

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13614

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO EM PACIENTES COM COMPORTAMENTO SUICIDA INTERNADOS EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

*Risk and protective factors in patients with suicidal behavior admitted to a psychiatric hospital**Factores de riesgo y protección en pacientes con conducta suicida ingresados en un hospital psiquiátrico*Kelly Lima Gama Ruchdeschel¹ João Fernando Marcolan² 

RESUMO

OBJETIVO: analisar fatores de risco e proteção em pacientes com comportamento suicida internados em hospital psiquiátrico. **Método:** estudo qualitativo, exploratório-descritivo, entrevistas por meio de questionário semiestruturado, uso da análise de conteúdo temático, com 13 pacientes internados por comportamento suicida. **Resultados:** maioria mulheres, entre 19 e 49 anos, branca, baixa escolaridade e renda, solteiras, sem filhos. Fatores de risco foram histórico familiar de transtornos mentais (depressão, transtorno bipolar, ansiedade), uso de álcool e outras drogas, violência familiar, abuso sexual, abandono afetivo, solidão, problemas financeiros, traição, separação dos pais, morte de ente querido, entre outros. Destacaram-se fatores de proteção como apoio familiar, escuta terapêutica, fé religiosa, senso de pertencimento e autocuidado. **Conclusão:** transtornos mentais em pacientes e familiares, aliados ao uso de álcool e violência familiar, aumentaram a vulnerabilidade. Em contrapartida, redes de apoio emocional, escuta terapêutica e incentivo ao autocuidado se mostraram fatores protetivos importantes.

DESCRIPTORIOS: Fatores de risco; Fatores de proteção; História familiar; Comportamento suicida; Hospital psiquiátrico.

^{1,2} Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

Recebido em: 30/11/2024. **Aceito em:** 12/02/2025.

AUTOR CORRESPONDENTE: Kelly Lima Gama Ruchdeschel

E-mail: kelly.lima@adventistas.org

Como este artigo: Ruchdeschel KLG, Marcolan JF. Fatores de risco e proteção em pacientes com comportamento suicida internados em hospital psiquiátrico. R Pesq Cuid Fundam. [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];17:e13614. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13614>.



ABSTRACT

OBJECTIVE: to analyze risk and protective factors in patients with suicidal behavior hospitalized in a psychiatric hospital.

Method: qualitative, exploratory-descriptive study, interviews using a semi-structured questionnaire, thematic content analysis, with 13 patients hospitalized for suicidal behavior. **Results:** majority were women, aged 19 to 49 years, white, low education and income, single, childless. Risk factors included family history of mental disorders (depression, bipolar disorder, anxiety), alcohol and drug use, family violence, sexual abuse, emotional abandonment, loneliness, financial problems, betrayal, parental separation, loss of a loved one, among others. Protective factors included family support, therapeutic listening, religious faith, sense of belonging, and self-care. **Conclusion:** mental disorders in patients and relatives, combined with alcohol use and family violence, increased vulnerability. On the other hand, emotional support networks, therapeutic listening, and encouragement of self-care proved to be important protective factors.

DESCRIPTORS: Risk factors; Protective factors; Family history; Suicidal behavior; Psychiatric hospital.

RESUMEN

OBJETIVO: analizar factores de riesgo y protección en pacientes con comportamiento suicida hospitalizados en un hospital psiquiátrico. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, entrevistas mediante cuestionario semiestructurado, análisis de contenido temático, con 13 pacientes hospitalizados por comportamiento suicida. **Resultados:** la mayoría eran mujeres, entre 19 y 49 años, blancas, con baja escolaridad e ingresos, solteras, sin hijos. Los factores de riesgo incluyeron antecedentes familiares de trastornos mentales (depresión, trastorno bipolar, ansiedad), consumo de alcohol y drogas, violencia familiar, abuso sexual, abandono afectivo, soledad, problemas financieros, traición, separación de los padres, pérdida de un ser querido, entre otros. Se destacaron factores de protección como apoyo familiar, escucha terapéutica, fe religiosa, sentido de pertenencia y autocuidado. **Conclusión:** los trastornos mentales en pacientes y familiares, junto con el consumo de alcohol y la violencia familiar, aumentaron la vulnerabilidad. Por otro lado, las redes de apoyo emocional, la escucha terapéutica y el fomento del autocuidado demostraron ser factores protectores importantes.

DESCRIPTORES: Factores de riesgo; Factores protectores; Historia familiar; Comportamiento suicida; Hospital psiquiátrico.

INTRODUÇÃO

Comportamento suicida é fenômeno global e grave problema de saúde pública, afeta indivíduos de diversas origens e culturas, aproximadamente 703 mil pessoas cometem suicídio anualmente, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. Esta questão é ainda mais crítica entre os jovens, sendo o suicídio terceira causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos.¹ A taxa global de suicídio em 2019 mostra prevalência maior entre homens, com 12,6 óbitos por 100 mil habitantes e 5,4 por 100 mil habitantes para mulheres.²

Organização Mundial da Saúde (OMS)³ aponta variedade de fatores de risco que podem desencadear o comportamento suicida, destaque aos transtornos mentais, como depressão e esquizofrenia, uso de álcool e outras drogas; doenças crônicas são agravantes; problemas financeiros, desemprego, dificuldades pessoais ou conjugais, histórico de abuso, trauma recente, isolamento social, falta de apoio familiar, acesso a meios letais e o estigma em relação à saúde mental. Esses elementos, isolados ou combinados, aumentam significativamente a vulnerabilidade ao comportamento suicida.

O comportamento suicida muitas vezes está relacionado a situações vivenciadas ao longo da vida, como perdas afetivas, falta de apoio familiar, baixa autoestima, tristeza e solidão.⁴ Outros fatores agravantes incluem a desesperança, a presença de problemas psiquiátricos, como transtornos de ansiedade, condições de trabalho estressantes, desemprego. Esses fatores podem contribuir para o surgimento de comportamento suicida.

A Organização Mundial da Saúde,³ destaca diversos fatores de proteção que podem ajudar a prevenir o suicídio, como redes de apoio social, habilidades de enfrentamento, crenças e valores pessoais, restrição ao acesso a meios letais e busca de ajuda profissional. Fortes conexões familiares, amizades sólidas e apoio comunitário podem fornecer suporte emocional e prático em momentos difíceis. A capacidade de lidar eficazmente com o estresse, resolver conflitos e encontrar soluções para os problemas do dia a dia. Convicções que valorizam a vida, a resolução de problemas e a busca de ajuda em momentos de crise contribuem para a prevenção do suicídio.

Objetivo deste estudo foi analisar fatores de risco e proteção em pacientes com comportamento suicida internados em hospital psiquiátrico.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, realizadas entrevistas por meio de questionário semiestruturado, análise de dados pelo referencial da análise de conteúdo temático. A análise de conteúdo é método empírico, flexível e adaptável, permite a interpretação profunda de fenômenos por meio de observações e relatos.⁵

A pesquisa foi realizada nas unidades de internação de hospital psiquiátrico localizado em São José dos Campos/SP, entre agosto de 2021 e junho de 2022. Os critérios de inclusão foram indivíduos internados por comportamento suicida, maiores de idade, com condições cognitivas para participar (avaliados pela equipe multiprofissional que indicava quem poderia participar e pela pesquisadora previamente ao início da entrevista). Não foram incluídos aqueles atendidos em outros setores da instituição que não eram de internação e como critério de exclusão os que poderiam solicitar a exclusão após a entrevista, o que não ocorreu.

Processo de coleta de dados seguiu todas as normas éticas, os participantes de modo prévio foram informados sobre os objetivos da pesquisa, direitos de confidencialidade e anonimato, para em seguida assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

As entrevistas foram realizadas uma vez por semana, em ambientes privativos, com duração de 1h a 1h40min, sendo gravadas em áudio e transcritas na íntegra pela pesquisadora. O instrumento de coleta foi questionário semiestruturado elaborado pelos pesquisadores com dados sociodemográficos e 25 perguntas abertas sobre o histórico de transtornos mentais e comportamento suicida, fatores de risco e proteção, e percepções sobre assistência e prevenção.

A análise dos dados seguiu três fases definidas: 1) pré-exploração do material, onde foram feitas leituras flutuantes e elaboração de hipóteses; 2) exploração do material, com codificação e definição de categorias; e 3) categorização e subcategorização, onde os resultados foram refinados e interpretados.⁵ A pesquisa não incluiu a quantificação dos dados, manteve o foco na qualidade e significado das informações coletadas.

Os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos, com E de entrevista seguido do número dela (E1, E2, etc.) para garantir o anonimato.

A pesquisa encontra-se de acordo com os princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510/2016 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, protocolado sob CAAE nº 47094021.1.0000.5505, Número de Parecer: 4.868.551, em 10 de julho de 2021.

RESULTADOS

Houve 13 participantes (12 mulheres e 1 homem) com idades entre 19 e 49 anos, predominantemente na faixa de 19 a 29 anos; estado civil incluiu 7 solteiros, 5 casados e 1 separado; sete participantes não tinham filhos e demais tinham de 1 a 4 filhos; 7 católicos, 5 evangélicos e 1 sem religião; branca (6), seguida de pardo (2), moreno (2), indígena (1) e negro (2); nove participantes tinham ensino médio completo; várias ocupações, com cinco sem renda.

De acordo com a categorização dos dados, obtivemos duas categorias temáticas com cinco unidades temáticas, mas para este artigo trataremos da condensação dos dados da primeira categoria e suas unidades temáticas quanto aos fatores de risco e proteção para comportamento suicida.

Quanto aos fatores de risco que contribuem para o comportamento suicida, bem significativo foi o histórico familiar e pessoal de transtornos mentais e de comportamento suicida. Outros fatores relevantes foram o uso de álcool e outras drogas; violência familiar, muitos mencionaram o abuso sexual como experiência traumática que impactou profundamente; abandono afetivo; tristeza persistente e depressão; dificuldades financeiras e sensação de falta de controle sobre a vida; conflitos e separações em relacionamentos interpessoais resultaram em instabilidade emocional; morte de entes queridos levou alguns pacientes a crises emocionais profundas; o acesso a meios letais.

Maioria relatou familiares com condições como depressão, ansiedade ou transtorno bipolar:

“Parece que minha tia tinha problema, tinha depressão e era agressiva, minha mãe tem depressão. Minha mãe se trata, se trata desde quando morreu o irmão dela, já faz uns 27, 30 anos...fiquei sabendo que tenho primos que têm depressão e ansiedade que toma remédio, tudo isso descobri agora. Pensei, não é possível, só eu sou assim louca da cabeça. Mas creio que a depressão é genética.” (E6)

“Minha mãe...tem ansiedade; não sei se ela tem depressão, acho que não. Acho que é apenas ansiedade mesmo. Mas ela tomava remédio e passava no psiquiatra. Meu irmão também faz um tratamento, ele é hiperativo, e tem ansiedade...” (E8)

“A minha mãe...tem transtorno bipolar e um pouco de ansiedade...” (E9)

Quanto ao próprio histórico de transtorno mental, alguns participantes relataram ter enfrentado transtornos como depressão, ansiedade, transtorno bipolar, com maior prevalência de relatos para depressão e ansiedade. Outros participantes, por sua vez, não relataram experiências pessoais com transtornos mentais.

“É a segunda vez que sou internada aqui por conta da minha depressão. No caso, fui ao ambulatório. Tenho depressão, ansiedade, e transtorno de personalidade... borderline.” (E1)

“Faço tratamento aqui com Dr. X, que falou que tenho ansiedade e depressão. Tomo medicamento e passo por psicólogo...Tenho pensamentos ruins, pensamentos suicidas, penso em pular da janela, penso em tomar remédio...tristeza, dor.” (E3)

“Ansiedade...tenho esse sintoma...tive um surto devido a depressão pós-parto. Tomei uma caixa de fluoxetina quando saí do hospital com meu filho.” (E11)

Sobre o histórico de uso de álcool e drogas pelos familiares a maioria afirmou a presença do uso:

“Drogas, não tem ninguém, mas bebida, alcoólatra, sempre! O álcool faz parte da minha família...” (E1)

“A família do meu pai tem mania de fazer festa todo final de semana, então sempre tem bebida alcoólica, mas não fazem uso de drogas. Já minha mãe, sim.”(E5)

E houve os participantes que faziam uso de álcool e outras drogas:

“Comecei com o cigarro e a bebida; a maconha...cocaína que me trazia a adrenalina.” (E2)

“Minha mãe me ajudava financeiramente, mas um dia, ela, minha tia e meu tio me chamaram no banheiro, nunca imaginei que aquilo poderia acontecer, até então só usava maconha, mas naquele dia, minha mãe me apresentou a cocaína, foi através da minha mãe, ela colocou a carreirinha e gostei. Depois continuei usando.” (E5)

Em relação ao histórico de comportamento suicida na família, alguns relataram de forma incisiva a questão de tentativa de suicídio em familiares:

“Pela parte do meu pai teve o meu irmão que já tentou. ...Não sei se o transtorno dele é bipolar. Se cortou, estava bem bêbado...” (E8)

“Tem minha mãe. Ela tentava se enrolar no fio do telefone, tentava tomar remédio, muito remédio. Ela deixava tudo

jogado no chão. Muitas vezes quando chegava da escola, ela estava caída no chão com aquele monte de remédios em volta.” (E9)

“...Meu irmão falava que queria se matar o tempo todo porque ele falava para mim, para nossa família que não fazia mais sentido depois que a nossa mãe havia morrido, então para ele não havia sentido ficar vivo...” (E13)

A respeito do histórico de comportamento suicida dos participantes, obtivemos um que afirmou a presença de ideação suicida e os demais contaram detalhadamente sobre as tentativas de suicídio:

“...tentei o suicídio, o local que estava era na rodoviária e aí chegaram os policiais, ambulância eles não sabiam o que fazer comigo, eles não sabiam qual era o meu caso, eles até acharam que era aborto, tinha cortado todo meu corpo, tinha bebido bebida alcoólica e milhões de comprimidos que tinha achado de remédios junto com veneno de rato no lugar que trabalhava...não podia continuar vivendo na comunidade, porque poderia me machucar mais, me ferir, e até me matar... não consegui lidar com a pressão do trabalho... serviço muito estressante, ... a depressão voltou.” (E1)

“...Iniciei usando a navalha do presto barba. Tentei afundá-la, mas não ia de jeito nenhum, me cortava, cortava, mas não dava certo. Cordas são risco para mim também. Também penso em me jogar na frente de um caminhão, me jogar da ponte, também já pensei em me afogar num rio. Perdi a vontade de viver... A maioria foi dentro de casa, sendo que uma foi na clínica que me internaram.” (E2)

“Não conheço ninguém. Mas na minha família adotiva, que saiba, sou só eu com histórico de suicídio. ... Foi depois de dois dias de nascida que minha mãe me adotou. Eles falaram que minha mãe havia morrido e pronto. Eles não falam a verdade para mim. Mas sei que tem uma verdade atrás dessa história. Sei que ela me deixou no hospital e foi embora...desde quando nasci...” (E7)

“Nunca pensei que ia tentar me matar, que ia cortar meu pulso, mas é um pensamento, assim as pessoas falam: você não pensa nos seus filhos, já pensou o trauma que você ia fazer nos seus filhos, como seus filhos iam ser? Iriam ser iguais a você, não pensou no seu esposo como ia ficar, ele faz de tudo por você e pelos seus filhos. Mas na hora que a gente está pensando em suicidar isso não vem na cabeça, a gente não lembra de nada, de ninguém, a gente só lembra que quer acabar com a dor, só lembra que não quer mais estar ali naquele momento de dor.” (E13)

Os participantes destacaram a tristeza, a solidão, a morte de entes queridos, o abandono, a cobrança, a dificuldade financeira e as violências sofridas.

“Desde quando a minha irmã morreu. É que acumulou, perdi meu sobrinho.... e a tristeza é quando a minha irmã deu infarto, aí fiquei ruim...” (E6)

“Dificuldade financeira. Meu ex-esposo, ele também era muito sem juízo, não tinha responsabilidade...” (E9)

Quanto a violência, os participantes relataram diferentes formas de violência sofrida no ambiente familiar:

“...meu pai me batendo com o fio do ferro de passar roupa, só porque o chamei de bobo...morreria, se minha mãe não tivesse feito a respiração boca a boca em mim, não tinha sobrevivido...” (E4)

“As brigas, os conflitos, as palavras que me fazem sentir mal...Tive uma briga com meu irmão por causa de dinheiro. Minha mãe entrou no meio e me mandou umas 40 mensagens detonando comigo, que não amava minha família, e que dava prioridade para os outros. Já estava pensando em morrer, porque não estava aguentando minha vida. Só briga... Minha mãe me xingava...Ela me xingava de vagabunda, piranha, demônio. Quando ia para casa do meu pai e voltava, sempre tinha briga. Ela falava que fazia um inferno na vida deles. Falei isso para ela, e ela me pediu perdão das coisas que ela me falou, das coisas que me magoaram... Hoje sou mais tranquila nessa parte, mas são coisas que ficam na cabeça da gente.” (E8)

“Devido muita violência verbal, muita pressão psicológica.” (E9)

“Ele ainda abusava de mim nessa época. Ele era ridículo e quando me lembrava dessas coisas que ele fazia, ficava com muita raiva... Não aguentava mais, fui abusada até meus 15 anos, por isso não aguentava mais. Por várias vezes tentei me matar, mas não consegui morrer. Queria morrer, acabar com o sofrimento. Queria que ele parasse de mexer comigo, parasse de me acordar na madrugada com mão mexendo dentro da minha roupa. Queria que ele parasse, morrer a continuar passando por isso. Não queria ver minhas irmãs passando por isso. ... Ele me deixava marcas nas coxas e no bumbum, me deixava toda roxa. Ficava toda dolorida, ele me machucava muito. Minha mãe via essas marcas, mas está casada com ele até hoje, já faz 38 anos que está casada com ele.” (E12)

Os participantes identificaram fatores de proteção como a escuta terapêutica em espaço seguro para a expressão emocional; presença de filhos e familiares significativos que proporcionem suporte emocional; perspectiva positiva em relação ao tratamento e à internação; senso de pertencimento à família e à comunidade; autocuidado que ajudam a manter a saúde mental.

“Para mim são meus filhos, e o fato de saber se eles me amam. Também tem o cuidado da minha avó para comigo,

sua presença, seu carinho, de sua honestidade. Outro fator seria ver meu filho estudando, se realizando, poder estar perto dele, fazer diferente do que fiz com minha filha. Fazer comida para ele, podermos morar no mesmo teto, tudo isso seriam fatores de proteção. Além de buscar ajuda.” (E5)

“Conversar...Estava precisando desse momento, fez muito sentido. Me fez refletir sobre minha história também, muito obrigada...” (E7)

“Tomar os remédios, morar sozinha, ter autonomia, ter vontade de viver, ter uma vida normal, saúde e mente boa.” (E11)

DISCUSSÃO

O suicídio está ligado às experiências e à história de vida do indivíduo, reflete a ambivalência entre o desejo de viver e de morrer, especialmente diante de eventos estressantes, como problemas financeiros ou traumas. Esse fenômeno pode ocorrer em qualquer idade, *status* social, condição econômica, gênero ou nacionalidade.¹

No período de 2010 a 2019, o Brasil enfrentou aumento significativo no número de suicídios, sendo grave problema de saúde pública. Em 2021, foram registrados mais de 15,5 mil casos, equivalente a uma morte a cada 34 minutos, o que posicionou o suicídio como a terceira causa entre os jovens.⁶

Referente a tentativa de suicídio, Boletim Epidemiológico⁷ apresentou que o perfil desses indivíduos registrados entre 2010 e 2019 foram de 124.709 tentativas no País, a maioria mulheres (71,3%), pessoas entre 20 e 39 anos, com ensino médio completo ou incompleto, cor branca, ocorrência na própria residência da vítima, por envenenamento e por objetos cortantes.

No Brasil, verificaram dados sobre comportamento suicida obtidos de prontuários, a mostrar a predominância das mulheres, na faixa etária mais jovem, solteiras e nível de escolaridade até o Ensino Fundamental 2.⁸

Identificaram maior prevalência de tentativas de suicídio em mulheres, entre 18 e 59 anos, com menor escolaridade e sem cônjuge, associada a depressão e histórico familiar à maior probabilidade de tentativas.⁹

O Boletim Epidemiológico⁶ mostrou que houve maior notificação de violências autoprovocadas quanto a escolaridade nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio (48,2%), porém houve crescimento entre os indivíduos com maior escolaridade.

E isso reflete na relação entre desemprego e suicídio, pois a Nota Técnica do Ministério da Economia¹⁰ indicou que o desemprego prolongado eleva o risco de suicídio, especialmente

entre jovens com baixa escolaridade. Desemprego e dificuldades financeiras, pessoais ou conjugais podem desencadear tentativas de suicídio, sendo o desemprego um fator associado à reincidência.¹¹

A presença de transtornos mentais, como depressão, transtorno de humor, ansiedade, transtorno de personalidade borderline e esquizofrenia, é frequentemente associada ao comportamento suicida.² A OMS³ destaca que, além dos transtornos mentais, o uso de substâncias (álcool e drogas), doenças crônicas (como doenças cardíacas e diabetes), problemas financeiros, desemprego, isolamento social e estigma são fatores de risco significativos para a saúde mental.

A OMS¹² afirma que 90% dos casos de suicídio envolvem pessoas com transtornos mentais, especialmente transtornos de humor e uso de substâncias. Além disso, fatores genéticos aumentam o risco de comportamento suicida em famílias com histórico de suicídio.

Destaca-se a presença significativa de familiares com transtornos psiquiátricos entre os participantes que tentaram suicídio.¹³ Os transtornos mentais relacionados ao suicídio foram o transtorno bipolar, a esquizofrenia e o transtorno depressivo.

As falas de participantes sem histórico familiar de transtornos mentais revelam intensa solidão e incerteza sobre seus diagnósticos, fatores que aumentam a vulnerabilidade ao suicídio. Essa incerteza gera ambivalência em relação à saúde mental, resultando em ansiedade e solidão. A falta de clareza sobre o diagnóstico dificulta a busca por apoio emocional, levando ao isolamento. A solidão é fator significativo na ideação suicida, uma vez que indivíduos isolados tendem a vivenciar desesperança.¹⁴ Nesse sentido, a solidão, que é comum em transtornos mentais como a depressão, está diretamente ligada à vulnerabilidade ao suicídio.

Os impactos do incremento da incidência dos transtornos mentais são atribuídos boa parte desse aumento ao avanço tecnológico, que favorece o isolamento social e traz agravos a saúde mental.¹⁵

No caso da presença de depressão e transtorno bipolar, que são frequentemente associadas aos casos de suicídio, observou-se que os sintomas desses transtornos se intensificam nos dias que antecedem o ato suicida.¹⁶

O consumo diário de álcool está fortemente ligado a taxas mais altas de tentativas de suicídio, e o uso frequente dessa substância mostrou associação mais forte com o suicídio em comparação com o consumo ocasional ou a abstinência de bebidas alcoólicas.¹⁷ A correlação entre tentativas de suicídio e consumo de álcool e drogas, especialmente entre mulheres, sugerem que esse consumo eleva o risco de comportamento suicida.¹⁸

A normalização do consumo de álcool, frequentemente percebido como menos problemático, contribui para a subestimação dos riscos associados, dificultam intervenções efetivas.¹⁹

Os relatos dos participantes revelam percepção diferenciada entre álcool e drogas ilícitas, com o álcool não considerado droga. Embora o uso de álcool seja normalizado em contextos familiares, como nos depoimentos, a ausência de uso de drogas ilícitas é enfatizada. Essa contradição deve ser considerada nas discussões sobre saúde mental e dependência.

De acordo com,²⁰ os fatores de risco ao suicídio são podem ser predisponentes e precipitantes. Entre os fatores predisponentes, incluem-se diagnósticos de transtornos psiquiátricos, histórico de abuso sexual na infância, impulsividade e agressividade, histórico de suicídio na família e doenças graves ou incuráveis. Os fatores precipitantes, ou seja, situações que comumente desencadeiam o evento englobam questões como desilusões amorosas, separação do casal, perda de emprego, isolamento social, dificuldades financeiras e intoxicação por álcool.

Com frequência, as consequências dos problemas enfrentados ao longo do desenvolvimento das pessoas, em específico as relações distantes e conflituosas, traumas e diferentes formas de violência, combinadas com características de como se é, podem desencadear transtornos mentais, sendo a depressão o mais predominante. As dificuldades na interação social e a falta de esperança também frequentemente estão associadas às tentativas de suicídio.²¹

Estilos parentais negligentes, violência intrafamiliar e disfunções familiares estão ligados a sintomas como depressão, ansiedade, automutilação e tentativas de suicídio, além do uso nocivo de substâncias.²²

A Organização Mundial da Saúde,¹ destaca que experiências de perda e solidão são riscos para o suicídio.

A escuta empática, conforme evidenciado nos relatos, e a presença de conexões familiares fortalecem o suporte emocional e o senso de pertencimento.

Conexões familiares sólidas e apoio emocional contínuo são importantes na prevenção do suicídio.²³

A presença de condições psiquiátricas aumenta a vulnerabilidade ao comportamento suicida, destacada a importância da atenção e intervenção precoces para reduzir esses riscos. O suporte eficaz nos estágios iniciais dessas condições pode ser crucial para melhorar os sintomas e prevenir as consequências trágicas do comportamento suicida.²⁴

Fatores que podem funcionar como proteção ao suicídio, destacam-se: a autoestima elevada e o suporte familiar sólido, bem como a construção de relacionamentos interpessoais significativos com familiares e amigos, ausência de transtornos

mentais, capacidade de adaptação a situações desafiadoras e as habilidades de resolução de problemas, a religiosidade, presença de motivos para viver e acesso a serviços de saúde mental.²⁵

Outros fatores de proteção são a presença de família, relacionamentos afetivos saudáveis e a conexão com a espiritualidade ou crenças pessoais. Esses elementos oferecem suporte emocional, estabilidade e fonte de esperança e significado na vida, contribuindo para a resiliência ao suicídio.⁴

Portanto, embora os fatores de risco estejam bem estabelecidos, a literatura reforça a importância de sistemas de suporte bem estruturados que combinem tanto estratégias preventivas quanto medidas reativas. A integração de ações que envolvam educação, suporte familiar e intervenções comunitárias é essencial para melhorar a qualidade de vida e reduzir as taxas de suicídio. A promoção de estratégias voltadas para o fortalecimento de redes de apoio, a inclusão social e o cuidado contínuo podem, assim, representar avanço significativo na saúde mental, prevenir futuras tentativas e promover o bem-estar daqueles em situação de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os principais fatores de risco para o comportamento suicida em pacientes internados em hospital psiquiátrico incluem a presença de transtornos mentais (TM) nos participantes, como depressão e transtorno bipolar, bem como o histórico de comportamento suicida em familiares. Além disso, fatores como o uso de drogas, desemprego, ausência de suporte social e experiências de violência aumentam a vulnerabilidade ao suicídio. A interação entre esses elementos contribui de maneira significativa para o risco de comportamento suicida entre os pacientes.

Os fatores de proteção reconhecidos incluem a escuta terapêutica em espaço seguro para a expressão emocional, presença de filhos e familiares significativos que oferecem suporte emocional, perspectiva positiva em relação ao tratamento e à internação, senso de pertencimento à família e à comunidade, práticas de autocuidado promotoras da saúde mental.

Este estudo traz contribuições importantes, pois é pioneiro na instituição e no município onde se realizou, ao focar nessa problemática e no público-alvo, a auxiliar na gestão hospitalar e municipal de saúde para rever o modelo de assistência e intervenções em andamento, a, promover políticas públicas de saúde mental ao indivíduo com comportamento suicida que sejam adequadas e eficazes.

O estudo apresenta limitações como o foco restrito a única instituição e a ausência de análise longitudinal que permita avaliar o impacto das intervenções ao longo do tempo. Essas

limitações indicam a necessidade de pesquisas futuras, que envolvam diferentes contextos regionais e incluam o acompanhamento prolongado dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates. 2021 [acesso em 18 de março de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
2. World Health Organization (WHO). Suicide in the world: global health estimates. Geneva: World Health Organization. 2019 [acesso em 04 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>.
3. World Health Organization (WHO). 1 billion people live with a mental disorder [Internet]. 2022 [acesso em 27 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/06/1792702>.
4. Jorgetto GV, Marcolan JF. Autopercepção do sofrimento psíquico em indivíduos com sintomatologia depressiva e comportamento suicida. Medicina (Ribeirão Preto-SP). [Internet]. 2021 [acesso em 5 de março 2023];54(4). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.180529>.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 23 de agosto 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. 2019 Jul;50(15).
8. Wünsch CG, Silva AKL da, Apodaca BS, Nascimento FC dos S, Cebalho MT de O, Treichel CA dos S, Oliveira JLC de. Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida e à tentativa de suicídio identificados no acolhimento em ambulatórios de saúde mental. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [acesso em 02 de março 2023];24:72997. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.72997/39486>.
9. Aguiar R, Riffel R, Acrani G, Lindemann I. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários

- da Atenção Primária à Saúde. J Bras Psiquiatr. [Internet]. 2022 [acesso em 21 de maio 2023];71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000379>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. [Internet]. 2021 [acesso em 21 de maio em 2022];52(33). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view.
 11. Braun BF, Anjos GO, Fonseca TMA, Trevisan ER, Castro S de S. Perfil epidemiológico dos casos de tentativa de suicídio: revisão integrativa. SMAD. [Internet]. 2023 [acesso em 18 de abril 2024];19(1). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smsad.2023.186463>.
 12. World Health Organization (WHO). National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2018 [acesso em 04 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?ua=1>.
 13. Vieira DC, Calil F, Jubé SGR, Araújo IA, Azevedo JAND, Diniz LP, Macedo J. A prevalência do comportamento suicida em pacientes com transtornos mentais. RESU-Revista Educação em Saúde. [Internet]. 2021 [acesso em 02 de março 2023]; 9 (supl. 3). Available from: <http://revistas.unievangelica.com.br/index.php/educacaoensaude/article/view/6067>
 14. Kern C. Aspectos associados ao suicídio na adolescência: uma revisão bibliográfica. Inova Saúde. [Internet]. 2024 [acesso em 23 de maio 2024];14(1). Disponível em: <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3465/7065>.
 15. Lima RKB, Simões T. Papel da enfermagem na prevenção do suicídio e apoio às famílias: uma abordagem interdisciplinar no contexto do aumento dos transtornos mentais. Revista JRG. [Internet]. 2023 [acesso em 12 de maio 2024];6(13). Disponível em: <https://doi.org/10.55892/jrg.v6i13.771>.
 16. Almeida GPDLL, das Neves ALM da. O uso e relevância da autópsia psicológica na cena do crime em casos de morte suspeita por suicídio. Revista Brasileira de Criminalística. [Internet]. 2023 [acesso em 23 de maio 2024];12(5). Disponível em: <https://revista.rbc.org.br/index.php/rbc/article/view/708>.
 17. Cho MS. Use of alcohol, tobacco, and caffeine and suicide attempts: findings from a nationally representative cross-sectional study. J Prim Care Community Health. [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092647/>.
 18. Moura EH, Mascarenhas MDM, Soares MAS de. Álcool e outras drogas na tentativa de suicídio em usuários atendidos por um serviço móvel de urgência. Revista Ciência Plural. [Internet]. 2020 [acesso em 15 de março 2023];6(Supl. 1). Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/download/21242/13108>.
 19. Cordeiro EL, Silva LSR, Mendes EWP, Silva LCL, Duarte VL, Lima ECMP. Suicide attempt and factors associated with standard alcohol use and abuse. SMAD. [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 15];16(1). Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157007>.
 20. Botega, N. J. (2023). Crise Suicida: avaliação e manejo (2a ed.). Artmed.
 21. Simões EV, Oliveira AMN, Pinho LB, Lourenção LG, Oliveira SM, Farias FLR. Reasons assigned to suicide attempts: adolescents' perceptions. Rev bras enferm. [Internet]. 2022 [acesso em 23 de junho 2024];75(Suppl 3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0163>.
 22. Sousa Maria das Graças de Melo, Lima Luisa Helena de Oliveira, Rodrigues Malvina Thais Pacheco, Mascarenhas Márcio Dênis Medeiros, Moura Joana Célia Ferreira, Leal Iracynetta Passos de Sousa. Contexto familiar e sofrimento mental em adolescentes: uma revisão integrativa. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. [Internet]. 2022 [acesso em 17 de agosto 2023];27. Disponível em: <https://doi.org/10.19131/rpesm.330>.
 23. Fernandes MA, Silva JS, Campos LRB, Nepomuceno VMS, Vasconcelos ACB, Oliveira ALCB. Prevenção ao suicídio: vivências de estudantes universitários. Revista Cuidarte. [Internet]. 2020 [acesso em 18 de março 2023];11(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.791>.
 24. Carvalho BIFD. Estágio de natureza profissional em Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de USF/UCSP com relatório final [dissertação]. 2023 [acesso em 28 de junho de 2024]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/8633>.
 25. Santos CVM. Sofrimento psíquico e risco de suicídio: diálogo sobre saúde mental na universidade. Rev NUFEN. [Internet]. 2019 [acesso em 13 de setembro 2024];11(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202035010007>.