

# Fatores de risco e proteção para sintomatologia depressiva e comportamento suicida em população geral

*Risk and protective factors for depressive symptoms and suicidal behavior in the general population*

*Factores de riesgo y protección para sintomatología depresiva y comportamiento suicida en población general*

**Giovanna Vallim Jorgetto<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-6910-4463

**João Fernando Marcolan<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-8881-7311

<sup>1</sup>Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

## Como citar este artigo:

Jorgetto GV, Marcolan, JF. Risk and protective factors for depressive symptoms and suicidal behavior in the general population. Rev Bras Enferm. 2021;74(Suppl 3):e20201269. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1269>

## Autor Correspondente:

Giovanna Vallim Jorgetto  
E-mail: gjorgetto1@gmail.com

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Fátima Helena Espírito Santo

Submissão: 27-12-2020    Aprovação: 30-01-2021

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a percepção dos participantes sobre fatores de risco e de proteção para sintomatologia depressiva e sua relação com comportamento suicida em população geral adulta. **Método:** Pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa, usando Análise de Conteúdo. Entrevistas com 200 participantes acima de 18 anos, domiciliados em Poços de Caldas/MG, entre janeiro de 2017 e outubro de 2018. **Resultados:** Fatores de risco foram tristeza, solidão, relações familiares problemáticas, perdas/dificuldades nos relacionamentos afetivos, desemprego/dificuldades financeiras, sintomatologia depressiva, piora na sensação de depressão, inabilidade para frustração, problemas na vivência da espiritualidade. Fatores de proteção foram família, relacionamentos afetivos e espiritualidade. Comportamento suicida foi relacionado à severidade da depressão, sentimentos de desesperança, comorbidades psiquiátricas e desemprego. **Considerações finais:** Percepção dos fatores de risco atrelou-se a problemas familiares, tristeza, perda de relacionamentos afetivos, desemprego, solidão e inabilidade em vivenciar frustrações; e os de proteção percebidos foram família e espiritualidade. Houve relação entre sintomatologia depressiva e comportamento suicida. **Descritores:** Depressão; Comportamento Suicida; Saúde Mental; Fatores de Risco; Fatores de Proteção.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the participants' perception of risk and protective factors for depressive symptoms and their relationship with suicidal behavior in a general adult population. **Method:** Exploratory-descriptive, qualitative research, using Content Analysis. Interviews with 200 participants over 18 years old, domiciled in Poços de Caldas/MG, between January 2017 and October 2018. **Results:** Risk factors were sadness, loneliness, problematic family relationships, losses/difficulties in emotional relationships, unemployment/financial difficulties, depressive symptoms, worsening of the feeling of depression, inability to frustration, problems in experiencing spirituality. Protective factors were family, emotional relationships, and spirituality. Suicidal behavior was related to the severity of depression, feelings of hopelessness, psychiatric comorbidities, and unemployment. **Final considerations:** Perception of risk factors was linked to family problems, sadness, loss of emotional relationships, unemployment, loneliness, and inability to experience frustrations; and the protective ones perceived were family and spirituality. There was a relationship between depressive symptoms and suicidal behavior. **Descriptors:** Depression; Suicidal Behavior; Mental Health; Risk Factors; Protection Factors.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar percepción de participantes sobre factores de riesgo y de protección para sintomatología depresiva y su relación con comportamiento suicida en población general adulta. **Método:** Investigación exploratorio-descriptiva, cualitativa, usando Análisis de Contenido. Entrevistas con 200 participantes adultos, domiciliados en Poços de Caldas/MG, entre enero de 2017 y octubre de 2018. **Resultados:** Factores de riesgo fueron tristeza, soledad, relaciones familiares problemáticas, pérdidas/dificultades en relaciones afectivas, desempleo/dificultades financieras, sintomatología depresiva, empeora en sensación de depresión, inabilidad para frustración, problemas en la vivencia de espiritualidad. Factores de protección fueron familia, relaciones afectivas y espiritualidad. Comportamiento suicida relacionado a la severidad de la depresión, sentimientos de desesperanza, comorbilidades psiquiátricas y desempleo. **Consideraciones finales:** Percepción de los factores de riesgo se relacionaron a problemas familiares, tristeza, pérdida de relaciones afectivas, desempleo, soledad e inabilidad en experimentar frustraciones; y los de protección percibidos fueron familia y espiritualidad. Hubo relación entre sintomatología depresiva y comportamiento suicida. **Descriptorios:** Depresión; Comportamiento Suicida; Salud Mental; Factores de Riesgo; Factores de Protección.

## INTRODUÇÃO

Estima-se que a depressão seja a segunda principal causa de anos de vida perdidos por incapacidade em todo o mundo (4,3%) e até 2030 ocupará a primeira causa de incapacidades e a segunda maior causa de anos vividos com incapacidade no mundo<sup>(1)</sup>, atingindo mais as mulheres (13,4%) do que os homens (8,3%)<sup>(2)</sup>.

A falha em detectar pacientes com níveis leves e moderados favorece o agravamento da depressão, com efeitos importantes sobre a capacidade para estudar, trabalhar e ter boa qualidade de vida<sup>(3)</sup>. A detecção de casos de depressão tem sido eficaz para diminuir o número de consultas subsequentes, encurtar a duração do episódio e atenuar seus efeitos em longo prazo<sup>(4-5)</sup>.

Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), atualmente cerca de 350 milhões de pessoas deverão sofrer de depressão<sup>(1)</sup>, sendo que esta apresenta em seu quadro grave, com ou sem sintomas psicóticos, íntima relação com o comportamento suicida<sup>(1)</sup>. Dados publicados pela OMS entre 2006 e 2010 apontaram também que o quadro clínico do transtorno depressivo grave é o fator que mais predispõe ao suicídio<sup>(2)</sup>.

O suicídio geralmente é o desfecho trágico de transtornos psiquiátricos como os transtornos afetivos, transtornos psicóticos e uso de substâncias psicoativas. Em quase 90% dos casos de suicídio, há o diagnóstico de transtorno mental ou de uso abusivo de substâncias psicoativas<sup>(1,6)</sup>.

A ideiação suicida sem tentativa de suicídio é mais comum do que as tentativas de suicídio em si, mas não deve ser subestimada, pois 17% dos pacientes com depressão grave tentam o suicídio pelo menos uma vez. A maior taxa de suicídios ocorre efetivamente entre pacientes com depressão<sup>(1,6)</sup>.

## OBJETIVO

Analisar a percepção dos participantes sobre os fatores de risco e de proteção para sintomatologia depressiva e sua relação com comportamento suicida em população geral adulta.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

A pesquisa deu-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, com parecer favorável, respeitada a legislação de pesquisa em seres humanos, conforme Resolução 466/12. Todos os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo do estudo, seus direitos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O anonimato foi preservado com uso de códigos (E1, E2, E3... E200).

### Referencial teórico-metodológico

Utilizou-se o referencial teórico da Análise de Conteúdo Temática<sup>(7)</sup>, que se traduz em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens.

## Tipo de estudo

Estudo exploratório-descritivo, qualitativo, pautando-se no referencial teórico da Análise de Conteúdo Temática<sup>(7)</sup>, com uso do *checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) como roteiro-chave para relato de pesquisa qualitativa, em população geral adulta da cidade de Poços de Caldas/MG.

## Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em uma cidade de médio porte do sul do estado de Minas Gerais, com estimativa de 167.897 habitantes e densidade demográfica de 305,9 habitantes por km<sup>2</sup><sup>(8)</sup>.

## Participantes do estudo

A população foi de moradores residentes e domiciliados na cidade de Poços de Caldas/MG, sendo os critérios de inclusão: participantes de ambos os sexos; ter idade acima de 18 anos; ser residente e domiciliado em Poços de Caldas/MG em tempo igual ou superior a 12 meses; e apresentar condições cognitivas para participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: ter idade inferior a 18 anos; ser residente e domiciliado em Poços de Caldas/MG por tempo inferior a 12 meses; não apresentar condições cognitivas de participar do estudo; e recusar a participação.

A amostra não probabilística e aleatória estratificada foi definida por conveniência em 200 participantes, escolhida aleatoriamente entre o centro e os três pontos cardeais da cidade (Sul, Leste e Oeste), mantida a proporção de 50 participantes por área geográfica. A quantidade de entrevistas foi dividida pela quantidade de bairros das regiões, com cuidado para que ocorresse divisão igualitária de participantes por bairro. Houve sorteio da rua de cada bairro, e a coleta teve início pelo número de residência mais baixo da rua. Depois de realizada a entrevista, a próxima abordagem foi realizada do outro lado da rua e, assim, sucessivamente, respeitada a alternância de duas casas entre um participante e outro. Não houve nenhuma desistência durante a aplicação da entrevista. Os dados foram coletados de forma aleatória nos dias da semana, inclusive sábado e domingo, durante a manhã, tarde e noite, com vistas à confiabilidade dos resultados obtidos.

## Coleta e organização dos dados

A coleta de dados se deu entre janeiro de 2017 e outubro de 2018. Os instrumentos para coleta de dados utilizados foram escalas psicométricas para sintomatologia depressiva, aplicadas na seguinte ordem: Inventário de Depressão de Beck, Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton e Escala de Avaliação para Depressão de Montgomery-Asberg. Para cada item delas, foi solicitado ao participante que respondesse qual alternativa descrevia melhor seus sentimentos na última semana, incluído o dia da pesquisa.

Passou-se a seguir a entrevista por meio da aplicação de questionário semiestruturado com itens formulados tendo como pressuposto o objetivo da pesquisa e referentes ao perfil

sociodemográfico dos participantes, dados a respeito de antecedentes de depressão e comportamento suicida e duas questões norteadoras de livre resposta que possibilitaram outras perguntas e abordagens de temas surgidos, que são: *Descreva quais os fatores que o senhor(a) acredita que possam colocá-lo em risco e os que podem protegê-lo para não ficar depressivo nem com comportamento suicida;* e *Descreva a sua percepção sobre a sintomatologia depressiva na relação com o comportamento suicida.*

As entrevistas aconteceram no domicílio do participante, de maneira reservada, o que garantiu o sigilo das informações. Foram audiogravadas para a transcrição na íntegra e tiveram duração média de uma hora e 30 minutos, sendo que, após as respostas, os indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio foram encaminhados às unidades de saúde. As entrevistas foram conduzidas pela autora principal do manuscrito, a qual passou por treinamento para essa aplicação, não apresentando nenhum contato prévio com os participantes.

### Análise dos dados

Os dados coletados por meio das entrevistas, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, foram codificados pela Análise de Conteúdo Temática<sup>(7)</sup>, contemplando as três fases: Pré-análise; Exploração do material;

e Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Foram determinadas duas categorias temáticas e unidades temáticas:

Categoria temática 1: Percepção dos participantes sobre a sintomatologia depressiva e comportamento suicida sob a ótica dos fatores de risco e proteção, contendo as unidades temáticas sobre a 1) Percepção dos fatores de risco à sintomatologia depressiva e comportamento suicida; e 2) Percepção dos fatores de proteção para a sintomatologia depressiva e comportamento suicida;

Categoria temática 2: Percepção dos participantes sobre a relação entre sintomatologia depressiva e comportamento suicida.

No tocante aos dados quantitativos referentes ao perfil socio-demográfico dos participantes, as significâncias estatísticas foram determinadas com base no teste exato de Fisher, considerando como estatisticamente significantes resultados com probabilidade de erro do tipo I, inferior a 5% ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

### Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo aspectos sociodemográficos de acordo com a presença ou não de sintomas depressivos detectados pelas escalas psicométricas.

**Tabela 1** – Caracterização socioeconômico-demográfica dos participantes com e sem presença de sintomas depressivos e análise estatística, Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil, 2019, N = 200

Variáveis	Total (%)	Presença de sintomas depressivos (%)	Ausência de sintomas depressivos (%)	Valor de p
Sexo				
Feminino	122 (61,0)	57 (78,1)	65 (51,2)	<b>&lt; 0,001</b>
Masculino	78 (39,0)	16 (21,9)	62 (48,8)	
Faixa etária				
18-28	43 (21,5)	12 (16,4)	31 (24,4)	0,174
29-39	52 (26,0)	22 (30,1)	30 (23,6)	
40-50	40 (20,0)	12 (16,4)	28 (22,0)	
51-61	26 (13,0)	14 (19,2)	12 (9,4)	
62-72	28 (14,0)	11 (15,1)	17 (13,4)	
73-83	11 (5,5)	02 (2,7)	09 (7,1)	
Cor				
Branca	168(84,0)	67 (91,8)	101 (79,5)	0,056
Parda	27 (13,5)	05 (6,8)	22 (17,3)	
Negra	05 (2,5)	01 (1,4)	04 (3,1)	
Religião				
Católica	138 (69,0)	47 (64,4)	91 (71,7)	0,196
Evangélica	43 (21,5)	18 (24,7)	25 (19,7)	
Sem religião	07 (3,5)	02 (2,7)	05 (3,9)	
Espírita	04 (2,0)	-----	04 (3,1)	
Adventista	02 (1,0)	02 (2,7)	-----	
Ateu	02 (1,0)	-----	02 (1,6)	
Não declarado	04 (—)	04 (—)	-----	
Estado civil				
Casado	124 (62,0)	39 (53,4)	85 (66,9)	0,156
Solteiro	40 (20,0)	15 (20,5)	25 (19,7)	
Divorciado	15 (7,5)	08 (11,0)	07 (5,5)	
Viúvo	14 (7,0)	06 (8,2)	08 (6,3)	
União estável	06 (3,0)	04 (5,5)	02 (1,6)	
Separado	01 (0,5)	01 (1,4)	-----	
Filhos				
Sim	153 (76,5)	67 (91,8)	86 (67,7)	<b>&lt; 0,001</b>
Não	47 (23,5)	06 (8,2)	41 (32,3)	

Continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Total (%)	Presença de sintomas depressivos (%)	Ausência de sintomas depressivos (%)	Valor de p
Quantidade de filhos				
1	49 (24,5)	19 (26,0)	30 (23,6)	0,860
2	92 (46,0)	32 (43,8)	60 (47,2)	
3	29 (14,5)	10 (13,7)	19 (15,0)	
4	19 (9,5)	09 (12,3)	10 (7,9)	
5	09 (4,5)	03 (4,1)	06 (4,7)	
Acima de 6	02 (1,0)	-----	02 (1,6)	
Escolaridade				
Analfabeto	03 (1,5)	01 (1,4)	02 (1,6)	0,001
Analfabeto funcional	02 (1,0)	-----	02 (1,6)	
Ensino fundamental incompleto	58 (29,0)	20 (27,4)	38 (29,9)	
Ensino fundamental completo	19 (9,5)	12 (16,4)	07 (5,5)	
Ensino médio incompleto	20 (10,0)	14 (19,2)	06 (4,7)	
Ensino médio completo	40 (20,0)	12 (16,4)	28 (22,0)	
Ensino superior incompleto	09 (4,5)	01 (1,4)	08 (6,3)	
Ensino superior completo	41 (20,5)	13 (17,8)	28 (22,0)	
Especialização	08 (4,0)	-----	08 (6,3)	
Quantidade de pessoas que residem no domicílio				
1	21 (10,5)	09 (12,3)	12 (9,4)	0,407
2	48 (24,0)	17 (23,3)	31 (24,4)	
3	53 (26,5)	14 (19,2)	39 (30,7)	
4	49 (24,5)	19 (26,0)	30 (23,6)	
5	16 (8,0)	09 (12,3)	07 (5,5)	
6	09 (4,5)	03 (4,1)	06 (4,7)	
7	04 (2,0)	02 (2,7)	02 (1,6)	
Com quem vive/mora				
Companheiro/marido/esposa/filhos	124 (62,0)	39 (53,4)	85 (66,9)	0,361
Filhos	36 (18,0)	14 (19,2)	22 (17,3)	
Amigos	11 (5,5)	05 (6,8)	06 (4,7)	
Irmãos(ãs)	07 (3,5)	03 (4,1)	04 (3,1)	
Netos(as)	06 (3,0)	03 (4,1)	03 (2,4)	
Sozinho	16 (8,0)	09 (12,3)	07 (5,5)	
Atividade laboral/Profissão				
Atividade não remunerada	51 (25,5)	20 (27,4)	31 (24,4)	0,163
Aposentado	37 (18,5)	14 (19,2)	23 (18,1)	
Trabalhador da indústria	15 (7,5)	06 (8,2)	09 (7,1)	
Trabalhador do comércio	16 (8,0)	04 (5,5)	12 (9,4)	
Empregados domésticos	08 (4,0)	01 (1,4)	07 (5,5)	
Profissional da educação	08 (4,0)	02 (2,7)	06 (4,7)	
Renda individual				
Não possui renda	23 (11,5)	22 (30,1)	01 (0,8)	< 0,001
Até 2 salários mínimos	75 (37,5)	34 (46,6)	41 (32,3)	
De 2 a 5 salários mínimos	76 (38,0)	15 (20,5)	61 (48,0)	
Acima de 5 salários mínimos	20 (10,0)	02 (2,7)	18 (14,2)	
Não informou	06 (3,0)	-----	06 (4,7)	
Renda familiar				
Não possui renda	10 (5,0)	-----	10 (7,9)	0,073
Até 2 salários mínimos	62 (31,0)	23 (31,5)	39 (30,7)	
De 2 a 5 salários mínimos	101 (50,5)	39 (53,4)	62 (48,8)	
Acima de 5 salários mínimos	27 (13,5)	11 (15,1)	16 (12,6)	
Desempregado				
Sim	23 (11,5)	22 (30,1)	01 (0,8)	< 0,001
Não	177 (88,5)	51 (69,9)	126 (99,2)	
Uso de rede social				
Facebook	177 (88,5)	50 (68,5)	127 (100,0)	< 0,001
Instagram	39 (19,5)	07 (9,6)	32 (25,2)	
Twitter	03 (1,5)	01 (1,4)	02 (1,6)	
Não possui	-----	21 (28,8)	-----	
Recreação/Lazer				
Estar com amigos	72 (36,0)	24 (32,9)	48 (37,8)	0,312
Passear	51 (25,5)	23 (31,5)	28 (22,0)	
Dançar	37 (18,5)	10 (13,7)	27 (21,3)	
Não possui	40 (20,0)	16 (21,9)	24 (18,9)	

Na Tabela 2, encontram-se elencados os dados referentes à presença e intensidade de sintomas depressivos, de acordo com os resultados da aplicação das escalas psicométricas para participantes com e sem diagnóstico prévio de depressão.

Destacamos que houve um terço dos participantes acima de 61 anos com escores positivos para sintomatologia depressiva, principalmente em intensidade leve e moderada, detectados pelas escalas psicométricas utilizadas neste estudo. O comportamento

suicida esteve presente em todos os participantes que tiveram sintomatologia depressiva apontada pelas escalas e de forma mais acentuada naqueles que apresentaram escores maiores nos grupos com níveis de intensidade moderada e grave.

**Tabela 2** – Presença e intensidade dos sintomas depressivos segundo as escalas psicométricas para depressão, Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil, 2020, N = 200

Variáveis	Total (%)	Presença de sintomas depressivos prévios (%)	Ausência de sintomas depressivos prévios (%)
IDB*			
Leve	37 (50,7)	34 (54,8)	03 (27,3)
Moderada	27 (37,0)	22 (35,5)	05 (45,5)
Grave	09 (12,3)	06 (9,7)	03 (27,3)
HAM-D*			
Leve	35 (47,9)	32 (51,6)	03 (27,3)
Moderada	27 (37,0)	23 (37,1)	04 (36,4)
Grave	11 (15,1)	07 (11,3)	04 (36,4)
MADRS*			
Leve	35 (47,9)	32 (51,6)	03 (27,3)
Moderada	27 (37,0)	23 (37,1)	04 (36,4)
Grave	11 (15,1)	07 (11,3)	04 (36,4)

Nota\*: IDB= Inventário de Depressão de Beck II, HAM-D= Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, MADRS= Escala de Depressão de Montgomery-Asberg.

Após a transcrição das questões norteadoras, os discursos dos participantes foram analisados; e, determinadas as unidades de registro com significado que abarcassem os objetivos propostos para este estudo e demais pontos de interesse. Dessa forma, emergiram duas categorias temáticas, sendo uma relacionada à percepção sobre os fatores de risco e proteção para a sintomatologia depressiva e comportamento suicida; e a segunda sobre a relação entre sintomatologia depressiva e comportamento suicida, conforme segue.

### **Categoria temática 1 – Percepção dos participantes sobre a sintomatologia depressiva e comportamento suicida sob a ótica dos fatores de risco e proteção**

#### **Unidade temática 1 – Percepção dos fatores de risco para a sintomatologia depressiva e comportamento suicida**

No que tange aos fatores de risco para a sintomatologia depressiva, emergiram, nos discursos, problemas em sua maior parte relacionados à dificuldade quanto aos vínculos e relacionamentos na família, agravados pelo uso de álcool e outras drogas e desemprego; tristeza e solidão relativas a questões sobre a ausência física de pessoas significativas e decepção concernente à relação afetiva; perdas reais e antecipatórias, sendo verbalizadas morte de pessoas significativas; retroalimentação dos sintomas depressivos; inabilidade para vivenciar frustrações ao longo da vida; e problemas com a espiritualidade.

No que se refere à solidão, constata-se que os discursos estiveram relacionados à incapacidade de viver só, atrelada a sentimento de culpa, prejuízo na interação social, ter família e não ter contato próximo com familiares, acentuado pela depressão instalada.

*Fico depressiva quando penso em ficar sozinha, sem ninguém.* (E13)

*O que vem me deixando depressiva, e já fui diagnosticada com depressão, é a falta de convivência com outras pessoas; acabo me*

*isolando e me afastando das pessoas, pois não consigo ficar perto de muitas pessoas. Não tenho vontade de morrer, pois acredito que não resolveria muita coisa, só aumentaria os problemas para toda minha família.* (E16)

*Quando me sinto sozinha, sentimento que tudo dá errado, sentimento de culpa. Quando tenho esses sentimentos, sinto vontade de sumir e morrer.* (E18)

*O que me deixa deprimida é quando me sinto sozinha, quando minha família não liga pra mim, não se importam se estou bem, se estou vivo ou morto.* (E71)

Com relação à tristeza, esta esteve ligada à dificuldade na realização das atividades de vida diária, ruminação de ideias, rejeição, desesperança, dor, frustrações nos relacionamentos afetivos, baixa autoestima e desesperança.

*Fico triste quando não consigo ao menos realizar as tarefas de casa, tenho vontade de morrer sim confesso... sinto aquele vazio dentro do peito.* (E10)

*Acredito que seja o nervosismo e tristeza. A pessoa vai colocando coisa na cabeça que não existe e vai ficando depressivo e triste. Muitas vezes, vem a vontade de morrer.* (E17)

*O que me deixa depressiva são algumas coisas que acontecem ao meu redor e vão me deixando triste, por exemplo quando me rejeitam e se afastam de mim, acredito que o problema seja eu, mesmo que não seja. Isso me deixa deprimida.* (E20)

*Ultimamente não tem nada que me deixa feliz. Simplesmente vivo. A vida me deixa deprimida.* (E23)

Emergiram dos discursos problemas nas relações familiares quanto ao uso de drogas por familiares próximos, separação e frustração de expectativas nos relacionamentos afetivos, problemas dos filhos e de relacionamentos com eles e problemas de saúde dos familiares.

*O que me deixa depressiva é ver a situação do meu filho nas bebidas, nas drogas, me faz ver o quanto o mundo é cruel.* (E6)

*O que me deixa depressiva é problemas em casa. Estou sofrendo com a separação do meu filho mais velho. Minha nora e as crianças estão sofrendo muito pela traição dele. Agora tá até morando com a outra mulher. Acho que esta mulher fez macumba pra ele.* (E19)

No conteúdo das falas abaixo, se destacam as perdas reais e antecipatórias ocasionadas pela morte (morte do filho, morte do marido por câncer, suicídio do pai, morte violenta do irmão, assassinato do ex-marido, medo de perder um ente querido).

*Tudo me deixa depressivo! Depois da morte do meu filho, estou cada dia mais triste. Acho que morrer seria o melhor pra mim e para todos. No momento nada está bom [...]. Agora não tem dia bom. Tudo triste e cinza.* (E7)

*Perda de alguém que gosto muito. Falta de alguém. Às vezes, dá vontade de chorar quando me lembro do meu irmão que foi assassinado. Ele faz muita falta.* (E11)

*Não me lembro mais quando fiquei feliz. Acho que tudo não tem graça. Depois que meu pai se suicidou não me lembro de ter ficado feliz mais. (E40)*

Questões relacionadas ao desemprego ou a dificuldades financeiras ou a ambos emergiram relacionados ao sofrimento psíquico, evidenciando-se preocupação com o sustento da família, contas atrasadas e privação de contato com filhos devido a dificuldades financeiras.

*Momentos difíceis na vida, como desemprego e falta de dinheiro para pagar todas as contas. (E43)*

*Ficar desempregado, porque tenho uma família para sustentar, e é muito ruim a gente ver que estão precisando de comida, roupa, sapato para nossos filhos e não poder dar. (E45)*

Ao analisarmos a conjuntura dos relatos dos participantes depressivos, eles referiram sintomas compatíveis com a retroalimentação do quadro depressivo, evidenciados pelos discursos pautados na perda de energia, ideação de culpa, pensamentos negativistas automáticos e isolamento social.

*Vejo que a depressão na vida da gente faz com que nada tenha sentido, então não vemos mais um futuro e só queremos dar um basta nisso, aí só pensava em tirar minha vida, pois achava que seria melhor assim e para todos. (E1)*

*A depressão é uma doença que destrói a gente por dentro, nada faz sentido em viver. Você não tem vontade de sorrir, de conversar. A gente não tem vontade de fazer nada. Nem coisas que fazíamos todos os dias, coisas pequenas. É muito triste passar por tudo isso, por isso dá vontade de morrer, de sumir, para você... se passa essas coisas ruins que acontecem com a gente. (E14)*

*Entendo que, quando a gente se sente em um beco sem saída, triste, desesperado e não vê esperança de melhora, surge sim a ideia de pôr fim em tudo. (E19)*

*O que me deixa depressivo é tudo... a minha incapacidade de não ter vontade de fazer nada, por não tomar medicação, não querer ver ninguém, de me sentir sozinha. (E38)*

*Depressão é ficar pensando nas coisas que já fez, porque fez e pelo tempo que perdi à toa. Queria muito voltar no tempo e corrigir meus erros. Não me acho capaz, me sinto dentro de uma bexiga e não consigo sair. (E50)*

*Fico depressiva quando me tranco muito em casa sem contato com outras pessoas diferentes. (E62)*

Houve também discursos que revelaram a falta de habilidade para vivenciar frustrações ao longo da vida.

*Se as coisas não saem como eu quero, fico muito mal. Aí me deprimi. (E44)*

*Quando quero as coisas e não consigo. Quando quero ter alguma e também não consigo, me sinto mal. (E49)*

*O que me deixa depressiva é quando não consigo ter as coisas que quero e resolver meus problemas. (E70)*

Alguns participantes elencaram problemas com a espiritualidade, mostrando a associação de que, quando há perda da espiritualidade e de sua ligação com o divino, as dificuldades emergem disso.

*O que me deixa depressiva é quando, sem querer, me afasto de Deus. (E66)*

*Uma coisa diabólica, inexplicável, dolorosa e que não pretendo voltar nunca mais. Perde a fé, e o demônio toma conta da sua vida. (E40)*

*Depressão não é de Deus. Só leva a gente para o mal. Quando a pessoa não está com Deus, acaba caindo nessa vontade de se matar e acabar com a própria vida, porque pensa que, se matando, todos os problemas e dificuldades acabaram. (E54)*

## **Unidade temática 2 – Percepção dos fatores de proteção para a sintomatologia depressiva e comportamento suicida**

Quanto à percepção dos participantes sobre os fatores de proteção para a sintomatologia depressiva, emergiram relatos referentes sobretudo à importância dos vínculos e relacionamentos familiares e afetivos saudáveis, contato social e exercício da fé.

As falas relacionadas à família e relacionamentos afetivos como fatores de proteção expuseram a necessidade de convívio harmônico entre os membros da família, filhos presentes no convívio diário, relacionamento prazeroso com o parceiro, estabilidade familiar e conseguir prover sustento da família.

*Eu fico feliz quando está tudo bem e consigo estar bem com os familiares. (E5)*

*Fico feliz quando a minha família está estabilizada. (E37)*

*Quando consigo ajudar meu marido com as contas... (E49)*

No tocante à percepção da espiritualidade, esta foi descrita na forma de fé em Deus, fortalecimento diário da fé, frequentar missas entre outros — algo que afasta ou ameniza o quadro depressivo e a ideação suicida.

*Estou firme com Deus e com fé e faço uso correto dos medicamentos... (E1)*

*O que me deixa feliz é ir à igreja. Isso me dá prazer. (E21)*

*A vontade de viver, ter Deus no coração, vida saudável, não ligar para que os outros falam, acredito ser a melhor maneira de ser feliz. Estar bem consigo mesmo e todos ao seu redor transmite bom humor. (E26)*

## **Categoria temática 2 – Percepção dos participantes sobre a relação entre sintomatologia depressiva e comportamento suicida**

Os participantes relataram sua percepção acerca da relação entre sintomas depressivos e comportamento suicida, permitindo averiguar o conhecimento deles sobre isso, e verificamos que o conteúdo expresso referiu-se às experiências pessoais

vividas, sendo estas alicerçadas na severidade da depressão e em sentimentos de desesperança, comorbidades psiquiátricas (síndrome do pânico e transtorno da ansiedade), que desencadearam ou agravaram o comportamento suicida.

Nos discursos, fica claro o senso de desenvolvimento do quadro depressivo e sua relação com o comportamento suicida, de que a morte é a solução diante do intenso sofrimento psíquico desencadeado pelos sintomas vivenciados.

*Sinto a depressão, é uma doença que não tem sentido, as pessoas julgam, mas não imaginam o quanto é difícil, ela acaba com a gente dia a dia. A vontade de se matar é porque a pessoa sente que seria um alívio, o fim para a doença, que na verdade acaba mesmo sendo o fim da vida de muitos. (E2)*

*Depressão é uma doença devastadora que acaba com a pessoa que está depressiva e com as pessoas que convivem com o depressivo. Torna-se tudo difícil, tudo complicado. Dá vontade de se trancar em um quarto escuro e não sair mais daquele lugar até você morrer e não dar mais sofrimento para ninguém. (E13)*

*A depressão é uma coisa sem explicação. Não sei falar, acho que não tem solução. Quando está muito forte como estou, com pensamento só pessimista, acho que não vale a pena mais viver porque não tenho prazer em desfrutar de nada fora do meu quarto. Só quero ficar trancada e pensando que poderia ser diferente se meu filho não tivesse se matado. Sei que tenho outro filho e não deveria estar desse jeito, pois ele também depende de mim, mas não consigo, estou tentando, mas, cada dia que passa, fico mais triste e com vontade de morrer. Não consigo sair disso, vivo à base de medicação para dormir. (E7)*

*Acho que a depressão é quando a pessoa perde o amor próprio; e, quando isso acontece, a pessoa se afunda, e surge a vontade de se matar. (E43)*

*A depressão é uma fraqueza, uma falha do ser humano; e, quando se encontra fraco e falha, surge a vontade de tirar a própria vida como forma de alívio. (E66)*

## DISCUSSÃO

A relação entre solidão, depressão e comportamento suicida é descrita na literatura uma vez que a solidão e depressão se configuram uma condição psicológica debilitante, caracterizada por um profundo sentimento de isolamento social, vazio e ameaça pessoal, pois consiste em um sentimento angustiante e desagradável, que acompanha a percepção de que as necessidades sociais não são atendidas pela quantidade ou qualidade dos relacionamentos existentes, a exemplo dos participantes que relataram solidão e depressão por não terem contato com familiares ou pessoas significativas<sup>(1,2)</sup>, a favorecer o comportamento suicida. A necessidade de estabelecer contato com outras pessoas é um dos mais fortes e constantes impulsos humanos, atrelados a sentimentos de inclusão, controle e afeição. Essa interação social com outros seres humanos é de extrema importância para a pessoa se desenvolver e sobreviver de forma psicologicamente saudável, uma vez que gera nela o sentimento de pertencimento<sup>(1,3)</sup>.

Outro fato importante a ser discutido é a retroalimentação que a solidão promove nos quadros depressivos, já que ela é um dos

fatores relacionados ao surgimento e agravamento dos sintomas depressivos e que também piora sobremaneira a sensação de depressão dos que já têm o transtorno em curso<sup>(1,6)</sup>, assim como o são os déficits em habilidades sociais<sup>(1,9)</sup>. A culpa não tratada adequadamente se torna importante fator desencadeador da sintomatologia depressiva e ideação suicida, pois traz consigo padrões negativos de pensamento<sup>(1,6,9)</sup>. Quando se trata de retroalimentação dos sintomas depressivos, os indivíduos deprimidos tendem a vivenciar as frustrações com intenso sofrimento psíquico, a piorar o quadro de depressão instalado<sup>(9)</sup>. Ainda, entende-se que, quando o indivíduo já se encontra deprimido, pode haver aumento da intensidade desses sintomas, que, por sua vez, piora o quadro geral da percepção dele diante da depressão, ou seja, ocorre a retroalimentação do quadro<sup>(3,10)</sup>.

No que tange à relação entre a rejeição e depressão, o sentimento de rejeição ou o medo de ser rejeitado é uma das experiências mais fortes e dolorosas que as pessoas enfrentam durante sua vida e tem o poder de comprometer a qualidade de vida<sup>(1,9)</sup>. Ressaltamos também que, pelas escalas, tivemos um terço dos participantes acima de 61 anos com sintomas depressivos, e mais da metade deles referiu doenças pré-existentes, tais como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia, experiências traumáticas repetitivas, estados de estresse crônicos (emocionais ou físicos ou ambos), perdas emocionais, perdas materiais, rejeição emocional, relacionamentos entre pais e filhos ou entre cônjuges com dinâmica disruptiva, desemprego, isolamento social, entre outros. Tudo isso é compatível com a literatura sobre a relação entre envelhecimento e rejeição, visto que, na atualidade, o envelhecimento associa-se a doenças e perdas, relacionando-se à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade, o que gera a base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, pela representação da morte, doença, afastamento e dependência<sup>(1-2,10)</sup>.

Quanto à relação entre frustrações vivenciadas ao longo da vida, tristeza e depressão, a frustração é uma ocorrência universal e comum a todas as pessoas conscientes das condições de sua existência: trata-se de algo necessário ao amadurecimento e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da personalidade, da relação do indivíduo com o mundo, com sua realidade, com os outros e consigo próprio<sup>(11)</sup>. O problema aparece quando tal frustração desencadeia tristeza crônica e ideação de culpa, o que apresenta clara relação com sintomas depressivos e ideação suicida<sup>(1,11)</sup>. Na relação entre tristeza desencadeada por baixa autoestima e sintomas depressivos, as evidências apontam que, na depressão, o participante faz constantes avaliações negativas de si mesmo, do mundo e do futuro<sup>(12)</sup>.

Sobre a questão da percepção de sintomas depressivos atrelada a problemas nos relacionamentos familiares, o convívio do participante com familiares usuários de álcool e drogas é desgastante, servindo de gatilho para quadros depressivos<sup>(13)</sup>. Conflitos conjugais, relações conflituosas, falta de apoio do companheiro e insatisfação conjugal apresentam também relação importante com altos índices de depressão e, por consequência, comportamento suicida<sup>(14)</sup>.

Quanto às perdas afetivas, estas são eventos traumáticos vivenciados pelos participantes ao longo da vida e que necessitam de tempo para serem elaborados, porém existem situações

em que elas se tornam mais traumáticas a quem as vivencia, a exemplo de morte de familiares por suicídio e assassinatos, que acabam por acentuar a intensidade do trauma e do sofrimento psíquico<sup>(14-15)</sup>. As perdas afetivas relacionadas à morte de familiares por suicídio desencadeiam no ente enlutado sentimento de culpa e questionamentos internos, sem respostas lógicas, e o forte estigma social com muita frequência domina o imaginário de pessoas próximas ao suicida, levando a intenso sofrimento psíquico<sup>(15)</sup>.

A percepção do indivíduo que não consegue suportar as frustrações do cotidiano, como ocorre nos relacionamentos afetivos, torna-se campo fértil para instalação de sintomas depressivos<sup>(14)</sup>.

No tocante à percepção de que o desemprego desencadeia depressão, essa relação é bem estabelecida na literatura, em que se constata relação de forma causal do desemprego prolongado, perda de status econômico e social, extrema pobreza e insegurança alimentar com estados depressivos crônicos bem como crises de depressão grave e comportamento suicida<sup>(13)</sup>. Em nosso estudo, vimos nos participantes, de modo significativo, o desemprego associado a baixa renda familiar (entre dois e cinco salários mínimos). Estudo realizado evidenciou que pessoas com renda inferior a três salários mínimos mensais ou desempregadas apresentaram cerca de 70% maior ocorrência de depressão comparativamente àqueles de maior renda<sup>(16)</sup>. Ressaltamos que a maioria dos participantes com sintomatologia depressiva detectada pelas escalas psicométricas referiu estar sem renda ou com esta de até dois salários mínimos.

Existe a questão para os que apresentam forte senso de religiosidade de que o afastamento de Deus gera punições, a exemplo de doenças de ordem física e psíquica, como a depressão e, por consequência, o comportamento suicida<sup>(17)</sup>.

Relativamente à percepção dos participantes acerca dos fatores de proteção para sintomatologia depressiva e comportamento suicida, a família surgiu como matriz da experiência social e escola de formação de vínculos afetivos que ocupa na psique dos participantes deste bloco o cerne do qual o significado existencial emana e o bem-estar emocional depende<sup>(18)</sup>. Estudos apontam que indivíduos com melhor suporte social ou familiar estariam menos predispostos a apresentar sofrimento ou transtornos mentais quando submetidos a eventos estressantes<sup>(3,18-19)</sup>; autores afirmam que famílias nas quais há estímulo para conversas sobre os problemas de seus membros e mais abertas a mudanças de opinião apresentam aspectos mais protetivos em relação à ocorrência de depressão e, por sua vez, do suicídio<sup>(18)</sup>. Isso, porque tais famílias atendem aos pré-requisitos de possuir alguém confiável para conversar sobre as dificuldades diárias e seus sentimentos, permitindo a eles acolhimento e crescimento pessoal<sup>(19)</sup>.

Quanto à questão da percepção da espiritualidade, estudos apontam sobre a relação entre bem-estar espiritual e transtornos mentais menores; e concluíram que a espiritualidade/religiosidade constituiu um fator inversamente correlacionado com transtornos psíquicos, a exemplo dos quadros depressivos de intensidade leve<sup>(1,3,17)</sup>. A religiosidade e espiritualidade oferecem senso de propósito e significado existencial e uma importante arma de resiliência ao sofrimento<sup>(17)</sup>. Os participantes foram unânimes em reconhecer o papel protetor da espiritualidade ou da religião; e, nesse sentido, a neurociência aponta que a prática

diária de oração ou meditação ou contemplação mística altera positivamente a neuroquímica cerebral, a promover sensações de paz, segurança, amparo e amor<sup>(20)</sup>.

Houve relatos consensuais dos participantes acerca da relação entre sintomatologia depressiva e comportamento suicida. Estudos evidenciam que a dificuldade de percepção adequada diante das causas da depressão e a falta de recursos internos emocionais para lidar com situações estressantes e difíceis são características de indivíduos depressivos e pioram conforme a intensidade do quadro, a gerar alteração da autocrítica e piora da sensação de sofrimento psíquico<sup>(1-2,6)</sup>. Como esses indivíduos retardam a busca por atendimento, então apresentam piora do quadro, com aumento considerável das chances de surgimento do comportamento suicida<sup>(6)</sup>.

Com relação à morte ser verbalizada como solução ante o intenso sofrimento psíquico desencadeado pelos sintomas vivenciados, deve-se destacar que tal perspectiva de morte surge nos quadros moderados e graves da depressão<sup>(3)</sup>. Entre os sentimentos característicos da depressão grave, temos o sentimento de impotência perante a vida e de que não há saída para a agonia psíquica sofrida, e isso é um gatilho para o comportamento suicida<sup>(1-3)</sup>.

Quanto à relação entre desesperança e comportamento suicida, esta é compreendida como um importante fator de risco<sup>(1)</sup>, pois configura-se por pensamentos autoderrotistas e uma visão pessimista e negativa diante do futuro, estando interligada à depressão<sup>(18)</sup>. O que observamos nos participantes de nosso estudo é o intenso efeito que a ausência de significado ou propósito de vida causa, com seu impacto corrosivo sobre o estado emocional, cognitivo e comportamental, a corroborar um estudo<sup>(20)</sup>. Por outro lado, é bem conhecida a associação entre transtornos de ansiedade e depressão<sup>(1-3)</sup>; pesquisas têm apontado que, em média, 70% dos indivíduos com depressão sofrem concomitantemente de ansiedade e cerca de 80% dos que têm ansiedade apresentam quadro associado à depressão<sup>(16,20)</sup>, uma vez que formam um circuito de retroalimentação entre ansiedade e depressão, servindo de gatilho à desesperança e desejo de morrer.

### Limitações do estudo

A limitação desta pesquisa se refere ao fato de retratar a realidade somente desta amostra (município de Poços de Caldas/MG), de modo que não é possível a generalização dos dados.

### Contribuição do estudo

Os dados são pioneiros: apresentam o panorama da sintomatologia depressiva e sua relação com o comportamento suicida em população adulta de Poços de Caldas/MG, o que permitirá aos gestores municipais a realização de planejamento para o enfrentamento das questões abordadas.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos fatores de risco pelos participantes esteve atrelada a problemas familiares, tristeza, perda de relacionamentos afetivos, desemprego, solidão e inabilidade em vivenciar

frustrações; e dos de proteção, relacionada à família e espiritualidade. A família foi apontada tanto para fatores de risco quanto para os de proteção, demonstrando sua influência como fonte de apoio mútuo, segurança e afeto. Houve relação entre sintomatologia depressiva e comportamento suicida.

## AGRADECIMENTO

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado concedida durante a realização da pesquisa.

---

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Suicide in the world: global health estimates [Internet]. Brussels, 2019[cited 2020 Dec 27]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>
2. World Health Organization (WHO). Preventing Suicide: a global imperative [Internet]. Brussels, 2014[cited 2020 Dec 27]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorder, Fifth Edition (DSM – V). Washington: DC; 2015. 948p.
4. Güngör BB, Akgül Aİ, Taymur İ, Demirci H, İnel A. Evaluation of eating attitudes, anger and impulsivity in atypical and non-atypical depression and assessment of comorbidity of binge eating. *Psychiatr Danub*. 2020;32(1):105-14. <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.105>
5. Marcolan JF. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 5):2343-2347. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256>
6. Marcolan J, Silva D. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Rev M. Estud Morte*. 2019;4(7):31-44. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44>
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 229 p.
8. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE). Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01-07-19, 2019. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100923.pdf>
9. Barroso SM, Andrade VS, Midgett AH, Carvalho RGN. Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(1):68-75. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000105>
10. Azeredo ZAS, Afonso MAN. Solidão na perspectiva do idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(2):313-24. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
11. Bolsoni-Silva A, Loureiro S. Anxiety and depression in Brazilian undergraduate students: the role of sociodemographic variables, undergraduate course characteristics and social skills. *CJAST*. 2015;5(3):297-30. <https://doi.org/10.9734/BJAST/2015/13004>
12. Muscatell KA, Dedovic K, Slavich GM, Jarcho MR, Breen EC, Bower JE, et al. Neural mechanisms linking social status and inflammatory responses to social stress. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2016;11(6):915-22. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw025>
13. Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(8):2543-54. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>
14. Costa FA. Mulher, trabalho e família: os impactos do trabalho na subjetividade da mulher e em suas relações familiares. *Rev Pret*. 2018;3(6):434-52. Available from: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15986>
15. Marback RF, Pelisoli C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Rev Bras Terap Cognit*. 2014;10(2):122-9. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>
16. Benach J, Vives A, Tarafa G, Delclos C, Muntaner C. What should we know about precarious employment and health in 2025? framing the agenda for the next decade of research. *Int J Epidemiol*. 2016;45(1):232-8. <https://doi.org/10.1093/ije/dyv342>
17. Avelar-González AK, Bureau-Chávez M, Durón-Reyes D, et al. Spirituality and religious practices and its association with geriatric syndromes in older adults attending to a geriatric's clinic in a university hospital. *J Relig Health*. 2020;59:2794–806. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00990-0>
18. Santos WS, Ulisses SM, Costa TM, Farias MG, Moura DP. A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. *Psicol Saúde Doença*. 2016;17(3):515-26. <https://doi.org/10.15309/16psd170316>
19. Bernard R, Sabariego C, Cieza A. Difficulties encountered by people with depression and anxiety on the web: qualitative study and web-based expert survey. *J Med Internet Res*; 21(10):e12514. <https://doi.org/10.2196/12514>
20. Shao R, He P, Ling B, Tan L, Xu L, Hou Y, et al. Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychol*. 2020;8:38. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00402-8>