

HOSPITALIZAÇÕES POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE NA BAHIA, BRASIL

Saulo Sacramento Meira^a

Alba Benemérita Alves Vilela^b

Óscar Manuel Soares Ribeiro^c

Ícaro José Santos Ribeiro^d

Resumo

Caracterizar as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no estado da Bahia, Brasil, no período de 2008 a 2016. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, tendo como unidade de análise as notificações de internações hospitalares por lesões autoprovocadas intencionalmente no Sistema Único de Saúde. Identificaram-se 4.140 internações, sendo 66,5% do sexo masculino e 33,5% do sexo feminino; o maior tempo de permanência foi em idosos, com média de 3,47 dias. Houve predominância de autointoxicações voluntárias por álcool (média de 211,33 internações; DP = 53,33), seguidas das autointoxicações por pesticida/produtos químicos (média de 83,44 internações; DP = 7,35). A taxa de mortalidade foi de 4,05 para ambos os sexos, 4,2 para homens e 3,2 para mulheres. As hospitalizações por lesões autoprovocadas intencionalmente na Bahia nessa série histórica ocorreram em sua maioria em homens, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante; a permanência hospitalar foi maior em idosos, e a taxa de mortalidade geral por suicídio foi considerada baixa para a população estudada.

Palavras-chave: Violência. Suicídio. Estatística. Tentativa de suicídio. Hospitalização.

^a Doutor em Ciências da Saúde. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: saulo_meira@hotmail.com

^b Doutora em Enfermagem. Professora do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: alba_vilela@hotmail.com

^c Doutor em Ciências Biomédicas. Docente na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Investigador no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. Porto, Portugal. E-mail: oribeiro@ua.pt

^d Doutor em Ciências da Saúde. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: icaro.ribeiro29@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho. Jequié, Bahia, Brasil. CEP: 45200-000. E-mail: saulo_meira@hotmail.com

Abstract

This observational/descriptive study characterized hospital admissions resulting from intentionally self-inflicted injuries in the state of Bahia, Brazil, from 2008 to 2016, whose unit of analysis was notifications of hospital admissions for intentional self-inflicted injuries in the Unified Health System. A total of 4,140 hospitalizations were identified: 66.5% were men, and 33.5% female; the highest length of stay was for older adults, with a mean of 3.47 days. Voluntary autointoxication by alcohol was predominant (mean of 211.33 admissions, SD = 53.33), followed by autointoxication by pesticides and chemical products (mean of 83.44 admissions, SD = 7.35). The death rate was low, consisting of 4.05 for both sexes, 4.2 for men and 3.2 for women. In this historical series the hospitalizations for intentional self-harm in Bahia occurred mostly among men, alcohol being the predominant mechanism of injury; the hospital stay was higher for the elderly and the overall lethality rate due to suicide was considered low for the studied population.

Keywords: Violence. Suicide. Statistics. Suicide attempt. Hospitalization.

HOSPITALIZACIONES POR LESIONES INTENCIONADAMENTE AUTOINFLIGIDAS EN BAHIA, BRASIL

Resumen

Caracterizar los ingresos hospitalarios resultantes de lesiones autoinfligidas intencionadamente en el estado de Bahía-Brasil de 2008 a 2016. Este es un estudio observacional, descriptivo, que analizó las notificaciones de ingresos hospitalarios por lesiones autoinfligidas intencionales en el Sistema Único de Salud. Se identificaron 4140 hospitalizaciones, de las cuales el 66,5% eran hombres; y el 33,5%, mujeres; La estancia más larga fue de ancianos, con un promedio de 3,47 días. Hubo un predominio de autointoxicaciones voluntarias por alcohol (promedio de 211,33 hospitalizaciones; DE = 53,33), seguido de autointoxicaciones por pesticidas/químicos (promedio de 83,44 hospitalizaciones; DE = 7,35). La tasa de letalidad fue de 4,05 para ambos sexos, 4,2 para hombres y 3,2 para mujeres. Las hospitalizaciones por autolesión intencional en Bahía en esta serie histórica ocurrieron principalmente en hombres, siendo el alcohol el mecanismo de lesión predominante; la estancia hospitalaria fue más prolongada en los ancianos y la tasa general de mortalidad por suicidio se consideró baja para la población estudiada.

Palabras clave: Violencia. Suicidio. Estadística. Intento de suicidio. Hospitalización.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida inclui um conjunto de ideias e/ou ações que giram em torno do autoextermínio e pode ser classificado como ideação do suicídio, que se refere a pensamentos de acabar com a própria vida; plano de suicídio, que se refere à formulação de um método específico por meio do qual se pretende morrer; e tentativa de suicídio, que se refere à execução de atos potencialmente prejudiciais em que há pelo menos alguma intenção de morte¹.

As tentativas de suicídio são conceituadas como atos intencionais de autoagressão que não apresentam a morte como desfecho². Os principais fatores associados são tentativas anteriores de suicídio que predisõem à progressiva letalidade do método; possuir transtornos mentais (principalmente depressão); apresentar abuso/dependência de álcool e outras drogas; ausência de apoio social; histórico de suicídio na família; forte intenção suicida; eventos estressantes; e características sociodemográficas desfavoráveis, tais como, pobreza, desemprego e baixo nível educacional^{3,4}.

As tentativas de suicídio daqueles hospitalizados são registradas no Brasil pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH), que inclui todas as internações dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma extensa rede de hospitais públicos e contratados em todo o país. A média nacional de cobertura do SIH/SUS é de aproximadamente 80% das internações hospitalares, com variações entre as regiões e os estados brasileiros, em função da população usuária de planos de saúde privados⁵.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua 10ª edição (CID-10), considera “lesão autoprovocada intencionalmente” a lesão ou o envenenamento autoinfligidos intencionalmente e as tentativas de suicídio, sendo estas últimas subdivididas em códigos referentes às causas mais específicas contempladas entre X60-X80⁶. Elas incluem, entre outras, autointoxicações intencionais por álcool ou por pesticidas e produtos químicos, e lesões autoprovocadas intencionalmente, por arma de fogo ou por arma branca.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 2014⁷ que uma morte decorrente do suicídio ocorra a cada 40 segundos, e que o número de tentativas de suicídio seja ainda maior, afirmando que, para cada suicídio, existam pelo menos 25 tentativas. O aumento das taxas mundiais desse fenômeno e suas repercussões fizeram com que a prevenção da tentativa de suicídio fosse estabelecida pela OMS, em 2006, como objetivo internacional em saúde mental⁸.

Entre 2011 e 2016, o Brasil registrou 48.204 tentativas de suicídio, pouco mais de uma ocorrência por hora. Concretamente, no estado da Bahia, segundo levantamento do Ministério da Saúde⁹, entre 2011 e 2015, 2.685 pessoas tiraram a própria vida, representando um crescimento de 7% no terceiro maior estado do Brasil.

Os serviços de urgência e emergência são os primeiros locais onde as pessoas que tentaram suicídio recebem cuidados; por isso, estudos que procurem analisar comportamentos de risco para o suicídio como identificação dos meios de perpetração, tempo de hospitalização e distribuição etária são estratégicos para o reconhecimento dos fatores que lhe estão associados. O seu conhecimento permite viabilizar ações sinérgicas por meio de planejamento, gerenciamento, e avaliar os serviços hospitalares, contribuindo para a prevenção de novas tentativas de suicídio.

Ressalte-se, ainda, o fato de que internações decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente oferecem riscos importantes para a saúde, exigindo atenção de profissionais especializados, monitoramento contínuo, e demandam, segundo Silveira, Santos e Ferreira¹⁰, o uso de tecnologia de alta complexidade e alto custo, gerando ônus ao sistema público de saúde.

O objetivo do presente estudo foi caracterizar as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no estado da Bahia, Brasil, no período de 2008 a 2016.

MÉTODO

Estudo observacional, descritivo, tendo como unidade de análise as notificações de internações hospitalares por lesões autoprovocadas intencionalmente no SUS para o estado da Bahia. A fonte de dados foi o SIH/SUS, com dados disponíveis no portal do Departamento de Informática do SUS (Datasis), correspondente ao período de 2008 a 2016. Cabe ressaltar que o formulário que habilita o internamento hospitalar é a Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), com validade de trinta dias, portanto, nos casos em que o paciente permaneça por mais tempo, será gerada uma nova AIH.

Classificaram-se as faixas etárias conforme o recomendado pela OMS, que define como adolescentes a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos; adultos, entre 20 e 59 anos¹¹; e idosos, os com 60 anos de idade ou mais¹². Foram excluídas deste estudo as notificações referentes à população infantil, *i.e.*, com idades abaixo dos 10 anos, pois a literatura aponta que suicídios em faixas etárias tão precoces são de difícil caracterização, classificando-se, na maioria das vezes, como acidentais¹³.

Para este estudo, foram selecionadas internações que possuíam no diagnóstico primário XX, e no diagnóstico secundário, causas referentes aos códigos de X60 a X84 da CID-10: autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (X60-X64); autointoxicação intencional por álcool (X65); autointoxicação intencional por

pesticidas e produtos químicos (X68-X69); lesão autoprovocada intencionalmente por arma de fogo (X72-X74); lesão autoprovocada intencionalmente por arma branca e objetos contundentes (X78-X79); lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento e estrangulamento (X70); lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de lugar elevado (X80); lesão autoprovocada intencionalmente por meio não especificado (X84); e demais categorias (X66, X67, X71, X75-X77, X81-X83).

Calcularam-se a taxa bruta de internamento hospitalar por lesões autoprovocadas, a frequência de internações por tentativa de suicídio, a média de permanência, o tipo de lesão e a taxa de mortalidade hospitalar. Realizou-se a análise dos dados com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0.

As bases de dados utilizadas são provenientes do Datasus, no qual as identificações dos indivíduos são omitidas, tornando-se desnecessária a tramitação e consequente autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos para este estudo.

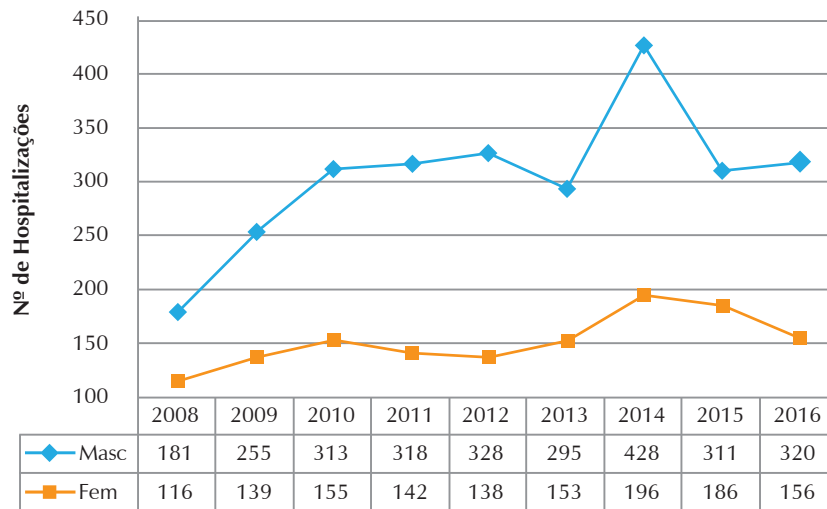
RESULTADOS

Entre os anos de 2008 e 2016, ocorreram no estado da Bahia, Brasil, 4.140 internações no SUS (um caso por dia) decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente por pessoas maiores de dez anos, sendo 2.755 (66,5%) do sexo masculino e 1.385 (33,5%) do sexo feminino. As taxas de internações foram de 4,1 para cada 100 mil habitantes no período considerado, sendo 2,7/100 mil habitantes entre os homens e 1,3/100mil habitantes entre as mulheres.

Observando a distribuição das taxas de hospitalização no decorrer dos anos, constatou-se a predominância do sexo masculino durante toda a série histórica, com pico de internações para ambos os sexos no ano de 2014 (**Figura 1**).

Na evolução temporal estudada, a autointoxicação voluntária por álcool (X65) foi responsável pela maioria das hospitalizações no estado da Bahia. Essa frequência se manteve elevada entre os homens durante todo o período, apresentando queda nos dois últimos anos, acompanhada do crescimento de lesão autoprovocada por arma branca e objetos contundentes (X78-X79). Já entre as mulheres, ocorreram variações nessa evolução, sendo que as lesões mais frequentes oscilaram especialmente entre a autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (X60 a X64), autointoxicação voluntária por álcool (X65) e a autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos (X68-X69). Para os dois sexos, no período estudado, as menores taxas de hospitalização se referem a lesões autoprovocadas por enforcamento e estrangulamento (X70), conforme a **Figura 2**.

Figura 1 – Distribuição das internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, segundo sexo e ano, para indivíduos com idades acima de dez anos. Bahia, Brasil – 2008-2016



Fonte: SIH/SUS.

Figura 2 – Evolução das internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente quanto ao método utilizado em aspecto geral e por sexo. Bahia, Brasil – 2008-2016

(continua)

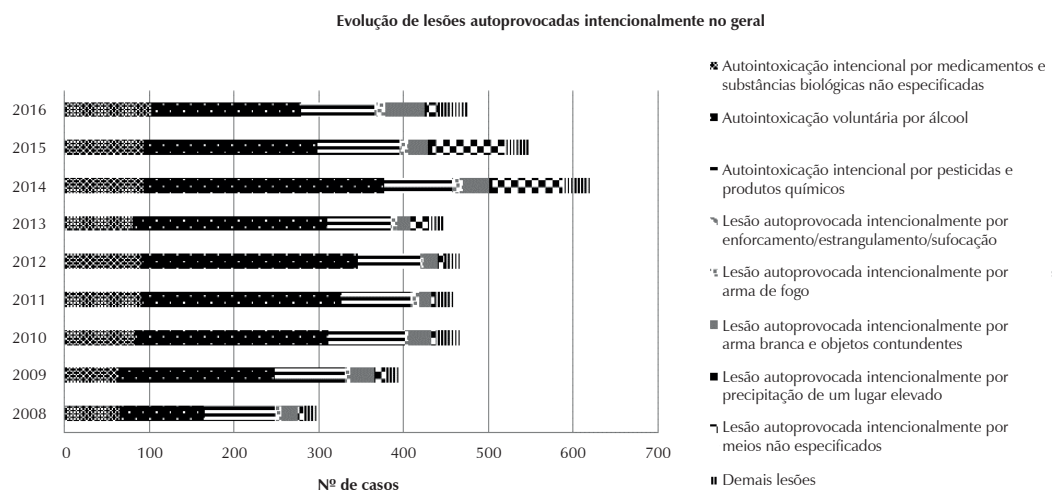
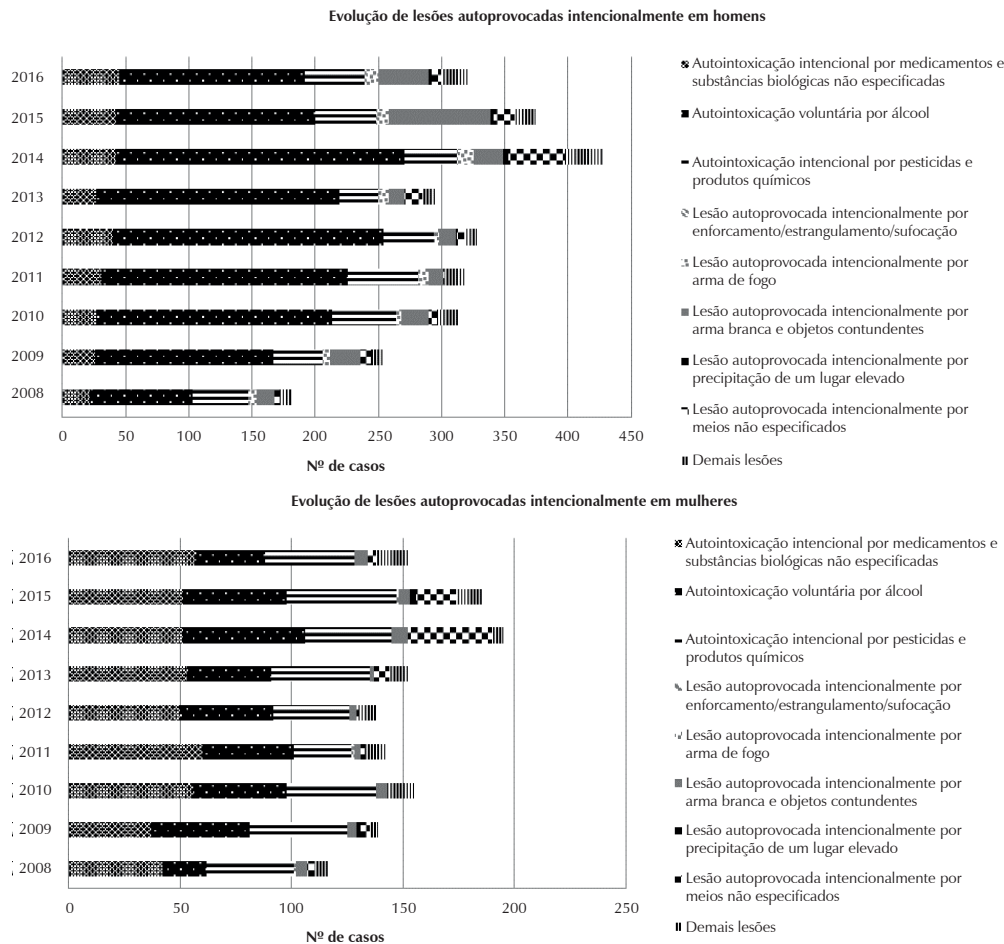


Figura 2 – Evolução das internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente quanto ao método utilizado em aspecto geral e por sexo. Bahia, Brasil – 2008-2016

(conclusão)



Fonte: SIH/SUS.

Em relação ao tempo de permanência hospitalar (diária) por faixa etária, foram os idosos (60 anos ou mais) que apresentaram maior tempo de internação, seguidos dos adultos (20 a 59 anos) e dos adolescentes (10 a 19 anos). Acerca da estratificação por sexo, apesar de pequena variação, observou-se que os homens adolescentes apresentam maior tempo de permanência, seguidos de mulheres adultas hospitalizados na Bahia (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Média e desvio padrão (dp) da permanência hospitalar em dias por grupo etário segundo sexo por lesões autoprovocadas intencionalmente. Bahia, Brasil – 2008-2016

Média de permanência por grupo etário	Geral Média (dp)	Feminino Média (dp)	Masculino Média (dp)
10 a 19 anos	2,92 (0,61)	2,68 (0,61)	3,12 (1,08)
20 a 59 anos	3,34 (0,38)	3,55 (0,95)	3,24 (0,24)
60 anos ou mais	3,47 (0,39)	2,99 (0,73)	3,52 (0,48)

Fonte: SIH/SUS.

Quanto aos meios empregados, nota-se importante intencionalidade (geral e para o sexo masculino) pela autointoxicação por álcool, seguida pela autointoxicação por pesticidas e produtos químicos, e pela autointoxicação por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas. No grupo das mulheres, predominou a autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas, seguida pela autointoxicação por álcool (**Tabela 2**).

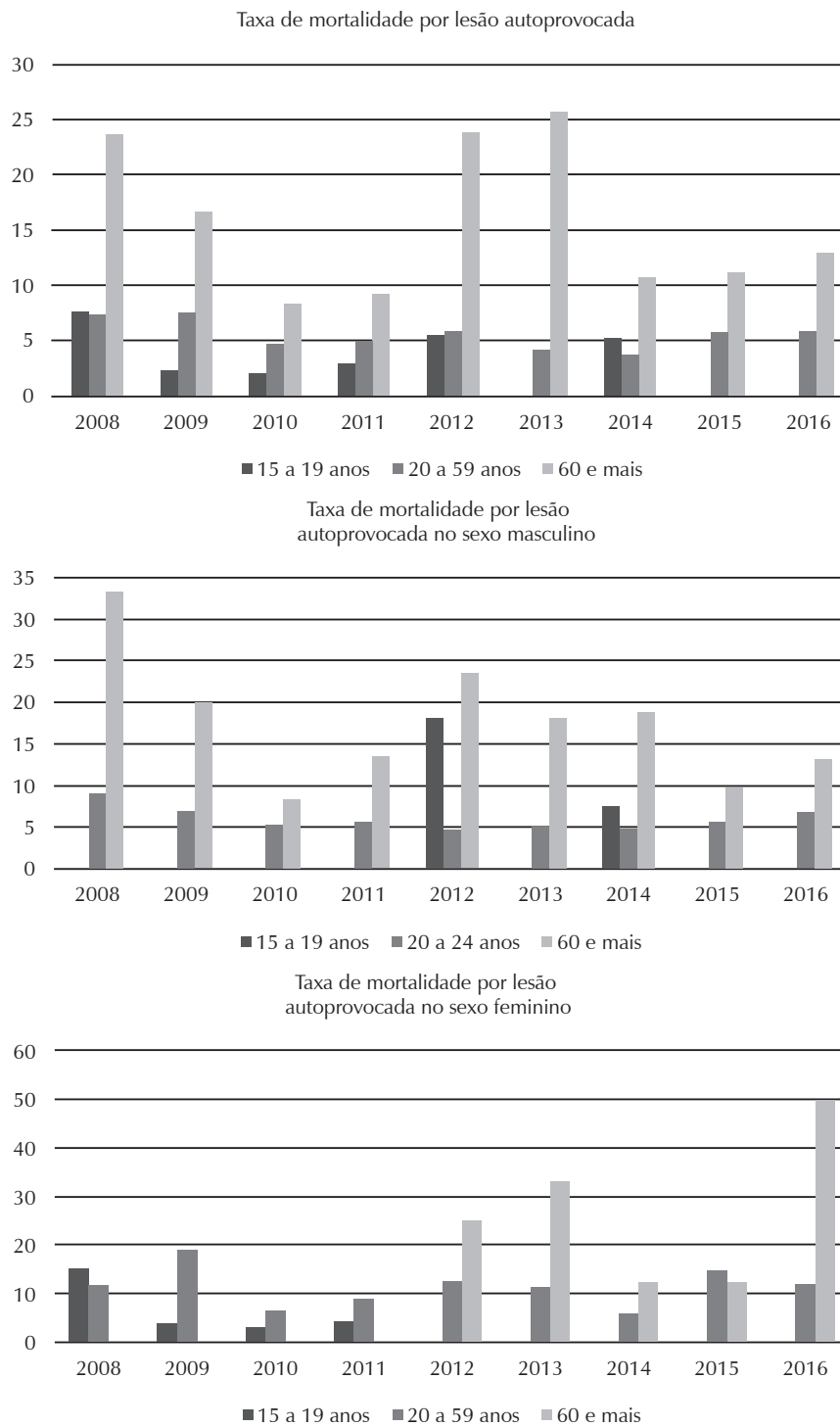
Tabela 2 – Média e desvio padrão (dp) masculino, feminino e geral segundo meio de perpetração. Bahia, Brasil – 2008-2016

Tipos de lesão (CID-10)	Geral Média (dp)	Feminino Média (dp)	Masculino Média (dp)
Autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas	83,33 (13,36)	50,78 (7,27)	33,56 (8,65)
Autointoxicação voluntária por álcool	211,33 (53,15)	40,00 (9,90)	171,44 (45,00)
Autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos	83,44 (7,35)	39,44 (6,56)	44,00 (7,19)
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocamento	1,5 (0,57)	1,0 (0)	1,25 (0,50)
Lesão autoprovocada intencionalmente por arma de fogo	7,89 (3,06)	1,25 (0,50)	7,44 (2,79)
Lesão autoprovocada intencionalmente por arma branca e objetos contundentes	24,33 (10,17)	4,44 (1,59)	19,89 (9,04)
Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de lugar elevado	3,00 (1,58)	2,00 (1,00)	2,25 (1,25)
Lesão autoprovocada intencionalmente por meio não especificado	20,78 (25,27)	9,63 (12,66)	12,22 (13,16)
Demais categorias	24,33 (8,12)	8,89 (3,62)	15,33 (6,67)

Fonte: SIH/SUS.

Identificou-se que a taxa de mortalidade hospitalar (número de internações por lesões autoprovocadas com saída por óbito/total de internações por lesões autoprovocadas × 100) foi de 4,05, sendo em homens 4,2, e em mulheres 3,2. Referente à estratificação por grupos etários, observou-se uma taxa de mortalidade de 12,9 óbitos por mil tentativas entre a população idosa, de 5,88 dos adultos, e de 5,26 dos adolescentes. No que se refere à mortalidade por sexo, o grupo de homens idosos apresentou maior taxa (17,67), seguido do de homens adolescentes (12,94) e do de mulheres adultas (11,48) (**Figura 3**).

Figura 3 – Evolução temporal das taxas de mortalidade, segundo sexo. Bahia, Brasil – 2008-2016



Fonte: SIH/SUS.

DISCUSSÃO

Os resultados permitiram identificar que, na evolução histórica estudada, as lesões autoprovocadas intencionalmente, na Bahia, ocorreram em sua maioria em homens, apresentando pico de crescimento em ambos os sexos no ano de 2014, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante. Nas mulheres, o tipo de lesão mais frequente foram as intoxicações por medicamentos. A permanência hospitalar foi maior em idosos do sexo masculino, e a taxa de mortalidade por suicídio foi considerada baixa para população estudada.

Em relação ao predomínio de hospitalizações por lesões autoprovocadas intencionalmente em homens durante todo o período investigado, nota-se um comportamento de gênero divergente de outras regiões brasileiras^{5,14-16}, que estabelecem maiores taxas de tentativas de suicídio entre mulheres e maior proporção de suicídios nos homens em decorrência da utilização de métodos considerados mais letais^{4,7}, como armas de fogo, enforcamento, atirar-se de estruturas elevadas e atropelamento. Apesar da íntima relação entre a escolha do método empregado, a gravidade das lesões, bem como a intencionalidade do indivíduo perante a tentativa (se a pessoa realmente queria morrer), a divergência constatada para essa variável sinaliza para as variações regionais do comportamento suicida, sinalizando a necessidade de abordagens metodológicas em nível individual capazes de fazer estimativas com mais precisão.

Todavia, é importante a observação cautelosa das realidades econômicas e sociais específicas dos territórios que podem levar a comportamentos suicidas heterogêneos. Analisando o pico de crescimento de internações para o ano de 2014 em ambos os sexos e considerando dados da série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), iniciada no ano de 2012 por meio do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷, destaca-se o agravamento das ofertas de emprego no mercado de trabalho, que se disseminou por todo o país nos últimos anos.

Foi possível verificar como as crises política e econômica ocorridas no Brasil desencadearam elevados índices de desemprego em 22 dos 27 estados¹⁸. A taxa da média nacional de desocupação foi de 8,3% entre abril e junho, o maior nível da série em comparação entre os segundos trimestres de 2014 e de 2015. A região Nordeste apresentou crescimento do desemprego em sete dos nove estados, e a Bahia apresentou a maior taxa do país até aquele ano (acima dos 10%), sendo os setores de construção civil e serviços os mais afetados¹⁷, sugerindo a variável econômica como importante fator de risco para o comportamento suicida.

Segundo Babones¹⁹, o rendimento *per capita* dos países e a sua distribuição determinam o nível de saúde de seus habitantes, na medida em que defende evidências acumuladas sobre as consequências dos aspectos financeiros. Os efeitos negativos das crises

econômicas sobre a saúde mental manifestam-se rapidamente, revelando-se em curto prazo (ao contrário dos efeitos sobre a saúde física, que tendem a ser mais demorados no tempo), podendo ainda ser diretos ou indiretos, e de natureza reversível ou irreversível²⁰. As crises econômicas variam a distribuição de rendimentos da mesma forma como dinamizam as condições de saúde das populações, sendo potencialmente desestabilizantes.

Nesse sentido, o aumento das taxas de desemprego sugere mais vulnerabilidade, nacional e regionalmente, com o aumento do número de suicídios. Estudo²¹ desenvolvido na Inglaterra, entre 2008 e 2010, revelou evidências quanto à ligação entre o aumento de suicídios e a crise econômica que se iniciou em 2008. Outra pesquisa²², que buscou analisar a influência das condições econômicas, medidas por meio do desemprego, e os efeitos dos gastos em proteção social sobre as taxas de mortalidade em 26 países da União Europeia, entre 1970 e 2008, concluiu que o aumento da taxa de desemprego está associado a um aumento no número de suicídios. Outro estudo¹⁶, realizado junto à população espanhola, destacou que, quando não consumadas, as tentativas de suicídio levaram ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, em particular a depressão.

A principal explicação para essas evoluções pode estar relacionada com a dificuldade em suportar altos níveis de endividamento pessoal e familiar²³. O desemprego, a precariedade no trabalho e a falta de um salário-mínimo influenciam negativamente a saúde. As alterações no mercado de trabalho e na regulação laboral que acompanham as situações de crise econômica aumentam as exigências cognitivas e emocionais relacionadas com o trabalho devido a problemas ligados a estresse, ansiedade e depressão²⁴.

No que tange ao consumo de álcool como principal motivo das internações nos homens, alguns estudiosos evidenciam que o consumo de substâncias psicoativas, especialmente o álcool, pode potencializar a probabilidade de tentativas de suicídio e do próprio suicídio, principalmente em indivíduos do sexo masculino^{25,26}, o que demonstra relação direta entre o abuso dessas substâncias e o comportamento suicida. Trata-se de um hábito social estimulado, particularmente, nos meninos desde o final da infância, o que demonstra a influência do grupo social para o consumo. Cardoso²⁷ ressalta uma possível associação entre o consumo excessivo esporádico de álcool (*binge drinking*) e a existência de comportamentos suicidários. A autora afirma que, de todas as mortes por suicídio, 22% podem ser atribuídas ao álcool, o que significa que um quinto dos suicídios não ocorreria caso o álcool não fosse consumido em quantidades elevadas.

O consumo excessivo de álcool e/ou abuso de outras drogas está intimamente associado à tentativa ou consumação de suicídios. De acordo com um estudo realizado entre os anos de 1980 e 2013, que analisou casos de suicídio por enforcamento e intoxicação exógena,

foi detectada alcoolemia positiva em 30% dos suicídios por enforcamento (média de 1,39 g/L) e em 36% dos suicídios por intoxicação exógena (média de 1,39 g/L)²⁵.

Sabe-se que o abuso de álcool prejudica o juízo crítico e o autocontrole, e que as pessoas tendem a perder a inibição, tornando-se mais impulsivas, podendo externalizar seu sofrimento psíquico por meio da tentativa de suicídio nos casos em que há predisposição para tal, sendo amplamente conhecido que indivíduos com histórico de abuso de substâncias psicoativas estão subnotificados nas estatísticas de mortalidade^{28,29}.

Ribeiro et al.³⁰ acrescentam que a interação social é um elemento determinante para a aquisição de vínculos intersubjetivos, capaz de possibilitar a aproximação de laços afetivos, sentimentos e afinidades. Porém, quando o indivíduo se torna abusador de álcool e outras drogas, a interação social pode apresentar-se prejudicada e ocasionar dificuldades nos relacionamentos interpessoais, afetando as relações sociais afetivas, contribuindo para o isolamento, importante fator de risco para o comportamento suicida.

A maior prevalência de “autointoxicação por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas” observada nas mulheres baianas pode ser explicada, segundo Abreu et al.³¹, porque esses são meios menos invasivos e, portanto, não afetam a estética corporal. Resultado similar foi encontrado em estudo acerca de internações hospitalares no SUS decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente³². Para Bertolote et al.³³, trata-se de métodos suicidas mais socialmente aceitos do que são para os homens, os quais, para consumarem o ato, procuram reafirmar sua virilidade. Outro comportamento que merece ser considerado para compreensão da prevalência desse método de perpetração nas mulheres é a maior frequência desse grupo nos serviços de saúde e uma maior relação médico-paciente, podendo levar ao aumento das prescrições médicas e, portanto, do acesso a medicamentos^{34,35}.

Um processo educativo dos consumidores de medicamentos que disponibilize informações suficientes e atualizadas por meio dos profissionais da saúde, prescritores e dispensadores, sobre os fármacos e seus efeitos adversos, também deve cobrir temas como: riscos de automedicação, suspensão e troca da medicação prescrita, e necessidade da receita médica, tomando como base a Política Nacional de Medicamentos. Essa seria uma estratégia importante para reduzir a prevalência do uso abusivo de psicotrópicos³⁶.

Observou-se também para os sexos elevadas taxas de autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos. Dado corroborado por Monteiro et al.³², que constataram que o consumo de agrotóxicos tem crescido rapidamente nos países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, desde o final da década de 1980. Os estados do Nordeste, com destaque para a Bahia, passaram a investir na expansão do agronegócio, especialmente

nos últimos anos, estimulando o aumento da utilização em larga escala de agrotóxicos, tanto por parte de grandes empresas agrícolas como pela agricultura familiar e de subsistência. Todavia, a fragilidade do acompanhamento técnico e da fiscalização diante do armazenamento e da manipulação, além de irregularidades para o adequado cumprimento da legislação responsável pela comercialização e acesso de agrotóxicos³⁷, se configuram como potenciais fatores de risco para autointoxicação de indivíduos com intenções suicidas.

Em relação à permanência hospitalar (por dias) estratificada por faixas etárias, os idosos apresentaram maior tempo de internação, seguidos pelos adultos e pelos adolescentes. Sugere-se que esse dado apresente uma relação direta com a maior probabilidade de comorbidades provenientes do processo de senescência e/ou senilidade que, a depender de seu estágio clínico, demandará mais tempo na unidade hospitalar para estabilização até a alta médica. Acrescenta-se nesse cenário a maior probabilidade de desfechos fatais em decorrência de meios de perpetração mais violentos entre os adultos e adolescentes antes da possibilidade de internação.

De qualquer modo, a teoria durkheimiana³⁸ sinaliza uma relação positiva entre o aumento da idade e as taxas de suicídio, em decorrência de o processo de envelhecimento se caracterizar pela maior frequência de situações altamente desvitalizadas. Nessa fase, a terceira idade, observa-se a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como o predomínio de doenças mentais, como a depressão, uma manifestação comum a essa população²⁴ e considerada, por alguns autores⁴, como o mais relevante fator de risco para tentativas de pôr fim à vida.

A prevalência de depressão entre idosos depende da escala, bem como pontos de corte utilizados e das características sociodemográficas da população estudada. Pesquisas nacionais que utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15), instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, apontam uma prevalência de depressão na população em geral que varia de 3% a 11%, duas vezes maior em mulheres do que em homens, proporção que oscila de 15% a 30% entre idosos, segundo local de moradia, situação socioeconômica e instrumentos utilizados³⁹. A maior parte dos idosos que morreram por suicídio tinha algum transtorno mental, sendo que de 71% a 90% deles sofriam algum grau de depressão⁴⁰. Em estudo realizado no estado da Bahia, a depressão foi diagnosticada em 23,4% dos idosos, especialmente entre os menores de 75 anos⁴¹.

Ressalte-se que isolamento social, desemprego, aflições econômicas e perda de entes queridos são mecanismos incapacitantes e que impactam diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa²⁴. Alerta-se, ainda, para um cenário nacional com tendência de acréscimo

da expectativa de vida, associado à alteração do perfil epidemiológico da população e à existência de uma relação mais próxima entre tentativas e atos consumados⁴², sinalizando a urgência para ações preventivas voltadas a esse grupo etário.

Acerca do coeficiente de mortalidade, o número de óbitos/100 mil habitantes, o Brasil acompanha a tendência mundial, tendo subido de 4,9 para 6,2 no período de 2000 a 2012⁴³. Quanto à mortalidade hospitalar por lesões autoprovocadas intencionalmente, Monteiro et al.³² identificaram que, dentre todas as regiões brasileiras, o Nordeste manteve valor estável de 4,14 durante os anos de 2006 a 2013, diferentemente das demais, que apresentaram crescimento, com exceção do Centro-Oeste. No presente estudo, o estado da Bahia apresentou coeficiente de mortalidade de 4,02, acompanhando o cenário regional.

É oportuno considerar limitações de uniformidade dos procedimentos de notificação hospitalar quanto às lesões autoprovocadas intencionalmente, bem como a escassez de estudos estaduais e regionais individuados acerca dessas medidas de mortalidade capazes de permitir inferências mais assertivas. Nota-se, todavia, que o uso de substâncias alcoólicas, apesar de indiscutivelmente classificado como importante fator de risco associado ao comportamento suicida^{25,28,29}, pode não se configurar como um mecanismo isolado e imediato para consumação do ato, mas funcionar como um mecanismo de encorajamento para utilização de outros meios de perpetração potencialmente mais fatais, aumentando, desse modo, as chances de reversão de quadros clínicos provenientes de lesões autoprovocadas que poderiam ocasionar mortes.

Ainda sobre a mortalidade hospitalar, percebeu-se o predomínio de indivíduos pertencentes ao grupo etário com idade igual ou superior a 60 anos em ambos os sexos (dados gerais), resultado similar ao encontrado por Minayo et al.⁴⁴ no Rio de Janeiro e por outras pesquisas^{12,15,39}. Como a população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil, é fundamental maior atenção às taxas de suicídio das pessoas nessa fase da vida. Infere-se que, à medida que se envelhece, ocorra redução das habilidades físicas e mentais; o encerramento da vida profissional pode potencializar comportamentos agressivos e impulsivos, pois muitos homens idosos associam esse novo momento da vida com a falência do tradicional papel de provedor econômico e de referência familiar, retraindo-se socialmente, o que significa maior risco de isolamento, tristeza, estresse e ideação suicida^{24,45}.

Ações multidimensionais para o momento pós-trabalho devem ser pensadas a partir do reconhecimento de oportunidades para novas realizações, do fortalecimento de amizades, dos relacionamentos e dos diálogos intergeracionais como elementos protetores para a saúde mental, especialmente contra a depressão e o comportamento suicida entre idosos baianos.

Os baixos coeficientes de mortalidade entre as mulheres idosas podem ser atribuídos à menor prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis que, culturalmente, lhes são característicos, além do fato de elas possuírem mais facilidade para o autocuidado e o reconhecimento precoce dos sinais de risco para depressão, uma vez que buscam, com maior frequência, ajuda e apoio social em momentos de crise³².

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Dentre as limitações, ressaltam-se o peso do estigma, as conveniências familiares e sociais e as razões políticas que induzem à subnotificação, à má classificação, e prejudicam o entendimento das tentativas de suicídio. Segundo a OMS, existem evidências de que apenas 25% dos que tentam cometer suicídio entram em contato com hospitais, chegando aos serviços apenas os casos graves; mesmo estes costumam ser tratados apenas de forma emergencial quanto às lesões causadas. Essas limitações dificultam comparações mais complexas com outras regiões e/ou países sobre fatores associados, hospitalizações e repercussões acerca do perfil de morbimortalidade frente ao comportamento suicida.

CONCLUSÃO

Tentativas de suicídio costumam ser repetidas, estabelecendo-se entre os principais preditores para o suicídio e como um importante problema de saúde pública. Este estudo identificou que as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no estado da Bahia, Brasil, no período de 2008 a 2016, ocorreram em sua maioria em homens, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante. Nas mulheres, o tipo de lesão mais frequente foi a intoxicação por medicamentos. A permanência hospitalar foi maior em idosos do sexo masculino, e a taxa de mortalidade por suicídio, considerada baixa para a população estudada.

O apoio às pesquisas e ao desenvolvimento de projetos educativos acerca do comportamento suicida permite identificar os fatores associados para conhecimento do público e dos profissionais de saúde, gerando maior aproximação junto aos grupos de alto risco e o desenvolvimento de estratégias de prevenção capazes de ajudar na redução das tentativas de suicídio. Deve-se priorizar a melhoria do sistema de saúde para que sejam garantidos o acesso precoce às avaliações clínicas adequadas, a segurança e a efetividade dos serviços na fase posvenção para prevenção de recidivas. Trata-se de um grande desafio, em particular para países em desenvolvimento, sendo fundamental considerar a diversidade e as especificidades

regionais, que permitam tanto a elaboração de estratégias de prevenção e atenção para esse problema quanto formas otimizadas de atuação em situações urgentes e emergenciais.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Saulo Sacramento Meira e Ícaro José Santos Ribeiro.
2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Saulo Sacramento Meira e Óscar Manuel Soares Ribeiro.
3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Alba Benemerita Alves Vilela.
4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Alba Benemerita Alves Vilela e Óscar Manuel Soares Ribeiro.

REFERÊNCIAS

1. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev Port Saúde Pública*. 2013;31(2):204-13.
2. Souza VS, Alves MS, Silva LA, Lino DCSF, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J Bras Psiquiatr*. 2011;60(4):294-300.
3. Overholser JC, Braden A, Dieter L. Understanding suicide risk: identification of high risk groups during high risk times. *J Clin Psychol*. 2012;68(3):349-61.
4. Chan LF, Shamsul AS, Maniam T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: a 12 month prospective study among patients with depressive disorders. *Psychiatry Res*. 2014;220(3):867-73.
5. Martins DF Jr, Felzemburgh RM, Dias AB, Caribé AC, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa Â. Suicide attempts in Brazil, 1998-2014: an ecological study. *BMC Public Health*. 2016;16:990.
6. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a ed. rev. São Paulo (SP): Edusp; 2017.
7. Organização Mundial da Saúde. WHO Document Production Services. Mental Health Action Plan 2013-2020. Genève; 2013.

8. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros. Série: Prevenção do suicídio: uma série de recursos. Gênève; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: tentativas e óbitos por intoxicação exógena no Brasil, 2007 a 2016. *Bol Epidemiol.* 2019;50(15):1-12.
10. Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA. Impactos da morbimortalidade e gastos com o suicídio no Brasil de 1998 a 2007. *Rev Pesqui.* 2012;4(4):3033-42.
11. Organização Mundial da Saúde. Definition of key terms. Gênève; 2013.
12. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Opas; 2005.
13. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Mental. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Gênève; 2000.
14. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(supl. 2):S86-93.
15. Organização Mundial da Saúde. Preventing suicide. *CMAJ.* 2014;143(7):609-10.
16. Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *Eur J Public Health.* 2013;23(1):103-8.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua: desocupação vai a 8,9% no terceiro trimestre de 2015. Agência IBGE Notícias [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2015 nov 24 [citado em 2020 agoi 31]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/15165-pnad-continua-desocupacao-vai-a-8-9-no-terceiro-trimestre-de-2018>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: mercado de trabalho brasileiro: 3º trimestre de 2015. Rio de Janeiro (RJ); 2015 nov 24.
19. Babones SJ. Income inequality and population health: correlation and causality. *Soc Sci Med.* 2008;66(7):1614-26.
20. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med.* 2012;74(5):647-53.
21. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ.* 2012;345:5142-9.

22. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374:315-23.
23. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanikolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011;378:1457-8.
24. Organização Mundial da Saúde. Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen; 2011.
25. Gonçalves EMG, Ponce JC, Leyton V. Uso de álcool e suicídio. *Saúde Ética Justiça*. 2015;20(1):9-14.
26. Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLF, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):167-72.
27. Cardoso GT. Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2016.
28. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(5):571-6.
29. Fudalej S, Ilgen M, Fudalej M, Wojnar M, Matsumoto H, Barry KL, et al. Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(5):437-42.
30. Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAS. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(1):1-7.
31. Abreu KP, Lima MAD, Kohlrausch E, Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev Eletrônica Enferm*. 2010;12(1):195-200.
32. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NNB, Minayo MCS. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente, Brasil, 2002 a 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(3):689-99.
33. Bertolote JM, Fleischmann A, Butchart A, Besbelli N. Suicide, suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. *Bull World Health Organ*. 2006;84(4):260.

34. Padilha PDM, Toledo CEM, Rosada CTM. Análise da dispensação de medicamentos psicotrópicos pela rede pública municipal de saúde de Campo Mourão/PR. *Rev Uningá Rev.* 2014;20(2):6-14.
35. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Lisboa; 2013.
36. Lopes LMB, Grigoletto ARL. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. *Braz J Health.* 2011;2(1):1-14.
37. Castro MGGM, Ferreira AP, Mattos IE. Uso de agrotóxicos em assentamentos de reforma agrária no município de Russas (Ceará, Brasil): um estudo de caso. *Epidemiol Serv Saúde.* 2011;20(2):245-54.
38. Durkheim E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2000.
39. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(1):26-33.
40. Mitty E, Flores S. Suicide in late life. *Geriatr Nurs.* 2008;29(3):160-5.
41. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(3):691-700.
42. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(4):750-7.
43. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(1):45-54.
44. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):300-9.
45. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):804-10.

Recebido: 6.5.2019. Aprovado: 15.6.2020.