



ARTIGO ORIGINAL

Associação entre precocidade do trauma psíquico e tentativas de suicídio: uma experiência de pesquisa¹

**Association between precocity of psychic trauma and suicide attempts:
a research experience**

**Asociación entre precocidad de trauma psíquico y intentos de suicidio:
una experiencia de investigación**

Cleonice Zatti^a

Luciano Santos Pinto Guimarães^b

Andre Goettems Bastos^c

Lúcia Helena Machado Freitas^a

^a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (PPGPSQ) – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

^b Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Grupo de Pesquisa – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

^c Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (CIPT), Supervisão em Psicologia Clínica – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.

DOI 10.5935/2318-0404.20200017

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil

[...] uma agulhada num organismo desenvolvido é inofensiva; porém, se for numa massa de células no ato da divisão celular, promoverá uma profunda alteração do desenvolvimento daquele ser humano em formação.” (Freud, 1940)

Resumo

Experiências traumáticas na infância podem gerar sofrimento psicológico e aumento das vulnerabilidades e predisposições para posterior desenvolvimento de psicopatologias na vida adulta. Sintomas de comportamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio estão entre algumas das fortes possibilidades de manifestações. O presente estudo foi realizado em um hospital de emergência, em Porto Alegre/RS, e teve como objetivo principal estudar a correlação entre traumas na infância perpetrados por figuras parentais e a TS na adultez, em uma amostra de pessoas que internaram como sobreviventes de TS. Os resultados apontaram associação entre eventos traumáticos na infância e posterior tentativa de suicídio na vida adulta. Essa correlação realça o papel do trauma psíquico precoce no desejo de interromper a própria vida posteriormente. Fica visível a necessidade de compreensão das consequências dos traumas infantis, bem como a necessidade de serem pensadas intervenções precoces na infância e nos adultos vítimas de trauma. Novos estudos são sugeridos.

Palavras-chave: Tentativas de suicídio; Traumas na infância; Apoio social; Psicanálise; Psicologia da criança

Abstract

Traumatic childhood experiences can generate psychological distress and the increase vulnerabilities and predispositions for later development of psychopathologies in adulthood. Symptoms of self-defeating behaviors as well as suicide attempts are among some of the strong possibilities for manifestations. The present study was conducted in an emergency hospital in Porto Alegre/RS and its main objective was to study the correlation between childhood trauma perpetrated by parental figures and TS in adulthood, in a sample of people who were hospitalized as TS survivors. The results of the investigation pointed to the association between the presence of trauma in childhood and suicide attempts in adulthood. The results showed an association between traumatic events in childhood and subsequent suicide attempt in adulthood. This correlation highlights the role of early psychic trauma in the desire to interrupt their own lives later. The need to understand the consequences of childhood trauma and the need to think about early interventions in childhood and in trauma victims adults is visible. New studies are suggested.

Keywords: Suicide attempts; Childhood trauma; Social support; Psychoanalysis; Child psychology

Resumen

Las experiencias traumáticas de la infancia pueden generar angustia psicológica y el aumento de las vulnerabilidades y predisposiciones para el desarrollo posterior de psicopatologías en la edad adulta. Los síntomas del comportamiento autodestructivo y los intentos de suicidio se encuentran entre las mayores posibilidades de manifestaciones. El presente estudio se llevó a cabo en un hospital de emergencia, en Porto Alegre/RS, y su objetivo principal fue estudiar la correlación entre el trauma infantil perpetrado por figuras

parentales y TS en la edad adulta, en una muestra de personas que fueron hospitalizadas como sobrevivientes de TS. Los resultados mostraron una asociación entre eventos traumáticos en la infancia y el posterior intento de suicidio en la edad adulta. Esta correlación destaca el papel del trauma psíquico temprano en el deseo de interrumpir su propia vida más tarde. La necesidad de comprender las consecuencias del trauma infantil, así como la necesidad de pensar en las intervenciones tempranas en la infancia y en los adultos víctimas de trauma es visible. Se sugieren nuevos estudios.

Palabras clave: Intentos de suicidio; Trauma infantil; Apoyo social; Psicoanálisis; Psicología infantil

Introdução

O Rio Grande do Sul é um dos líderes em taxas de suicídio no Brasil, com índices que atingem o dobro da média nacional. Esses dados têm preocupado o governo estadual e intrigado pesquisadores em geral. O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde indica hipóteses explicativas relacionadas com exposição a agrotóxicos, desemprego e crises econômicas¹.

O suicídio pode ser contextualizado na história da civilização. A partir do pensamento de Santo Agostinho, na Idade Média, a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa, sendo que a ação passou ser compreendida como um crime, porque lesava os interesses da Coroa. Aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias, e os cadáveres eram penalizados. Ao final desse período, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o conhecimento médico assume um lugar privilegiado no controle da sociedade, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura². O suicídio também adentrou caminhos pelas tragédias gregas, passando também por peças de Shakespeare. No século XVIII, Goethe publicou *Os sofrimentos do jovem Werther*, e diversas pessoas se suicidaram na Europa, numa homenagem ao personagem.

Na Segunda Grande Guerra, em 1944, os pilotos japoneses receberam a denominação de “Kamikazes”. Foi uma tática de guerra do Império Japonês em que os pilotos promoviam ataques suicidas. Alguns dos pilotos-suicidas foram recrutados em universidades, isso porque, se difundia a ideia de que o suicídio era uma escolha e não imposição por parte do Império Japonês. Aproximadamente 2.000 mil pilotos suicidaram-se em ataques desse tipo³.

Com o passar dos séculos, brota a psicologia moderna, que traz a compreensão de que o suicídio é um problema de saúde mental associado a fatores psicológicos e ao impacto dos transtornos mentais⁴. Nele a intenção de morrer é interpretada como um “grito de socorro”, um pedido de ajuda.

Entretanto, as causas desencadeantes de uma tentativa de suicídio (TS) são múltiplas. Nos homens, a TS parece estar relacionada a motivos vinculados à masculinidade, ações de impulsividade e maior acesso aos meios letais violentos e/ou armas de fogo^{5,6}. Por outro lado, nas mulheres, os métodos de escolha são considerados

menos violentos, sendo o autoenvenenamento e a ingestão excessiva de medicamentos os mais frequentes^{7,8}.

Essas assimetrias nos desencadeantes e métodos utilizados nas TS, bem como as diferenças entre homens e mulheres, carregam algum significado que poderia ser pensado como uma expressão da cultura em que tais estatísticas se inserem. Nesse sentido, Meneghel & Moura (2018) referem que, por exemplo, as altas taxas de mortalidade por suicídios no Rio Grande do Sul, estão localizadas sobretudo em regiões colonizadas pela cultura alemã. A ética protestante, o sofrimento no trabalho e a cultura germânica afetariam os pequenos agricultores que trabalham com o fumo. Em muitos casos, o suicídio é visto, nessa cultura, como um recurso usado para finalizar as dificuldades da vida⁹.

Recentemente, o Brasil se deparou com um fenômeno silencioso que invadiu diversas comunidades. Um “vírus” duplo que atacou famílias de forma sorrateira: Momo e o jogo Baleia Azul. Muitos casos de suicídio foram vinculados a esses “vírus”. Percebe-se visivelmente na clínica a preocupação dos pais em relação aos filhos com acesso livre aos aparelhos de celulares e suscetíveis ao “vírus”. A influência da internet e *bullying* e *cyberbullying* têm sido causa de TS e suicídios levados a cabo.

No ano de 2020, não podemos deixar de citar outro vírus que tem provocado inúmeras mortes. A COVID-19 adentrou as comunidades de forma repentina e modificou a maneira de convivência das pessoas, trazendo mudanças forçadas nos hábitos diários e impactos sociais, bem como traumas e perdas irreparáveis sociais e financeiras, com conseqüente aumento nos índices de desemprego e da desconfiança da população em relação aos governos. A COVID-19 não deu “avisos”. Todos os países sofreram e ainda estão sofrendo com as decisões políticas de combate à pandemia. Além da COVID-19, tem outro aspecto que preocupa as autoridades médicas: o suicídio. Notícias publicadas no final de março e início de abril de 2020 mostraram casos envolvendo COVID-19 e suicídio, por exemplo, o do médico francês que, ao receber a notícia de contaminação por COVID-19, cometeu suicídio¹⁰. Na Alemanha, o ministro das finanças tirou a própria vida devido a preocupações econômicas em virtude da pandemia¹¹. Na Itália, muitos profissionais da área da saúde foram infectados e pelo menos duas enfermeiras cometeram suicídio, uma delas por medo de ter passado a doença aos pacientes¹². E no Brasil existe uma cidade mineira onde o que mais aterroriza as pessoas é o suicídio, e não a COVID-19¹³.

Assim, é possível constatar que ao longo do tempo o suicídio e as TS mostram-se de forma complexa quanto as suas causas, momento histórico, religião, cultura, abrangendo uma ameaça ao viver. Uma questão levantada a partir do referencial psicanalítico, desde o início das observações de Freud, seguindo a evolução de autores clássicos e contemporâneos¹⁴⁻¹⁷, foi desvendando a importância negativa que o trauma na infância ocupa no psíquico, levando ao campo psicopatológico e, como parte deste, à tentativa de acabar a vida.

Na literatura, investigações que comparam traumas na infância em pacientes com TS e sem TS mostram que há risco aumentado significativo de uma pessoa realizar a tentativa de tirar a própria vida caso tenha sofrido eventos traumáticos na infância¹⁸⁻²⁰. Historicamente, estudos no campo psicanalítico também referenciaram que a dor psíquica proveniente dos traumas precoces pode ocasionar sérios danos nas etapas do desenvolvimento

humano, envolvendo prejuízos no desenvolvimento cognitivo e afetivo, e podendo levar a pessoa a ter uma atitude de violência contra si²¹.

Tendo em vista o problema de saúde pública que as tentativas de suicídio e o suicídio representam⁴, o presente estudo foi desenvolvido com base num banco de dados que avaliou os pacientes que ingressaram na internação de um hospital de emergência de grande porte na cidade de Porto Alegre/RS. A partir da hipótese amplamente descrita na literatura da relação entre traumas precoces e posterior TS, o estudo teve como objetivo principal estudar a correlação entre traumas na infância perpetrados por figuras parentais e a TS na adultez, em uma amostra de pessoas que internaram como sobreviventes de TS. Como objetivos secundários, buscamos estudar a relação dos traumas na infância perpetrados por figuras parentais com a qualidade da rede de apoio, bem como identificar perdas de figuras parentais na infância.

Métodos

Delineamento: estudo de caso-controle (28 casos; 56 controles) analisado a *post facto*, em pacientes adultos.

Cálculo amostral:

O cálculo amostral foi realizado com base no estudo de Roy (2011), que comparou traumas na infância em pacientes com TS e sem TS. O desvio-padrão da variável “trauma na infância” nos grupos com e sem TS foi de $\pm 3,24$ e $\pm 5,07$, respectivamente. Considerando um poder de 80% e nível de significância de 5%, usando uma proporção de 2 controles para 1 caso e com o objetivo de encontrar uma diferença de 3 pontos no escore geral do Questionário de Trauma na Infância (CTQ), o cálculo amostral foi de 84 sujeitos (56 controles e 28 casos). Tal cálculo foi realizado pelo WINPEPI versão 11.43.14^{19,20,22}.

A coleta foi realizada no Hospital de Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre/RS, durante o período de agosto de 2015 a março de 2016.

Critérios de inclusão e exclusão: Os casos incluídos foram aqueles de pacientes que ingressaram no Hospital por ter realizado uma TS e que aceitaram participar desta pesquisa. Foram excluídos aqueles que recusaram ou que não estavam responsivos verbalmente devido à gravidade do quadro clínico. O grupo controle formou-se com pacientes que ingressaram por outro motivo, balanceados por sexo e idade (classe de 10 anos para mais ou para menos).

Instrumentos:

a) Questionário de Trauma na Infância (CTQ): avaliação de abusos e traumas infantis através de cinco dimensões: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. O CTQ é composto por 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância, apresentadas em uma escala

Likert de cinco pontos. Os escores totais variam de 25 (ausência de qualquer trauma) a 125 (escore máximo para presença de todos os traumas). Para a aplicação, foi obtida licença da Person Education e os formulários originais em inglês foram adquiridos nos EUA²³.

b) Medical Outcomes Study (MOS): escala de apoio social que avalia as seguintes dimensões: apoio material, afetivo, emocional, informação e interação social positiva. Apoio material: provisão de recursos práticos ou ajuda material; afetivo: demonstrações físicas de amor e afeto; emocional: capacidade da rede social em atender às necessidades individuais em relação a problemas emocionais; informação: pessoas que aconselham, informam e orientam; interação social positiva: saída com pessoas para relaxar e se divertir. É composto por 21 perguntas, apresentadas em uma escala Likert de cinco pontos²⁴.

Aspectos éticos

O estudo foi regido pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com o seguinte registro: 44823315.1.0000.5327, via plataforma Brasil, aprovado em 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA. Contém a aprovação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS com o parecer de número 1.180.317, relatado em 30 de junho de 2015. Os Comitês de Ética foram informados sobre os dados obtidos neste trabalho.

Análise estatística

As variáveis quantitativas foram representadas por média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartil, segundo os resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Foi realizada a correlação de Pearson para verificar o grau de associação entre os domínios dos instrumentos Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e Medical Outcomes Study (MOS) discriminados pelos fatores grupo e sexo. Quando significativa, a intensidade da correlação pode ser classificada como: 0 – 0,3 = fraca; 0,4 – 0,6 = regular; 0,6 – 0,9 = forte; e 0,9 – 1,0 = muito forte²⁵.

Resultados

A amostra (n=84) obteve uma distribuição semelhante em relação ao gênero (M/F = 46,4%/53,6%) e idade com média de 35,6 anos (DP=12,8; min: máx = 19:71 anos). Estavam empregados 61,9% e 27,4% estavam desempregados, sendo que 79,8% residiam na cidade de Porto Alegre/RS (PoA). Os grupos foram pareados pela idade e sexo, portanto as médias nos grupos foram iguais, inclusive os anos de estudo (casos: 9,7; controles: 10,1). Os valores para mínimo e máximo para os casos foram de [2,0 - 17,5], respectivamente [1,0 - 25,0] para os controles (tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos

		Total (n = 84)		Controle (n=56)		Caso (n=28)	
		n (%)		n (%)		n (%)	
Gênero ¹	Masculino	39 (46,4)		26 (66,7)		13 (33,3)	
	Feminino	45 (53,6)		30 (66,7)		15 (33,3)	
Cidade ¹	Fora de PoA	17 (20,2)		12 (70,6)		5 (29,4)	
	PoA	67 (79,8)		44 (65,7)		23 (34,3)	
Situação Conjugal ¹	Sem Comp Fixo	30 (35,7)		20 (66,7)		10 (33,3)	
	Com Comp fixo	41 (48,8)		30 (73,2)		11 (26,8)	
	Viúvo	1 (1,2)		1 (100)		0 (0)	
	Separado	12 (14,3)		5 (41,7)		7 (58,3)	
Ocupação ¹	Desempregado	23 (27,4)		14 (60,9)		9 (39,1)	
	Empregado	37 (44,0)		28 (75,7)		9 (24,3)	
	Aposentado	6 (7,1)		4 (66,7)		2 (33,3)	
	Temporariamente afastado	9 (10,7)		4 (44,4)		5 (55,6)	
	Autônomo	6 (7,1)		5 (83,3)		1 (16,7)	
	Estudante	3 (3,6)		1 (33,3)		2 (66,7)	
		média (DP)	min-máx	média (DP)	min-máx	média (DP)	min-máx
Idade ²		35,6 (12,8)	19,0 - 71,0	35,6 (12,9)	19,0 - 66,0	35,4 (12,8)	20,0 - 71,0
Anos de estudo ²		9,9 (4,6)	1,0 - 25,0	10,1 (4,9)	1,0 - 25,0	9,7 (4,0)	2,0 - 17,5
Renda ³		2.000 [1.260 - 3.650]	0 - 33.0000	2.000 [1.250 - 3.650]	233 - 33.000	2.000 [1.360 - 3.500]	0 - 5.000

¹ representação por n (%); ² representação por média (DP); ³ representação por mediana [q1 - q3]

Tabela 2 – Correlação entre os domínios dos instrumentos Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e Medical Outcomes Study (MOS) discriminados por grupo e sexo

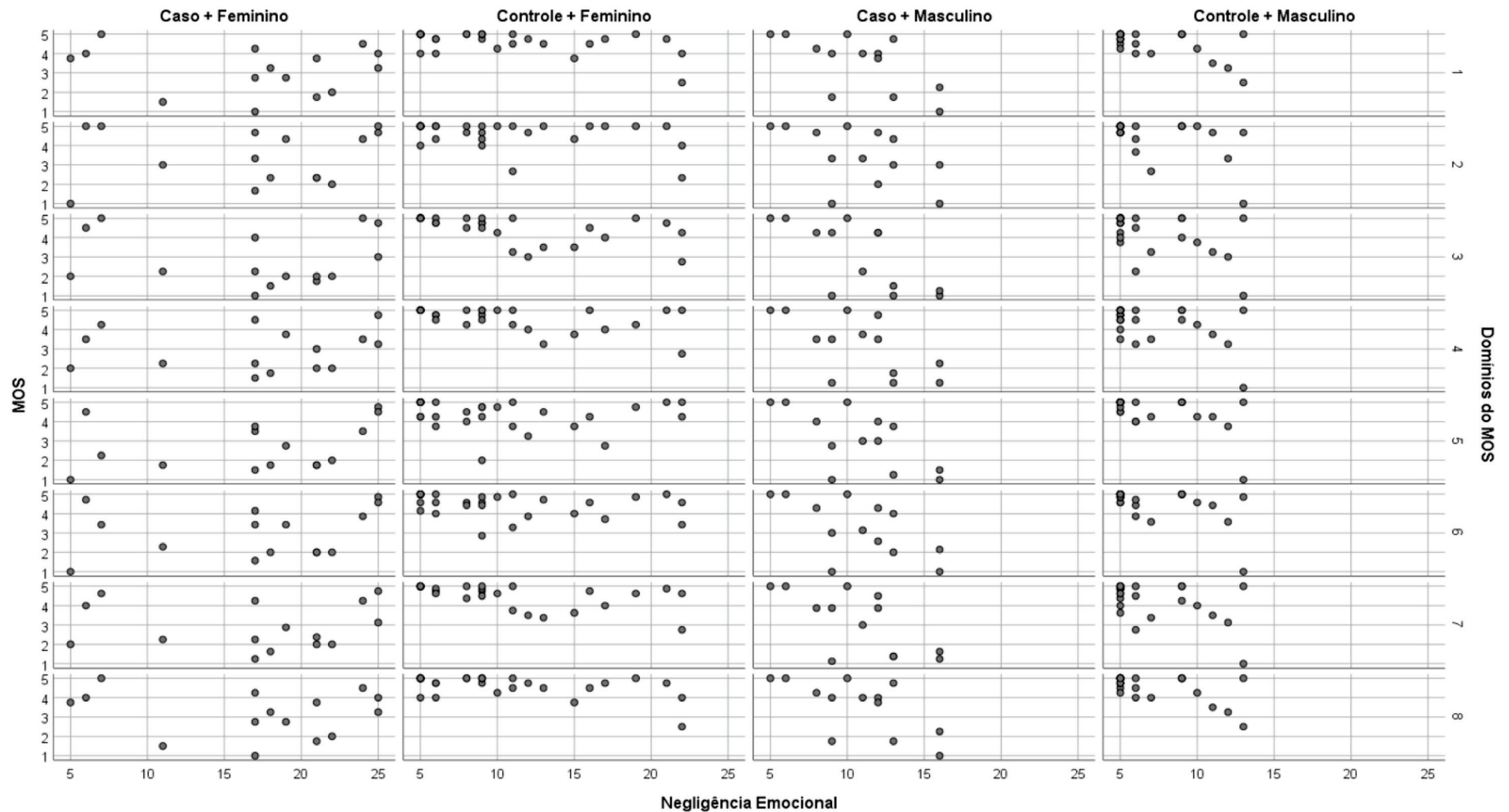
	Abuso Emocional	Abuso Físico	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Negligência Física
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Grupo Controle - Masculino (n=23)					
MOS Material	-0,242 (0,233)	-0,264 (0,193)	-0,007 (0,971)	-0,592 (0,001)	0,094 (0,649)
MOS Afetivo	-0,048 (0,815)	-0,203 (0,321)	0,035 (0,866)	-0,480 (0,013)	0,068 (0,741)
MOS Emocional	-0,150 (0,464)	-0,240 (0,237)	0,012 (0,953)	-0,516 (0,007)	0,028 (0,892)
MOS Informação	-0,078 (0,705)	-0,221 (0,279)	0,044 (0,833)	-0,477 (0,014)	0,105 (0,608)
MOS Interação Social Positiva	-0,098 (0,635)	-0,062 (0,763)	-0,009 (0,967)	-0,543 (0,004)	0,134 (0,514)
MOS_f1_Af_IntSoc	-0,078 (0,705)	-0,130 (0,525)	0,012 (0,955)	-0,532 (0,005)	0,108 (0,600)
MOS_f2_Em_Inf	-0,118 (0,567)	-0,233 (0,251)	0,027 (0,895)	-0,502 (0,009)	0,065 (0,753)
MOS_f3_Material	-0,242 (0,233)	-0,264 (0,193)	-0,007 (0,971)	-0,592 (0,001)	0,094 (0,649)

	Abuso Emocional	Abuso Físico	Abuso Sexual	Negligência Emocional	Negligência Física
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Grupo Controle - Feminino (n=27)					
MOS Material	-0,578 (0,001)	-0,463 (0,010)	-0,590 (0,001)	-0,512 (0,004)	-0,444 (0,014)
MOS Afetivo	-0,335 (0,070)	-0,328 (0,076)	-0,590 (0,001)	-0,354 (0,055)	-0,332 (0,073)
MOS Emocional	-0,481 (0,007)	-0,365 (0,047)	-0,510 (0,004)	-0,559 (0,001)	-0,457 (0,011)
MOS Informação	-0,570 (0,001)	-0,360 (0,051)	-0,505 (0,004)	-0,502 (0,005)	-0,663 (<0,001)
MOS Interação Social Positiva	-0,192 (0,309)	-0,133 (0,483)	-0,020 (0,918)	-0,158 (0,405)	-0,040 (0,834)
MOS_f1_Af_IntSoc	-0,304 (0,102)	-0,258 (0,169)	-0,305 (0,101)	-0,288 (0,122)	-0,193 (0,308)
MOS_f2_Em_Inf	-0,546 (0,002)	-0,379 (0,039)	-0,530 (0,003)	-0,557 (0,001)	-0,578 (0,001)
MOS_f3_Material	-0,578 (0,001)	-0,463 (0,010)	-0,590 (0,001)	-0,512 (0,004)	-0,444 (0,014)
Grupo Caso - Masculino (n=10)					
MOS Material	0,030 (0,923)	0,223 (0,465)	0,018 (0,954)	-0,640 (0,018)	-0,529 (0,063)
MOS Afetivo	-0,254 (0,403)	-0,027 (0,929)	0,217 (0,477)	-0,520 (0,068)	-0,744 (0,004)
MOS Emocional	-0,169 (0,582)	0,205 (0,502)	0,211 (0,490)	-0,698 (0,008)	-0,301 (0,318)
MOS Informação	-0,312 (0,300)	0,113 (0,713)	0,194 (0,526)	-0,631 (0,021)	-0,531 (0,062)
MOS Interação Social Positiva	-0,037 (0,905)	0,204 (0,503)	0,149 (0,627)	-0,656 (0,015)	-0,541 (0,056)
MOS_f1_Af_IntSoc	-0,131 (0,670)	0,110 (0,719)	0,182 (0,551)	-0,616 (0,025)	-0,644 (0,018)
MOS_f2_Em_Inf	-0,240 (0,429)	0,166 (0,588)	0,207 (0,497)	-0,682 (0,010)	-0,417 (0,156)
MOS_f3_Material	0,030 (0,923)	0,223 (0,465)	0,018 (0,954)	-0,640 (0,018)	-0,529 (0,063)
Grupo Caso - Feminino (n=12)					
MOS Material	0,110 (0,697)	0,179 (0,524)	0,186 (0,508)	-0,159 (0,572)	-0,211 (0,450)
MOS Afetivo	0,239 (0,391)	0,219 (0,433)	0,374 (0,170)	0,094 (0,739)	0,068 (0,809)
MOS Emocional	0,158 (0,574)	0,098 (0,727)	0,431 (0,109)	-0,072 (0,798)	-0,188 (0,501)
MOS Informação	0,259 (0,352)	0,202 (0,471)	0,361 (0,186)	0,092 (0,745)	-0,028 (0,921)
MOS Interação Social Positiva	0,441 (0,100)	0,381 (0,161)	0,390 (0,151)	0,299 (0,279)	0,065 (0,818)
MOS_f1_Af_IntSoc	0,364 (0,183)	0,320 (0,245)	0,398 (0,141)	0,214 (0,443)	0,069 (0,807)
MOS_f2_Em_Inf	0,211 (0,450)	0,150 (0,594)	0,420 (0,119)	-0,001 (0,997)	-0,124 (0,658)
MOS_f3_Material	0,110 (0,697)	0,179 (0,524)	0,186 (0,508)	-0,159 (0,572)	-0,211 (0,450)

r = correlação de Pearson

Conforme Tabela 2, que discrimina grupo e sexo, podemos verificar uma correlação negativa de intensidade regular na maioria das combinações das variáveis dentro do grupo controle feminino. Isso significa que quanto menor os escores do CTQ, maior é o escore de MOS, ou seja, nesta pesquisa mulheres que não sofreram abuso e/ou negligência na infância contaram com mais apoio social durante o desenvolvimento. Já na análise do grupo clínico feminino não identificamos nenhuma correlação significativa, ou seja, os escores não possuem força para estabelecer uma correlação entre as variáveis.

No sexo masculino, notamos que há escores baixos na variável negligência emocional e altos no apoio social. Esse comportamento aparece em ambos os grupos (Figura 1).



Legenda: Domínios do MOS: 1=Material; 2=Afetivo; 3=Emocional; 4=Informação; 5=Int. Soc. Positiva; 6=F1 Af Int. Soc.; 7=F2 Em Inf; 8=F3 Material.

Figura 1 – Quadro das relações entre os domínios dos instrumentos Questionário de Trauma na Infância (CTQ) e Medical Outcomes Study (MOS) discriminados por grupo e sexo

Discussão

É inerente à natureza humana passar por situações traumáticas em algum momento da vida. Durante os estágios do desenvolvimento, todos vivenciam crises vitais e acidentais. Acontecimentos traumáticos que excedem a capacidade de compreensão infantil ficam inscritos na vida psíquica e se manifestam de alguma forma a posteriori.

Aspectos traumáticos e suas consequências no aparelho psíquico foram estudados por muitos autores^{19,26}. Retomando a teorização freudiana sobre trauma, em 1920, temos como “traumáticas” quaisquer excitações excessivas provindas de fora que atravessam o escudo protetor psicológico e rompem essa barreira, o que ocasiona um distúrbio no funcionamento do organismo²⁷. Em 1940 (“Esboço de Psicanálise”), Freud traz uma metáfora comparando a consequência de um trauma psicológico ao de uma agulhada no embrião humano. O autor, através de uma analogia, diz que uma agulhada num organismo desenvolvido é inofensiva, contudo, se for numa massa de células no ato da divisão celular, suscitará uma profunda alteração na formação daquele ser humano²⁷. As consequências dos traumas na infância são proporcionais à precocidade de seu estado inofensivo, ficam ainda impressas na história de vida sob forma de vazios, vivências de desamparo e feridas abertas²⁸.

Na amostra de TS coletada no HPS, 28% das pessoas deixaram algum tipo de carta suicida ou enviaram mensagens por aplicativo de celular, ou seja, procuraram através da linguagem comunicar a dor psíquica, em um ato ambivalente obter ajuda, cessar a dor psíquica intolerável. Em muitos casos, as TS têm base em uma ausência de recursos psíquicos que possam dar uma contenção à dor psíquica. Prevalendo assim pulsão de morte que, para Freud (1920), é a busca por satisfação de impulsos agressivos e/ou destrutivos, visando à desunião da matéria e o retorno ao estado inorgânico. O impulso agressivo pode ser contra o outro ou contra si próprio.

No instrumento de medida de apoio social, em referência à amostra geral, o número médio de parentes considerados como suporte foi de 3,4 (DP=3,3). Já o número de amigos íntimos foi de 1,90 (DP=2,8). Em comparação às médias entre os grupos, somando parentes e amigos íntimos, o grupo controle possui maior média (média=6,6) do que o de casos (média=2,5) ($p<0,001$). Ou seja, os pacientes do grupo controle possuem mais suporte social, com maior probabilidade de serem mais ativos e interativos com o meio em que vivem. Para exemplificar a importância do suporte social, seguem algumas frases de pacientes em busca do falso alívio através de TS: P1: *Tentei suicídio porque sou sozinha na vida. Nunca tive filhos, estou com 71 anos e não tenho familiares.* P2: *Sofri bullying na minha infância! Me sinto sozinha, eu saio, bebo e na volta pra casa estou sempre sozinha!* P3: *Uso drogas, até presa já fui. Minha vida não tem mais sentido, sei lá... Não tomo mais meus remédios e só penso em me enforcar ou me esfaquear. Minha vida não tem sentido.* P4: *Passei Natal e Ano Novo sozinho, mais um ano sem minha mãe. Me sinto sozinho na vida.* P5: *Tu sabia que eu nasci de um estupro? O que tu acha que eu espero da minha vida?! Tive meus irmãos que foram estuprados também. Depois que me separei vivo na solidão.*

Buscamos compreender se a presença do apoio familiar ou de amigos íntimos aumentaria a proteção ao

risco de suicídio. A contagem de um parente e/ou amigo a mais diminui o risco de suicídio em 24%; tratando-se do “apoio material”, um ponto a mais diminui o risco em 80%. Cada ponto de “apoio afetivo” a mais diminui em 69% o risco de uma TS, já o “emocional” diminui em 55% ($p < 0,001$), e a dimensão do MOS “informação” protege 71% ($p < 0,001$). Quando relacionado o afetivo com a interação social, um ponto a mais protege em 70% ($p < 0,001$). Ao relacionarmos o emocional com a informação, ficou em 63% ($p < 0,001$). No estudo de validade de constructo do MOS, os autores afirmam que, quanto a associação entre número de parentes e amigos íntimos e apoio afetivo/interação social positiva, a chance de perceber alto apoio foi cerca de três vezes maior (OR = 3,3; IC95%: 2,2-4,9) entre aqueles que relataram um a dois amigos, e em torno de dez vezes maior (OR = 10,3; IC95%: 6,9- 15,4) entre aqueles que relataram oito ou mais, quando comparados àqueles que referiram nenhum parente ou amigo²⁴. Poderia então a presença do apoio social atual estar vinculada à presença de um objeto cuidador da infância? Ou seja, aquele que tem apoio social na vida adulta toma um resgate a suas vivências no ambiente e/ou qualidade dos objetos internos. Ou ainda o oposto disso: onde houve a falta de apoio social atual estaria representada a ausência de objetos cuidadores primitivos? O risco é maior, pois não há possibilidade de restauração de um objeto cuidador e de não representação do objeto cuidador primário no mundo psíquico atual.

Em termos de implicações clínicas, os pacientes com essas desordens e com história de trauma na infância devem ser avaliados cuidadosamente quanto ao risco de suicídio, bem como em relação a traços impulsivos e agressivos, que deverão ser tratados durante o acompanhamento psicológico, visando à prevenção de comportamentos suicidas²⁹.

Estudos que avaliaram o CTQ em relação com controles e casos, com e sem tentativas de suicídio, comprovaram que a média do CTQ em casos de TS é mais alta em relação ao grupo controle³⁰. Ao avaliarmos os abusos na infância em nossa amostra, o sexo feminino apresentou médias significativamente maiores que as médias do masculino nas variáveis: abuso emocional ($p < 0,001$), abuso físico ($p = 0,020$), abuso sexual ($p = 0,037$) e negligência emocional ($p < 0,001$).

Considerações finais

Este estudo apresenta algumas limitações. Estudos de correlação impedem que façamos ilações de nexos causais entre as variáveis, mas permitem que tenhamos novos conjuntos de hipóteses e problemas de pesquisas futuras. Além disso, estudos de bancos de dados sempre estão sujeitos a problemas de lançamentos de dados, o que pode levar a algumas distorções nos resultados. Métodos estatísticos apropriados tentaram minimizar essas distorções.

Todo ser humano possui interesse nos afetos e deseja o olhar e o amor do outro. A busca e a obtenção de prazer (carinho, cuidado, proteção) são aspectos libidinais. Algumas pessoas vivenciam experiências traumáticas com aqueles que deveriam gerar esses afetos, um acontecimento doloroso que acarreta uma turbulência emocional, ou ainda uma crise suicida. Nesse caso, ocorre um colapso existencial no sujeito

traumatizado. Conforme evidenciado pelos resultados do presente estudo, as situações de abuso ou negligência provocam uma dor psíquica intolerável, prejudicando inclusive, muitas vezes, o teste de realidade, ou, quando não prejudicado, elas atingem os mecanismos de defesa do sujeito. Esses “ecos” dentro do indivíduo podem provocar o desejo de interromper a vida. Através do acolhimento dessas vulnerabilidades se abririam caminhos para esse limbo existencial e se preencheriam os espaços para que o trauma não “ecoasse destrutivamente” no psíquico. Salientamos que a atenção preventiva também deve se dar quando observado o incremento de tendências à autodestruição transgeracional.

Agradecimento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, e o Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Referências

1. DATASUS; <http://www.datasus.gov.br>, acesso em 5 de novembro de 2019.
2. Berenchein Netto N. *Suicídio: uma questão de Saúde Pública e um desafio para a Psicologia Clínica*. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. O suicídio e os desafios para a Psicologia. Brasília; 2013.
3. Rodrigues PE. *Kamikazes*. (S/D) InfoEscola. Disponível em: <https://www.infoescola.com/segunda-guerra/kamikazes/>. Acesso em 11 de novembro de 2019.
4. WHO (World Health Organization). (Ed.). (2016). *Child maltreatment*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/> Acesso em: 15 de julho de 2019.
5. Meneghel SN, Victorab CG, Faria MNX, Carvalhod LA, Falke JW. *Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul*. Rev. Saúde Pública. 2004;38(6):804-810.
6. Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. *Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil*. Cad. Saúde Pública. 2009;24(9).
7. Botega NJ. *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Porto Alegre: Artmed; 2015.
8. Zatti C, Guimarães LSP, Soares MA, Neves JPT, Santana MRM, Calegaro V, Bastos AG, Freitas LH. *Relación entre apoyo social y trastornos mentales en pacientes ingresados por intento de suicidio en un hospital de emergencia*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 2018;64:261-272.
9. Meneghel SN, Moura R. *Suicide, culture and work in a German-colonized municipality in the South of Brazil*. Interface (Botucatu). 2018;22(67):1135-46.
10. Infectado pela covid-19, médico do Stade de Reims comete suicídio. Disponível em: <https://istoe.com.br/infectado-pela-covid-19-medico-do-stade-de-reims-comete-suicidio/> Acesso em: 13 de abril de 2020.

11. Ministro regional alemão atuante contra a covid-19 comete suicídio. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/afp/2020/03/29/ministro-regional-alemao-preocupado-com-a-covid-19-comete-suicidio.htm> Acesso em: 13 de abril de 2020.
12. Enfermeira italiana comete suicídio por medo de ter espalhado Covid-19 e causa comoção. Disponível em: <https://bhaz.com.br/2020/03/25/enfermeira-coronavirus-italia/> Acesso em: 13 de abril de 2020.
13. Em cidade mineira, onda de suicídio aterroriza mais que Covid-19. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/saude-br/em-cidade-mineira-onda-de-suicidio-aterroiza-mais-que-covid-19> Acesso em: 13 de abril de 2020.
14. Freud SS. *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In: freud, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 7. Rio de Janeiro: Imago; (1905[1901]/1990).
15. Ferenczi S. *Confusão de língua entre os adultos e a criança*. In S. Ferenczi, Obras Completas (Á. Cabral, trad., 2ª ed., Vol. 4, pp. 111-121). São Paulo: WMF Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933); 2011b.
16. Bion WR. *Elementos de psicanálise* (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1963); 2004.
17. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Trad. Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas; (1963/1982).
18. Zatti C, Rosa V, Barros A, Valdivia L, Calegari VC, Freitas LH, Ceresér KMM, Rocha NSD, Bastos AG, Schuch FB. *Childhood trauma and suicide attempt: A meta-analysis of longitudinal studies from the last decade*. Psychiatry Res. 2017;256:353-358.
19. Roy A. *Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk*. Journal of affective disorders. 2011;130:205-208.
20. Zatti C, Guimarães LSP, Soibelman M, Semensato MR, Bastos AG, Calegari VC, Freitas LHM. *The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil*. Trends Psychiatry Psychother. 2020;42(1):64-73.
21. Freud SS. *Além do princípio do prazer*. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XVIII, p. 13-78. Rio de Janeiro: Imago; (1920/1996).
22. Zatti C. (2017). Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164332/001026352.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
23. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. *Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire*. Revista de Saúde Pública. 2006;40(2):249-55.
24. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. *Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study: adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde*. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro. 2005;21(3):703-714.
25. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. 2ª reimpressão. Porto Alegre: Artmed; 2005.
26. Macedo MMK & Werlang BSG. *Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio*. Ágora. 2007;10(1):86-106.

27. Freud SS. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (J. Salomão, trad.) Esboço de psicanálise. Vol. XXIII – (4) *PARTE II – O Trabalho Prático*. Rio de Janeiro: Imago;1940/1996.
28. Mansilla NKR, Bento VES (2006). *Drogadição: tentativa de suicídio e/ou elaboração?* Revista do Departamento de Psicologia – UFF. 2006;18(2):11-28.
29. Park S, Hong JP, Jeon HJ, Seong S, Cho MG. *Childhood Exposure to Psychological Trauma and the Risk of Suicide Attempts: The Modulating Effect of Psychiatric*. Psychiatry Investig. 2015;12(2):171-176.
30. Hadland SE, Wood E, Dong H, Marshall BDL, Kerr T, Montaner JS, DeBeck K. *Suicide and History of Childhood Trauma Among Street Youth*. Affect Disord. 2012;136(3):377-380.

Contribuições: Cleonice Zatti – Aquisição de financiamento, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original;
Luciano Santos Pinto Guimarães – Análise estatística, Metodologia, Software, Validação;
Andre Goettems Bastos – Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Visualização;
Lúcia Helena Machado Freitas – Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Redação – Preparação do original, Supervisão, Visualização.

Correspondência

Cleonice Zatti

cleonice.zatti@outlook.com

Submetido em: 13/04/2019

Aceito em: 28/06/2020