

# Caraterização dos Comportamentos Suicidas entre 2014-2016 no Alto Minho e sua Relação com os Cuidados de Saúde Primários

Characterization of Suicidal Behavior between 2014-2016 in Alto Minho and its Relationship with Primary Health Care

Cíntia Cardal França\*, Ana Rita Rebelo\*\*, Carlota Saraiva\*\*\*, David Norinho\*\*\*\*, Aníbal Fonte\*\*\*\*\*

## Resumo

**Introdução:** Apesar de estar demonstrado que as pessoas que cometem suicídio apresentam maior probabilidade de consultarem o Médico de Família (MF) do que um especialista em Saúde Mental no mês anterior à sua morte, a abordagem deste assunto na consulta continua a ser limitada.

**Objetivos:** Caraterizar o perfil sociodemográfico e clínico do doente internado no Hospital de Viana do Castelo, com idade igual ou superior a 18 anos, por comportamento suicida entre 2014-2016 e avaliar o seguimento por parte do MF antes e após o episódio.

**Métodos:** Estudo transversal. Os dados foram obtidos através da consulta do Sclinic® e Plataforma Dados para a Saúde®. Foi feita uma análise estatística e inferencial dos dados usando o programa SPSS versão 23, com um nível de significância de 0,05.

**Resultados:** Foram estudados 113 doentes, 64,6% eram do sexo feminino e a idade média foi de 44 anos. A maioria dos doentes reportava tentativa prévia, 77% estava sob tratamento com psicofármacos e cerca de

## Abstract

**Introduction:** Although it has been shown that people who commit suicide are more likely to consult their Family Physician (FP) than a Mental Health specialist in the month prior to their death, the approach to this subject in the consultation remains poor.

**Objectives:** Characterize the sociodemographic and clinical profile of the hospitalized patient in the Viana Castelo's Hospital, aged 18 years or over, for suicidal behavior between 2014-2016 and to evaluate the follow up by the FP before and after the episode.

**Methods:** Cross-sectional study. Data were obtained through consultation of Sclinic® and Data Platform for Health®. A statistical and inferential analysis was performed using SPSS software version 23, with a significance level of 0,05.

**Results:** A total of 113 patients were studied, of which 64,6% were female and the mean age was 44 years. The majority of patients reported a previous attempt, 77% were under psychotropic drugs and about half had some type of toxic consumption. Drug intake was the

\* USF Mais Saúde, ULSAM

\*\* USF Cuidarte, ULSAM

\*\*\* USF Vale do Vez, ULSAM

\*\*\*\* UCSP Viana do Castelo, ULSAM

\*\*\*\*\* Departamento de Saúde Mental, ULSAM

metade tinha consumo de substâncias. A ingestão medicamentosa foi o método preferencial de tentativa ou ideação suicida (65,9%) e a perturbação depressiva constituiu a patologia psiquiátrica mais frequente. Verificou-se que a probabilidade de ocorrer tentativa de suicídio era maior nos indivíduos que não tinham terapêutica ansiolítica ( $p=0,02$ ). Os indivíduos que procuraram o seu MF previamente são também os que regressam mais cedo ao Centro Saúde após a alta hospitalar ( $p<0,05$ ).

**Discussão:** Este estudo permitiu concluir que os utentes com tentativas de suicídio prévias, diagnóstico de Depressão e com consumo de substâncias tóxicas têm maior risco de desenvolver comportamentos suicidas. O tratamento adequado da psicopatologia e a pesquisa ativa de ideação suicida nestes indivíduos são fundamentais para a prevenção da mortalidade associada a estes comportamentos, nomeadamente entre MF, que têm uma proximidade privilegiada com o seu utente.

**Palavras-chave:** Ideação suicida; prevenção; Cuidados de Saúde Primários

## Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio<sup>1</sup>. Os comportamentos autodestrutivos podem dividir-se em comportamentos suicidas (CpS) (suicídio consumado, tentativa de suicídio e ideação suicida) e comportamentos autodestrutivos sem intenção suicida, sendo estes importantes preditores de risco para o suicídio<sup>2</sup>. O número anual de suicídios ronda atualmente o milhão, ou seja, cerca de metade de todas as mortes violentas registadas no mundo, estimando-se que, em 2020, esse número atinja 1.5 milhões<sup>1</sup>. À escala mundial o suicídio constitui a 13<sup>a</sup> causa de morte e a 3<sup>a</sup> no grupo etário dos 15 aos 34 anos<sup>3</sup>.

Em Portugal, à luz dos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2015, as mortes por causas externas corresponderam a 4,5% do total de óbitos (4 870 óbitos) destacando-se a importância relativa das mortes por acidentes (2 583 óbitos) e por suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente (1 132 óbitos)<sup>3</sup>.

Estes dados, embora preocupantes, ficam muito aquém da realidade, uma vez que o suicídio constitui um fenómeno reconhecidamente subdeclarado<sup>4</sup>. O que acontece tanto devido ao estigma associado ao suicídio, como ao facto da atribuição da etiologia suicida nem sempre

preferred method (65,9%) and depressive disorder, the most frequent psychiatric condition. It was found that the probability of attempted suicide was higher in individuals who did not have anxiolytic therapy ( $p= 0,02$ ). Individuals who sought their doctor previously are also those who return to Primary Care earlier after hospital discharge ( $p <0,05$ ).

**Discussion:** This study allowed us to conclude that users with previous suicide attempts, diagnosis of Depression and consumption of toxic substances are at greater risk of developing suicidal behavior. The adequate treatment of psychopathology and the active research of suicidal ideation in these individuals are crucial for the prevention of the mortality associated with these behaviors, namely among FP, who have a privileged proximity to the patient.

**Key-words:** Suicidal ideation; prevention; Primary Health Care

ser evidente, uma vez que existem muitas mortes de etiologia equívoca.

Dez por cento das visitas aos CSP envolvem problemas de saúde mental, sendo as perturbações Depressivas e de Ansiedade as mais prevalentes<sup>5</sup>. As pessoas que cometem suicídio têm 2.5 vezes mais probabilidade de ter visto um médico de Cuidados de Saúde Primários do que um especialista em saúde mental no mês anterior à sua morte<sup>6-8</sup>. Contudo, o assunto continua a ser de difícil abordagem, como demonstra o estudo de Feldman et al., segundo o qual das 298 visitas a 152 Médicos de Família (MF), a investigação de ideação suicida, mesmo quando estava claramente indicada, ocorreu apenas em 36% das consultas<sup>9</sup>.

Vários outros estudos de diferentes países mostraram, de forma consistente, que mais de 90% das vítimas de suicídio consumado e tentativa de suicídio tinham, pelo menos, uma perturbação mental major (principalmente não tratada). A depressão major unipolar ou bipolar correspondia a 56-87% dos casos, as perturbações relacionadas com substâncias, nomeadamente o uso de drogas, compreendiam 26-55%, e a esquizofrenia 13%<sup>10</sup>. A ansiedade comórbida e a perturbação da personalidade, bem como as patologias médicas graves concomitantes também estavam frequentemente pre-

sentes, mas raramente eram os principais diagnósticos entre as vítimas de suicídio<sup>11</sup>. Assim, do ponto de vista de saúde pública, as consultas com o MF podem representar uma oportunidade importante para o acompanhamento das perturbações psiquiátricas como passos fundamentais na prevenção do suicídio.

Os objetivos deste trabalho foram caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico do doente internado na Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) por comportamento suicida num período de três anos (2014-2016) e avaliar o seguimento por parte do MF na mesma população antes e após o episódio.

## Métodos

### 1. Tipo de estudo

Estudo transversal.

### 2. População

Adultos ( $\geq 18$  anos) internados na ULSAM, entre janeiro de 2014 e dezembro de 2016 inclusive, por comportamentos suicidas (CpS) – ideiação suicida com ou sem tentativa, com os códigos 309.4 (reação de ajustamento com distúrbios mistos das emoções e da conduta), 960-989 (intoxicação por diversas substâncias medicamentosas e não medicamentosas), 994.1 (submersão) e 994.7 (enforcamento) segundo a CID-9 CM. Os critérios de exclusão pré-determinados foram: intoxicações acidentais, saída contra parecer médico do SU, falecimentos e falta de registos nas plataformas estudadas.

### 3. Variáveis do estudo

#### a. Perfil sociodemográfico

Caraterizamos a população segundo a idade, sexo, estado civil, local de residência, escolaridade, profissão e situação profissional.

#### b. Caracterização do internamento

Identificamos, através do diário clínico, a data do episódio, método utilizado, motivo para o comportamento suicida, número de dias de internamento, presença de tentativa prévia e estação do ano em que esta ocorreu.

#### c. Antecedentes médicos

Para cada episódio foi determinado o diagnóstico psiquiátrico principal, registado no diário clínico e/ou Sclinic<sup>®</sup> e definido pelos autores como aquele que proporcionou o comportamento suicida. Foi também avaliada a presença de consumos tóxicos e, pelo menos, uma doença orgânica

associada, também codificada no Sclinic<sup>®</sup> (nomeadamente evento cardiovascular, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, neoplasia, epilepsia, doença de Parkinson e outras patologias neurológicas incapacitantes, cegueira, HIV/SIDA e síndromes congénitas). Por fim, identificamos também se o doente estaria medicado com psicofármacos (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores de humor) na altura da admissão.

#### d. Seguimento anterior no Médico de Família

Caraterizamos a nossa população quanto à recorrência ao seu MF no mês anterior, o motivo dessa consulta, segundo a Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários – ICP-2, e se houve alguma referenciação para a consulta externa de Psiquiatria e/ou Serviço de Urgência.

#### e. Seguimento posterior no Médico de Família

Determinamos o tempo decorrido desde a tentativa de suicídio até à primeira consulta no MF e qual o motivo dessa consulta.

### 4. Recolha de dados e análise estatística

Os dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos através da informação disponível no processo individual de cada doente na aplicação Sclinic<sup>®</sup>. Posteriormente, através da informação disponível na Plataforma de Dados da Saúde (PDS<sup>®</sup>), verificamos se os doentes tinham consulta com o respetivo MF no mês anterior. Nos casos em que se verificou esse acompanhamento, foi efetuada a respetiva caracterização.

Os dados foram resumidos através de estatísticas descritivas adequadas ao tipo de variável. O número de observações válido (N), a média, a mediana, o desvio-padrão (DP), o mínimo e o máximo foram utilizados para variáveis numéricas contínuas. Frequências absolutas (n) e relativas (%) foram utilizadas para variáveis qualitativas. Para inferir sobre a associação entre a tentativa de suicídio e as variáveis qualitativas demográficas, comportamentais e tratamento, utilizou-se o teste de qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Adicionalmente, ajustou-se um modelo de regressão logística para investigar possíveis fatores associados à ocorrência de tentativa de suicídio. Para investigar o padrão de ida ao MF após a alta hospitalar foram utilizadas técnicas não-paramétricas de análise de sobrevivência, nomeadamente o estimador de Kaplan-Meier, em que se considerou como variável resposta o tempo decorrido desde a alta hospitalar até à consulta com o MF. Todos os testes estatísticos foram bilaterais, empregando um nível de significância de 0,05. Foi utilizado o *software* estatístico SPSS versão 23.

## Resultados

Neste estudo obtivemos uma população de 241 doentes, dos quais foram excluídos 128 casos – 25 intoxicações acidentais, 13 casos que não tinham nem ideação nem tentativa de suicídio, 1 por saída contra parecer médico do SU, 8 falecimentos, 5 por falta de registos nas plataformas estudadas e, por fim, 38 casos em que o registo clínico não assinalava a presença de ideação suicida. Desta forma, foram, então, incluídos 113 doentes com CpS (ideação suicida com ou sem tentativa de suicídio).

A idade média dos doentes foi de 44,15 anos (variação: 18 a 90 anos), 64,6% eram do sexo feminino, 48,7% eram casados e a maioria pertencia ao concelho de Viana do Castelo (50,4%). Em termos de escolaridade, verificamos que 45,2% tinha o 3º ciclo ou menos, 36,3% trabalhava no sector secundário, sendo de destacar que a taxa de desemprego foi de 38,1%. (Tabela 1)

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico.

	Total (n(%))
<b>N</b>	<b>113</b>
<b>Idade (anos)</b>	
Média ± Desvio Padrão (DP)	44.15 ± 16.178
Mediana	42.00
Mínimo – Máximo	18 - 90
<b>Sexo, n (%)</b>	
Feminino	73 (64.6)
Masculino	40 (35.4)
<b>Estado Civil, n (%)</b>	
Solteiro	29 (25.7)
Casado	55 (48.7)
União de facto	4 (3.5)
Divorciado	17 (15.0)
Viúvo	8 (7.1)
<b>Escolaridade (%)</b>	
Básico	23 (20.4)
3º ciclo	28 (24.8)
Secundário	14 (12.4)
Superior	14 (12.4)
Desconhecido	32 (28.3)
Nenhum	2 (1.7)

<b>Profissão, n (%)</b>	
Sector Primário	9 (8.0)
Sector Secundário	41 (36.3)
Sector Terciário	35 (31.0)
Estudante	6 (5.3)
Doméstico	4 (3.5)
Desconhecido	18 (15.9)

<b>Situação profissional, n (%)</b>	
Empregado	35 (31.0)
Desempregado	43 (38.1)
Reformado	15 (13.3)
Estudante	6 (5.3)
Outro	7 (6.2)
Desconhecido	7 (6.2)

<b>Residência, n (%)</b>	
Arcos de Valdevez	10 (8.8)
Caminha	3 (2.7)
Melgaço	3 (2.7)
Monção	6 (5.3)
Paredes de Coura	5 (4.4)
Ponte de Lima	8 (7.1)
Ponte da Barca	4 (3.5)
Valença	9 (8.0)
Viana do Castelo	57 (50.4)
Vila Nova de Cerveira	3 (2.7)
Vila Praia de Âncora	1 (0.9)
Estrangeiro	1 (0.9)
Exterior ao Alto Minho	3 (2.7)

O tempo médio de internamento na ULSAM foi de aproximadamente 11 dias (variação: 1 a 62 dias), sendo que a maioria dos doentes reportou tentativa de suicídio prévia (55,8%). A ingestão medicamentosa foi o método preferencial para tentativa/ideação suicida, representando 65,9% dos casos e conflito familiar e problema conjugal foram as razões mais apontadas pelos utentes para a precipitação do evento (57,5%). Relativamente à sazonalidade dos CpS, constatou-se uma homogeneidade na sua distribuição. (Tabela 2)

**Tabela 2.** Caracterização do internamento.

	Total (n(%))
<b>Tempo de internamento (dias)</b>	
Média ± DP	11.44 ± 11.395
Mediana	7.00
Mínimo - Máximo	1 - 62
<b>Tentativa de suicídio, n (%)</b>	
Sim / Não	94 (83.2) / 19 (16.8)
<b>Se sim, método da tentativa:</b>	
Afogamento	4 (4.3)
Auto-agressão	1 (1.1)
Enforcamento	13 (13.8)
Ingestão medicamentosa	54 (57.4)
Ingestão medicamentosa + enforcamento	2 (2.1)
Ingestão medicamentosa + tóxica	6 (6.4)
Ingestão tóxica	10 (10.6)
Precipitação	4 (4.3)
<b>Motivo tentativa/ideação, n (%)</b>	
Agravamento patologia psiquiátrica	9 (8.0)
Despedimento	2 (1.8)
Dificuldades financeiras	7 (6.2)
Discussão familiar	30 (26.5)
Problema conjugal	35 (31.0)
Problema trabalho	7 (6.2)
Problemas legais	1 (0.9)
Outro	19 (16.8)
Desconhecido	3 (2.7)
<b>Estação do ano da tentativa/ideação, n (%)</b>	
Inverno	27 (23.9)
Primavera	27 (23.9)
Verão	33 (29.2)
Outono	26 (23.0)
<b>Tentativa Prévia, n (%)</b>	
Sim / Não	63 (55.8) / 50 (44.2)

Quase metade dos doentes tinha algum tipo de consumo tóxico, sendo o álcool o mais frequente. A presença de doença orgânica grave verificou-se em 33,6% dos doentes. A maioria dos doentes (77%) estava sob tratamento com psicofármacos, sendo os ansiolíticos e os

anti-depressivos os fármacos mais utilizados, correspondendo a 82,8% e 79,3% respetivamente. As perturbações depressivas e de personalidade foram as patologias psiquiátricas mais frequentes (69%) obtidas da informação disponível na aplicação Sclenic®. (Tabela 3)

**Tabela 3.** Antecedentes médicos do doente.

	Total (n(%))
<b>Doença Orgânica Grave, n (%)</b>	
Sim / Não	38 (33.6) / 75 (66.4)
<b>Consumos Tóxicos, n (%)</b>	
Sim / Não	50 (44.2) / 63 (55.8)
<b>Consumo Álcool, n (%)</b>	
Sim / Não	36 (31.9) / 77 (68.1)
<b>Consumo Tabaco, n (%)</b>	
Sim / Não	29 (25.7) / 84 (74.3)
<b>Consumo Drogas, n (%)</b>	
Sim / Não	10 (8.8) / 103 (91.2)
<b>Diagnóstico Psiquiátrico (hospital), n (%)</b>	
Perturbação de Ansiedade	1 (0.9)
Perturbação Aditiva	2 (1.8)
Perturbação de Humor	5 (4.4)
Perturbação da Personalidade	29 (25.7)
Perturbação Depressiva	49 (43.4)
Perturbação do Comportamento Alimentar	1 (0.9)
Perturbação Somatoforme	1 (0.9)
Perturbação Psicótica	6 (5.3)
Nenhum	19 (16.8)
<b>Tratamento com Psicofármacos, n (%)</b>	
Sim / Não	87 (77.0) / 21 (18.6)
Desconhecido	5 (4.4)
<b>Se sim:</b>	
<b>Tratamento Antidepressivo, n (%)</b>	
Sim / Não	69 (79.3) / 18 (20.7)
<b>Tratamento Antipsicótico, n (%)</b>	
Sim / Não	22 (25.3) / 65 (74.7)
<b>Tratamento Ansiolítico, n (%)</b>	
Sim / Não	72 (82.8) / 15 (17.2)
<b>Tratamento Estabilizador Humor, n (%)</b>	
Sim / Não	19 (21.8) / 68 (78.2)

Quase metade dos doentes recorreram ao seu MF no mês anterior à tentativa/ideação suicida (45,1%), dos quais 41,2% foram por motivos de índole psiquiátrica, todos codificados no capítulo P-Psicológico, segundo o ICPC-2. Em 17,6% destes doentes foi objetivada ideiação suicida, tendo sido referenciados nessa consulta para o SU. (Tabela 4)

**Tabela 4.** Seguimento no Médico de Família.

	Total (n(%))
<b>Referenciação para Consulta Psiquiatria, n (%)</b>	
Sim / Não	50 (44.2) / 63 (55.8)
<b>CSP mês anterior, n (%)</b>	
Sim / Não	51 (45.1) / 62 (54.9)
<b>Se sim, motivo de consulta "CSP mês anterior", n (%)</b>	
Motivo psiquiátrico	21 (41.2)
Outro	30 (58.8)
<b>Se sim, referenciação ao SU nessa consulta, n (%)</b>	
Sim / Não	9 (17.6) / 42 (82.4)
<b>Consulta CSP pós episódio, n (%)</b>	
Sim / Não	103 (91.2) / 10 (8.8)
<b>Se sim, motivo, n (%)</b>	
Motivo psiquiátrico	30 (29.1)
Outro	73 (70.9)
<b>Se sim, Tempo até consulta após alta (dias)</b>	
N	103
Média ± DP	98.25 ± 160.45
Mediana	31
Mínimo - Máximo	0 - 755

A probabilidade de ocorrer tentativa de suicídio foi cerca de 4 vezes superior para indivíduos que não tinham terapêutica ansiolítica ( $p=0,020$ ). Apesar de existir uma evidência de associação significativa entre tratamento antidepressivo e tentativa de suicídio ( $p=0,042$ ), quando introduzida num modelo de regressão logística com outras variáveis, o tratamento antidepressivo parece não influenciar de forma significativa a ocorrência de tentativa de suicídio. (Tabela 5)

**Tabela 5.** Associação entre variáveis e tentativa de suicídio.

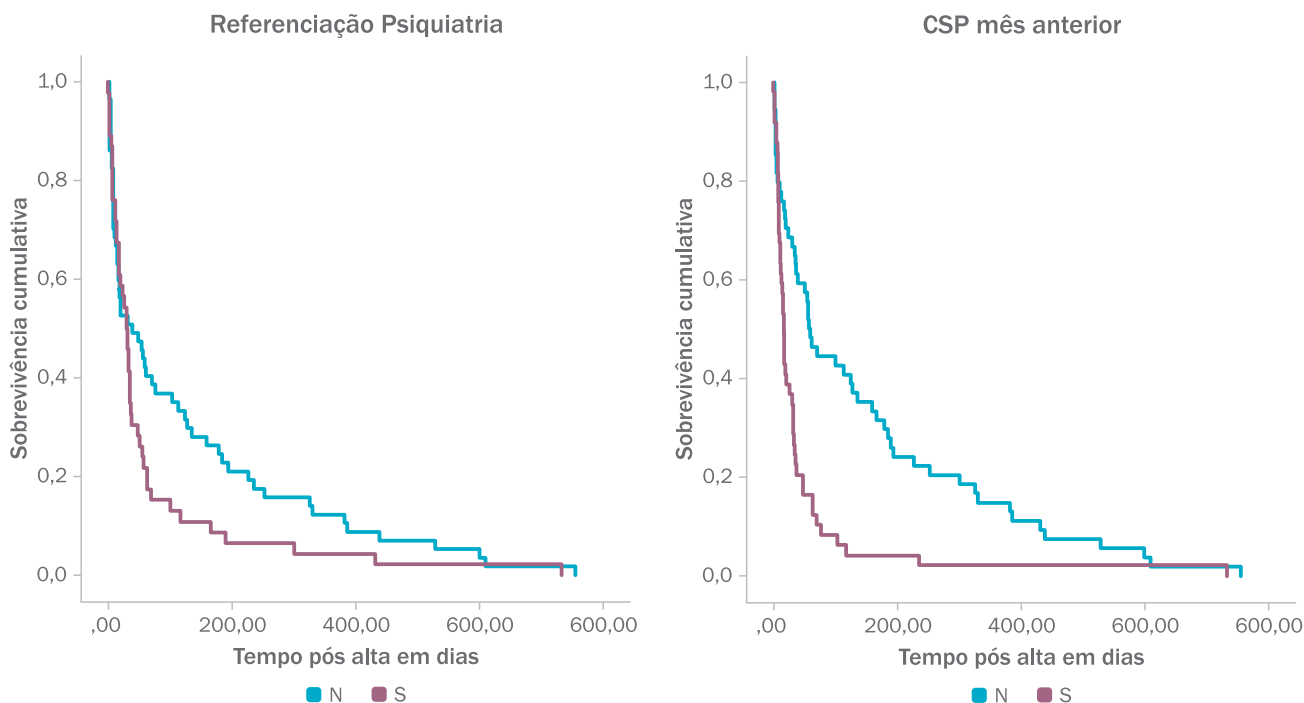
	Tentativa		p-value
	Sim (n=)	Não (n=)	
<b>Tratamento com psicofármacos, n (%)</b>			
Sim	69	18	0.114
Não	20	1	
<b>Tratamento Antidepressivo, n (%)</b>			
Sim	53	16	0.042
Não	36	3	
<b>Tratamento Antipsicótico, n (%)</b>			
Sim	19	3	0.758
Não	70	16	
<b>Tratamento Ansiolítico, n (%)</b>			
Sim	55	17	0.020
Não	34	2	
<b>Tratamento Estabilizador Humor, n (%)</b>			
Sim	16	3	>0.999
Não	73	16	

Após a alta hospitalar, praticamente todos os doentes (91,2%) recorreram ao MF, mas somente 26,5% foi por um motivo psiquiátrico. O tempo mediano decorrido desde a alta hospitalar até à 1ª consulta no MF foi de 31 dias (Tabela 4), existindo evidência de que os doentes que recorreram ao MF no mês anterior voltam mais cedo à consulta no seu Centro de Saúde ( $p<0,05$ ). (Tabela 6 e Fig. 1) Apesar de não ser estatisticamente significativo, ( $p=0,069$ ), existe uma tendência para que doentes referenciados previamente para uma consulta de Psiquiatria voltem mais cedo à consulta no seu Centro de Saúde. (Tabela 6 e Fig. 1)

**Tabela 6.** Estimativas de Kaplan-Meier do tempo mediano até ida aos CSP após internamento.

	Estimativa do tempo mediano até ida ao CSP	Erro-padrão	Intervalo de confiança 95% para o tempo mediano até ida ao CSP	p-value*
<b>CSP mês anterior</b>				
Sim	16.00	1.750	12.571 – 19.429	<0.05
Não	57.00	9.798	37.796 – 76.204	
<b>Referenciação psiquiatria</b>				
Sim	30.00	5.087	20.030 – 39.970	0.069
Não	39.00	19.950	0.000 – 78.102	

\* Log-rank test

**Figura 1.** Curvas de sobrevivência de Kaplan-Meier: Tempo até 1ª consulta nos CSP após alta segundo referenciação para Psiquiatria e ida aos CSP no mês anterior.

## Discussão

De acordo com o presente estudo, os doentes internados por CpS, entre 2014 e 2016, foram maioritariamente do sexo feminino, com uma média de idades de 44,15 anos. Este resultado vai de encontro com a literatura que mostra dados muito semelhantes<sup>10, 11</sup>. A baixa percentagem de internamentos por CpS no sexo masculino pode estar relacionado, por um lado, com o fato de os homens usarem métodos mais agressivos e potencialmente letais, ao contrário das mulheres que tendem a recorrer a métodos menos agressivos e com maior probabilidade de serem menos eficazes, e por outro lado, devido à maior dificuldade dos homens aceitarem ajuda médica<sup>10, 12-14</sup>.

O distrito de Viana do Castelo abrange uma região formada por dez concelhos, sendo a população residente relativamente homogénea e partilhando as mesmas características socioculturais. Contudo, 50,4% dos internamentos por CpS correspondem a utentes que pertencem ao concelho de Viana do Castelo. Essa distribuição deve-se, provavelmente, à maior densidade populacional e maior proximidade aos cuidados em saúde mental, no entanto muitos estudos apontam para maior incidência de CS em regiões isoladas, com baixa densidade demográfica e menor apoio social<sup>15</sup>.

A mesma literatura demonstra que os CpS são mais prevalentes em pessoas com baixo nível de escolaridade e em desempregados, dados que se assemelham aos resultados deste estudo<sup>16, 17</sup>.

A depressão major está frequentemente associada a doenças crônicas (doenças cardiovasculares, hipertensão, AVC, cancro, epilepsia, doença de Parkinson, etc.) o que aumenta ainda mais o risco de CpS<sup>17</sup>. Neste estudo, a presença de doença orgânica grave verificou-se em 33,6% dos doentes, o que comprova a necessidade de avaliar o doente no seu todo, valorizando não só a doença orgânica como também a doença mental. Adicionalmente, torna-se importante ressaltar que o risco de tentativa de suicídio na Depressão Major é aumentado pela presença de patologias como Perturbação da Personalidade, Distúrbios de Ansiedade e Perturbações ligadas ao uso de substâncias,<sup>18</sup> como se verifica neste estudo.

Quase metade dos doentes internados apresentavam algum tipo de consumo tóxico, sendo o álcool o mais frequente. De acordo com a literatura, muitos estudos consideram que o consumo de substâncias tóxicas, nomeadamente tabaco, álcool e drogas, constitui um importante preditor de futuros CpS<sup>10</sup>. Neste sentido, o MF deve estar ciente que os distúrbios relacionados com o consumo destas substâncias constituem fatores de risco para CpS futuros.

Relativamente à sazonalidade dos CpS o nosso estudo encontrou uma distribuição relativamente homogênea, contrariando a maioria dos estudos que apontam para uma maior incidência na Primavera<sup>19, 20</sup>.

Na população estudada, a maioria dos doentes apresentava uma tentativa de suicídio prévia, dados consistentes com a evidência científica atual, que tem defendido a sua importância como preditor de tentativas de suicídio futuras<sup>21</sup>.

No que diz respeito à psicopatologia, 43,4% dos indivíduos com ideação suicida/tentativa de suicídio apresentava Perturbação Depressiva e 25,7% foram diagnosticados com Perturbação da Personalidade. Estes resultados corroboram os obtidos em outros estudos, que evidenciam as Perturbações Depressiva, da Personalidade e as de Adaptação como os diagnósticos mais frequentes<sup>22</sup>.

A Perturbação Depressiva, cuja prevalência em tentativas de suicídio e suicídios consumados varia entre 56-87% dos casos, tem sido alvo de vários estudos, que

são consistentes em demonstrar a sua associação com comportamentos suicidas<sup>18</sup>. Neste sentido, a deteção e tratamento da depressão pelos profissionais de saúde é fundamental para a prevenção destes actos<sup>10, 18</sup>.

Como referido previamente, a Perturbação da Personalidade, correspondeu ao segundo diagnóstico principal mais frequente, tal como em muitos estudos que a colocam como um dos principais problemas associados aos comportamentos suicidas. Neste grupo, destaca-se a Perturbação de Personalidade Borderline, que é um fator de risco bem reconhecido para comportamentos suicidas, sendo que 75% destes doentes tentam o suicídio e aproximadamente 10% têm suicídio consumado<sup>23</sup>. Trata-se da PP mais frequente e é considerada por muitos um sério problema de saúde pública, dada a sua associação com níveis elevados de utilização dos serviços médicos, principalmente ligados à saúde mental, elevado grau de disfunção psicossocial e alta taxa de comportamentos suicidas, com pensamentos suicidas recorrentes, auto-mutilação e tentativas de suicídio<sup>24</sup>.

Vários estudos demonstraram que a Perturbação de Ansiedade era fator de risco independente para o comportamento suicida, mesmo depois de ajustar com outras patologias mentais comuns<sup>25, 26</sup>. No entanto, mesmo em situações claramente indicadas, a pesquisa ativa de ideação suicida nos doentes com perturbação da ansiedade raramente é realizada nos CSP. Os médicos têm dificuldade em discutir o suicídio, um tópico fortemente carregado de stress psicossocial<sup>27, 28</sup>.

Em 16.8% dos doentes a ideação ou tentativa de suicídio foi associada a perturbação de ajustamento, perante fatores de stress psicossocial identificáveis. É importante referir que para o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, é necessário assegurar que essa reação só ocorreu devido à presença de um fator de stress, sendo que este deve ocorrer, no máximo um mês antes do início dos sintomas<sup>29</sup>. Estas reações mal-adaptativas estão associadas a elevada prevalência de comportamentos suicidas<sup>15</sup>.

Similarmente a outros estudos, o método preferencial utilizado foi a ingestão medicamentosa, nomeadamente ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, principalmente as benzodiazepinas, seguidas pelos antidepressivos, antipsicóticos e analgésicos. Estes dados evidenciam a elevada disponibilidade destas substâncias bem como a facilidade com que são obtidas<sup>30, 31</sup>. Curiosamente, apesar de se tratar de uma região com características agrícolas<sup>32, 33</sup>, tóxicos, como os pesticidas, foram usados isoladamente em apenas 10.6% dos casos, o que



pode refletir as restrições ao seu acesso recentemente introduzidas e a sua substituição por substâncias menos letais<sup>34</sup>. De salientar que, segundo alguns autores, as mulheres tendem a efetuar mais frequentemente gestos parassuicidas, pouco planeados e sem franca intenção de pôr termo à sua vida, como é o caso da utilização de fármacos em doses pouco tóxicas, laceração dos pulsos e recurso a métodos menos letais, o que pode explicar esta percentagem visto constituírem uma importante parte da nossa amostra.<sup>30, 35</sup>

Destaca-se que em 58% dos casos as razões mais apontadas como precipitadoras do evento foram a discussão familiar e problemas conjugais, destacando o papel dos eventos de vida stressantes como parte do processo que conduz a um CpS.

Relativamente ao tratamento, concluiu-se que a maioria dos doentes encontravam-se sob tratamento com psicofármacos, destacando-se os ansiolíticos, nomeadamente as benzodiazepinas, seguidos pelos antidepressivos. Apesar de existir uma evidência de associação significativa entre tratamento antidepressivo e tentativa de suicídio ( $p= 0,042$ ), quando introduzida num modelo de regressão logística com outras variáveis, o tratamento antidepressivo deixou de ter um papel preponderante na ocorrência destes eventos. Concluímos assim, que este resultado estaria influenciado pela utilização simultânea de ansiolíticos, tendo em conta que estes, de facto, demonstraram ser protetores para os CpS.

Se atentarmos ao diagnóstico principal hospitalar, apenas um doente foi diagnosticado com Perturbação de Ansiedade. É de referir que esta entidade está frequentemente presente como condição co-mórbida, prevalência que não foi contabilizada pelos autores nesta população, mas que pode ser responsável por estes resultados.

Neste estudo, constatou-se uma elevada utilização de fármacos ansiolíticos e antidepressivos. E concluiu-se, de forma estatisticamente significativa, que a probabilidade de ocorrer tentativa de suicídio era maior nos indivíduos que não tinham terapêutica ansiolítica. Este facto contraria vários estudos que mostram um aumento do risco de suicídio com o uso de benzodiazepinas. Contudo, está claramente estabelecido também que um transtorno de ansiedade pré-existente é um fator de risco independente para ideação e tentativa de suicídio<sup>26, 36</sup>. E sabemos que, a terapêutica ansiolítica, com duração máxima de 8-12 semanas, incluindo período de descontinuação, continua a ser uma arma terapêutica importante no tratamento da ansiedade, logo a seguir aos fármacos antidepressivos<sup>37, 38</sup>.

Outra conclusão particularmente interessante é que quase metade dos doentes recorreram ao seu MF no mês anterior ao evento, o que vai de encontro com os resultados obtidos por outros autores<sup>6, 7</sup>. Destes, em todos aqueles em que foi objetivada ideação suicida foi feito o encaminhamento para o SU. No entanto, não foi possível objetivar com clareza em que casos este pensamento foi verbalizado pelo doente ou pesquisado ativamente pelo MF, devido a limitações inerentes à metodologia deste estudo e registos médicos inadequados ou insuficientes. Desta forma, do ponto de vista da saúde pública, as visitas aos CSP, pelo grau de proximidade que é estabelecido entre utente-profissional de saúde, representam uma oportunidade importante para a prevenção de CpS nomeadamente na pesquisa ativa de ideação suicida e para o seguimento de doentes após o internamento, quando não é possível prevenir esses comportamentos. De facto, após a alta hospitalar, observa-se o retorno ao médico de família em algumas semanas, mas a patologia psiquiátrica faz parte da agenda da consulta em apenas um terço dos casos.

O MF possui uma posição privilegiada para a prestação de cuidados de saúde mental. Uma vez que quase metade dos doentes recorreram ao MF no mês anterior ao evento os autores encontram aqui uma oportunidade para intervir preventivamente. A visão holística do indivíduo e a sua abordagem em todas as dimensões (física, psíquica, social e cultural) aliada à relação médico-doente permite-lhe agir precocemente, ser um apoio na recuperação e superação de obstáculos podendo, quando necessário, intervir a nível da matriz familiar e social do doente. Por outro lado, sabe-se que a atenção dada ao doente e a capacidade de empatia são, em si mesmo, terapêuticas.<sup>39, 40</sup>

Os autores encontraram várias dificuldades na elaboração deste trabalho, devido à subnotificação já declarada dos atos suicidas, que oculta a verdadeira dimensão do fenómeno, bem como a falta de registos informáticos disponíveis tanto nos CSP como nos cuidados Secundários. A complexidade da terminologia relacionada com os diversos tipos de atos suicidas e comportamentos autoleivos constituiu certamente outro obstáculo. A subjetividade da atribuição dos diagnósticos feita pelos médicos psiquiatras constitui outro potencial fator confundidor.

Os autores consideram este estudo de relevância na prevenção do suicídio nos CSP, uma vez que tenta demonstrar a relação que existe entre o indivíduo e os CSP antes e após o evento e procura sensibilizar o MF para a importância da pesquisa ativa da ideação suicida em indivíduos de risco.

## Referências Bibliográficas

1. Organization WH. World Suicide prevention day. 2013;2017.
2. Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, Lloyd-Richardson E and Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006;144:65-72.
3. Saúde DGd. A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. 2015.
4. Saúde DGd. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. 2013.
5. Glied SA and Frank RG. Better but not best: recent trends in the well-being of the mentally ill. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28:637-48.
6. Feldman MD, Franks P, Duberstein PR, Vannoy S, Epstein R and Kravitz RL. Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Ann Fam Med.* 2007;5:412-8.
7. Luoma JB, Martin CE and Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2002;159:909-16.
8. Pirkis J and Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry.* 1998; 173:462-74.
9. Heeringen KHakv. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*: Wiley; 2002.
10. Saraiva CB. *Estudos Sobre o Para-Suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*: Redhorse - Indústria Gráfica, Lda - Coimbra; 2006.
11. Schmitt R CE, Kapczinski F. . Risco de suicídio: avaliação e manejo *Emergências psiquiátricas*: Porto Alegre: Artmed Editora; 2001: 149-65.
12. Bertolote DAFDJM. MULTISITE INTERVENTION STUDY ON SUICIDAL BEHAVIOURS - SUPRE-MISS: PROTOCOL OF SUPRE-MISS. 2002.
13. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P and Hendin H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294:2064-74.
14. Santos SA, Lovisi G, Legay L and Abelha L. [Prevalence of mental disorders associated with suicide attempts treated at an emergency hospital in Rio de Janeiro, Brazil]. *Cad Saude Publica.* 2009;25:2064-74.
15. Kryzhanovskaya L and Canterbury R. Suicidal behavior in patients with adjustment disorders. *Crisis.* 2001;22:125-31.
16. McLenan J, Lazzari C, McMillan G and Mackie R. Psychopathology of the General Population Referred by Primary Care Physicians for Urgent Assessment in Psychiatric Hospitals. *Iran J Psychiatry.* 2016;11:201-205.
17. Rihmer Z, Dome P and Gonda X. The role of general practitioners in prevention of depression-related suicides. *Neuropsychopharmacol Hung.* 2012;14:245-51.
18. Bolton JM, Pagura J, Enns MW, Grant B and Sareen J. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *J Psychiatr Res.* 2010;44:817-26.
19. Benard V, Geoffroy PA and Bellivier F. [Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability]. *Encephale.* 2015;41:S29-37.
20. Brandão D FA. Caracterização Sociodemográfica dos Doentes Internados por Comportamentos Auto-Destrutivos em Psiquiatria. 2013.
21. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR and McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry.* 2016;173:1094-1100.
22. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ and Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 1996;153:1009-14.
23. Black DW, Blum N, Pfohl B and Hale N. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *J Pers Disord.* 2004;18:226-39.
24. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD and Rouillon F. [Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review]. *Encephale.* 2008;34:452-8.
25. Bentley KH, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Fox KR and Nock MK. Anxiety and its disorders as risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:30-46.
26. Sareen J, Cox BJ, Affi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, ten Have M and Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:1249-57.
27. Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M and Joseph M. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Mental health in family medicine.* 2008;5:229-35.
28. Stoppe G, Sandholzer H, Huppertz C, Duwe H and Staedt J. Family physicians and the risk of suicide in the depressed elderly. *Journal of affective disorders.* 1999;54:193-8.
29. Organization WH. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research*: Geneva, Switzerland; 1993.
30. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K and Anita RR. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13759.
31. Zeppego P, Gramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, Coppola I, Avanzi GC, Siliquini R and Torre E. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry.* 2015;15:13.
32. (AM&A) AMASC. Plano de Desenvolvimento do Alto Minho - Desafio 2020. 2012.
33. Associados AM. ESTRATÉGIA & PLANO DE AÇÃO "ALTO MINHO 2020". 2013.
34. República Dd. Lei nº26/2013, série I de 2013/04/11. 2013.

35. Kessler RC, Borges G and Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:617-26.
36. Stein MB, Sherbourne CD, Craske MG, Means-Christensen A, Bystritsky A, Katon W, Sullivan G and Roy-Byrne PP. Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2230-7.
37. Marques-Teixeira JEJ. Manual de Psicofarmacologia para médicos de família. In: Angelini, ed.; 2016: 45-53.
38. Saúde DGd. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insónia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. Outubro/2011;número 055/2011.
39. Riess H, Kelley JM, Bailey RW, Dunn EJ and Phillips M. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of general internal medicine*. 2012;27:1280-6.
40. Mercer SW and Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2002;52 Suppl:S9-12.

---

### Conflito de Interesses

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse em qualquer área médica.