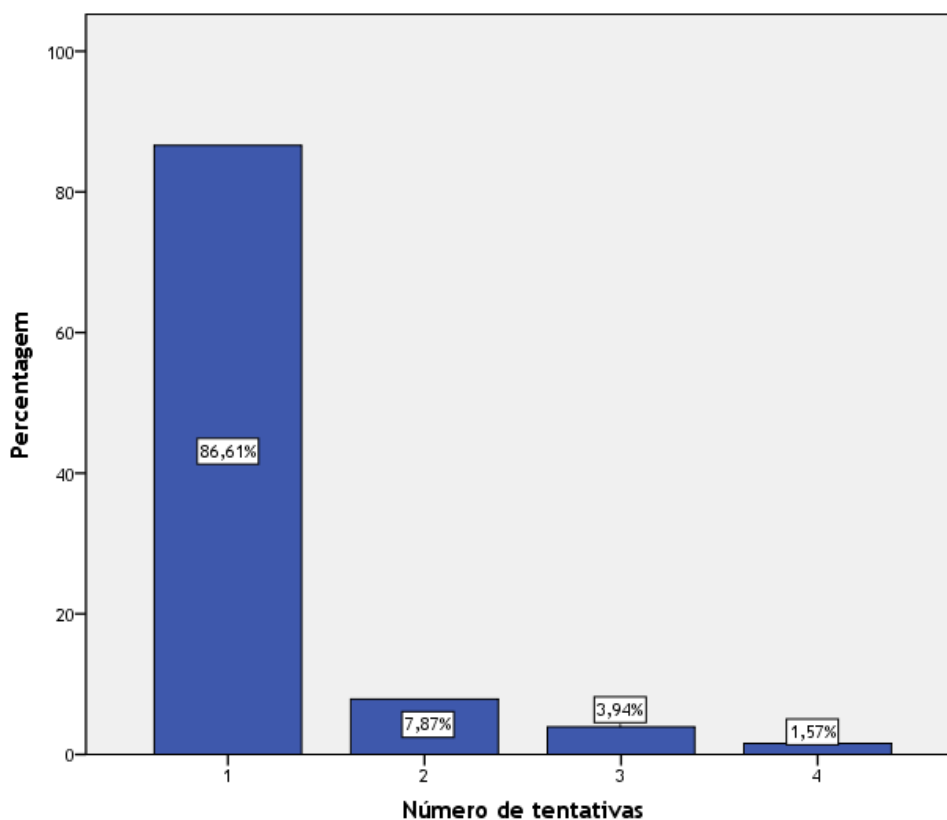


Gráfico 1 - Recorrências por indivíduo

b) Dados temporais

O gráfico 2 mostra o número de tentativas de suicídio por ano civil estudado. Assim, o ano em que ocorreram mais eventos foi o de 2014, com 38. O ano com menos casos foi 2011, com 14, existindo uma diferença estatisticamente significativa entre os anos ($p=0,019$). A média de ocorrências por ano foi de 30,6.

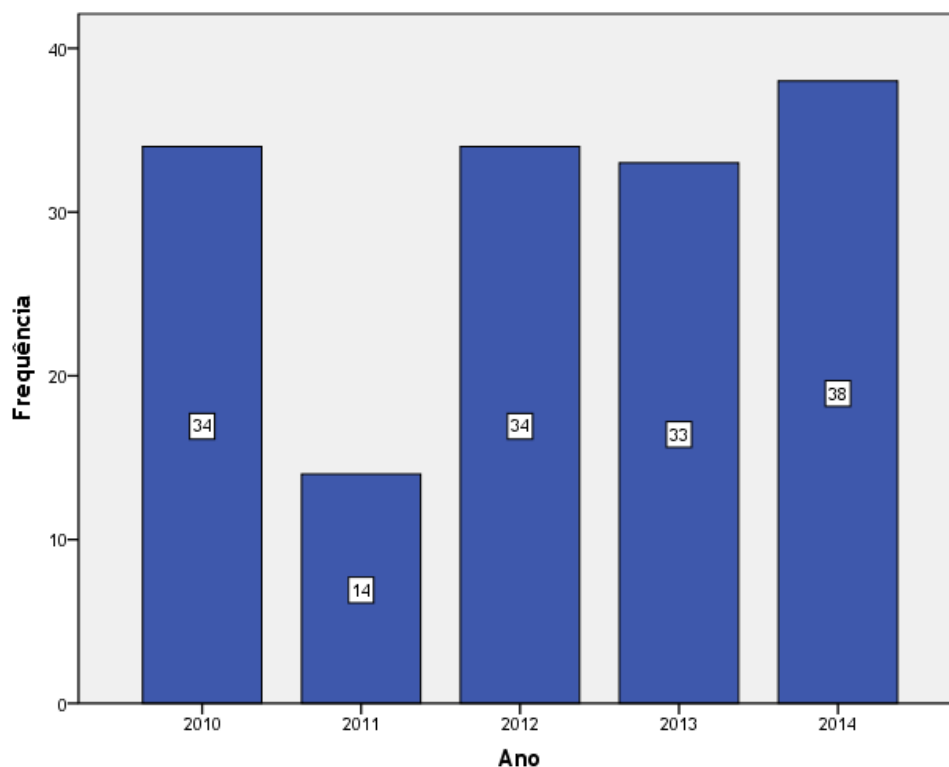


Gráfico 2 - Número de tentativas de suicídio por ano

O gráfico 3 faz referência aos eventos que aconteceram por mês. Os meses mais quentes destacam-se com a maior percentagem (14,38% em junho, 12,42% em julho e 9,80% em agosto), sendo seguidos dos meses mais frios (janeiro e fevereiro, ambos com 9,80%). No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p=0,089$).

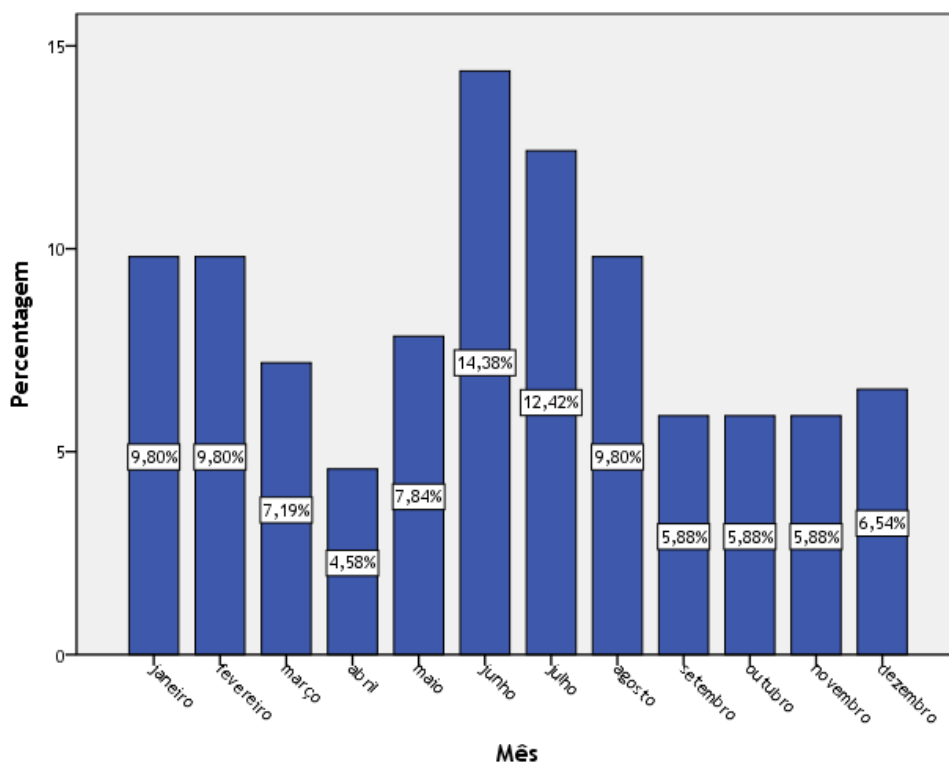


Gráfico 3 - Tentativas de suicídio por mês

O gráfico 4 demonstra a distribuição dos eventos ao longo duma semana, sendo o domingo o dia com mais eventos (18,30%) e terça-feira o dia com menos (9,80%), não tendo estas diferenças significância estatística ($p=0,270$).

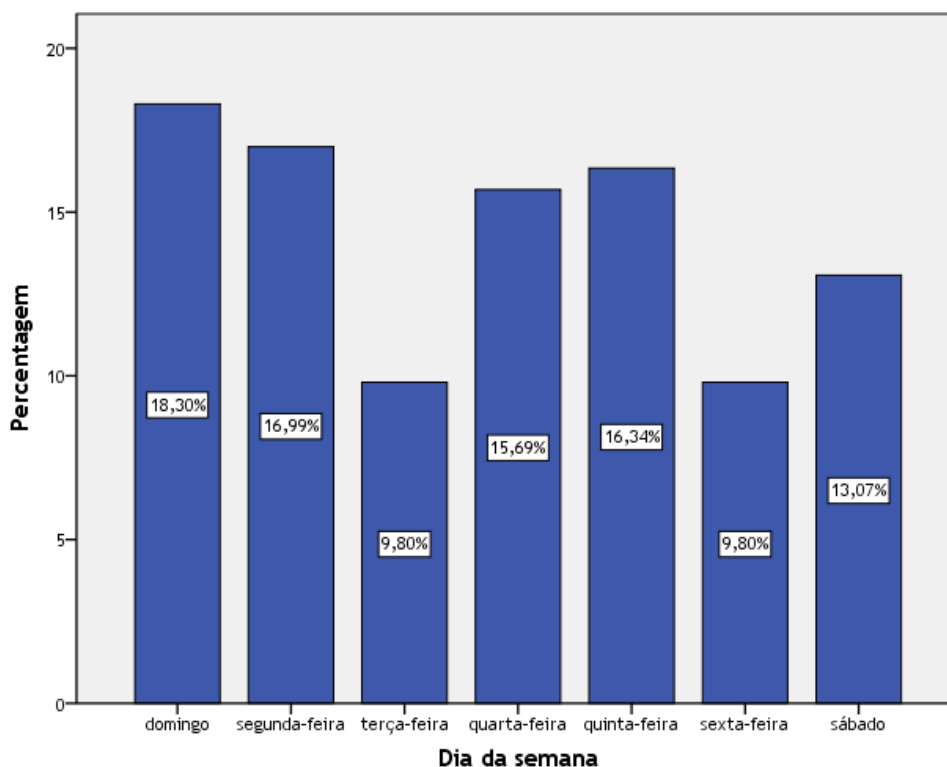


Gráfico 4 - Tentativas de suicídio por dia da semana

O gráfico 5 mostra as horas de admissão dos doentes, agrupadas em classes de quatro horas. Verifica-se que as últimas oito horas do dia englobam quase 60% dos eventos, enquanto as primeiras oito horas nem 12% representam, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$).

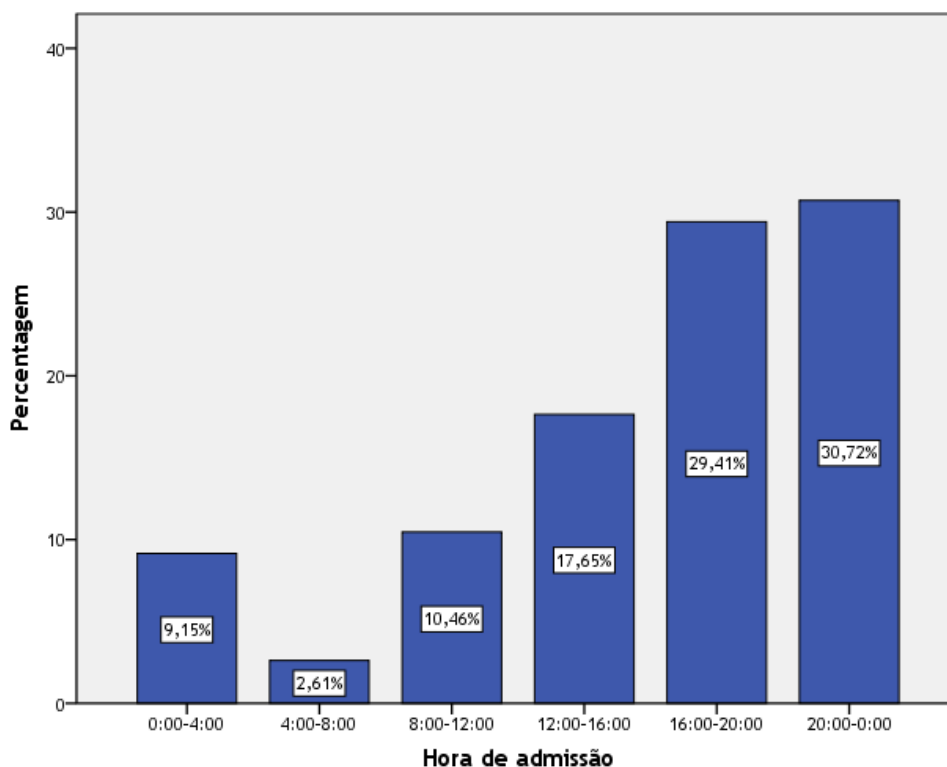


Gráfico 5 - Hora de admissão dos doentes no Serviço de Urgência

c) Contexto sociodemográfico

Segundo dados dos Censos 2011 (4), a população atualmente abrangida pelo SU do HSM é de 155 466 habitantes, sendo que 73625 são do sexo masculino e 81841 são do sexo feminino. Cerca de 27% desta população tem residência no município da Guarda. Em relação ao índice de envelhecimento, este varia entre 152,1, no concelho da Guarda, e 513,4, no concelho do Sabugal, sendo que todos os outros municípios ultrapassam os 230.

Também segundo dados do INE, dos 13 concelhos abrangidos (Guarda, Pinhel, Manteigas, Sabugal, Trancoso, Almeida, Fornos de Algodres, Celorico da Beira, Seia, Gouveia, Mêda, Figueira de Castelo Rodrigo e Vila Nova de Foz Côa), apenas um (Manteigas) não é um município com espaço rural significativo (área predominantemente rural maior que 50%), de acordo com a metodologia do GT ECO XXI (5). Os concelhos de Seia e da Guarda são aqueles com mais área predominantemente urbana (mais de 5% do território).

d) Dados sociodemográficos

Os cálculos de incidência de tentativas de suicídio total e por sexo forneceram os seguintes resultados: 19,68/100 000 habitantes para a população total, 14,94/100 000 habitantes para a população masculina e 23,95/100 000 habitantes para a população feminina.

Como se pode ver pelo gráfico 6, a larga maioria dos casos de tentativa de suicídio foram perpetrados por indivíduos do sexo feminino (64,05% vs. 35,95% para indivíduos do sexo

masculino; razão feminino/masculino de 1,78:1), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$).

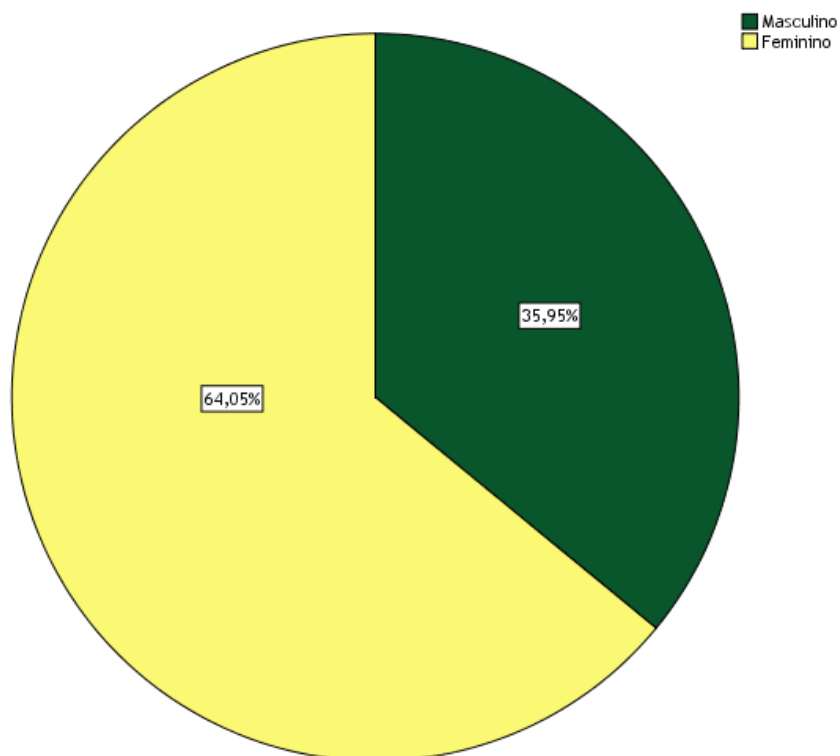


Gráfico 6 - Tentativas de suicídio por sexo

A média de idades dos indivíduos foi de 46,20 anos, sendo que o indivíduo mais novo tinha 18 e o mais velho 97 anos. O gráfico 7 mostra que mais de 45% dos casos foi levado a cabo por indivíduos entre os 26 e os 45 anos, sendo as diferenças entre os grupos etários estatisticamente significativas ($p=0,004$).

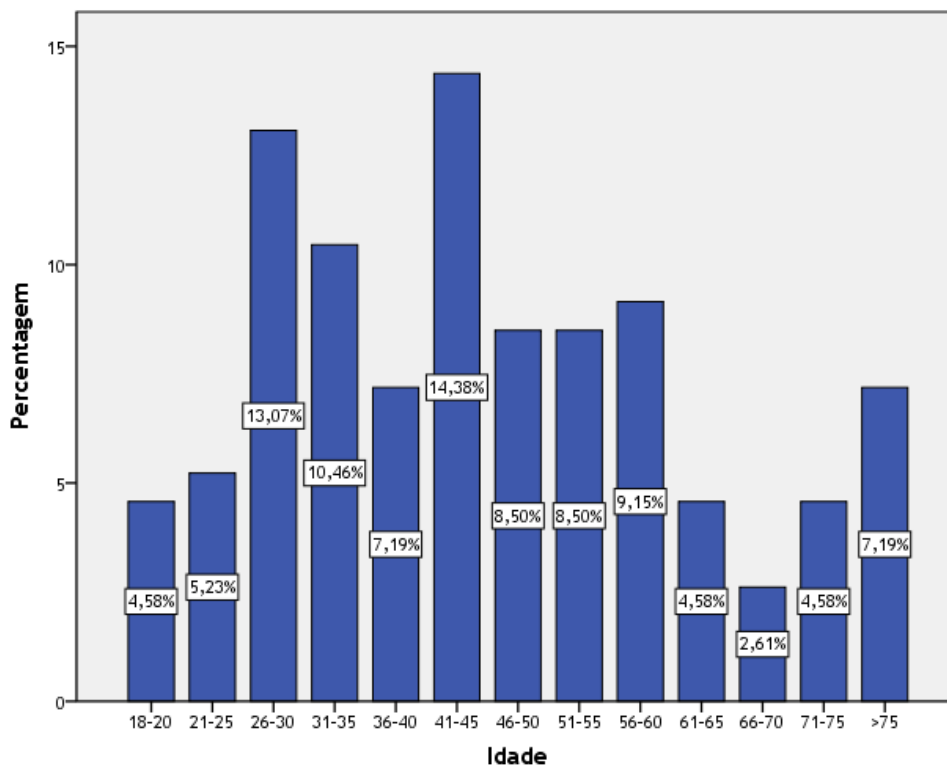


Gráfico 7 - Tentativas de suicídio por idade

Quando, nesta análise, entra em conta o sexo dos indivíduos (gráfico 8), nota-se que a distribuição por idade é bastante similar, como demonstrado pelo teste de Mann-Whitney ($p=0,113$), excepto no grupo 36-40 anos (quase o triplo de indivíduos masculinos), 41-45 anos (mais do dobro de indivíduos femininos) e superior a 75 anos (cerca do dobro de indivíduos masculinos). A média de idades para os indivíduos do sexo masculino foi de 49,69 anos (o mais novo com 19 e o mais velho com 97 anos) e para os do sexo feminino foi de 44,24 anos (o mais novo com 18 e o mais velho com 81 anos).

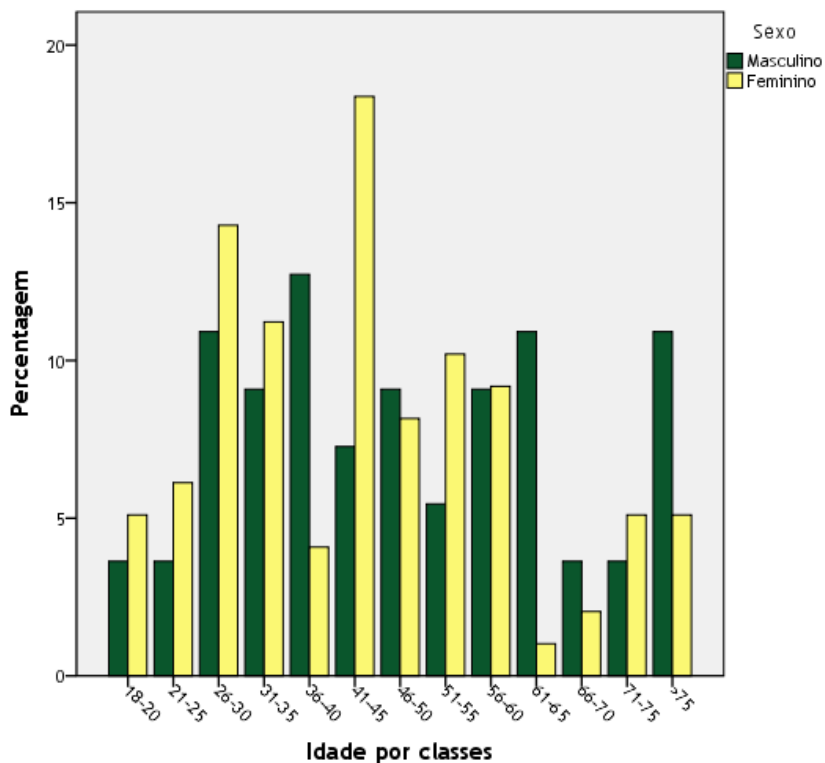


Gráfico 8 - Tentativas de suicídio por idade e sexo

O gráfico 9 ($p=0,000$) demonstra que mais de metade (54,25%) dos indivíduos que tentaram o suicídio era casada, seguindo-se os solteiros (19,61%) e os divorciados (15,69%).

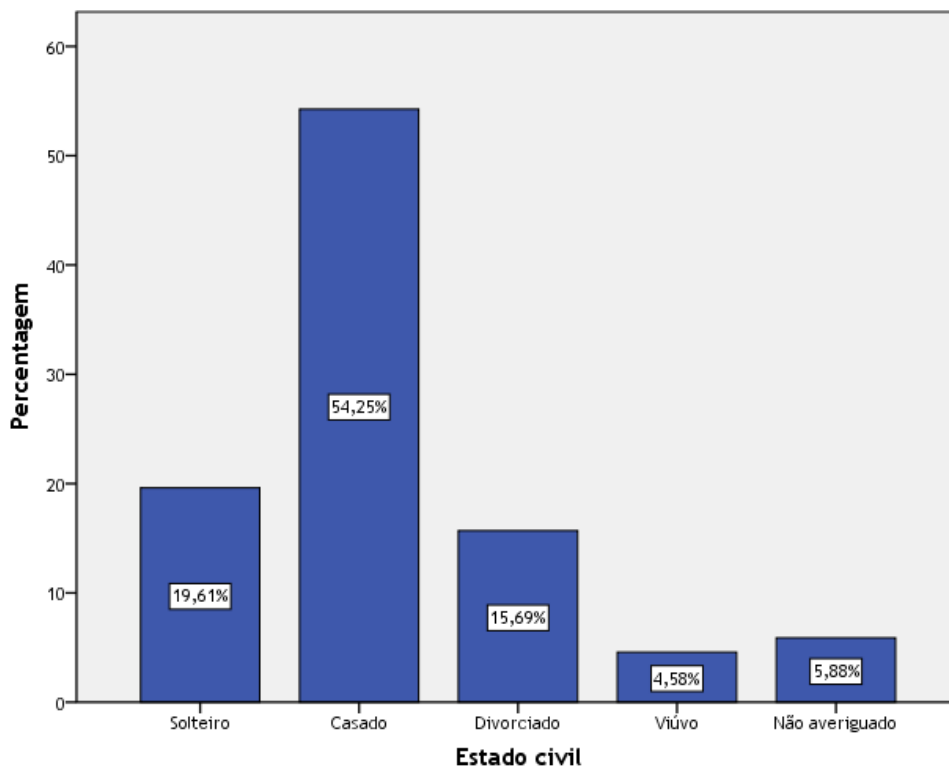


Gráfico 9 - Tentativas de suicídio por estado civil

Quando se entra em consideração com o sexo dos indivíduos (gráfico 10), observa-se que, nos indivíduos do sexo masculino, a diferença entre os solteiros e os casados é menor que 10% (continuando os casados a representar o maior grupo, com 40,00%), enquanto nos indivíduos do sexo feminino, o grupo dos casados representa 62,24% do total, com uma diferença de quase 50% em relação ao segundo grupo, os divorciados. No entanto, estas diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas ($p=0,353$).

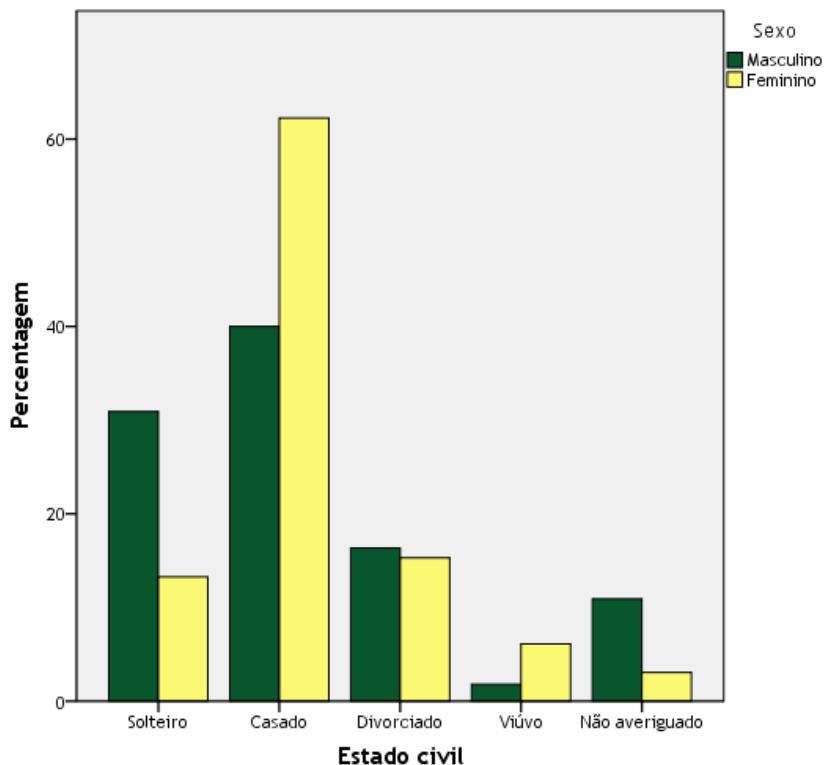


Gráfico 10 - Tentativas de suicídio por estado civil e sexo

O gráfico 11 classifica os indivíduos pela sua situação profissional, mostrando que o maior grupo pertence aos indivíduos reformados (27,45%). O grupo dos desempregados e empregados é responsável por percentagens bastante similares (13,73% vs. 14,38%, respectivamente). No entanto, em 39,22% dos indivíduos não foi averiguada a sua situação profissional. Estas diferenças são estatisticamente significativas ($p=0,000$).

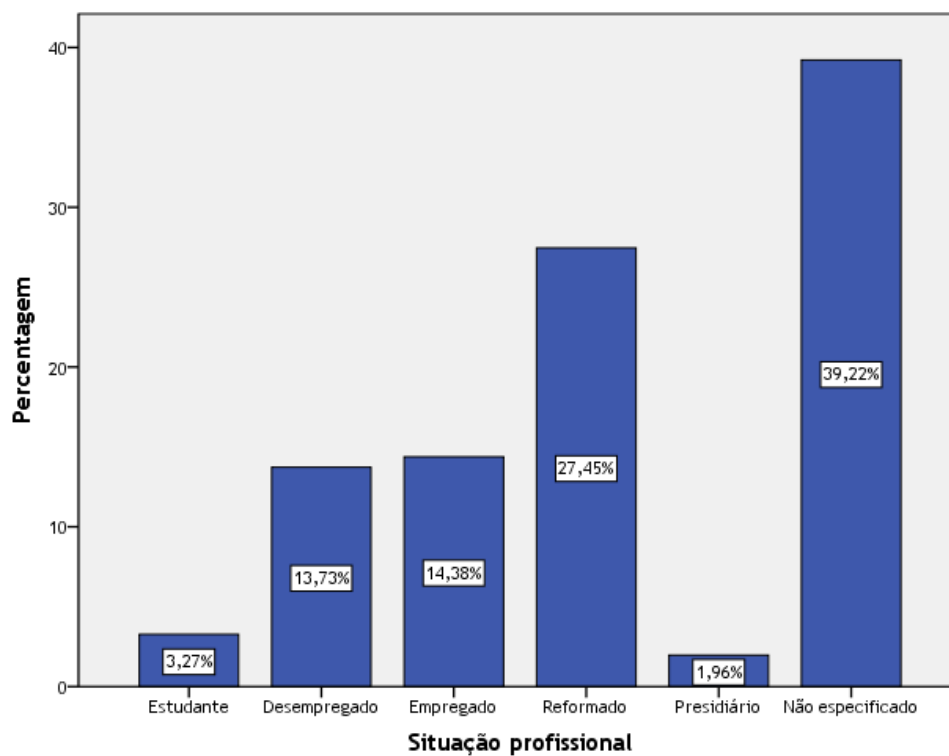


Gráfico 11 - Tentativas de suicídio por situação profissional

O gráfico 12 divide os indivíduos entre aqueles com precariedade económica (54,25%) e aqueles sem precariedade (45,75%), consoante a existência de um indicador para tal. No entanto, tal diferença carece de significância estatística ($p=0,332$).

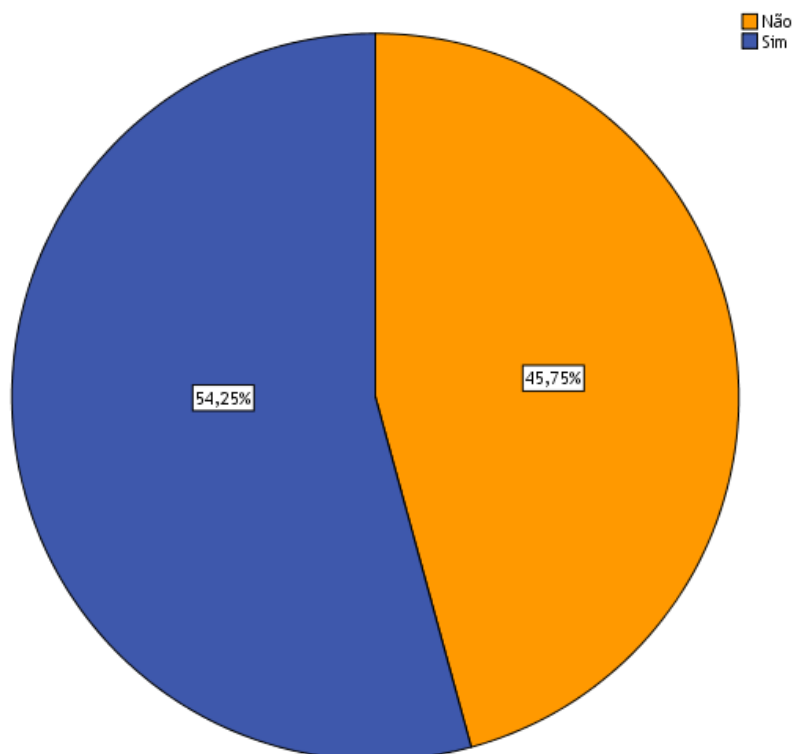


Gráfico 12 - Tentativas de suicídio por existência de precariedade económica

A tabela 1 mostra que mais de um terço (35,29%) dos indivíduos tinha residência no concelho da Guarda, aquando da tentativa de suicídio, seguindo-se os concelhos do Sabugal, com 9,15%, e de Almeida, com 7,84%. Verificou-se não ter sido admitido, no SU, nenhum habitante do concelho de Manteigas. Três concelhos doutras zonas do país foram responsáveis, cada um, por 0,65% dos casos (Belmonte, Mangualde e Abrantes). Estas diferenças entre os concelhos têm significância estatística ($p=0,000$).

Tabela 1 - Tentativas de suicídio por concelho de residência

Concelho	Percentagem
Guarda	35,29%
Sabugal	9,15%
Almeida	7,84%
Vila Nova de Foz Côa	7,19%
Celorico da Beira	6,54%
Trancoso	6,54%
Seia	5,88%
Figueira de Castelo Rodrigo	4,58%
Pinhel	4,58%
Fornos de Algodres	3,92%
Gouveia	3,92%
Mêda	2,61%

Abrantes	0,65%
Belmonte	0,65%
Mangualde	0,65%

e) Método, Motivo e Encaminhamento

O gráfico 13 representa as diferenças na escolha de método dos indivíduos que perpetraram as tentativas de suicídio. É facilmente observável que a ingestão medicamentosa foi o método preferido, sendo responsável por 39,22% dos casos, seguida pela ingestão de pesticida, com 13,73%, e pelo enforcamento, com 9,15%. Estas diferenças apresentam significância estatística ($p=0,000$).

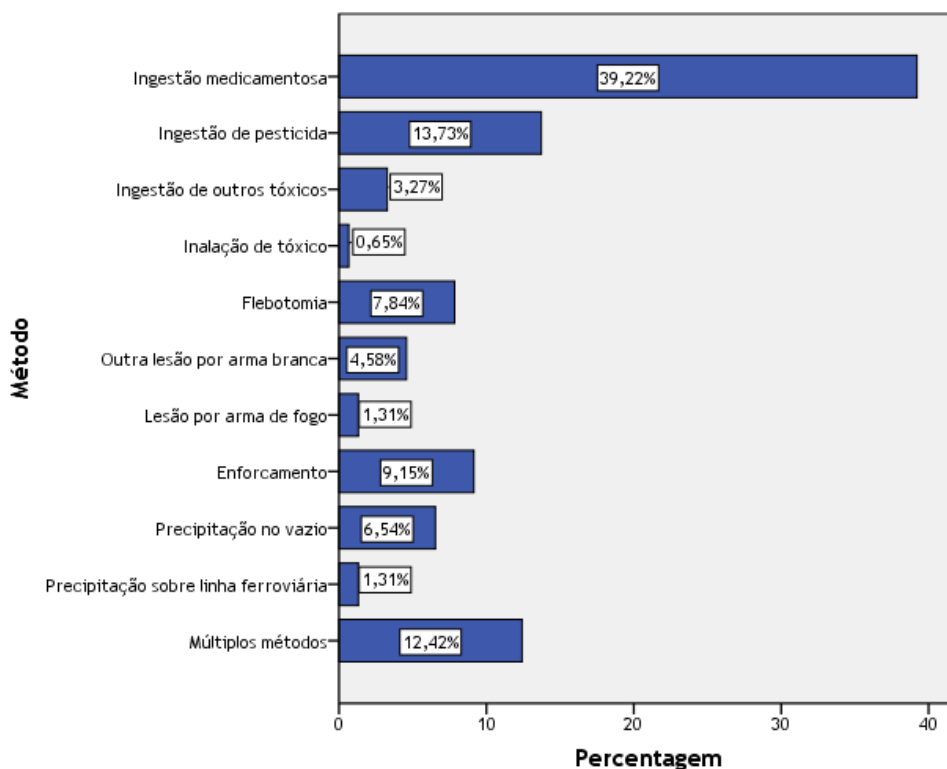


Gráfico 13 - Métodos utilizados para as tentativas de suicídio

Entrando em consideração com o sexo dos indivíduos nesta análise, surge o gráfico 14. Este permite constatar que, nos indivíduos de sexo feminino, o método preferencial foi a ingestão medicamentosa, com mais de metade (54,08%) dos casos, seguida do enforcamento, com 8,16%, e da ingestão de pesticida, com 7,14%. Já nos indivíduos de sexo masculino, a ingestão de pesticida foi o método preferido, com 25,45% dos casos, seguida pela ingestão medicamentosa e pela flebotomia *ex aequo*, com 12,73%. Estas diferenças de distribuição entre os sexos apresentam significância estatística ($p=0,001$).

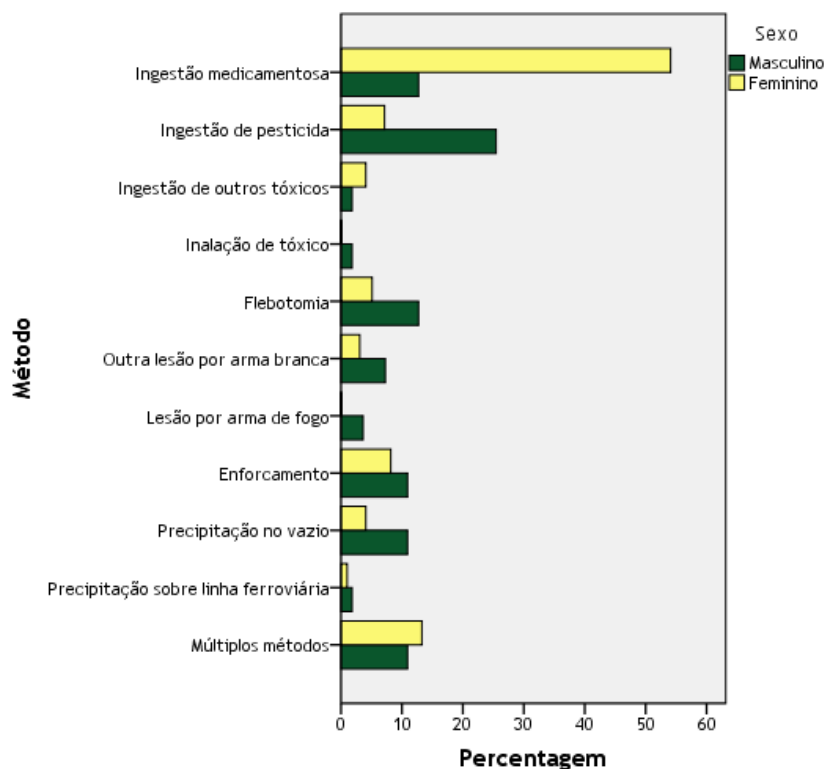


Gráfico 14 - Métodos utilizados para as tentativas de suicídio por sexo

O uso de múltiplos métodos foi responsável por 12,42% dos casos, tendo sido utilizadas as associações mostradas na tabela 2.

Tabela 2 - Associações de métodos

Método 1	Método 2	Método 3	Porcentagem
Ingestão medicamentosa	Ingestão de álcool		7,84%
Ingestão medicamentosa	Flebotomia		0,65%
Ingestão medicamentosa	Precipitação no vazio		0,65%
Ingestão medicamentosa	Enforcamento		0,65%
Ingestão medicamentosa	Outra lesão por arma branca		0,65%
Ingestão medicamentosa	Lesão por arma de fogo		0,65%
Ingestão medicamentosa	Ingestão de pesticida	Ingestão de álcool	0,65%
Ingestão medicamentosa	Precipitação no vazio	Ingestão de álcool	0,65%

O gráfico 15 mostra o motivo, dado pelos indivíduos, que levou à tentativa de suicídio. Em 33,99% dos casos, não foi apontado nenhum motivo em particular (inespecífico). Os problemas familiares, em 27,45% dos casos, e os conflitos com companheiro, em 25,49%, foram os principais motivos invocados, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Caracterização das tentativas de suicídio no Serviço de Urgência do Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

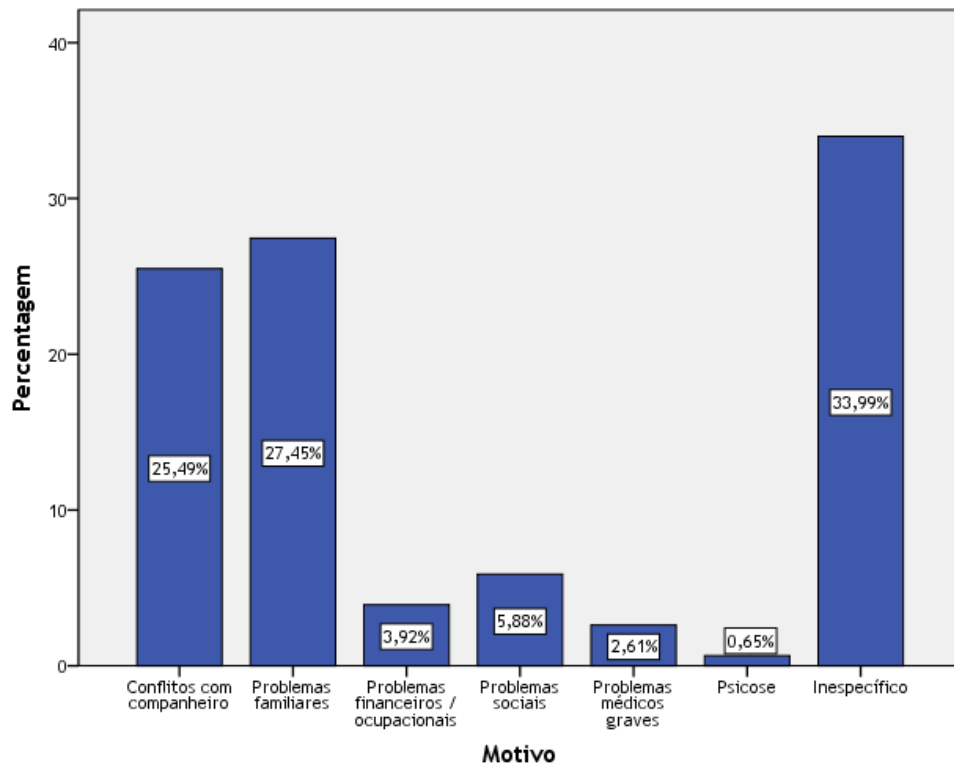


Gráfico 15 - Motivos dados para as tentativas de suicídio

Fatorizando o sexo nesta análise (gráfico 16), chega-se à conclusão que o motivo principal, para os indivíduos do sexo masculino, foram os conflitos com companheiro (30,91%) e, para os indivíduos do sexo feminino, foram os problemas familiares (34,69%). Estas diferenças entre os sexos no motivo alegado, não são, no entanto, significativas ($p=0,733$).

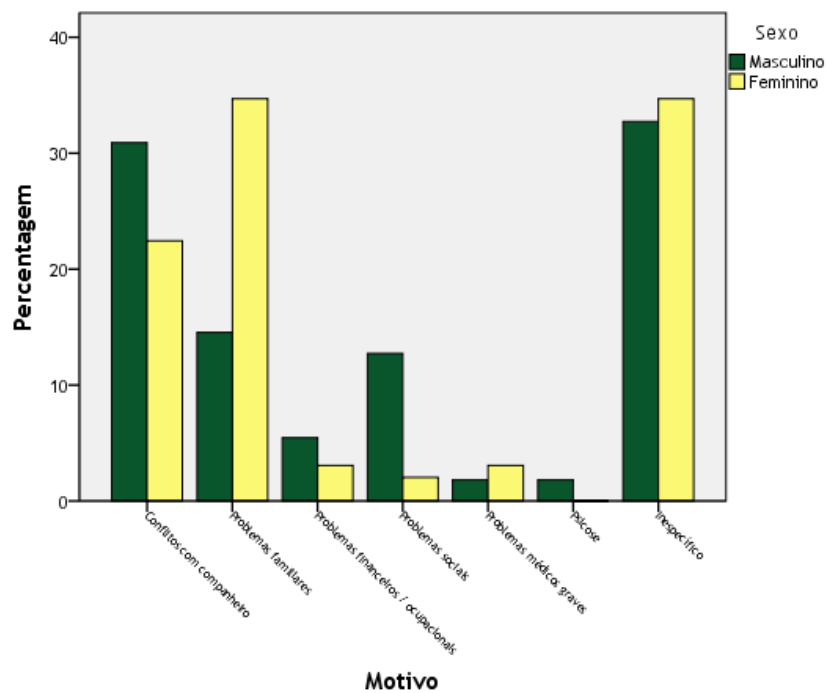


Gráfico 16 - Motivos dados para as tentativas de suicídio por sexo

O gráfico 17 indica o encaminhamento que os indivíduos receberam após a tentativa de suicídio. Mais de metade teve indicação para internamento ou para marcação, com brevidade, de consulta externa, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HSM, respectivamente, em 28,76% e 26,80% dos casos. Salienta-se que uma importante percentagem de tentativas não teve qualquer encaminhamento (16,34%), sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

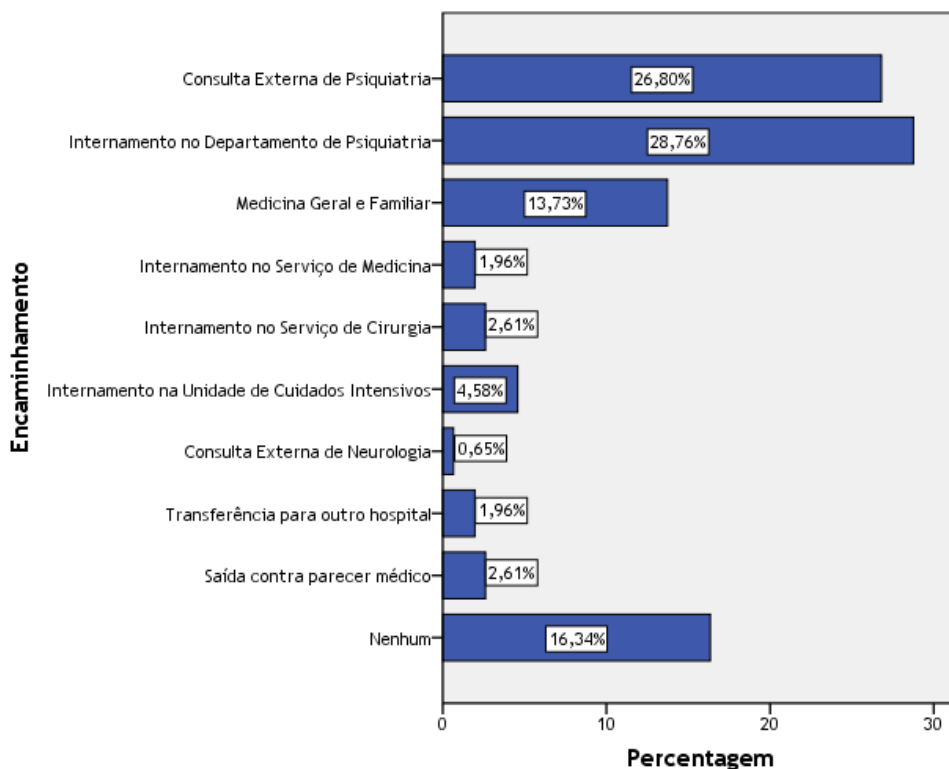


Gráfico 17 - Encaminhamento após as tentativas de suicídio

f) Comorbilidades

Tabela 3 - Comorbilidades psiquiátricas

Grupos de patologia psiquiátrica <i>major</i>	Percentagem
Perturbação depressiva	63,40%
Alcoolismo	16,99%
Perturbação de ansiedade	7,84%
Perturbação bipolar	5,88%
Demência	2,61%
Toxicod dependência	1,96%
Esquizofrenia	1,96%
Outras psicoses	1,96%
Oligofrenia	1,31%

O gráfico 18 divide as tentativas entre aquelas levadas a cabo por indivíduos com patologia orgânica relevante e aqueles sem esta, tendo esta diferença significância estatísticas ($p=0,000$).

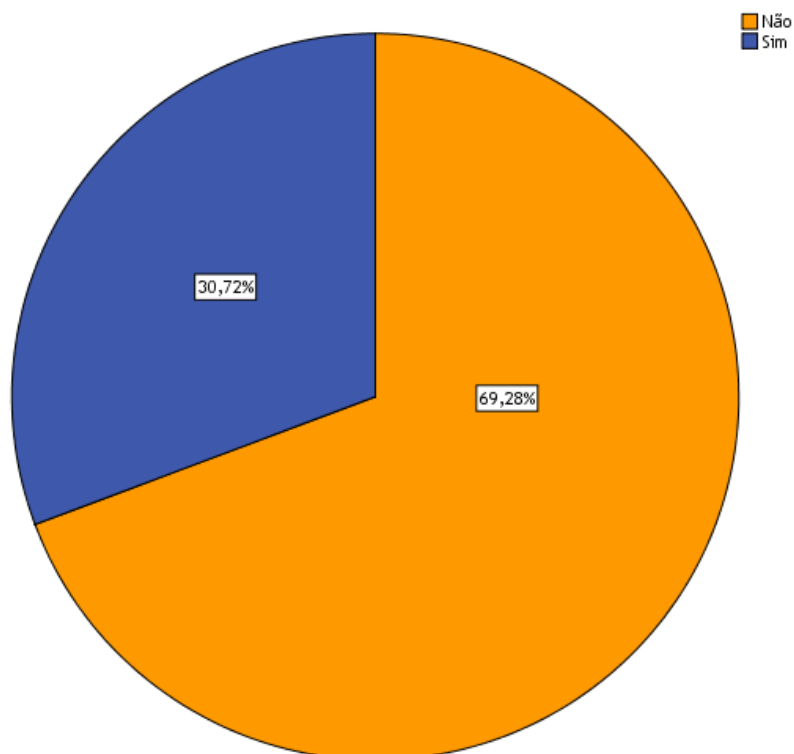


Gráfico 18 - Tentativas de suicídio por coexistência de patologia orgânica relevante

As patologias que foram consideradas relevantes encontram-se na tabela 4.

Tabela 4 - Comorbilidades orgânicas relevantes

Patologia	Percentagem
Síndrome convulsiva	7,19%
Hérnia discal	3,92%
Hipotireoidismo	2,61%
Osteoartrose	2,61%
Neoplasia maligna da mama	1,96%
Insuficiência cardíaca	1,96%
Infertilidade	1,96%
Hiperplasia benigna da próstata	1,31%
Doença coronária cardíaca	1,31%
Outras cardiopatias	1,31%
DPOC	1,31%
Cirrose hepática alcoólica	1,31%
Doença vascular cerebral	1,31%
Infeção por vírus VIH	0,65%
Infeção por vírus Hepatite C	0,65%
Amaurose	0,65%
Insuficiência renal crónica	0,65%
Retinopatia diabética	0,65%

Caracterização das tentativas de suicídio no Serviço de Urgência do Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE

Hipertiroidismo	0,65%
Neoplasia maligna da tiróide	0,65%
Coreia de Huntington	0,65%
Neoplasia maligna do estômago	0,65%
Neoplasia cerebral	0,65%
Espondilite anquilosante	0,65%
Insulinoma	0,65%

Discussão/Conclusão

Esta dissertação de mestrado teve como objectivo avaliar e caracterizar o perfil dos indivíduos que recorreram ao SU do HSM por tentativa de suicídio, ao longo de um período de 5 anos.

Ao longo desta discussão, serão referidos, com frequência, dois estudos levados a cabo em Portugal, com características similares a este, embora abrangendo menores períodos de tempo, um referente ao ano de 1994, em Coimbra (6), e outro referente a 2002 (7), em Viseu.

Foram analisadas as características gerais das tentativas, tendo sido constatada uma razão de tentativas de suicídio por indivíduo de 1,20 e que mais de 13% dos indivíduos recorreram no comportamento durante os cinco anos do estudo. Enquanto o primeiro resultado foi similar ao obtido no estudo de Coimbra (6), o outro foi significativamente inferior ao referido nos dois estudos (6,7). Esta diferença poderá ser explicada por diferenças de denominação e de classificação dos eventos entre os estudos.

A análise da distribuição temporal das tentativas de suicídio ao longo do ano mostrou que os meses estivais foram aqueles onde mais eventos ocorreram, estando tal resultado de acordo com o estudo de Viseu (7). Isto pode dever-se, em parte, a alterações das características sociodemográficas do distrito durante a época estival, motivadas pela presença de numerosos emigrantes em férias (7). Esse estudo também apontou o mês de dezembro como aquele em que houve menos eventos, algo que, não tendo sido verificado neste trabalho, não é completamente discrepante, pois dezembro foi um mês com baixa taxa de ocorrências. Isto poderá estar em relação com o facto da época natalícia ser considerada, na cultura judaico-cristã, um período estabilizador das situações potenciais de comportamento suicidário (7).

Em relação à distribuição por dias da semana, verificou-se que o domingo teve a maior percentagem de tentativas, tal como apontado pelo estudo de Coimbra (6), e que a terça-feira teve a menor, ao contrário do estudo de Viseu (7), onde a terça-feira foi o dia com mais ocorrências. No entanto, estas diferenças de incidência ao longo dos dias carecem de significância estatística, o que indica uma distribuição mais ou menos uniforme dos eventos ao longo da semana. Tal característica é compartilhada com os suicídios consumados (8).

Analisando a distribuição pelas horas do dia, encontrou-se, neste estudo uma predominância de eventos nas últimas oito horas do dia, com significância estatística, algo que também foi constatado pelos dois estudos já referidos, existindo até uma distribuição horária bastante similar, nomeadamente, ao nível do período com menor incidência de casos (4-8 horas). Esta distribuição poderá refletir a evolução circadiana dos potenciais de crise, com o fim da tarde e o início da noite a revelar-se como um período crítico (regresso do trabalho, da escola, hora de encontro da família ou namorados) (7).

A distribuição dos eventos ao longo dos cinco anos do estudo foi bastante semelhante, excetuando o ano de 2011, que teve apenas 14 casos registados, sendo a diferença em relação à média de mais de 16 eventos, facto que carece duma explicação e que poderá advir duma multiplicidade de fatores que mais adiante serão explorados.

O cálculo de incidências forneceu valores bastante menores daqueles alcançados pelo estudo de Coimbra (6). Também, e tendo em conta a taxa de suicídio e a relação suicídio-tentativa referidas na introdução desta dissertação, seriam de esperar valores bastante superiores. Tal poderá estar ligado aos fatores descritos nas limitações deste estudo, mas poderá, igualmente, ter tido algum contributo do envelhecimento populacional, pois, nos mais idosos, a relação suicídio-tentativa pode ser de apenas 1:3 (1).

A razão entre indivíduos de sexo feminino e do sexo masculino encontrada foi de 1,78:1, sendo semelhante à apontada pelo estudo de Coimbra (6). Há estudos que indicam que as pessoas que tentam o suicídio têm uma probabilidade três vezes maior de ser do sexo feminino (9), enquanto, ao nível dos suicídios consumados, esta relação está invertida (8). Esta razão poderá estar afectada pelo envelhecimento populacional e, conseqüentemente, pelo pico de tentativas que ocorreu nos indivíduos do sexo masculino, no grupo etário dos maiores de 75 anos.

A distribuição etária é bastante semelhante entre os sexos, tendo as tentativas de suicídio predominado nos jovens adultos e no início da meia-idade (26-45 anos). Esta distribuição não tem muitas semelhanças com a encontrada no estudo de Viseu (7), em que a percentagem maior foi entre os 15 e os 30 anos. Tal diferença poderá dever-se ao facto deste estudo se focar apenas nos indivíduos maiores de 18 anos e/ou a diferenças na concetualização dos eventos. Surgiu a notável exceção de um pico de incidência nos indivíduos do sexo masculino acima dos 75 anos, algo para que o estudo de Viseu (7) já apontava, e que terá contribuído para o facto de a média de idades no sexo masculino ser superior, em mais de 5 anos, à do sexo feminino. É sabido, pela maioria dos estudos, que os indivíduos que tentam o suicídio tendem a ser mais jovens (geralmente, têm menos de 35 anos) que aqueles que cometem suicídio (8).

Em relação à análise por estado civil, surgiu como marcante o facto de mais de metade dos indivíduos ser casada aquando da sua tentativa de suicídio, sendo esta característica particularmente relevante nos indivíduos do sexo feminino, onde ultrapassa os 60%. Esta diferença já tinha sido identificada no estudo de Viseu (7), mas não com a mesma magnitude (diferença entre casados e solteiros, para ambos os sexos, menor que 5%). Já nos indivíduos do sexo masculino, a diferença de incidência entre casados e solteiros está em consonância com a encontrada no estudo anterior. Lembra-se que, tradicionalmente, os indivíduos solteiros, viúvos ou divorciados estão em maior risco para o suicídio (1), o que poderá deixar antever que os fatores que influenciam o suicídio consumado e a tentativa de suicídio são diferentes, pelo menos para a população estudada neste trabalho.

Quanto à avaliação por situação profissional, é difícil tirar grandes ilações, visto que quase 40% dos indivíduos não teve averiguação desta característica aquando do evento. No entanto, poderá ser relevante referir dois aspetos: mais de um quarto dos indivíduos era reformado e mais de metade tinha algum tipo de isenção de taxa moderadora, devido a razões económico-financeiras. A associação entre os factores económico-profissionais e os comportamentos suicidários é considerada forte, mas, ao mesmo tempo, complexa e sujeita a vieses. Mais evidente é o estar empregado constituir fator de proteção (1).

A distribuição por concelho de residência mostra que o concelho da Guarda foi o que registou maior taxa de tentativas (35,29%). Isto dever-se-á à conjugação dos seguintes fatores: cerca de 27% da população abrangida pelo SU do HSM vive nesse concelho e muitos casos ocorridos nos outros concelhos podem não acorrer ao SU do HSM, principalmente os sucedidos no concelho de Seia, que também possui um hospital. No entanto, o concelho da Guarda é aquele onde mais indivíduos vivem numa zona urbana. Lembra-se que as populações rurais estão sob maior risco de comportamentos suicidários. Este risco é aumentado pela coexistência dum acentuado envelhecimento populacional, que condiciona, por sua vez, um aumento do isolamento social, um dos principais fatores de risco para tais comportamentos (1).

Quando se analisou o método escolhido para a tentativa de suicídio, rapidamente se constatou que a ingestão medicamentosa foi o método preferido em quase 40% dos casos. A estes 40% há que somar ainda os eventos onde se usou mais que um método (mais de 12%), pois, em todos essas tentativas, um dos métodos utilizados foi a ingestão medicamentosa, à qual se juntou na maior parte das vezes a ingestão alcoólica. Posteriormente, por ordem de relevância, surgem a ingestão de pesticida, com mais de 14%, e o enforcamento, com quase 10% das ocorrências. Quando se juntou o sexo a esta análise, surgiram alguns achados interessantes. Primeiro, a importância da ingestão medicamentosa como método principal acentua-se nos indivíduos de sexo feminino, ultrapassando a metade dos casos, o que está em consonância com o constatado por diversos estudos. A preponderância deste método poderá advir da baixa intencionalidade letal, o que leva à escolha de um método pouco eficaz (com baixa letalidade), da facilidade de acesso às medicações utilizadas e da impulsividade inerente à maioria destes atos (8). Segundo, nos indivíduos do sexo masculino, a ingestão medicamentosa foi suplantada, como método mais comum, pela ingestão de pesticida, com cerca dum quarto dos eventos, passando a um segundo patamar de importância, juntamente com a flebotomia. A relevância da ingestão de pesticida nos homens prende-se com dois pontos: a facilidade de acesso a este método e uma maior intencionalidade letal (característica do sexo masculino e que leva à escolha dum método mais letal) (8). Este fenómeno da escolha preferencial de pesticidas pelos homens não está presente nos outros dois estudos, o que pode ser explicado por uma maior facilidade de acesso ao método pelos indivíduos foram incluídos na nossa amostra. Terceiro, o enforcamento distribuiu-se de modo quase igual entre ambos os sexos (ligeira superioridade do sexo masculino), algo se opõe, por

exemplo, ao referido no estudo de Viseu (7), em que o enforcamento foi um fenómeno exclusivamente masculino.

Em relação ao motivo que os indivíduos apontaram para a sua tentativa de suicídio, em quase 34% este foi inespecífico (igualmente quando se entrou em conta com o sexo), tendo provavelmente o evento derivado da própria condição psiquiátrica dos indivíduos ou da impulsividade (muito típica nos indivíduos que têm estes comportamentos). Os conflitos com companheiro foram o motivo apresentado em pouco mais de 25% dos casos, sendo o mais comum no sexo masculino; os problemas familiares terão motivado mais de 27% das ocorrências, predominantemente no sexo feminino. É preciso notar que a família é fonte de recursos, de informações e de apoio emocional, compreende reciprocidade nas comunicações e resolução de problemas, e tem um papel significativo no comportamento suicida, seja como fator protetor ou como desencadeante (10). Assim, entre os fatores de risco para os comportamentos suicidários contam-se as perdas relacionais e sociais, a violência, o abuso físico e sexual e a negligência intrafamiliar. Do mesmo modo, fortes relações e suporte familiar e comunitário podem constituir fatores protetores contra tais comportamentos (11).

O encaminhamento dos indivíduos após a sua tentativa de suicídio foi, em mais de metade dos eventos, feita para o Departamento de Psiquiatria, quer sob a forma de consulta externa (quase 27%), quer de internamento (quase 29%). Apesar da orientação especializada ter sido predominante, não deixa de ser algo preocupante que mais de 16% dos casos não tenham tido nenhum tipo de acompanhamento planeado à saída do SU, nem sequer pelo seu médico de família, como ocorreu em quase 14% dos casos. No entanto, esta tendência ainda foi mais pronunciada no estudo de Viseu (7), onde atingiu quase 40%, representando o internamento, que neste estudo foi o encaminhamento mais comum, menos de 8%.

Em termos de comorbilidade psiquiátrica, este estudo revelou que a larga maioria (mais de 60%) das tentativas foram realizadas por indivíduos que tinham antecedentes de algum tipo de perturbação depressiva, um factor de risco *major* para tal tipo de comportamentos (1,8). Muito relevante, também, foi a percentagem (quase 17%) de eventos em que o indivíduo tinha história de abuso de álcool (alcoolismo). Os antecedentes de perturbação bipolar e de perturbação de ansiedade estão presentes numa percentagem considerável de eventos (cerca de 6% e 8%, respectivamente). De destacar a percentagem residual de casos com história que de esquizofrenia (menos de 2%). A existência de perturbações mentais é um dos fatores de risco mais importante para o suicídio. Aquelas que cursam com risco mais elevado incluem as perturbações do humor, como a perturbação depressiva (a mais frequente) e a perturbação bipolar, as perturbações psicóticas, como a esquizofrenia, as perturbações de ansiedade, o abuso e a dependência de substâncias (alcoolismo, toxicod dependência) e algumas perturbações da personalidade (perturbações *borderline* e antissocial) (1).

A pesquisa de doença orgânica (física) associada relevante teve como princípio o registo de patologias, usando denominações abrangentes, que estivessem associadas a uma ou

mais das seguintes consequências: défices funcionais, alteração da imagem corporal, dor crónica e dependência de terceiros (1). Utilizando estes critérios, constatou-se que 30,72% dos eventos foram levados a cabo por indivíduos que tinham tal tipo de antecedentes. Das patologias registadas destaca-se claramente a síndrome convulsiva (sem especificação do tipo), com mais de 7%. A seguir, surge a hérnia discal, com quase 4%, aparecendo, num terceiro patamar, o hipotiroidismo e a osteoartrose, ambas com menos de 3%. Todas as outras patologias aparecem em percentagens residuais. A doença física pode aumentar o risco de incorrer em comportamentos suicidários, sobretudo se estiver associada às consequências atrás enumeradas (1).

Este trabalho de investigação teve várias limitações, por razões de vária ordem, que podem dificultar ou até desqualificar alguns resultados encontrados.

Começando pela definição de conceitos, existe, logo à partida, um problema referente à subjetividade do que constitui uma tentativa de suicídio. Enquanto um suicídio consumado é relativamente simples de classificar, numa tentativa surgem questões acerca da intencionalidade de provocar a morte, da motivação que levou ao ato e até sobre a letalidade percebida pelo indivíduo e, logo, subjetiva, do método. Isto leva a dificuldades de comparação de resultados entre diversos estudos. Em segundo lugar, e apesar das tentativas mais recentes e bem recebidas de uniformizar a terminologia, a maioria dos estudos já realizados ainda não a aplicava, o que leva, mais uma vez, a dificuldades na comparação de resultados.

Ao nível do âmbito deste trabalho, podem colocar-se, principalmente, duas limitações. A primeira advém de se estudarem apenas os indivíduos que recorreram ao SU, o que deixou de fora possíveis tentativas de suicídio que não tenham feito tal trajeto. A segunda surge de apenas se terem incluído indivíduos maiores de 18 anos. Tal ocorreu devido à baixa qualidade e fiabilidade da quase totalidade dos registos dos indivíduos menores de idade, o que leva à impossibilidade de comparar a faixa etária mais baixa, não incluída neste estudo, com a de outros estudos.

Finalmente, acerca da recolha dos dados, surgiram três dificuldades. A primeira e a mais importante, adveio da baixa qualidade de alguns processos clínicos, onde se verificaram diversas informações ou considerações clínicas omissas, o que contribui para a dificuldade de categorização de algumas das ocorrências e para a elevada percentagem de “não averiguados” (ou “inespecíficos”) em algumas variáveis. A segunda apareceu na fase de desenho do estudo, com a constatação de que não poderia ser utilizada a codificação da *International Classification of Diseases 9 (ICD-9)*, um sistema de codificação médico, porque a quase totalidade dos processos não tinha qualquer referência a este sistema. Tal levou a que na fase de recolha de processos se tivesse que utilizar um sistema de codificação administrativo, utilizado à admissão no SU e derivado do sistema informático SONHO®. Uma terceira, menos relevante, prendeu-se com a subjetividade dos critérios para existência de patologia orgânica relevante, sendo algo que pode minar a validade dos resultados daí decorrentes.

Pelos resultados alcançados com este trabalho, é possível concluir que o perfil típico do indivíduo que recorre ao SU do HSM por tentativa de suicídio, é ser do sexo feminino, estar no início da meia-idade (por volta dos 45 anos), ser casado, ter antecedentes de perturbação depressiva, utilizar como método da tentativa a ingestão medicamentosa e apontar como motivo desencadeante a existência de problemas relacionais.

Tendo em conta os dados recolhidos para este trabalho e as suas conclusões, impõe-se recomendar a manutenção dos esforços encetados pelo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017) (1). Cumpre caracterizar estes eventos de uma forma mais rigorosa, incluindo os seus fatores de risco, melhorar o acompanhamento dos indivíduos mais vulneráveis a este tipo de comportamentos, promover a saúde mental na população em geral, combater o estigma associado às patologias psiquiátricas e sensibilizar a sociedade para as necessidades destes indivíduos. Deste modo, será possível atuar sobre este fenómeno de uma forma mais eficaz, tendo sempre como objetivo final a prevenção.

Bibliografia

1. Carvalho Á de, Santos JC, Saraiva CB, Santos JC, Peixoto B, Sampaio D, et al. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. 2013.
2. Saraiva CB, Gil NP. Conceitos e limites em suicidologia. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. Suicídio e Comportamentos Autolesivos - Dos Conceitos à prática clínica. Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2014. p. 41-54.
3. Instituto Nacional de Estatística, IP. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), 2002-2012. 2014.
4. Instituto Nacional de Estatística, IP. Censos 2011.
5. Instituto Nacional de Estatística, IP. Identificação de municípios com espaço rural significativo no âmbito de acordo com a metodologia do GT ECO XXI. 2015.
6. Saraiva CB, Veiga FA da, Primavera R, Carvalho CS, Travassos M, Soares L, et al. Epidemiologia do Para-suicídio no Concelho de Coimbra. *Psiquiatria Clínica*. 1996;17(4):291-6.
7. Casanova T, Pereira SR, Silva JH. Para-suicídio e Suicídio - a tendência Suicida num S.U. *Psiquiatria Clínica*. 2004;25(4):319-26.
8. Andreasen NC, Black DW. Psychiatric Emergencies. In: Andreasen NC, Black DW, editors. *Introductory Textbook to Psychiatry*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing Inc; 2006. p. 395-409.
9. Veiga FA da. Epidemiologia. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - Dos Conceitos à prática clínica*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2014. p. 77-84.
10. Silveira É da, Fonte A. Adulto e comportamentos suicidários. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. *Suicídio e Comportamentos Autolesivos - Dos conceitos à prática clínica*. Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2014. p. 241-61.
11. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. 2012.