2.

FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL HOSPITAL
DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

SAMARA PIRES MILHONES
VICTOR SILVEIRA LIMA DE FREITAS

ESQUIZOFRENIA E O RISCO DE SUICÍDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Belém
2023

SAMARA PIRES MILHONES
VICTOR SILVEIRA LIMA DE FREITAS

ESQUIZOFRENIA E O RISCO DE SUICÍDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de conclusão de residência apresentado à Comissão de residência médica (COREME) da FHCGV como requisito para a conclusão do terceiro ano da residência em psiquiatria.
Orientador: Camila Costa Silva

.

Belém

2023

SAMARA PIRES MILHONES
VICTOR SILVEIRA LIMA DE FREITAS

ESQUIZOFRENIA E O RISCO DE SUICÍDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data da aprovação:

BANCA EXAMINADORA

_____

(Orientador – Presidente)

_____

Membro 1 (Convidado)

_____

Membro 2 (Convidado)

SUMÁRIO

1	**INTRODUÇÃO**	**7**
2	**OBJETIVOS**	**11**
3	**METODOLOGIA**	**12**
4	**RESULTADOS**	**14**
5	**DISCUSSÃO**	**18**
6	**CONCLUSÃO**	**21**
7	**REFERÊNCIAS**	**22**

RESUMO

A esquizofrenia é definida como um transtorno ou perturbação grave e crônica que ocorre na mente, caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que evidencia uma alteração no cérebro, a qual leva o indivíduo a ter fugas da realidade, passando a produzir pensamentos simbólicos e abstratos que vem acompanhado de sintomas positivos, além de um comportamento amplamente desorganizado e agitação extrema ou lentidão dos movimentos, com manutenção de posturas incomuns. Os sinais e sintomas comumente surgem entre o final da adolescência e início da idade adulta (por volta dos 30 anos), sendo a incidência ligeiramente maior em homens do que em mulheres. Acredita-se, que a gravidade dos sintomas, bem como as alterações cognitivas presentes na esquizofrenia, sofre interferência dos estímulos do ambiente, dos aspectos hereditários e fisiológicos, bem como das características específicas de cada indivíduo. Sabe-se que pessoas com esquizofrenia têm 2 a 3 vezes maior chance de óbito precocemente do que a população em geral, principalmente por suicídio, em que uma parcela da população esquizofrênica apresenta sintomas depressivos. Portanto, o presente estudo pretende avaliar a relação entre a esquizofrenia com o risco de suicídio, através de uma revisão integrativa da literatura. Trata-se de um estudo que utilizará a pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa e natureza bibliográfica, com o intuito de coletar informações e registros relevantes na construção textual através de estudos científicos selecionados conforme os critérios de avaliação, no intuito de observar o risco de suicídio em pacientes esquizofrênicos por uma revisão integrativa. A questão norteadora dessa revisão foi “O estado de esquizofrenia aumenta o risco de suicídio?”. Para a elaboração da revisão integrativa foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados: Scientific Electronic, Library Online (SciELO), Google Scholar e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS). Foram encontrados 29 artigos com base no tema, sendo que apenas oito foram utilizados para a construção do estudo. A maioria (5; 56%) estavam na língua inglesa e abordavam a associação da esquizofrenia ao risco de suicídio (7; 78%). Conclui-se a maioria dos sujeitos presentes nos artigos selecionados eram homens com idade de 30 a 50 anos, com diagnóstico na fase adolescente, alguns associados ao perfil violento, abuso de substâncias e maior risco ao suicídio e que o tratamento correto e adesão eficaz, reduzia o risco de recaídas na terapêutica medicamentosa da doença, às tentativas de suicídio e aos custos com relação ao paciente. Além disso, a presença da esquizofrenia, podendo ou não está associada a depressão, somado a falta do apoio familiar, social e dos profissionais da saúde, aumentavam o risco de suicídio nesse paciente.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Sinais e Sintomas; Risco de Suicídio.

ABSTRACT

Schizophrenia is defined as a serious and chronic disorder or disturbance that occurs in the mind, characterized by a set of signs and symptoms that show a change in the brain, which leads the individual to have escapes from reality, starting to produce symbolic and abstract thoughts. which is accompanied by positive symptoms, in addition to largely disorganized behavior and extreme agitation or slowness of movement, with maintenance of unusual postures. Signs and symptoms commonly appear between late adolescence and early adulthood (around age 30), with a slightly higher incidence in men than in women. It is believed that the severity of the symptoms, as well as the cognitive alterations present in schizophrenia, are influenced by environmental stimuli, hereditary and physiological aspects, as well as the specific characteristics of each individual. It is known that people with schizophrenia are 2 to 3 times more likely to die early than the general population, mainly due to suicide, in which a portion of the schizophrenic population has depressive symptoms. Therefore, the present study intends to evaluate the relationship between schizophrenia and the risk of suicide, through an integrative literature review. This is a study that will use descriptive and exploratory research, with a qualitative approach and a bibliographical nature, with the aim of collecting relevant information and records in the textual construction through scientific studies selected according to the evaluation criteria, in order to observe the risk of suicide in schizophrenic patients by an integrative review. The guiding question of this review was “Does the state of schizophrenia increase the risk of suicide?”. For the elaboration of the integrative review, a bibliographic survey was carried out in the databases: Scientific Electronic, Library Online (SciELO), Google Scholar and Latin American and Caribbean Literature in Health Science (LILACS). 29 articles were found based on the theme, and only eight were used for the construction of the study. Most (5; 56%) were in the English language and addressed the association of schizophrenia with suicide risk (7; 78%). It is concluded that most of the subjects present in the selected articles were men aged between 30 and 50 years, diagnosed in the adolescent phase, some associated with a violent profile, substance abuse and increased risk of suicide and that correct treatment and effective adherence, it reduced the risk of relapses in the drug therapy of the disease, suicide attempts and costs related to the patient. In addition, the presence of schizophrenia, whether or not it is associated with depression, added to the lack of family, social and health professional support, increased the risk of suicide in this patient.

Keywords: Schizophrenia; Signs and symptoms; Suicide Risk.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquizofrenia causa psicose e está associada a incapacidade considerável, podendo afetar todas as áreas da vida, incluindo o funcionamento pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional. Definida como um transtorno ou perturbação grave e crônica que ocorre na mente, é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas que evidencia uma alteração no cérebro, a qual leva o indivíduo a ter fugas da realidade, passando a produzir pensamentos simbólicos e abstratos que vem acompanhado de sintomas positivos, tais como os delírios, alucinações e às vezes os dois, concomitante com sintomas negativos (embotamento do afeto, diminuição da fala e alteração volitiva), além de um comportamento amplamente desorganizado e agitação extrema ou lentidão dos movimentos, com manutenção de posturas incomuns (WHO, 2022; APA, 2014; ARAÚJO & LOTUFO NETO, 2014).

Essa doença afeta aproximadamente 24 milhões de pessoas ou em cada um de 300 indivíduos (0,32%) em todo o mundo, sendo um de 222 entre os adultos (0,45%), de todas as classes sociais e etnias, porém com maior prevalência nos meios urbanos e em classes mais desfavorecidas (WHO, 2022). Contudo, não é tão comum quanto a outros transtornos mentais. Os sinais e sintomas comumente surgem entre o final da adolescência e início da idade adulta (por volta dos 30 anos), sendo a incidência ligeiramente maior em homens do que em mulheres (APA, 2014).

O diagnóstico de esquizofrenia é atribuído quando se obtém a presença de dois ou mais sintomas acima citados. Também pode ser subdivida em tipos: 1) Esquizofrenia Paranoide caracterizada pela presença de ideias delirantes, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações e de perturbações das percepções, sendo os portadores tensos, desconfiados, hostis e muito agressivos, podendo cometer atos de violência; 2) Esquizofrenia Hebefrênica configura-se pela presença proeminente de uma perturbação dos afetos, pensamento desorganizado, discurso incoerente e há uma tendência ao isolamento social; 3) Esquizofrenia Catatônica que é caracterizada por distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo; 4) Esquizofrenia Residual caracterizada pela presença persistente de sintomas “negativos”,

como alterações no comportamento, nas emoções e na interação social, embora não forçosamente irreversíveis e não com a mesma frequência dos outros tipos de esquizofrenia (NUNES et al. 2020).

Ainda é incerto as causas que levam ao estado esquizofrênico, mas acredita que existe uma inter-relação entre genes e uma série de fatores ambientais e psicossociais que podem afetar o início e o curso da doença, como o elevado uso de cannabis ser um risco para o desenvolvimento (WHO, 2022). Também influências de variações regionais e étnicas, como as vivências de situações sociais adversas ao longo da vida, podem refletir em alterações epigenéticas de elementos hereditários. Portanto, acredita-se, que a gravidade dos sintomas, bem como as alterações cognitivas presentes na esquizofrenia, sofrem interferência dos estímulos do ambiente, dos aspectos hereditários e fisiológicos, assim como das características específicas de cada indivíduo (ex.: cultura, idade, gênero) (BOMBASSARO, 2020; RUBY et al. 2014; SIDELI et al. 2012).

Sabe-se que pessoas com esquizofrenia têm 2 a 3 vezes maior chance de óbito precocemente do que a população em geral, devido aos suicídio, acidentes e outras patologias associadas, como doenças cardiovasculares, metabólicas e infecciosas. Outros fatores de risco são o consumo de drogas, pouca adesão à terapêutica, baixa autoestima, estresse, desesperança, isolamento, depressão e eventos negativos na vida do paciente (SILVA et al. 2016; LAURSEN et al. 2014). Isso impacta na qualidade de vida desses indivíduos, causando grande sofrimento psíquico, com prejuízos nas relações familiares e na vida profissional e demais relações sociais (AGOSTINHO et al. 2015; HAMAIDEH et al. 2014).

Atrelado a isso, está o comprometimento à saúde, devido aos sintomas que os impossibilitam de realizar diversas funções, por apresentarem sonolência diurna e desânimo para atividades laborais, o que afeta diretamente a inclusão social, principalmente aos pacientes que já possuem um quadro crônico da doença, já que esta não tem cura, o que leva a perda de noção das regras sociais e de higiene, afastando ainda mais do convívio entre as pessoas (MACHADO et al. 2021; FIGUEIRA et al. 2014; SADOCK et al. 2014).

Com isso, uma parcela da população esquizofrênica apresenta sintomas depressivos, podendo até a cometer suicídio (65% dos que possuem o sintoma de depressão) (HAWTON et al. 2005). Contudo, existe uma grande dificuldade na investigação desses sintomas, já que a própria esquizofrenia possui características negativas, sobrepondo-os.

Sabe-se que os sintomas depressivos podem surgir em qualquer fase da esquizofrenia, em que as alterações de humor podem ser consequência da própria vivência psicótica ou da percepção do indivíduo sobre as perdas associadas à doença e às mudanças no estilo de vida (MULHOLLAND & COOPER, 2000; SIRIS, 2000). Por último, podem acompanhar eventos de vida, como fins de relacionamento ou morte de parentes. De qualquer modo, sua incidência é elevada e reforça a hipótese de que ela seja um sintoma central da esquizofrenia, compartilhando processos psicopatológicos semelhantes (SIRIS, 2000).

Assim, a depressão clínica tem impactos individuais, familiares e sociais significativos, uma vez que os estigmas sociais (ex. crenças estereotipadas negativas sustentadas pelo público sobre pessoas com perturbações mentais) e internalizados (ex. desaprovação que se refere ao processo de aceitação) e os sintomas esquizofrênicos, elevam o risco do isolamento social e solidão em pessoas com a doença, o que reduz a iniciativa social devido à diminuição do interesse em ter relacionamentos próximos com outras pessoas (ARARIPE-NETO & BESSA-DINIZ, 2020; MARDER & GALDERISI, 2017; GALDERISI et al., 2018). Com isso, reconhecer e tratar adequadamente a depressão na esquizofrenia é um desafio e o manejo adequado requer diferenciar sintomas depressivos de outros sintomas comuns da doença.

O estigma social e familiar, somado aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, ainda fazem da esquizofrenia uma doença rotulada como “loucura”, provocando discriminação ou rejeição desses indivíduos pela sociedade, o que afeta a autoestima, levando a uma recuperação mais morosa e menos eficiente. Para além disso, está ainda associado a desmoralização, perda de apoio social, baixa qualidade de vida e dificuldade de obtenção habitação e emprego (SILVA et al. 2019; OLIVEIRA et al. 2015).

Desse modo, esse paciente está mais propenso ao risco de cometer suicídio, o qual representa atualmente a maior causa da mortalidade, sendo mais suscetível no primeiro ano após o diagnóstico, pois é quando os pacientes se encontram em situação de maior vulnerabilidade (SILVA et al. 2016). Sabe-se que o Brasil possui uma das maiores taxas de suicídio em números absolutos em todo o mundo. No período de 2011 a 2015, foram registrados 55.649 óbitos no país, com uma taxa geral de 5,5/100 mil habitantes, variando de 5,3 em 2011 a 5,7 em 2015, o que dá uma ideia da magnitude da situação que deve ser enfrentada (BRASIL, 2017).

O suicídio é um fenômeno social bastante complexo e é considerado um grave problema de saúde pública no mundo (WHO, 2014). Ainda assim, para além dos números de mortes supramencionados, é importante entender que o comportamento suicida, expresso em ideação e tentativas de suicídio, torna esta problemática ainda mais desafiadora, pois os aspectos que circunscrevem tal comportamento englobam questões biológicas, ambientais, psicológicas e sociais. Estima-se ainda, que a cada suicídio consumado, pelo menos seis pessoas são atingidas negativamente pelo ato fatal (BOTEGA, 2014; MINAYO et al. 2012).

Com isso, nos últimos anos, tem aumentado o interesse entre o efeito do estigma social do paciente com esquizofrenia e o bem-estar, bem como o autoestigma (estigma internalizado), o qual tem efeitos negativos nos componentes subjetivos e objetivos da recuperação em pessoas com transtornos mentais. Norman et al. (2011) e Yanos et al. (2008) observaram uma correlação entre o estigma e os sentimentos apresentados pelos pacientes, em que há uma associação entre o primeiro e desesperança e baixa autoestima condicionado aos piores desfechos na evolução, incluindo sintomas depressivos, evitação social e preferência por estratégias de enfrentamento evitativas.

Contudo, os estudos na literatura sobre esse tema ainda são escassos. Desse modo, o presente estudo pretende avaliar a relação entre a esquizofrenia com o risco de suicídio, através de uma revisão integrativa da literatura, de modo a colaborar com a diminuição dos estigmas sociais e/ou familiares que os portadores dessa patologia apresentam, melhorando o manejo clínico e terapêutico desses pacientes, bem como o suporte social para promover condições de vida adequada, menor sintomatologia e menos internações do que indivíduos que carecem de suporte social.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a relação entre a esquizofrenia com o risco de suicídio, através de uma revisão integrativa da literatura.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográficos dos sujeitos com esquizofrenia e risco ao suicídio;
- Identificar as características da esquizofrenia que podem levar ao suicídio;
- Correlacionar o perfil com as características da esquizofrenia ao risco de suicídio.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo que utilizou a pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa e natureza bibliográfica, com o intuito de coletar informações e registros relevantes na construção textual através de estudos científicos selecionados conforme os critérios de avaliação, no intuito de observar o risco de suicídio em pacientes esquizofrênicos por uma revisão integrativa. A questão norteadora dessa revisão foi "O ediagnóstico de esquizofrenia aumenta o risco de suicídio?".

Para a elaboração da revisão integrativa foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados: Scientific Electronic, Library Online (SciELO), Google Scholar e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS).

A estratégia de pesquisa desenvolvida para identificar os artigos incluídos e avaliados para este estudo baseou-se nos descritores contidos na lista dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e suas combinações no idioma português e inglês: ["esquizofrenia" AND "Schizophrenia", "suicídio" AND "suicide", "risco de suicídio" AND "suicide risk" e "sintomas depressivos" AND "depressive symptoms"] nos idiomas português ou inglês.

A inclusão foi realizada a partir de artigos completamente disponíveis nos idiomas citados, com livre acesso, publicados no período de 2012 a 2022 e conforme o tema proposto. Artigos de revisões, monografias, teses e dissertações, capítulos de livros, resumos expandidos em anais de congressos e normativas do Ministério da Saúde foram excluídos.

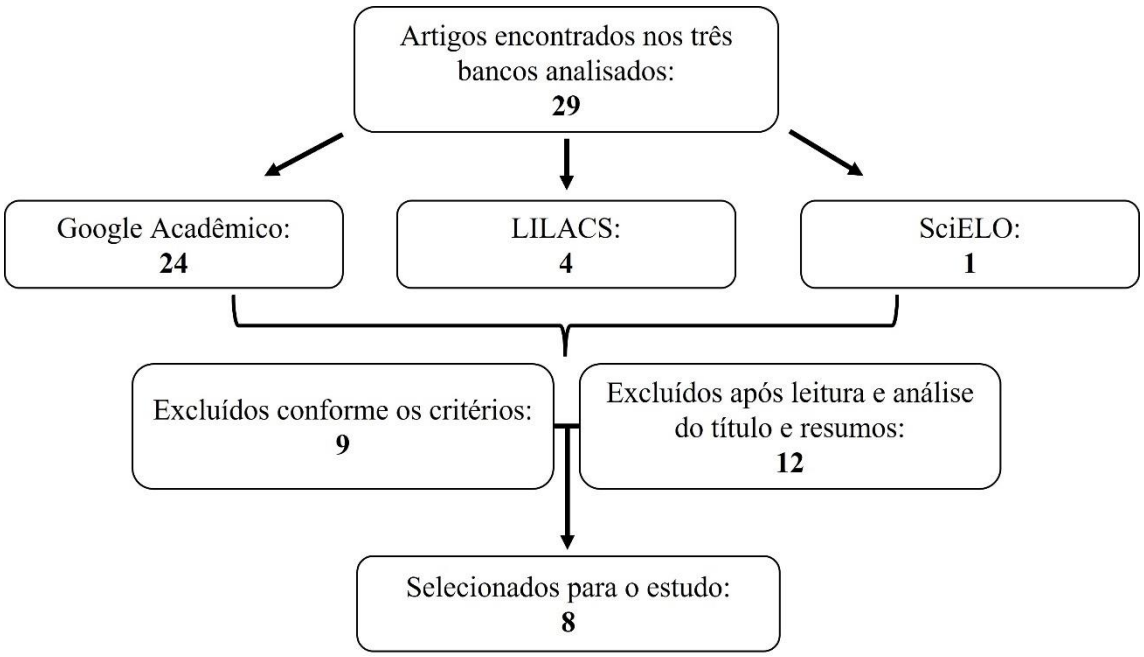
Os artigos selecionados para o estudo seguirão as seguintes etapas:

- Identificação conforme os critérios de inclusão;
- Leitura do título e resumo para analisar o enquadramento ou descartá-lo, caso não estivesse de acordo com a temática;
- Artigos em duplicidade em bancos de dados serão descartados.

Foram identificados 29 artigos científicos, sendo 24 identificados no Google Scholar, quatro no LILACS e um no SciELO. Desse total, foram nove excluídos,

baseados nos critérios, e, após a leitura e análise do título e resumos, restaram apenas 9 para compor este estudo (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação e seleção de artigos, seguindo o método de inclusão dos estudos incluídos na revisão no período de 2012 a 2022.

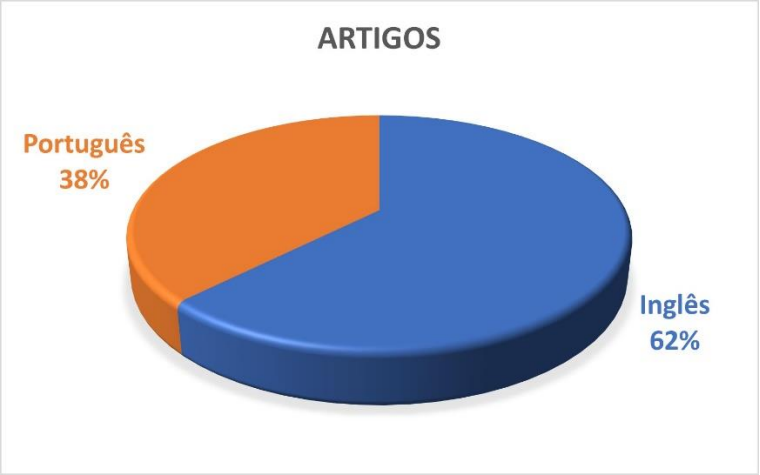


Fonte: Autores (2023).

4 RESULTADOS

Dos 29 artigos, com base no tema e encontrados nos bancos de dados selecionados, apenas oito foram utilizados para a construção do estudo. Desses, a maioria (5; 56%) estavam na língua inglesa (Gráfico 1).

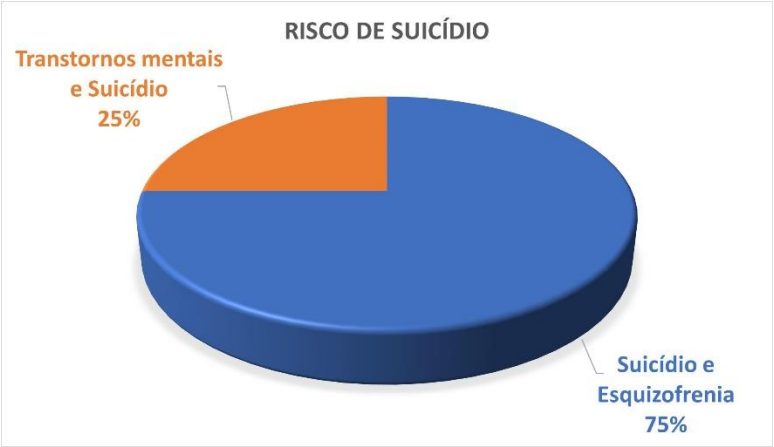
Gráfico 1 – Idioma dos artigos selecionados para o estudo.



Fonte: Autores (2023).

Também se observa que a maior parte dos artigos abordavam a associação da esquizofrenia ao risco de suicídio (7; 78%), com predomínio da língua inglesa (Gráfico 2; Tabela 1).

Gráfico 2 – Quantitativo dos artigos selecionados conforme a associação ao risco de suicídio.



Fonte: Autores (2023).

Tabela 1 – Artigos selecionados para a revisão de literatura de acordo com autor/ano, título do estudo, principais resultados e conclusão.

Autor/Ano	Título do estudo	Principais resultados	Conclusões
Witt, K.; Hawton, K.; Fazel, S. 2014	The relationship between suicide and violence in schizophrenia: Analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) dataset	- Maioria masculina (80,1%); - Investigação da suicidalidade: 493 (33,7%) tiveram ideação suicida, 162 (11,1%) ameaçaram suicídio e 85 (5,8%) tentaram suicídio; - Fatores de suicídio foram associados à violência. Mas a ideação suicida não estava associada à violência. - Os potenciais fatores de confusão não estavam associados com as tendências suicidas e violência para homens ou mulheres. - Também não houve mudanças materiais nas associações entre tendências suicidas e violência após ajuste para idade, depressão inicial, hostilidade, sintomatologia positiva ou escores de controle de impulso ruins em ambos os sexos.	Ameaças e tentativas de suicídio estão associadas ao aumentado de comportamento violento em uma amostra de 1.460 homens e mulheres com esquizofrenia. Mas a ideação suicida não foi significativamente associada à violência. Os resultados sugerem que certos comportamentos suicidas, e ameaças suicidas em particular, podem representar um fator de risco independente para violência na esquizofrenia.
Randall, J.R.; Walld, R.; Finlayson, G.; Sareen, J.; Martens, P.J.; Bolton, J. M. 2014	Acute Risk of Suicide and Suicide Attempts Associated With Recent Diagnosis of Mental Disorders: A Population-Based, Propensity Score–Matched Analysis	- Um total de 2.100 mortes por suicídio foi identificado entre os anos de 1995 e 2009 com 8.641 pessoas com tentativa de suicídio registradas. Tanto o suicídio quanto as tentativas de suicídio foram mais comuns nos 3 decis inferiores de renda. - Dados dos sujeitos: 74,3% do sexo masculino e 22,7% de todos os indivíduos eram casados; - As condições mais comuns entre os indivíduos que morreram por suicídio foram depressão, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias e esquizofrenia; - Todos os distúrbios tiveram um risco elevado de suicídio durante os primeiros 90 dias após o diagnóstico. Porém, depressão, ansiedade e demência aumentaram significativamente o risco durante o primeiro ano após o diagnóstico. Não houve diferença	Esses dados sugerem que vários transtornos mentais aumentam independentemente o risco de tentativas de suicídio e morte por suicídio após o controle de todos os transtornos mentais e fatores de risco demográficos.

		significativa nas chances de tentativa de suicídio entre os períodos de tempo para indivíduos com esquizofrenia.	
Tay-Teo, K.; Pezzullo, L.; Violin, B.B.; Dias, T.; Pititto, L.; Guarniero, F. 2014	O custo da recaída no tratamento da esquizofrenia no Brasil	- O custo total da recaída no tratamento da esquizofrenia no Brasil foi estimado em R$ 1,07 bilhão em 2013, sendo diretos - R$ 722,6 milhões (67,3% dos custos totais) e indiretos (R$ 351,6 milhões), relacionados a perda de produtividade decorrente de pessoas não empregadas, por mortes prematuras, custos de justiça penal, associados à ineficiência de precisar levantar impostos para a prestação de vários serviços e bem-estar.	Em 2013, havia aproximadamente 809.660 pessoas com esquizofrenia no Brasil, em que mais de 1.100 suicídios estavam associados ao transtorno. Considerando os significativos custos individuais, sociais e econômicos da recaída, é importante que as pessoas com esquizofrenia tenham acesso aos tratamentos que podem causar um impacto positivo na adesão à medicação e, consequentemente, na redução da recaída.
González-Rodríguez, A.; Molina-Andreu, O.; Navarro, V.; Gastó, C.; Penadés, R.; Catalán, R. 2014	Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior	- 31% dos indivíduos apresentavam transtorno depressivo comórbido, 22,7% relataram ideação suicida e 12,4% tentaram suicídio pelo menos uma vez. - Os homens apresentaram mais distúrbios comportamentais e sintomas depressivos no primeiro contato em comparação com as mulheres. - As taxas de cumprimento das consultas foram maiores nos homens do que nas mulheres (80 vs. 62%) no final do período de acompanhamento. - Não foram encontradas diferenças de gênero em relação à presença de comorbidade depressiva, ideação suicida ou comportamento suicida no acompanhamento.	O estudo não pode confirmar que os pacientes masculinos e femininos com DD diferem em idade de início, idade na primeira consulta psiquiátrica ou ideação e comportamento suicida, mesmo após o controle de possíveis fatores de confusão.
Fuller-Thomson, E.; Holliste, B. 2016.	Schizophrenia and Suicide Attempts: Findings from a Representative Community-Based Canadian Sample	- Prevalência de tentativas de suicídio: Aqueles com esquizofrenia foi de 39,2% em comparação com 2,8% de indivíduos sem esquizofrenia. - Um terço dos homens (33%) com esquizofrenia tentou suicídio em contraste com 2,2% dos homens sem esquizofrenia (p < 0,001). Quase metade das mulheres (47,3%) com esquizofrenia havia tentado suicídio em comparação com 3,5% das mulheres sem esquizofrenia (p <0,001). - Indivíduos não institucionalizados com esquizofrenia tiveram 15 vezes mais chances de tentar suicídio. - Quando o abuso de drogas e álcool foi incluído, as pessoas com esquizofrenia ainda tinham 13 vezes mais chances.	Sugere-se que indivíduos não institucionalizados com esquizofrenia são 6 vezes mais propensos do que indivíduos sem esquizofrenia a tentar o suicídio. A presença de sintomas depressivos, bem como adversidades na primeira infância, desempenhou um papel significativo na explicação das altas taxas de suicídio na população com esquizofrenia.
Nunes, P.P.; Amorim, L.; Delben, P.B.; Gusso, H.L.; Cruz, R.M. 2018.	Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com esquizofrenia atendidos em ambulatório de um hospital público.	- Predominância masculina (59,3%), idade média de 36 anos, tempo médio da doença 13 anos, tentativas de suicídio (0,0 – 1,0), maioria solteiro (72,2 %). - Episódios depressivos, risco de suicídio, síndrome psicótica atual e psicótica ao longo da vida foram maiores em homens do que em mulheres. - O escore dos sintomas negativos é maior. - O fármaco mais utilizado pelos participantes da pesquisa foi a clozapina (31,5%), seguido de olanzapina (28,7%), tanto para homens quanto para mulheres.	Concluiu-se que há maior predominância do sexo masculino e a maioria das pessoas com esquizofrenia é solteira. A maior parte dos participantes não trabalha, os sintomas negativos são os maiores em escores e o medicamento mais utilizado é a clozapina.
Borba, L.O.; Maftum, M.A.; Vayego, S.A.; Mantovani, M.F.;	Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no	- 63% eram do sexo feminino, 34,7% encontravam-se na faixa etária dos 40 aos 49 anos, 44,7% eram solteiros, 42% eram praticantes da religião católica, 59,4% tinham	O estudo mostrou adesão de 51% dos portadores de transtorno mental à terapêutica medicamentosa na saúde mental. O fator adesão associou-se

Cestari Felix, C. J.V.; Kalinke, L.P. 2018	tratamento em saúde mental*	mais de 8 anos de escolaridade, 38,4% estavam desempregados, 45% indicaram a renda familiar como principal fonte de renda, 85,3% residiam com familiares e 51% aderiram à terapêutica medicamentosa. - Os participantes do sexo masculino (1,47) e aqueles com renda individual inferior a um salário mínimo (0,51) aderiram mais ao uso do medicamento no tratamento. - Os participantes com depressão associada a outro transtorno mental aderiram 0,42 vezes menos em relação aos que tinham outro diagnóstico. Já os indivíduos com esquizofrenia aderiram 1,52 vezes mais comparados aos que tinham outro transtorno.	com as variáveis sexo, renda individual, histórico familiar de transtorno mental, percepção sobre sua saúde, diagnóstico de transtorno mental, tempo de doença e de tratamento no CAPS, tentativa de suicídio, deixar de tomar o medicamento alguma vez no último mês e participação da família.
Dai, O.; Wang, D.; Wang, J.; Xu, H.; Andriescue, E.C.; Wu, H.E.; Xiu, M.; Chen, D.; Zhang, X. 2021.	Suicide attempts in Chinese Han patients with schizophrenia: cognitive, demographic, and clinical variables	- 97 pacientes (10,68%) já haviam tentado suicídio pelo menos uma vez. - As taxas de tentativa de suicídio para pacientes do sexo masculino e feminino foram de 11,05% (82/742) e 9,04% (15/166). - Comparados com os que não tentaram, os que tentaram foram mais jovens e tiveram uma duração mais longa. - Os que tentaram tiveram maior psicopatologia geral e escores de fator de depressão no PANSS do que os que não tentaram. - Variáveis associadas às tentativas de suicídio: idade, o fator de depressão PANSS e tabagismo.	Uma taxa de tentativa de suicídio de aproximadamente 10% entre pacientes chineses Han hospitalizados com esquizofrenia. Os pacientes internados com esquizofrenia que tentaram suicídio eram, em média, mais jovens, mais propensos a fumar e apresentavam maior duração da doença, além de sintomas psicológicos e depressivos gerais mais graves.

Fonte: Autores (2023).

De acordo com a tabela 1, observa-se que a maioria dos estudos destacam o sexo masculino com abuso de substâncias com predomínio para os pacientes com esquizofrenia, em idade de 30 a 50 anos, com diagnóstico na fase adolescente. Esses pacientes também possuíam o maior risco ao suicídio. Contudo, quando o tratamento era correto e adesão eficaz, o risco reduzia, bem como as recaídas na terapêutica medicamentosa da esquizofrenia.

5 DISCUSSÃO

Sabe-se que o suicídio é um fenômeno multicausal, sendo resultado da interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais, atingindo todas as faixas etárias, com predominância entre indivíduos de 15 a 44 anos, em diversos países (BARBOSA E TEIXEIRA, 2021). Segundo a Organização Pan Americana (OPAS), a cada 40 segundos uma pessoa tenta tirar a própria vida, porém os dados contabilizados ainda são subestimados (CESCON et al., 2018; OPAS, 2016).

A literatura brasileira apresenta escassez de estudos que abordem o risco e/ou tentativa de suicídio ao paciente portador de esquizofrenia, pois a grande maioria, realizada no país, correlaciona com os transtornos mentais (BORBA et al., 2018; BATISTA et al., 2019; BARBOSA E TEIXEIRA, 2021).

Os estudos de Randall et al. (2014) e Dai et al. (2021), abordaram o suicídio e a tentativa de suicídio em pacientes com desordem mentais (depressão, transtornos por ansiedade, por uso de substâncias e esquizofrenia) e esquizofrenia, respectivamente em ambos os sexos. Observaram que a maior prevalência foi no sexo masculino, independente do diagnóstico ser recente ou antigo, sendo mais predominante no primeiro ano, e o fator depressivo ser um risco. De fato, nos últimos anos, percebeu-se uma associação entre o comportamento suicida e os quadros de transtornos psiquiátricos, tais como a depressão e esquizofrenia, ou mesmo ao abuso de álcool e outras drogas (CESCON et al., 2018).

Fuller-Thomson e Holliste (2016) notaram que as pessoas com esquizofrenia, quando utilizam drogas e álcool, tinham 13 vezes mais chances de tentativas de suicídio. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), fatores como

doença mental, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas, transtornos de personalidade e/ou esquizofrenia contribuem para o aumento no número de suicídios em todo mundo. Sabe-se que o Brasil, com taxas crescentes, ocupa o oitavo lugar entre os países que registram os maiores números absolutos de suicídios com 55.649 casos de mortes entre os anos de 2011 e 2015 (BRASIL, 2017).

Um dos fatores que podem contribuir para esse número elevado, com relação aos pacientes com transtornos mentais, é a não adesão ao tratamento, pelo uso irregular ou abandono da terapêutica medicamentosa e encontrados na prática clínica (Conti et al., 2012; Silva et al., 2012). Motivos como a dificuldade de acesso ao medicamento, a complexidade do regime terapêutico, a falta de suporte familiar, os efeitos colaterais, a crença de que a medicação é ineficaz, a falta de *insight* sobre o transtorno, a percepção de cura frente à remissão da sintomatologia e a dificuldade em lembrar de tomar o medicamento são preditores de má adesão (MIASSO et al., 2015; VEDANA et al., 2014).

De fato, Borba et al. (2018) observaram que pacientes com percepção de saúde regular e ruim, depressão associada a outro transtorno mental, o tempo de doença maior que 1 ano, que tentaram suicídio e deixaram de tomar o medicamento, mesmo de forma esporádica, aderiram menos vezes à terapêutica medicamentosa do que aqueles que não relataram nada citado anteriormente. Além disso, a participação da família aumentou em 1,54 vezes mais ao uso dos medicamentos em relação aos que não tiveram.

Soma-se a isso, o estudo de Tay-Teo et al. (2014) que notaram uma relação direta entre o aumento no custo do tratamento com a recaída na terapia medicamentosa da esquizofrenia. Esse estudo utilizou dados do DATASUS de 2013, em que o custo total da recaída no tratamento da doença foi estimado em R$ 1,07 bilhão, o que impõe um alto ônus ao sistema de saúde, principalmente aos hospitais. Em 2013, havia aproximadamente 809.660 pessoas com esquizofrenia no Brasil, com mais de 1.100 suicídios registrados associados ao transtorno. Esse número poderia ser reduzido se a terapêutica medicamentosa fosse utilizada de modo correto e com elevada adesão.

Sabe-se que as pessoas com esquizofrenia são particularmente vulneráveis à recaída nos primeiros cinco anos da doença, pois muitas vezes essas recaídas resultam em um declínio cognitivo adicional que pode ser permanente (TAY-TEO et al., 2014). Devido ao impacto negativo no prognóstico futuro, recaída subsequente e custos adicionais no tratamento, além de outros fatores importantes, esses indivíduos possuem um elevado risco de suicídio, quando comparado as outros transtornos mentais.

Witt et al. (2014) investigaram a ideação, ameaça e tentativa de suicídio em pacientes com esquizofrenia, notando que esses fatores, não diretamente significativo, estão relacionados com o aumento do comportamento violento entre homens e mulheres com esquizofrenia. Conley et al. (2007) relatam que sujeitos com esquizofrenia e depressão eram significativamente mais propensos a recaídas, a serem uma preocupação de segurança (violentos, presos, vitimizados, suicidas), têm maiores problemas relacionados a substâncias e relatam menor satisfação com a vida, funcionamento mental, relacionamentos familiares, e adesão à medicação.

Também González-Rodríguez et al. (2014) detectaram diferenças significativas entre os sexos nos motivos que levam à consulta, sendo os distúrbios comportamentais o motivo mais frequente em pacientes masculino com transtorno delirante do que nas mulheres (80 vs. 62%) no final do período de acompanhamento. De fato, os homens são mais vulneráveis e apresentam o maior quantitativo de participantes em pesquisas com esquizofrenia (NUNES et al., 2018; RANDALL et al. 2014, ALVARADO et al., 2012). Contudo, o prognóstico para mulheres é melhor em relação ao número de reinternações psiquiátricas, funcionamento social e evolução do quadro clínico (CHAVES, 2000).

O sexo masculino está mais sujeito aos sentimentos de desesperança, depressão e falta de expectativas. Um exemplo é que no estudo de Nunes et al. (2018) a maior parte deles estavam solteiros, os quais têm maior probabilidade de ficarem desse modo devido à idade de início da doença, o que diminui a qualidade de vida, tornando-os mais vulneráveis a cometer suicídio.

As mulheres apresentam as elevadas taxas em planejamento e tentativas de suicídio, enquanto os homens o ato consumado, que pode estar associado ao consumo excessivo de álcool, transtornos mentais, situação econômica não ativa, estado emocional de tristeza, crise no casamento e processo de divórcio, fatores estes que estão diretamente ligados com a desesperança e a ideação suicida, levando, assim, a sujeição maior ser masculina (VIEIRA et al. 2021; MARCOLAN E SILVA, 2019).

O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte no mundo, em que a maioria das vítimas sofre de algum transtorno psiquiátrico, como problemas depressivos, doença afetiva, drogadição e psicoses (esquizofrenia), sendo a última um dos transtornos psiquiátricos mais graves e desafiadores existentes atualmente no manejo clínico, especialmente para o médico psiquiátrica (AFONSO e DRAGO, 2020; ESTELLITA-LINS et al., 2006).

Portanto, faz-se necessário avaliações específicas, como a utilização de escalas ou instrumentos clínicos, para avaliar o risco de suicídio e sua correlação com a esquizofrenia com o objetivo de identificar sinais que podem levar ao desencadear da tentativa e auxiliar na tomada de decisões. Mas, para isso, é imprescindível aumentar as investigações sobre o tema, especialmente no Brasil, já que o estudo identificou escassez de dados sobre o assunto.

6 CONCLUSÃO

A maioria dos sujeitos presentes nos artigos selecionados eram homens com idade de 30 a 50 anos, com diagnóstico na fase adolescente, alguns associados ao perfil violento, abuso de substâncias e maior risco ao suicídio. Observou-se que o tratamento correto e adesão eficaz reduzia o risco de recaídas na terapêutica medicamentosa da doença, às tentativas de suicídio e aos custos com relação ao paciente. Além disso, a presença da esquizofrenia, podendo ou não estar associada a depressão, somado a falta do apoio familiar, social e dos profissionais da saúde, aumentavam o risco de suicídio nesse paciente. Assim, faz-se necessário mais estudos detalhados sobre o tema para contribuir no manejo clínico adequado e nos direcionamentos aos órgãos competentes sobre a contribuição do diagnóstico de esquizofrenia para o risco aumentado de suicídio.

7 REFERÊNCIAS

- Afonso, B.R. & Drago, M.C. (2020). Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de esquizofrenia e de seus familiares cuidadores. Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa. Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal. p. 27.

- Agostinho, F. R., Nardi, A. E., Quevedo, J. & Silva, A. (2015). Tratamento farmacológico da esquizofrenia: antipsicóticos de primeira geração. **Esquizofrenia: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed. p. 129-146.

- Alvarado, R., Torres González, F., Schilling, S., Alvarado, F., Domínguez, C. Küstner, B. M. & Aliste, F. (2012). Factors associated with unmet needs in individuals with schizophrenia in Chile. *Cadernos Saúde Coletiva,* 20(4): 466–472.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-5 – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. (5ª ed.). Porto Alegre. Artmed. 2014.

- Araújo, Á. C. & Lotufo-Neto, F. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista brasileira de terapia comportamental cognitiva*, 76(1):67-82.

- Araripe-Neto, A. G. de A. & Bessa-Diniz, E. J. (2020). Sintomas depressivos e o tratamento da esquizofrenia. *Medicina Interna de México*, 36(Supl 1): S32-S35, 2020.

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA ABP. (2014). Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) / Conselho Federal de Medicina (CFM). 2014.

- Barbosa, B. A. & Teixeira, F. A. F. C. (2021). Perfil Epidemiológico e Psicossocial do suicídio no Brasil. *Research, Society and Development*, 10 (5):e32410515097.

- Batista, F. V. C, Andrade, A. C., Alves, E. B., Zilli, M. H., Cardoso, R. C. S. (2019). Vigilância em foco: recomendações para minimizar o risco de suicídio entre pacientes hospitalizados. *Anais do II Simpósio Norte de Qualidade e Segurança do Paciente*, 07-45.

- Borba, L. O., Maftum, M. A., Vayego, S. A., Mantovani, M. F., Felix, J. V. C. & Kalinke, L. P. (2018). Adherence of mental therapy for mental disorder patients to drug health treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52: e03341.

- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3): 231-236.

- Bombassaro, T. (2020). **Perfil neuropsicológico de pacientes com esquizofrenia**. Dissertação de mestrado em Psicologia. Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Universidade Católica Dom Bosco. 2020. 54 p.

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Suicídio**. Saber, agir e prevenir, v.40, n. 38, 2017.

- Cescon, L. F., Capozzolo, A. A. & Lima, L. C. (2018). Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde e sociedade*, 27 (1), 185-200.

- Chaves, A. C. (2000) Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(1):21–22.

- Conley R.R., Ascher-Svanum H., Zhu B., Faries D.E. & Kinon B.J. (2007) The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res*., 90:186–197.

- Conti, V., Lora, A., Cipriani, A., Fortino, I., Merlino, L. & Barbui, C. (2012). Persistence with pharmacological treatment in the specialist mental healthcare of patients with severe mental dissorders. *Eur J Clin Pharmacol*., 68(12):1647-55.

- Estellita-Lins, C., de Oliveira, V.M. & Coutinho, M. F. C. (2006). Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio Psychê. Ano X; nº 18. São Paulo, p. 151-166.

- Dai, O., Wang, D., Wang, J., Xu, H., Andriescue, E.C., Wu, H.E., Xiu, M., Chen, D. & Zhang, X. (2021). Suicide attempts in Chinese Han patients with

schizophrenia: cognitive, demographic, and clinical variables. *Braz J Psychiatry*., 43(1):29-34

- Figueira, M. L., Sampaio, D. & Afonso, P. **Manual de psiquiatria clínica**. Lisboa: LIDEL; 2014.

- Fuller-Thomson, E. & Holliste, B. (2016). Schizophrenia and Suicide Attempts: Findings from a Representative Community-Based Canadian Sample. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2016:11.

- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W. & Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8):664–677.

- González-Rodríguez, A. Molina-Andreu, O., Navarro, V., Gastó, C., Penadés, R. & Catalán, R. (2014). Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*., 36:119–124

- Hamaideh, S., Al-Magaireh, D., Abu-Farsakh, B. & Al-Omari, H. (2014) Quality of life, social support, and severity of psychiatric symptoms in Jordanian patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5):455-465.

- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J. & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*,187:9-20, 2005.

- Laursen, T. M.; Nordentoft, M.; Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10: 425-438.

- Machado, F. P., Soares, M. H., Francisquini, P. D., Luis, M. A. V. & Martins, J. T. (2021). Fatores relacionados ao comprometimento psíquico e qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(5): e20190060.

- Marcolan, J. F. & Silva, D. A. (2019). O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M*, 4 (7), 31-44.

- Marder, S. R. & Galderisi, S. (2017). The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry*, 16(1): 14–24, 2017.

- Minayo, M. C. S., Meneghel, S. N. & Cavalcante, F. G. (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(10):2665-2674, 2012.

- Miasso A.I., Miamoto C.S., Mercedes B.P.C. & Vedana K.G.G. (2015). Adherence, knowledge, and difficulties related to pharmacological treatment for people with schizophrenia. *Rev Eletr Enf*,17(2):186-195.

- Mulholland, C. & Cooper, S. (2000). The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(3):169–177.

- Norman, R. M., Windell, D., Lynch, J., Manchanda, R. (2011). Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophrenia Research*, 133(1-3): 3-7.

- Nunes, P. L. P, Voltolini, C. B., da Silva, E. F. & Boleta-Ceranto, D. de C. F. (2020). Subtipos de esquizofrenia. *The Brazilian Journal of Health Review*, 3(5):12196-12199.

- Oliveira, S. E. H., Esteves, F. & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry Research*, 229(1-2):167–173.

- OPS (2016). Prevención de la conducta suicida/ Organización Panamericana de la Salud.

- Randall, J.R.; Walld, R.; Finlayson, G.; Sareen, J.; Martens, P.J.; Bolton, J. M. (2014). Acute Risk of Suicide and Suicide Attempts Associated With Recent Diagnosis of Mental Disorders: A Population-Based, Propensity Score–Matched Analysis

- Ruby, E., Polito, S., McMahon, K., Gorovitz, M., Corcoran, C. & Malaspina, D. (2014). Pathways associating childhood trauma to the neurobiology of schizophrenia. *Frontiers in psychological and behavioral science*, 3(1): 1.

- Sadock, B. J., Sadock, V. A. & Ruiz, P. **Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry**. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer; 2014.

- Sideli, L., Mule, A., La Barbera, D. & Murray, R. M. (2012). Do child abuse and maltreatment increase risk of schizophrenia? *Psychiatry investigation*, 9(2):87.

- Silva, T. F. C., Lovisi, G. M., Verdolin, L. D. & Cavalcanti, M. T. (2012). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. *J Bras Psiquiatr*., 61(4):242-51.

- Silva, A. M., dos Santos, C. A., Miron, F. M., Miguel, N. P.; Furtado, C. C. & Bellemo, A. I. S. (2016). Esquizofrenia: uma revisão bibliográfica. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 13(30):18-25.

- Silva, A.P., do Nascimento, E. G. C., Pessoa Júnior, J. M. & de Melo, J. A. L. (2019). Por trás da máscara da loucura: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da atenção básica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(1): 2-10.

- Siris, S. G. (2000). Depression in schizophrenia: Perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents. *American Journal of Psychiatry*,157(9):1379–1389.

- Vedana K.G.G. & Miasso A.I. (2014). The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. *Rev Latino Am Enfermagem*, 22(4):670-678.

- Tay-Teo, K., Pezzullo, L., Violin, B.B., Dias, T., Pititto, L. & Guarniero, F. (2014). O custo da recaída no tratamento da esquizofrenia no Brasil. *J Bras Econ Saúde*, 6(2):102-105.

- Vieira, M. T., Nunes, S. S., Anversa, E. T. R. & Flore, G. C. (2021). Fatores de risco de suicídio em homens e mulheres: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2):6474-6484.

- Witt, K., Hawton, K. & Fazel, S. (2014). The relationship between suicide and violence in schizophrenia: Analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention ffectiveness (CATIE) dataset. *Schizophrenia Research*, 154: 61–67.

- WHO (World Health Organization). **Schizophrenia.** Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia] Acesso 01 jan 2023.

- WHO (World Health Organization). **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO, 2014.

- Yanos, P. T.; Roe, D.; Markus, K. & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59: 1437-1442.