

*VIVIANE FRANCO DA SILVA*

**IDEAÇÃO SUICIDA:**

Um estudo de caso-controle na comunidade

*CAMPINAS*

*2006*

**VIVIANE FRANCO DA SILVA**

**IDEAÇÃO SUICIDA:**

Um estudo de caso-controle na comunidade

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de concentração em Saúde Mental.*

**ORIENTADOR: PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA**

**CAMPINAS**

**2006**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Si38i Silva, Viviane Franco da  
Ideação suicida: um estudo de caso-controle na comunidade /  
Viviane Franco da Silva. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Neury José Botega  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Suicídio. 2. Estudos de Casos e Controle. 3. Saúde Mental.  
I. Botega, José Neury. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Suicide ideation – case control study**

**Keywords:** • Suicide  
• Case control study  
• Mental Health

**Área de concentração : Saúde Mental**

**Titulação: Mestrado em Ciências Médicas**

**Banca examinadora: Prof Dr Neury José Botega  
Prof. Dra. Blanca Guevara Werlang  
Prof Dr Paulo Dalgarrondo**

**Data da defesa: 10-10-2006**

# **Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

**Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Neury José Botega**

## **Membros:**

**1. Profa. Dra. Blanca Guevara Werlang**

**2. Prof. Dr. Paulo Dalgarrondo**

**3. Prof. Dr. Neury José Botega**

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 10/10/2006**

***DEDICATÓRIA***

*Aos meus pais*

*Que puderam compreender na distância a  
minha forma de crescer.*

*Por todo amor que existe no espaço entre a saudade  
e a permissão para a viagem.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

Agradeço aos que, direta ou indiretamente, têm deixado suas marcas na minha formação:

Ao meu orientador, Prof. Dr. Neury José Botega a sua disponibilidade, cuidado e destreza ao ensinar e deixar aprender, ao pensar junto e deixar livre para pensar.

Às Prof. Dra. Helenice Bosco de Oliveira, Prof. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros e Prof. Dra. Letícia Marín-León pelas valiosas contribuições ao entendimento da epidemiologia e estatística.

Ao Prof. Dr. Egberto Turatto e Profa. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo, pela participação no processo de qualificação, ampliando as possibilidades de entendimento e estimulando novas incursões.

À Prof. Dra. Marisa Lúcia Fabrício Mauro, sempre pronta para ajudar, contribuindo valiosamente à qualificação e atenciosa revisão do manuscrito.

Ao Prof. Dr. Cláudio Eduardo Miller Banzato pelo incentivo a outras leituras e à visão da psiquiatria pelos olhos da literatura.

Ao Prof. Wolgrand Vilela, a serenidade de um grande mestre, um exemplo sempre presente.

Ao João, meu amor, por me levar aos seus lugares e viajar comigo por onde eu ainda quero ir.

A minha irmã, Cecília, porque vê-la crescer e superar limites tem sido um grande estímulo.

Aos meus amigos-irmãos distantes Valéria e Marcelo, sempre presentes na minha vida.

*“Alguns se atiram da janela, outros se afogam, tomam pílulas; muitos mais morrem em algum acidente; e a maioria de nós, a grande maioria, é devorada por alguma doença ou, quando temos muita sorte, pelo próprio tempo. Existe apenas isto como consolo: uma hora, em um momento ou outro, quando, apesar dos pesares todos, a vida parece explodir e nos dar tudo o que havíamos imaginado, ainda que qualquer um, exceto as crianças (e talvez até elas), saiba que a essa seguir-se-ão inevitavelmente muitas outras horas, bem mais penosas e difíceis. Mesmo assim, gostamos da cidade, da manhã, e torcemos, como não fazemos por nenhuma outra coisa, para que haja mais.”*

**Michael Cunningham – As Horas**

	<i>PÁG.</i>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xxix</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxxiii</i>
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	<i>37</i>
<b>1.1- Comportamento suicida</b> .....	<i>40</i>
<b>1.2- Ideação suicida</b> .....	<i>43</i>
<b>1.3- Progressão entre as etapas do comportamento suicida</b> .....	<i>48</i>
<b>1.4- Ideação suicida e intervenções de prevenção do suicídio</b> .....	<i>55</i>
<b>1.5- Ideação suicida e depressão</b> .....	<i>59</i>
<b>1.6- Por que estudar ideação suicida na comunidade?</b> .....	<i>61</i>
<b>1.7- Projeto SUPRE-MISS</b> .....	<i>63</i>
<b>2- OBJETIVOS E HIPÓTESES</b> .....	<i>65</i>
<b>2.1- Objetivo</b> .....	<i>67</i>
<b>2.2- Hipóteses</b> .....	<i>67</i>
<b>3- MÉTODO</b> .....	<i>69</i>
<b>3.1- Sujeitos</b> .....	<i>71</i>
<b>3.2- Tamanho da amostra</b> .....	<i>71</i>
<b>3.3- Estratégia da amostra</b> .....	<i>72</i>
<b>3.4- Instrumentos</b> .....	<i>74</i>
3.4.1- Variáveis sociodemográficas.....	<i>74</i>
3.4.2- Variáveis relacionadas à família.....	<i>75</i>

3.4.3- Variáveis relacionadas à religião.....	75
3.4.4- Variáveis relacionadas à saúde mental.....	75
3.4.4.1- SRQ-20.....	76
3.4.4.2- AUDIT.....	77
3.4.4.3- Uso de drogas ilícitas na vida.....	77
3.4.4.4- Tratamentos em saúde mental.....	78
3.4.4.5- Dificuldades emocionais.....	78
3.4.5- Variável relacionada aos problemas físicos.....	79
3.4.6- Variável relacionada à percepção de solidariedade.....	79
<b>3.5- Procedimentos.....</b>	<b>79</b>
<b>3.6- Análise estatística.....</b>	<b>80</b>
<b>4- RESULTADOS.....</b>	<b>81</b>
<b>5- DISCUSSÃO.....</b>	<b>91</b>
<b>5.1- Estudos de caso-controle.....</b>	<b>96</b>
<b>5.2- Inquérito populacional.....</b>	<b>100</b>
<b>5.3- Discussão dos resultados.....</b>	<b>102</b>
<b>5.4- Implicações gerais/clínicas.....</b>	<b>110</b>
<b>5.5- Implicações / sugestões para pesquisa.....</b>	<b>112</b>
<b>6- CONCLUSÕES.....</b>	<b>115</b>
<b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>119</b>
<b>8- ANEXOS.....</b>	<b>133</b>
<b>Anexo I- Questionário supre-miss comunidade.....</b>	<b>135</b>
<b>Anexo II- Termo de consentimento pós-informação.....</b>	<b>145</b>

<b>Anexo III-</b> Aprovação pelo Comitê de Ética.....	147
<b>Anexo IV-</b> Escala de Beck.....	149
<b>9- APÊNDICES</b> .....	151
<b>Artigo:</b> Fatores Associados a ideação suicida na comunidade. Cadernos de Saúde Pública, volume 22, número 9, pp1835-1843, setembro 2006.....	153

## *LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS*

---

AIDS	Síndrome da imuno-deficiência adquirida
AUDIT	Alcohol Use Identification Test
AVAI	anos de vida ajustados por incapacitação
DSM-IV	Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais
EPSIS	European Parasuicide Study Interview Schedule
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa
ISA-SP	Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina
OMS	Organização Mundial da Saúde
RC	razão de chances
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SRQ-20	Self-Report Questionnaire
SUPRE-MISS	Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida

## ***LISTA DE TABELAS***

---

	<b><i>PÁG.</i></b>
<b>Tabela 1-</b> Características sociodemográficas.....	84
<b>Tabela 2-</b> Características da família.....	85
<b>Tabela 3-</b> Características de religião dos casos e controles.....	86
<b>Tabela 4-</b> SRQ-20.....	87
<b>Tabela 5-</b> AUDIT.....	88
<b>Tabela 6-</b> Outras características de saúde mental.....	88
<b>Tabela 7-</b> Relato de problemas físicos.....	89
<b>Tabela 8-</b> Percepção de solidariedade.....	89
<b>Tabela 9-</b> Resultado final com modelo de regressão logística.....	90

## *LISTA DE FIGURAS*

---

	<i>PÁG.</i>
<b>Figura 1-</b> Alvos para intervenções de prevenção ao suicídio.....	58
<b>Figura 2-</b> Mapa com setores censitários do IBGE.....	73

## *LISTA DE GRÁFICOS*

---

	<i>PÁG.</i>
<b>Gráfico 1-</b> Perfil da mortalidade por trauma no Brasil.....	39
<b>Gráfico 2-</b> Comportamento suicida nas cidades participantes do supre-miss..	94

*LISTA DE QUADROS*

---

	<i>PÁG.</i>
<b>Quadro 1-</b> Características Gerais de Campinas-SP.....	71
<b>Quadro 2-</b> SRQ-20 Análise Fatorial.....	76

*RESUMO*



Este estudo tem como objetivo identificar variáveis associadas à *Ideação Suicida ao Longo dos Últimos Doze Meses*, na cidade de Campinas. Através de um estudo de caso-controle investigou-se fatores associados a ideação suicida mediante análise de variáveis independentes relacionadas ao indivíduo, à família e à saúde. Foram entrevistados 29 casos de ideação e 166 controles. Os casos foram identificados através de um inquérito de prevalência e os controles, selecionados aleatoriamente da mesma base populacional, entre os que não relataram ideação suicida nos últimos 12 meses. Modelos de análise de regressão foram propostos para controlar a ação dos fatores de confusão ou modificadores de efeito. Nos resultados obtidos, as variáveis sociodemográficas não estiveram associadas à ideação suicida. Na análise final, permaneceram com significância estatística as variáveis falta de energia e humor deprimido, derivadas do SRQ-20, dificuldades emocionais relatadas, vizinhança não solidária e menor frequência à igreja. Ideação suicida mostrou-se consistentemente associada a fatores relacionados a sintomas depressivos, principalmente falta de energia e humor deprimido.

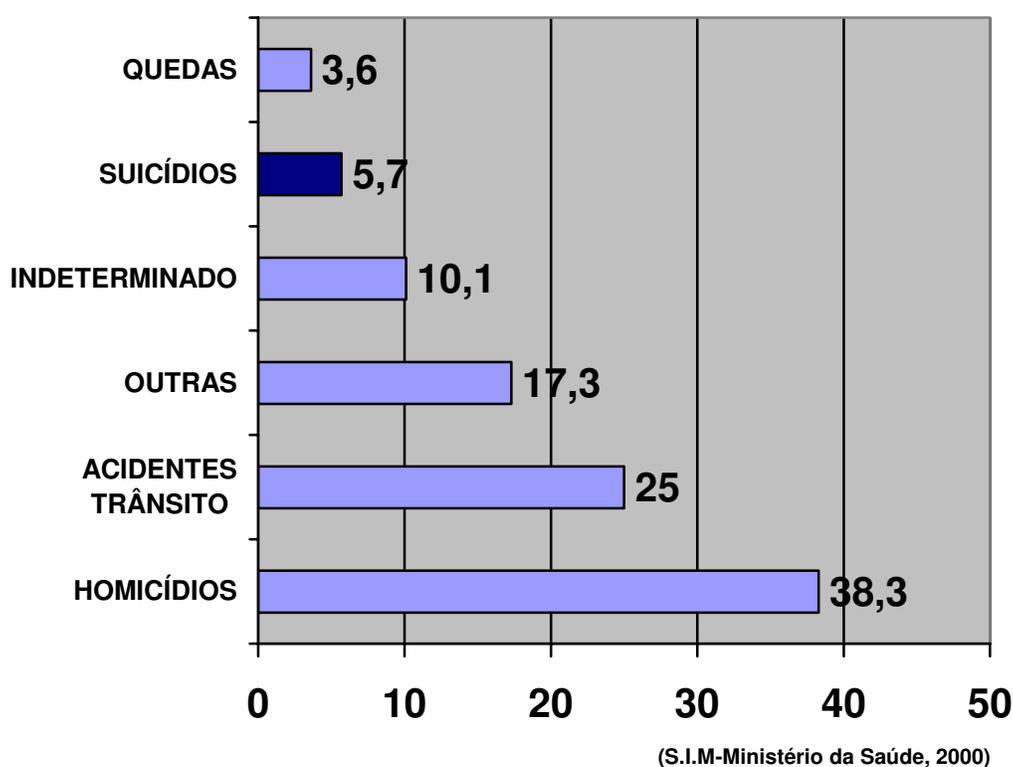
*ABSTRACT*



The aim of this investigation was to identify associated variables related to suicide ideation along the last twelve months, in the city of Campinas, São Paulo, Brazil. Through a study of a case-control design, risk factors for suicidal ideation was investigated through independent variables analysis of individual, familiar and health behavior; 29 cases of ideation and 166 controls were interviewed. The cases were identified by a former cross-sectional study and the controls selected at random from the same population bases among those without ideation in the last 12 months. Regression models were proposed to control confounding factors or effect modifiers. Demographic variables were not associated with suicidal ideation, in the obtained results. At the final model the variables remained with statistic significance were those regarding with depressive features, related emotional difficulties, lack of neighborhood's support and less frequency to the church. Suicidal ideation is consistently associated with factors related to depressive features, specially energy loss and depressive humor.

## *1- INTRODUÇÃO*

O suicídio está entre as dez principais causas de morte no mundo e vigora entre as principais causas de morte por trauma, correspondendo a 16 % dessas mortes no mundo (O.M.S., 2003). No Brasil, analisando o perfil da mortalidade por causas externas (gráfico 1), os números são mais modestos e o suicídio aparece como 5,7% dessas causas (S.I.M., 2000). Contudo, existe uma infinidade de situações onde não é possível estabelecer se a morte foi realmente devida ao suicídio ou acidental. Quando há dúvidas em relação a essa questão, as mortes são referidas como de causa indeterminada. Em muitos casos, sequer há suspeita de suicídio, que pode estar presente em, virtualmente, quaisquer das causas externas de mortalidade. Considerando também a questão da subnotificação (STEVENSON, 1992), pode-se pensar que há vários fatores para que as prevalências de comportamento suicida sejam subestimadas.



**Gráfico 1-** Mortalidade por causas externas no Brasil (2000)

Há uma tendência ao crescimento nas taxas de mortalidade por suicídio tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos. Nos últimos 45 anos, houve um aumento de 60% nessas taxas, além de mudanças na faixa etária, antes mais prevalente em idosos, passando a ser observado em faixas etárias mais jovens, estando entre as cinco principais causas de morte em indivíduos de 15 a 25 anos, em ambos os sexos (O.M.S., 2003).

Situado entre as principais causas de morte, o suicídio passa a ser considerado um problema de saúde pública. Melhor entendido dentro de um paradigma complexo de fatores sociais, comportamentais e psiquiátricos, não caracteriza uma doença, com mecanismo psicopatológico bem definido, mas sim, um desfecho de alto impacto social, pela morbi-mortalidade (KNOX, 2004).

Se os números referentes à mortalidade são preocupantes, além das perdas em decorrência do desfecho fatal, a análise do fardo global das doenças (A.V.A.I: anos de vida perdidos por morte prematura + anos perdidos por incapacidade) apresenta as lesões auto-inflingidas entre as 10 principais causas relatadas pela O.M.S. (2003).

Embora tentativas de suicídio e suicídio tenham sido amplamente estudados nas últimas décadas, a variabilidade de achados entre os estudos questiona possíveis diferenças metodológicas interferindo nos resultados (BURLESS E DE LEO, 2001). Contudo, é de fundamental importância que se discuta essa variabilidade também em sua possível relação às reais diferenças culturais. A atenção a essas especificidades permite um melhor delineamento do comportamento suicida e seus significados em diferentes contextos culturais podendo orientar medidas de intervenção mais apropriadas para cada região.

### **1.1- Comportamento suicida**

Existem diferentes classificações quanto aos tipos de comportamento suicida. DORPAT e BOSWELL (1963) classificam-no de acordo com três situações:

- a) o suicídio, completado por qualquer ato voluntário;
- b) as tentativas de suicídio diretas;
- c) a ideação suicida.

Outra forma de classificar os comportamentos suicidas foi proposta por BECK et al. (1973), quando um comitê de nomenclatura foi instituído pelo National Institute of Mental Health. Esta classificação difere da anterior especialmente por referir-se ao “suicídio consumado” não especificando a questão da voluntariedade do ato. Também constam as tentativas de suicídio como segundo item da classificação, porém, omite-se o adjetivo “diretas”, ampliando o conceito de tentativas de suicídio. O terceiro item dessa classificação, igualmente refere-se às ideias suicidas. Na classificação de BECK et al. (1973), estabelecem-se ainda especificadores quanto a cada um dos itens: certeza do êxito, letalidade ou risco médico de vida, intenção de morrer, circunstâncias mitigantes e método utilizado.

A classificação de MARIS et al. (1992) contempla duas dimensões ou eixos para avaliação:

- a) O EIXO I diz respeito à evolução ou ao desfecho: consumado, tentativa não-fatal, ideiação suicida, misto ou incerto e comportamento auto-destrutivo indireto;
- b) O EIXO II diz respeito ao comportamento suicida em suas razões: fuga, vingança, altruísta, risco assumido e misto.

É interessante observar que, independente das diferenças e especificações das três classificações apresentadas, a *ideação* suicida seja apresentada como um *comportamento* suicida. Não são os comportamentos as evidências externas de um pensamento? Ou, de acordo com o dicionário HOUAISS (2001) (grifos da autora):

**ato** ou **efeito** de comportar-se

**1- procedimento** de alguém face a estímulos sociais ou a sentimentos e necessidades íntimos ou uma combinação de ambos

Ex.: <um c. tímido diante do público> <um c. determinado pela ausência do pai>

**2-** tudo que um organismo, ou parte dele, **faz** que envolva **ação** e **resposta** à estimulação

Ex.: o c. do fígado em face da bebida

**3- reação** de um indivíduo, de um grupo ou de uma espécie ao complexo de fatores que compõem o seu meio ambiente

Ex.: <o c. dos indígenas> <o c. das abelhas>

O desenvolvimento dessa questão estará exposto no tópico seguinte.

Os conceitos de comportamento suicida diferem significativamente dos mais restritivos que consideram a intencionalidade do ato (O'CARROL et al., 1996) aos mais amplos como os que consideram comportamento suicida todo o ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (WERLANG E BOTEAGA, 2004). Há grandes vantagens neste tipo de conceituação já que evita a super-valorização de aspectos como a intencionalidade e a clareza de consciência quanto ao ato suicida, ambos sujeitos a vieses interpretativos. Além disso, se a definição de comportamento suicida requisesse a confirmação desses aspectos, excluir-se-iam os comportamentos ditos de baixa intencionalidade (por ex. ingestão de doses inócuas de medicações) ou atos cometidos em situações em que há certo grau de obnubilação da consciência (por ex. *delirium*), eliminando desse grupo uma parcela significativa de indivíduos que, sem dúvida, merecem atenção quanto à avaliação de seu comportamento auto-destrutivo.

Essa forma de conceituar, entretanto, dificilmente poderia incluir, como fazem as classificações apresentadas, a ideação suicida como um comportamento suicida uma vez que se refere à “causa de lesão a si mesmo”. Assim, parece contraditório que um conceito não observe as classificações. Optamos então, por uma caracterização um pouco mais abrangente, levando em conta as classificações de comportamento suicida revisadas, entendendo por comportamento suicida todo o *continuum* de comportamentos que vão desde pensamentos de auto-destruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até o desfecho letal, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato.

## 1.2- Ideação suicida

Se o conceito de suicídio, como ato, revela-se complexo e repleto de divergências, pode-se pensar no quão instáveis e diversas são as definições correntes de ideação suicida. Existem conceituações teóricas e outras que se apresentam em decorrência da necessidade prática de delimitar uma população para estudo.

Ideação vem do verbo idear que é sinônimo de idealizar, em dois de seus sentidos: fantasiar e projetar (HOUAISS, 2001). Um dos sentidos de idealizar, portanto, é o de projetar, planejar. De alguma forma, por definição, ideação traria o sentido da *fantasia* mas também do *planejamento*, algo que parece mais próximo ao conceito de comportamento.

Quanto a referir ideação suicida, como o faz a literatura em suas classificações, como “comportamento” suicida pode-se fornecer as seguintes hipóteses:

- a) Trata-se, simplesmente, de aceitar uma convenção estabelecida pelas classificações. Assim como o DSM-IV (2000) reconhece, em seu capítulo introdutório, que há limitação e interrogações em torno do conceito de Transtorno Mental, (“(...) ainda não encontramos um substituto apropriado” (DSM-IV, 2000, p.XX)), é inegável sua necessidade na tomada de decisões e estabelecimento de limites entre a normalidade e a patologia. Então haveria, do ponto de vista pragmático ou clínico, um objetivo para classificar a ideação suicida como comportamento?
- b) Essa forma de classificar ideação suicida parece sugerir que há alguma forma de comportamento exposto associado e que pode ser visualizado. De certa forma, atribui maior evidência ou risco à ideação suicida, considerando-a na iminência de um ato.
- c) Mas, uma vez que a ideação é dada pelo relato, tal relato, expressado espontaneamente ou em resposta a uma pergunta, é um comportamento. Poderíamos considerá-lo um ato, seriam os atos performáticos, ou “quando dizer é fazer” (SEARLE, 2002). Quando alguém, ao ser perguntado se

*pensou em tirar a própria vida pelo menos uma vez no último ano,* responde que *sim*, é algo que imediatamente suscita no interlocutor algum julgamento, interesse, identificação, vontade de ajudar, etc.

Alguns autores prescindem do conceito de ideação suicida como imagem ou projeto do próprio suicídio, tomando-a como noção bifatorial, que pode ser representada pela presença de pensamentos de morte, ou pela ausência de pensamentos de vida (DYCK, 1991; LABELLE e LACHANCE, 2003). Diferentemente do conceito anterior, AYD (1995) descreveu ideação suicida como pensamentos, idéias ou ruminacões sobre o próprio suicídio ou ameaças claras ou abertas de se matar. O'CARROLL et al. (1996) definiram-na como qualquer pensamento que envolva comportamentos associados ao suicídio, sem especificar se referia-se ao suicídio em geral, ou ao próprio suicídio. A American Psychiatric Association sugere referir-se à ideação suicida como a presença de pensamentos em que o indivíduo é o agente de sua própria morte.

Os estudos científicos, em geral, definem ideação suicida das mais variadas formas: Relato espontâneo ou resposta a diferentes questionamentos ou instrumentos validados, e podem abranger desde pensamentos passageiros de que a vida não vale à pena ser vivida até preocupações intensas sobre por que viver ou morrer, ou apresentar-se como idéias delirantes (GOLDNEY et al., 1989).

As questões que definem ideação podem referir-se diretamente a "*idéias ou pensamentos sobre suicídio*" (SCHWAB et al., 1972) "*cometer suicídio*" (KESSLER et al., 1999) "*sentimentos suicidas*" (PAYKEL et al., 1974), "*pôr fim à própria vida*" (CROSBY et al., 1999), ou consideram-se respostas positivas a perguntas sobre "*pensamentos de que seria melhor morrer*" (GOLDNEY et al., 2000) ou "*ferir a si mesmo de alguma forma*" (DUBOW et al., 1989). Essas questões suscitam interrogações quanto a estarem ou não suficientemente distantes de ideação suicida, conotando certa passividade, ou não diferenciando pensamentos relacionados a auto-agressões que não contemplem um desfecho letal. Também se analisa a gravidade considerando a especificidade de um plano suicida e o grau de intenção suicida (JACOBS et al., 2003).

Quanto ao período em que ocorrem tais pensamentos, os estudos trazem questões que delimitam ideação ao longo da vida ( KESSLER et al., 1999), nos últimos doze meses (CROSBY et al., 1999), no mês anterior (VANDIVORT e LOCKE, 1979), na semana anterior (SMITH E CROWFORD, 1986) ou referido apenas como *recentemente* (GOLDNEY et al., 2000).

Estudos internacionais mostram variação na prevalência de ideação suicida: 2,1 a 18,5% (ideação suicida ao longo da vida). Sem dúvida, diversidade demográfica e variações metodológicas entre os estudos podem ser apontadas mas as diferentes formas de definição podem também estar implicadas na variabilidade dos achados (BERTOLOTE et al., 2005). Pequenas sutilezas na forma de perguntar ou na escolha das palavras talvez possam fazer diferença.

A análise das questões, utilizadas para definir a presença de ideação suicida em estudos de prevalência na população geral, realizados no Canadá, Estados Unidos, Dinamarca e Austrália, no período de 1974 a 2000, aponta essa diversidade (BURLESS e DE LEO, 2001). Observando estes estudos, podem-se identificar quatro grupos de questões sobre ideação suicida:

a) Sentimentos negativos em relação à vida, não necessariamente idéias suicidas:

- Você já sentiu que a vida não vale a pena ser vivida? (PAYKEL et al., 1974).

b) Falam sobre o morrer:

- Você já desejou estar morto? Por exemplo, que você fosse dormir e não acordasse? (PAYKEL et al., 1974)
- Já houve um período de duas semanas ou mais em que você pensou muito sobre a morte: a sua, a de outra pessoa, ou sobre morte em geral? (MOSCICKI et al., 1988).

- Já houve um período de duas semanas ou mais em que você sentiu que queria morrer? (MOSCICKI et al., 1988)

c) Questionam diretamente sobre pensamentos sobre suicídio mas não usam a palavra suicídio.

- Você já pensou em tirar sua vida, mesmo se você não o fizesse de fato? (RAMSEY E BAGLEY, 1985; PAYKEL et al., 1974)
- Você já chegou ao ponto em que você considerou seriamente tirar a sua vida ou talvez, fizesse planos sobre como faria? (RAMSEY E BAGLEY, 1985; PAYKEL et al., 1974)
- Durante os últimos doze meses você teve pensamentos sobre tirar a própria vida, mesmo não querendo realmente fazê-lo? (CROSBY et al., 1999)

d) Questionam diretamente sobre pensamentos suicidas, usando a palavra *suicídio*.

- Com que frequência você pensa sobre suicídio? Você diria: nunca, raramente, às vezes, ou todo o tempo? (SCHWAB et al., 1972)
- Com que frequência você pensou em suicídio no último mês? (VANDIVORT E LOCKE, 1979)
- Em sua opinião, com que frequência a maioria das pessoas pensa em suicídio?

(nunca, menos que uma vez por ano, várias vezes ao ano, uma vez por mês, cerca de uma vez por semana, ou todo o dia) (VANDIVORT E LOCKE, 1979)

- Você já se sentiu tão para baixo que pensou em cometer suicídio? (MOSCICKI et al., 1988)
- Você já pensou seriamente em cometer suicídio? (KESSLER et al., 1999)

BURLESS e DE LEO (2001) analisaram questões metodológicas referentes aos estudos sobre ideação suicida e observaram que grande parte dos estudos populacionais desenvolvem suas próprias questões para aferir comportamento suicida. O número de questões sobre comportamento suicida varia entre os estudos, de duas questões (SCHWAB et al., 1972) a doze questões (CROSBY et al., 1999). Muitos trabalhos (GOLDNEY et al., 2000; KESSLER et al., 1999; PAYKEL et al., 1974; RAMSEY e BAGLEY, 1985) distinguem pensamentos suicidas fugazes e ideações suicidas ditas “sérias”. Alguns questionam sobre a frequência de tais pensamentos (VANDIVORT E LOCKE, 1979; SCHWAB et al., 1972).

Pode-se pensar que há variabilidade no impacto do entrevistado a tão diversas formas de questionar sobre ideação suicida. Quais aspectos, como a empatia ou confiança no entrevistador, podem interferir nas respostas? Será que o entendimento subjetivo de tais questões não pode variar amplamente?

A utilização de instrumentos apropriados para verificar a presença de ideação suicida pode ser um recurso importante para minimizar estas limitações e permitir comparações entre estudos. Contudo, embora escalas para acessar ideação suicida tenham sido desenvolvidas (BECK et al., 1974, 1979; SCHOTTE e CLUM, 1982), uma parcela considerável dos estudos sobre ideação não faz uso desses instrumentos. Mesmo a escala de Beck (BSI: Beck Scale for Suicidal Ideation), utilizando 21 itens na íntegra, realiza uma triagem com os 5 primeiros itens sendo que, apenas dois desses (itens 4 e 5- vide anexo I), definem o seguimento no questionário. Não há dados empíricos que sirvam de base para a utilização de pontos de corte específicos na BSI, mas escores crescentes refletem aumentos no risco de suicídio. Além disso, resposta positiva a qualquer item da BSI pode indicar a presença de ideação suicida, que deveria ser investigada pelo clínico.

Quanto à triagem, então, observa-se que não há necessidade de instrumentos mais extensos. No entanto, um grande mérito dessa escala consiste na avaliação de pacientes que, respondendo afirmativamente às duas questões específicas dos itens de triagem, concluem o questionário, podendo ser avaliados quanto a gravidade da ideação suicida já que a BSI avalia estimativas do grau de risco de suicídio, indicado pela intensidade dos desejos e extensão do planejamento, por ex. Outra vantagem se apresenta

quando se realiza a aplicação concomitante da BSI às escalas de Beck para depressão e desesperança (Beck Depression Inventory e Beck Hopelessness Scale, respectivamente) permitindo a avaliação de discrepância das respostas em pacientes que estão querendo ocultar ou distorcer suas respostas.

### **1.3- Progressão entre as etapas do comportamento suicida**

Historicamente, foi em 1974 que PAYKEL et al. abordaram pela primeira vez os chamados “sentimentos suicidas” em uma população geral de New Haven, Connecticut, nos Estados Unidos, estimulados pelo fato de que, até então, os estudos limitavam-se à epidemiologia do suicídio e das tentativas (PAYKEL et al., 1974). Ocorria-lhes que não se poderiam extrapolar os achados de atos suicidas para idéias suicidas, mesmo porque, na época, já se falava do comportamento suicida abrangendo fenômenos diversos, e que não se poderiam equiparar estudos sobre suicídio aos estudos sobre tentativas e idéias relacionadas à morte ou ao suicídio (STENGEL AND COOK, 1958; NEURINGER, 1962). Trinta anos de estudos seguiram-se refutando ou corroborando a relação de progressão entre as etapas do comportamento suicida.

Diversos estudos associam ideação suicida ao risco de tentativas de suicídio (KESSLER et al., 1999; PIRKIS et al., 2000; KUO et al., 2001) e estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidaram tinham, previamente, ideação suicida (FAWCET et al., 1993). A gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio (LEWINSOHN et al., 1996) que é, por sua vez, o principal fator de risco para suicídio. (BRENT, 1995; GROHOLT et al., 1997; SUOMINEN et al., 2004). Entre adolescentes, um estudo mostra que ideação suicida, quando associada ao planejamento suicida, é um fator de risco equivalente ao risco representado por uma tentativa prévia (BRENT et al., 1993a).

Tais estudos apontam para relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas, ainda que sejam comumente referidas tendências à não progressão da ideação para outras etapas do comportamento suicida (VILHJALMSSON et al., 1998).

Entre os estudos que corroboravam a teoria de um *continuum* entre os comportamentos suicidas (BECK, 1974, 1979; BRENT, 1988; PFEFFER, 1979; KESSLER, 1999), KESSLER (1999) mostra inclusive que a intensificação ou progressão de qualquer manifestação suicida para a etapa subsequente é maior no primeiro ano após seu surgimento. Por exemplo, a progressão de ideação suicida para plano suicida, de plano suicida para uma primeira tentativa, ou de ideação suicida para primeira tentativa, na ausência de um plano, é maior dentro do primeiro ano após o surgimento do nível mais precoce (KESSLER, 1999). Outros, entretanto, apontam para os reduzidos índices de progressão (FRIEDMAN et al., 1987; VILHJALMSON et al., 1998) observando que não se pode associar muito facilmente ideação a tentativas e que a idéia do suicídio como desfecho de um processo de evolução contínua precisa ser melhor investigada, já que parece ser dependente do meio cultural (BERTOLOTE et al., 2005). Os estudos também mostram que, ao longo da vida, pensamentos sobre suicídio são até seis vezes mais frequentes do que tentativas (BERTOLOTE et al., 2005) e tentativas de suicídio, dependendo do local, são 10 a 40 vezes mais frequentes que suicídio (PLATT et al., 1992; SCHMIDKE et al., 2004).

Mais de três décadas após os estudos de PAIKEL (1974), a pesquisa sobre ideação suicida permanece menos privilegiada em relação às pesquisas sobre tentativas de suicídio e suicídio. Ainda cercada de incertezas, um objeto suscetível a uma série de vieses metodológicos que vão desde as formas de conceituar ideação suicida e métodos de se obter este relato até as diversidades culturais das populações estudadas. Um tema no qual se insiste pois representa uma via possível de entendimento do comportamento suicida em seus níveis mais precoces e passíveis de intervenção.

Pelo menos duas questões poderiam, então, ser suscitadas:

1) Seria mesmo a ideação suicida um “nível precoce” do comportamento suicida, ou seja, faz sentido pensar numa progressão de níveis, etapas que vão linearmente de ideação para planejamento suicida, de planejamento para tentativa suicida e de tentativa de suicídio para suicídio?

2) Seria a ideação suicida um nível passível de intervenção?

O próprio PAIKEL (1974), em seu pioneiro estudo, preocupou-se com a verificação de alguma forma de progressão. Da seqüência de cinco questões sobre sentimentos suicidas que fez parte de sua entrevista estruturada, considerou uma progressão de sentimentos menos intensos até o relato de tentativa, da seguinte forma:

- 1) Sentimentos de que a vida não vale a pena ser vivida
- 2) Desejo de estar morto
- 3) Pensamentos sobre tirar a vida
- 4) Considerar seriamente tirar a vida
- 5) Ter feito um tentativa de suicídio

A resposta às questões, nesta ordem, não se deu de forma excludente e foi então constatado que a metade dos que respondiam positivamente em um nível, tinham respondido afirmativamente no nível anterior, sugerindo um *continuum*, em que as diferenças seriam mais de grau do que de tipo, pelo menos no que diz respeito às relações entre os sentimentos suicidas. Em relação à quinta questão, sobre tentativa, embora mantenha-se a proporção de que respostas positivas representam cerca da metade dos que responderam afirmativamente à questão anterior, o pequeno número de tentativas de suicídio em seu estudo compromete a significância da associação. Quanto às relações entre tentativa de suicídio e suicídio, não verificadas no estudo, mas referidas pelos autores na discussão, já nesse período, abordavam-se duas diferentes tendências:

- a) Considerar tentativas de suicídio e suicídio como dois tipos distintos de ação, diferentes qualitativamente e ocorrendo em diferentes populações (STENGEL e COOK, 1958; SHNEIDMAN e FAIRBEROW, 1961).
- b) Considerar o suicídio como uma versão mais grave da tentativa, dois fenômenos sobrepostos em que as pessoas que tentam suicídio apresentam um alto risco para o desfecho fatal (TUCKMAN e YOUNGMAN, 1963).

Os estudos posteriores encontraram fatores de risco comuns para as várias etapas do processo, mesmo com diferenças sociodemográficas menos marcantes ou inexistentes, quando se trata de ideação suicida (VILHJALMSSOM et al, 1998). Numerosos fatores (personalidade, controle de impulsos, apoio social) influenciam a seqüência: ideação suicida, tentativa de suicídio, suicídio (GUNNEL e FRANKEL, 1994) e, ainda que alguns fatores se relacionem a suicídio completo e a tentativas de suicídio de diferentes formas, segundo DIEKSTRA (1993), os mesmos fatores de risco tendem a operar em diferentes níveis de magnitude fazendo com que as diferenças sejam mais de grau do que de tipo. São vários os fatores de risco já identificados para tentativa suicida e suicídio.

Os fatores de risco para suicídio podem ser divididos em três grupos (FOSTER e WU, 2002):

- 1) Fatores constitucionais e hereditários, não passíveis de intervenção, como idade, sexo, história familiar, genética;
- 2) fatores ligados a condições endógenas, passíveis de serem controlados, como doenças físicas e mentais, com ênfase na neurobiologia das afecções e no desequilíbrio dos neurotransmissores, bem como os transtornos de personalidade, que envolvem características como impulsividade, agressividade, perfeccionismo, insegurança, baixa tolerância à frustração, personalidade limítrofe e
- 3) fatores ligados a hábitos e ambientes, passíveis de serem mudados ou corrigidos, como estado civil, isolamento social, religião, classe social, profissão, desemprego, aposentadoria, família suicidogênica, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, acesso aos métodos e seu grau de letalidade.

Obviamente, a classificação de FOSTER e WU (2002) não contempla o porquê das variações de prevalência e diferentes proporções entre os comportamentos suicidas nos diferentes países.

Dentre os fatores de risco comuns para ideação, tentativas e suicídio, apontados por vários estudos, estão os eventos estressantes de vida, fraco apoio social, baixa auto-estima, uso de álcool, depressão, desesperança e pessimismo, dores freqüentes (VILHJALMSSON et al., 1998).

Os estudos comumente citados como exemplos de tendências à progressão determinam que ideação e planejamento são importantes etapas no processo de suicídio, caracterizado por uma hierarquia de ações com um gradiente de gravidade (BECK, 1986; BONNER e RICH, 1987; DIEKSTRA, 1993; SMITH e CROWFORD, 1986). Contudo, algumas observações são imprescindíveis na análise desses estudos:

- a) Se associações entre as diferentes etapas também são verificadas, no entanto, grande parte dos estudos citados como determinantes ou sugestivos de tendências à progressão, são, na verdade, estudos que apresentam associações entre as etapas através da análise de diferentes grupos de indivíduos (estudos de autópsia psicológica, diferenças entre grupos de indivíduos com e sem ideação, com ideação permanente com ou sem plano, etc. (BONNER e RICH, 1987; DIEKSTRA, 1993; SMITH e CROWFORD, 1986)). Tendências e progressões são definidas a partir de diferentes interpretações e inferências, sem que sejam observadas uma série de especificidades metodológicas que são fundamentais para estabelecimento de medidas de tendência e progressão.
- b) Dentre os estudos que efetivamente mostram probabilidades em relação à transição, estão os estudos de KESSLER et al. (1999), com estratégia metodológica apropriada para analisar as transições entre as etapas do comportamento suicida, relatando probabilidades cumulativas para a transição de ideação para plano de 34%, de plano para tentativa de 72% e de ideação diretamente para tentativa ou seja, para uma tentativa não planejada, de 26%. Também segundo KESSLER et al. (1999), cerca de 90 % das tentativas não planejadas e 60% das tentativas planejadas ocorrem no primeiro ano de ideação. Estudos prospectivos, que partem de uma entrevista de base para, num segundo tempo, avaliarem os números

relacionados ao surgimento ou a transição entre os comportamentos suicidas, também são metodologicamente apropriados para este fim. Assim, dois estudos epidemiológicos recentes demonstraram porcentagem de progressão de ideação suicida para tentativas de suicídio:

PIRKIS et al. (2000), na Austrália, investigaram uma amostra de 10641 sujeitos, 16% dos quais tinham tido ideação suicida ao longo da vida. Nesse subgrupo, 12% tentaram suicídio num período de um ano de seguimento.

KUO et al. (2001), em Baltimore (EUA), no intuito de compreender aspectos relacionados ao surgimento da ideação, realizaram um estudo de coorte prospectivo de 3481 sujeitos, encontrando uma incidência de 10% de tentativas de suicídio em pessoas que, na entrevista de base, 13 anos antes, relataram ideação suicida, em oposição a 1,6% de incidência de tentativas para pessoas que não relataram ideação.

- c) Tendências à não progressão são então apontadas, sujeitas às mesmas observações feitas sobre as distorções que decorrem de citações a que estão sujeitos os estudos que citam tendências à progressão. Um número considerável desses estudos, não são estudos de tendência ou incidência e sim baseados em estudos de prevalência e associações, ou ainda, avaliam populações com características distintas, como por exemplo, adolescentes. Assim, por exemplo, VILHJALMSON et al. (1998) cita PAYKEL et al. (1974) e FRIEDMAN et al. (1979) para dizer: “Deve-se insistir que a ideação suicida tende a não progredir para outras etapas do comportamento suicida. Ideação raramente resulta em planos distintos e a maioria dos planos não é levada adiante.” No entanto, o estudo de PAYKEL et al (1974), mostra, na verdade, aspectos relacionados à progressão nos “sentimentos suicidas” num *continuum*, com diferentes graus de gravidade de pensamentos de morte passiva à ideação suicida, indo até tentativas. Já FRIEDMAN (1979), em seu estudo com adolescentes de ensino médio (high school), mostra, além da elevada incidência de ideação suicida nesta faixa etária, que os grupos de adolescentes com ideação e grupos com tentativas apresentam características que se sobrepõem: 60% referiram ideação

suicida, 9% tentaram, sendo que a metade dos que tentaram fizeram-no no mínimo duas vezes. Entre adolescentes que já tentaram suicídio, 90% referiram que pensavam em suicídio, 62% pensavam de forma persistente em se matar. Qual porcentagem seria necessária para poder se falar em progressão de ideação para outros comportamentos?

- d) As referidas tendências à não progressão não extinguem que haja, de fato, fatores de risco coincidentes para as diferentes etapas (VILHJALMSSON, 1994). Por outro lado, não se pode fazer a correspondência exata entre a presença dos mesmos fatores de risco e tendência à progressão. Pode haver falha na detecção de alguma especificidade do grupo que progride para a etapa subsequente. Esta é uma importante questão a ser investigada.

Entrelaçando-se aos estudos que procuram avaliar a progressão ou não, há estudos sobre a permanência da ideação ao longo do tempo, também com achados díspares. Assim, enquanto alguns estudos mostram tendências à permanência da ideação ao longo do tempo (GOLDNEY, 1991), outros, que analisam um intervalo de um ano de seguimento, mostram que 52% dos indivíduos com ideação no início do estudo, não consideraram ideação suicida ao final de um ano e 52% dos indivíduos que referiram ideação suicida na aferição final de um ano não a haviam considerado no início do estudo. (VILHJALMSSON, 1994).

Progredindo ou não para outras etapas, a ideação suicida parece representar, de forma ampla, um importante indicativo de sofrimento psíquico (BERLIM et al. 2003), principalmente quando nos referimos aos quadros depressivos. Estes sim, representam, indubitavelmente, um importante fator de risco para tentativas de suicídio e suicídio (LONNQVIST, 2000), exercendo considerável impacto no sistema de saúde, uma vez que atingem não só ao próprio indivíduo, mas também aos familiares e outras de suas relações na comunidade, ampliando a gama de sofrimento psíquico, ou servindo de modelo para outros indivíduos em situações-limite (STACK, 1990).

#### **1.4- Ideação suicida e intervenções de prevenção do suicídio**

Prevenção, em psiquiatria, sobretudo prevenção primária, ainda é um tema pouco estudado, principalmente se comparado a outras especialidades clínicas. Em 1969, quando os fatores de risco para doenças cardiovasculares estavam ainda numa fase inicial de descobertas e debates, já se falava sobre hábitos de vida e características de personalidade como preditores de doença e morte, tanto para doenças cardiovasculares quando para tentativas de suicídio e suicídio: “certos precursores do suicídio, acidentes, infarto do miocárdio e AVC já estão presentes e podem ser identificados na juventude, muitos anos antes do evento”. Entretanto, pesquisa e abordagens preventivas em relação às doenças cardio-vasculares avançam e tornam-se cada vez mais eficientes em reduzir mortes prematuras enquanto que a prevenção do suicídio permanece cercada de interrogações.

Considerando prevenção em relação aos comportamentos suicidas apresentam-se os seguintes níveis: (LESTER, 1989)

- Prevenção primária: Prevenir pensamentos e intenção suicidas. Essencialmente consiste em medidas que levem a um aumento da saúde psíquica da sociedade em geral.
- Prevenção secundária: Evitar tentativas de suicídio. Isto significa ampliar o potencial de suspeição e detecção de casos que estejam sob risco.
- Prevenção terciária: Assistência a indivíduos que já fizeram tentativa de suicídio. Sabe-se que indivíduos que já fizeram uma tentativa têm os maiores riscos de uma tentativa subsequente e também de um êxito letal. Comparados a população geral, os indivíduos que já haviam tentado suicídio tiveram 25 vezes mais chances de uma nova tentativa, 15 vezes mais chance de morte acidental e 4 vezes mais chances de morrer devido a qualquer outra causa. (HOLLEY et al., 1998). Pelo menos 10% dos indivíduos que tentam suicídio completam o ato posteriormente (KREITMAN et al., 1970).

Conceitualizar o suicídio como desfecho de um processo que se inicia com pensamentos de morte e suicídio (aspecto já discutido quando se discorreu sobre a questão das tendências à progressão dos níveis de comportamento suicida) é importante quando se

considera prevenção, uma forma de visualizar e tentar prever comportamentos e estruturar intervenções baseadas em probabilidades. Ideação suicida pode ser um indicador de sofrimento psíquico já que há dados de literatura consistentes quanto à associação do relato de ideação suicida com transtornos psiquiátricos, mormente com transtornos depressivos (CARLSON, 1991; GOLDNEY et al, 2003), a categoria mais freqüente de transtornos em sujeitos que apresentam ideação suicida (GILLI-PLANAS et al, 2001) e abuso de substâncias (CARLSON et al, 1991; GARRISON et al, 1993). Também se evidenciaram associações com comportamento agressivo (GARRISON et al, 1993), desesperança (RICH e BONNER, 1987; VILHJALMSSON et al., 1998) e relato de poucas razões para viver (RICH, 1987). Optando por conceitualizar o suicídio como desfecho de um processo e sabendo que doença psiquiátrica pode ser considerada um fator de risco para ideação suicida (MOSCICKI, 1989), podemos considerá-la, no que tange à prevenção, sob dois aspectos:

1) Prevenção de ideação suicida:

Através das medidas de prevenção primárias, ou seja, medidas gerais de aumento da saúde psíquica da população, pode-se prevenir situações de risco para intenso sofrimento psíquico.

2) Detecção de ideação suicida:

Quando se trata de detecção de ideação na população, refere-se às medidas de prevenção secundária, nas quais intervir representa um meio de evitar uma tentativa.

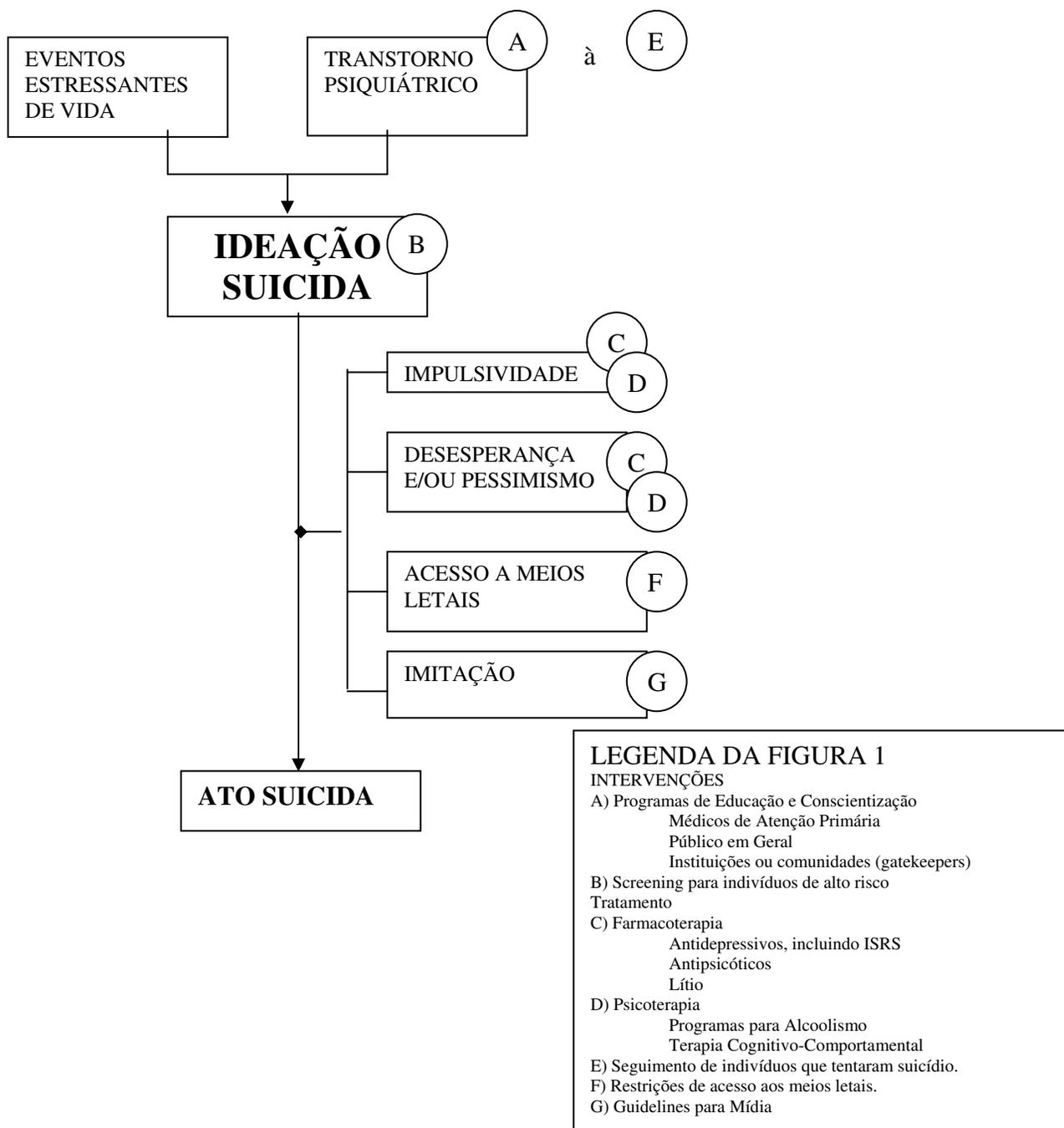
Em relação às medidas de prevenção do suicídio, a suspeição de casos de ideação em atendimentos médicos, seja por queixas físicas ou sintomas psíquicos, possibilita condutas de extrema importância: O simples ato de perguntar sobre ideação suicida, é uma medida sentida com importante alívio do paciente, como se desse forma a sentimentos indizíveis ou inaceitáveis e por isso permitisse espaço para se abordar a questão. No entanto, o receio de perguntar sobre suicídio ainda figura entre os mitos e idéias equivocadas (BOTEGA e WERLANG, 2004) sobre a abordagem de pacientes com sintomas depressivos, seja em atenção primária ou em atendimentos psiquiátricos, conduta

temida como potencialmente indutora de tentativa, uma vez que poderia de alguma forma estimular ao ato uma idéia latente. Além disso, é possível que alguns profissionais sintam-se inaptos a lidar com uma situação em que a ideação suicida é colocada e prefiram não aprofundar a entrevista para não terem que se haver com o fardo da responsabilidade.

Se dentre os vários significados que podem estar ocultos no que se expressa como uma tentativa de suicídio ou mesmo na ideação suicida, um deles diz respeito a um pedido de ajuda e não a um real desejo de morte (CASSORLA, 2004), suspeitar de ideação suicida, perguntar e oferecer ajuda, antes mesmo de haver sido referida pelo paciente, antecipa a leitura dessa demanda e promove confiança e espaço para a verbalização. Em se tratando de prevenção, um grande desafio talvez esteja em distinguir entre idéias transitórias e idéias mais sérias e persistentes que possam resultar em tentativas, embora nem sempre idéias persistentes correlacionem-se com risco de progressão para tentativas (GOLDNEY et al., 1991).

Por outro lado, não prender-se à questão do suicídio como progressão de outras etapas, permite atenção a outras vias, não lineares do processo (como por exemplo, o suicídio não-planejado), aos discursos, comportamentos e variáveis sociodemográficas adjacentes às tentativas e ato suicida, ainda que não se relacionem diretamente à questão do suicídio. Investigar outras características que podem associar-se às tentativas amplia a gama de ações e permite a suspeição de casos em que a ideação suicida, propriamente dita, pelos mais variados motivos (religiosos, morais, receio de internação, etc.) foi omitida do discurso. Como exemplo, investigar sentimentos de desesperança, freqüentemente encontrados em síndromes depressivas, pode ser uma importante via de suspeição, uma vez que fornece uma indicação mais forte de intenção suicida que a própria depressão (BECK et al., 1975). Mediante o entendimento desse achado, focalizar a abordagem em medidas que aliviem a desesperança pode ser uma abordagem válida, seja através de uma psicoterapia que se proponha a corrigir expectativas distorcidas a respeito do futuro ou, sendo a desesperança relacionada a fatores adversos reais, intervenções sociais podem fornecer as mudanças ambientais necessárias a remissão desses sentimentos (MINKOFF et al., 1973).

Num panorama geral, a ideação suicida apresenta-se como um dos alvos centrais quando se consideram intervenções preventivas de atos suicidas (conforme figura 1).



**Figura 1-** Alvos para intervenções de prevenção ao suicídio (MANN et al., 2005)

Alguns países desenvolvidos têm implementado estratégias de prevenção ao suicídio e múltiplas intervenções têm sido propostas. Porém, a efetividade destas intervenções, com frequência, não é avaliada. Uma revisão sistemática sobre estratégias de prevenção ao suicídio (vide legenda da figura 1) foi recentemente publicada buscando uma análise da qualidade dos estudos, avaliando os que apontem evidências concretas em relação a diferentes métodos e alvos de intervenção para a prevenção do suicídio (MANN et al.; 2005). Os resultados do estudo consideram mais eficazes em termos de redução das taxas de suicídio os itens A (Programas de educação e conscientização, no que tange a orientação de médicos de atenção primária quanto ao reconhecimento de depressão) e F (restrição de acesso a meios letais como: melhor legislação para controle de armas de fogo, detoxificação de gás doméstico, restrições ao uso e venda de pesticidas, uso de antidepressivos menos tóxicos) (MANN et al., 2005). Contudo, MANN et al. (2005) realiza uma revisão de literatura e essas evidências precisariam ser confrontadas com a variabilidade epidemiológica do comportamento suicida, analisado o repertório específico de uma comunidade.

Contextualizada a ideação suicida em suas relações com os níveis de prevenção, e corroborando a importância desta detecção, há evidências de que intervenções específicas, realizadas em serviços de atenção primária, são efetivas em reduzir ou resolver ideação suicida (BRUCE et al., 2004) e de que são frequentes os atendimentos clínicos nos meses precedentes a uma tentativa (CONWELL, 1994; PEARSON et al., 1997). Indivíduos que tentam ou cometem suicídio frequentemente consultam seu médico pouco tempo antes de uma tentativa ou de sua morte. (MURPHY, 1975; DIEKSTRA, 1989; LUOMA et al., 2002). Na maioria dos casos, o risco de comportamento suicida não é identificado (DIEKSTRA, 1989; ISOMETSÄ et al., 1995).

### **1.5- Ideação suicida e depressão**

Segundo estudos de autópsia psicológica, 60% dos suicídios transcorrem em indivíduos com sintomas depressivos significantes (LONNQVIST et al., 2000). Transtornos afetivos é a categoria mais frequente de transtorno em sujeitos que apresentam ideação

suicida (GILI-PLANAS et al., 2001). GOLDNEY et al. (2003) também apontam a importância do transtorno depressivo como fator contribuinte para ideação suicida na comunidade.

Enquanto o suicídio e tentativas de suicídio são geralmente aceitos como associados a transtornos psiquiátricos, particularmente depressão (HENRICKSSON et al., 1993; BEAUTRAIS et al., 1996), a importância da ideação suicida é, às vezes, minimizada quando se considera se pode ou não ser um indicador de transtorno psiquiátrico (GOLDNEY et al., 2000).

VILHJALMSSON et al. (1998), analisando números referentes à prevalência semanal de ideação suicida, encontra associação com vários fatores relacionados ao sofrimento físico e psíquico: Dor, fadiga, desesperança, solidão, depressão, ansiedade. Quando diferentes aspectos de sofrimento são avaliados, o sentimento de desesperança mostra-se mais fortemente associado a ideação suicida, o que é consistente com outras pesquisas (BECK, 1975,1986, ; MINKOFF et al., 1973). BECK (1986) traz evidências consistentes de que a desesperança faz a ligação entre a depressão e a intenção suicida, sendo uma indicação mais forte dessa intenção do que a própria depressão (BECK, 1986).

Estudos de Risco Atribuível na População observam que, se toda a depressão pudesse ser prevenida ou efetivamente tratada, 40-50% do comportamento suicida e da ideação suicida poderiam ser eliminados (BEAUTRAIS et al., 1999; GOLDNEY et al., 2000, 2003; PIRKIS et al., 2000).

Esta consistente associação entre quadros depressivos e ideação suicida, afasta uma tendência de determinados autores a "normalizar" a ideação suicida, colocando a questão como algo intrínseco ao ser humano, pensar na existência e na possibilidade de voluntariamente pôr um fim a ela. Como exemplo, TILICH (1978) escreveu sobre a presença de fantasias suicidas na maioria das pessoas ou ALVAREZ (1971) referindo que "Suicídio é o único problema contínuo de viver, todo dia, sempre presente" ou a impactante afirmação de Pavese de que "A ninguém falta uma boa razão para o suicídio". É importante que se possa distinguir os discursos de um paradigma filosófico sobre a existência e o sentido da vida, por que viver, etc., e o discurso clínico que requer parâmetros para a ação.

De um modo geral, se pensar na própria existência e na possibilidade de pôr fim a ela faz parte da natureza humana e de seus questionamentos, o que se observa, pelo menos através da literatura científica, é que comunicar esse pensamento, ou seja, relatar intenção ou ideação suicida parece ter um significado a mais e se apresenta associado a indícios de sofrimento psíquico, sobretudo transtornos psiquiátricos.

Outra corrente aponta para a ideação suicida ocorrendo em pessoas normais, confrontadas com situações estressantes na vida (problemas domésticos, financeiros ou legais) (VILHJALMSSON et al., 1998). Já GOLDNEY et al., (2000) estudando risco atribuível na Austrália, analisaram uma amostra de mais de 2500 sujeitos da comunidade, mostrando que eventos psicossociais que poderiam ser considerados fatores estressores (perda de emprego, violência doméstica, morte de alguém próximo, mudanças de casa, separação conjugal, doença séria) não permaneceu significativamente associada com ideação suicida na análise multivariada (GOLDNEY et al., 2000). No mesmo estudo, demonstraram a associação de ideação suicida a eventos traumáticos significantes (risco atribuível de 38%), mas que a associação é ainda mais significativa em relação à depressão (risco atribuível de 46,9%). Como eventos traumáticos consideraram-se, por exemplo, envolvimento em acidente com risco de vida, ameaça com arma de fogo, seqüestro, tortura, estupro, envolvimento em desastres naturais.

A literatura mostra que, para casos incidentes de ideação, por ocasião da entrevista de base, 13 anos antes, observa-se maior probabilidade de relatos de história de abuso ou dependência de drogas e distímia (KUO et al., 2001). No mesmo estudo, tendências para risco maior de incidência de ideação suicida para participantes com diagnóstico de abuso ou dependência de álcool, transtorno do pânico, agorafobia, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de personalidade anti-social não atingiram significância estatística. (KUO et al., 2001).

### **1.6- Por que estudar ideação suicida na comunidade?**

Como visto, há inúmeras justificativas para um estudo de base populacional abordando ideação suicida:

- Pacientes com ideação suicida são usuários freqüentes de Serviços de Saúde.

Pacientes com ideação suicida são usuários freqüentes de serviços ambulatoriais e de internações em saúde geral e mental com maior demanda para aconselhamento, informações e uso de medicação, freqüentemente insatisfeitos quanto ao atendimento de suas necessidades (PIRKIS et al., 2001).

- Intervenções podem resolver ideação suicida.

Há evidências de que intervenções específicas, realizadas em serviços de atenção primária, são efetivas em reduzir ou resolver ideação suicida (BRUCE et al., 2004). Transtornos psiquiátricos (pelo DSM-IV) estão presentes em mais de 90% dos suicídios e mais de 80% não estavam sendo tratados quando ocorreram (LONNQVIST et al, 1995; HENRIKSSON et al., 2001).

- Atendimentos em Serviços de Saúde nos meses precedentes a uma tentativa.

São freqüentes os atendimentos clínicos nos meses precedentes a uma tentativa (CONWEL et al., 1994; PEARSON et al., 1997). Até 83% têm contato com um médico de atenção primária no últimos doze meses antes do suicídio e até 66% no mês anterior (ANDERSEN et al, 2000; LUOMA et al., 2002).

- Planejamento de Saúde Pública requer dados populacionais.

Grande parte do trabalho de prevenção do suicídio fundamenta-se na identificação de fatores de risco, seja através da elaboração de estratégias de prevenção específicas para grupos específicos, ou estratégias de base populacional (LEWIS et al., 1997). Uma caracterização atenta da parcela da população que manifesta ideação suicida pode revelar especificidades que refinem o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil. Observa-se, na literatura, a predominância de pesquisas referentes à ideação suicida e tentativas de suicídio utilizando amostras clínicas, sendo menos freqüentes as pesquisas na população geral (GILLI-PLANAS et al., 2001).

- Poucos estudos na comunidade

Indivíduos que tentam suicídio se apresentam em serviços de emergência (BRENT, 1993b; DEIKIN et al., 1985; PFEFER et al., 1991; PLATT et al., 1988) e ambulatórios psiquiátricos (PFEFER et al., 1980) e por isso são o foco da maioria dos estudos epidemiológicos. Entretanto, os estudos têm mostrado que a prevalência dos comportamentos suicidas na comunidade é bem maior que as obtidas pelas amostras clínicas de tentativas (KJOLLER e HELWEG-LARSEN, 2000; SAYER et al., 1996; SCHWEITZER et al., 1995; BERTOLOTE et al., 2005). Como resultado, um número cada vez maior de estudos sobre ideação suicida e tentativas na comunidade têm sido conduzidos em um esforço para evitar as limitações metodológicas associadas com as amostras de populações clínicas. Os estudos na comunidade trabalham com amostras de probabilidade, representativas da comunidade, evitando os vieses associados com amostras clínicas (BURLESS e DE LEO, 2001).

- Poucos estudos fora anglo-saxões

Embora haja um interesse crescente sobre comportamento suicida na comunidade, ainda há relativa escassez de estudos, especialmente nos países em desenvolvimento. Estudo recente, de base populacional, realizado no Brasil, mostrou prevalência de 17,1% para ideação suicida na vida e 5,3% para ideação no último ano (BOTEGA et al., 2005).

Evidencia-se a necessidade de identificar fatores associados à ideação suicida em diferentes contextos culturais, na busca de especificidades que apontem para suspeição de casos, possibilitando maior agilidade na abordagem do comportamento suicida na comunidade, antes mesmo da ocorrência de tentativas de suicídio.

### **1.7- O projeto *supre-miss*: estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida**

No intuito de desenvolver métodos para o estudo do comportamento suicida em diferentes contextos, avaliar estratégias de tratamento e estabelecimento de bases científicas para futuras pesquisas, lançou-se o Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento

Suicida (SUPRE-MISS), da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002; BERTOLOTE et al., 2005). Trata-se de um projeto transcultural realizado em oito países (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Siri Lanka e Vietnam) dentro de uma iniciativa destinada à prevenção do suicídio, com a supervisão científica do Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University, Brisbane, Australia, e do National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institute, Stocolmo, Suécia.

Além de um estudo de intervenção, a partir de casos demandaram atendimento emergencial (FLESCHMANN et al., 2005), outra fase do estudo deteve-se na investigação do comportamento suicida na população, com questões relacionadas a pensamento, planejamento e tentativas de suicídio nas diferentes comunidades estudadas (BERTOLOTE et al., 2005; BOTEGA et al., 2005). Também faz parte do projeto SUPRE-MISS uma descrição das características sócio-culturais das comunidades estudadas.

O presente estudo, realizado na cidade de Campinas, São Paulo, deriva-se deste inquérito de base populacional, constituinte do projeto SUPRE-MISS e enfatiza a pesquisa no subgrupo de indivíduos desta comunidade que responderam "sim" à questão sobre ideação suicida no último ano.

## ***2- OBJETIVOS E HIPÓTESES***

## **2.1- Objetivo**

Identificar, através de um estudo de caso-controle, variáveis sociodemográficas e clínicas associadas ao relato de ideação suicida nos últimos 12 meses, em amostra representativa da população da cidade de Campinas.

## **2.2- Hipóteses**

Indivíduos com ideação suicida no último ano apresentam caracterização diversa do grupo sem ideação:

- Mais indivíduos solteiros ou vivendo sós, com histórico de separações conjugais.
- Indivíduos menos vinculados à religião.
- Maiores índices de morbidade psiquiátrica, incluindo uso de drogas e álcool.
- Mais história prévia de internação psiquiátrica ou atendimentos em saúde mental.
- Mais relatos de problemas físicos.

### ***3- MÉTODO***

### 3.1- Sujeitos

Este estudo utilizou dados do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002), mais especificamente da segunda fase do projeto em que se realizaram inquéritos populacionais nas cidades participantes. Este estudo refere-se aos dados do Inquérito populacional da cidade de Campinas, no Estado de São Paulo.

Em 2003, Campinas tinha uma população estimada em um milhão de habitantes (98% residentes na área urbana; 78% com idade igual ou superior a 14 anos). Neste estudo avaliou-se a população de 14 anos ou mais, não institucionalizada, residente na zona urbana do município (vide quadro 2).

#### Quadro 1- Características Gerais da cidade de Campinas-SP.

<b>População:</b> 1 milhão hab. 98% área urbana; 78% com idade = ou > 14 anos <b>Expectativa de vida:</b> F: 77a / M: 74a <b>Densidade demográfica (por km<sup>2</sup>):</b> 1200 <b>Escolas (por 100.000):</b> 31 <b>Desemprego:</b> 14% <b>Abaixo da linha de pobreza:</b> 12% <b>Psiquiatras (por 100.000):</b> 21 <b>Coefficiente de suicídio (por 100.000):</b> 4
---

### 3.2- Tamanho da amostra

Para fins de cálculo de tamanho da amostra, considerou-se a prevalência de 2,7% de tentativas de suicídio, ao longo da vida, na população geral (proporções publicadas na literatura encontram-se entre 1,8% e 3,6%). Considerando-se um erro de amostragem de 2%, nível de confiança de 95% e efeito do delineamento de 2, o tamanho mínimo definido para a amostra foi de 500 indivíduos. Obtivemos dados referentes a 515 indivíduos.

### 3.3- Estratégia da amostra

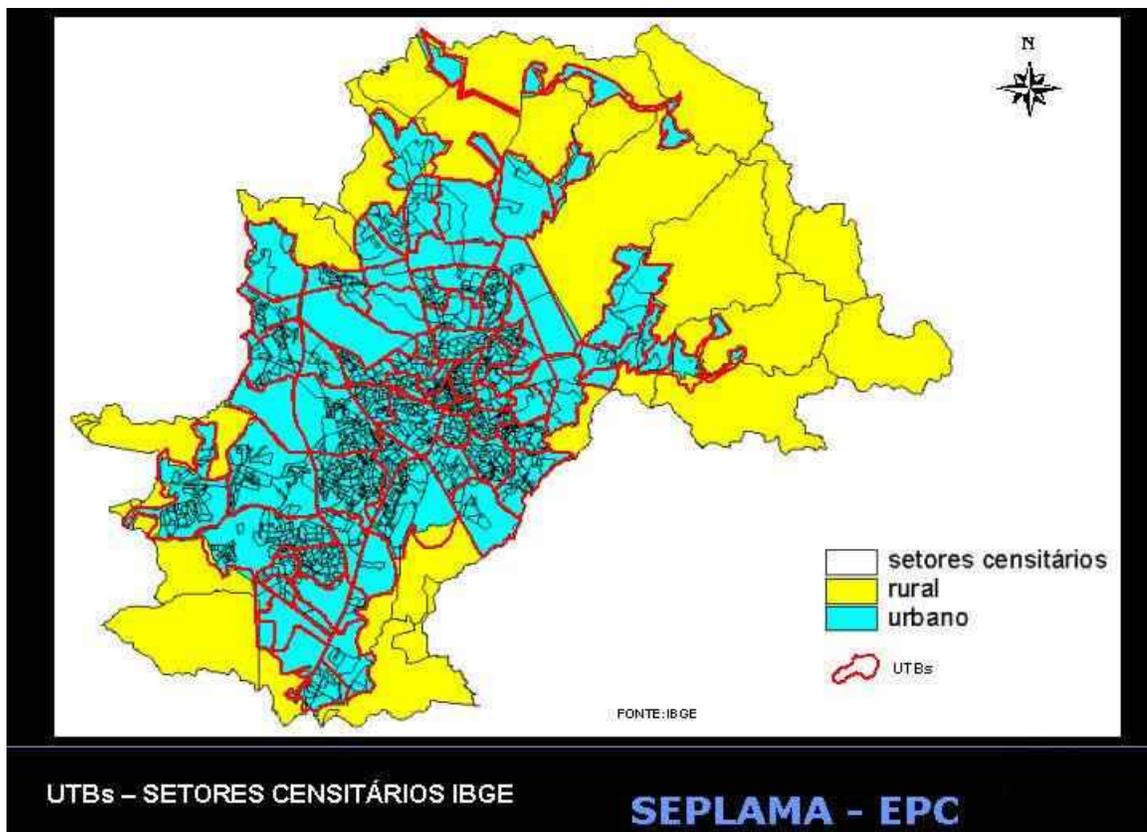
Adotou-se a amostragem estratificada, por conglomerados, em três estágios: o setor censitário<sup>1</sup> foi a unidade primária de amostragem; o domicílio, a unidade de amostragem do segundo estágio e o indivíduo, a do terceiro estágio.

Foi utilizado neste estudo o cadastro de domicílios e setores censitários (vide figura 2) do Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP)(CÉSAR et al., 1998). Os setores censitários de Campinas foram agrupados em três estratos, segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: estrato A (mais de 25%; total de 278 setores); estrato B (de 5 a 25%, totalizando 252 setores); estrato C (menos de 5%, 305 setores). Foram sorteados 10 setores em cada estrato. Os setores sorteados foram percorridos por pesquisadores de campo, que fizeram o arrolamento de todos os domicílios existentes, tendo como base os *croquis* com os contornos dos quarteirões, fornecidos pelo IBGE.

A partir da relação de endereços registrados no arrolamento, foram sorteados, para este estudo, 20 domicílios em cada setor censitário, aplicando-se amostragem sistemática. Esse procedimento resultou em 200 domicílios por estrato, totalizando 600 domicílios. Finalmente, em cada domicílio, durante o trabalho de campo, foi sorteado um indivíduo de 14 anos ou mais (através de contagem seqüencial e contínua dos residentes no domicílio, dispostos em ordem crescente de idade, até que se atingisse um número aleatório, previamente definido e impresso na capa do formulário).

---

<sup>1</sup> Para efeito de coleta de informações do censo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divide os municípios em setores censitários, ou seja, uma unidade básica de coleta, constituída por área territorial contínua situada num só quadro (urbano, rural, urbano isolado), definido por lei municipal. Um setor censitário possui em média 300 domicílios na área urbana e 200 domicílios na área rural.



**Figura 2-** Mapa dos setores censitários-IBGE- Campinas.

Um total de 539 indivíduos foram abordados. Destes, 23 se recusaram a participar, resultando em um total final de 515 entrevistados. O número de recusas foi maior no estrato A, seguido pelo estrato B e C (17, 5 e 1, respectivamente).

O delineamento tipo caso-controle incluiu 29 casos de ideação e 166 controles, selecionados aleatoriamente entre os que não apresentaram pensamento suicida nos últimos 12 meses. Isso perfaz a razão de um caso para 5,7 controles. Considerou-se um poder estatístico de 80% para detectar uma razão de chances (odds ratio) de 3,6 com um nível de significância de 5%.

### 3.4- Instrumentos

O instrumento aplicado baseou-se no *European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS)*, utilizado no *WHO/EURO Multicentre Study on Suicide Behaviour* (KERKHOF et al., 1989). A versão final, elaborada pela equipe de pesquisadores principais do SUPRE-MISS, compõe-se das seguintes seções: informações sociodemográficas, história de comportamento suicida pessoal e em membros da família, opinião sobre problemas da comunidade, saúde física e mental, contato com serviços de saúde e questões relacionadas com consumo de álcool e drogas (anexo 1). É constituído de questões de fácil entendimento e o tempo médio de aplicação esteve entre 20 e 40 min.

Ideação suicida no último ano foi avaliada por meio das perguntas: *Alguma vez você já pensou em pôr fim a sua vida?* (não, sim) Se a resposta fosse "sim" seguia-se a pergunta: *Este pensamento lhe ocorreu alguma vez nos últimos doze meses?* Os indivíduos que responderam "sim" às duas questões constituíram o grupo de casos para o estudo de caso-controle.

Variáveis potencialmente relacionadas com ideação suicida foram analisadas:

#### 3.4.1- Sociodemográficas:

Cinco variáveis foram analisadas:

A) gênero;

B) faixa etária ( três grupos: 14-39, 40-59, 60 e + anos);

C) escolaridade (três grupos: 0-8, 9-11, 12 e + anos de escolaridade). Refere-se ao total de anos cursados com sucesso a partir do 1º ano do primeiro grau.

D) renda (4 grupos: sem renda, 1-2500, 2501-10000, 10001 e + US\$ por ano). Refere-se a renda anual, individual. Como parte do banco de dados de um estudo multicêntrico, a renda anual foi descrita em dólares.

E) situação empregatícia (exerce, não exerce).

Aspectos relacionados à religião bem como características referentes à família foram consideradas em outro grupo:

#### 3.4.2- Características da família

- A) situação conjugal (três grupos: solteiro, casado/amasiado, viúvo/divorciado);
- B) com quem reside (só, com outros); separações conjugais (não, sim);
- C) ter filhos (não, sim);
- D) ser responsável por filho menor de 16 anos (não, sim);

#### 3.4.3- Características da religião:

- A) religião (três grupos: católica, outras, nenhuma). Note-se que foi considerada filiação religiosa;
- B) frequência à igreja (menos que uma vez por mês, pelo menos uma vez por mês);
- C) considerar-se religioso (não, sim).

#### 3.4.4- Características de saúde mental:

Duas escalas psicométricas foram acrescentadas ao protocolo local: o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) (HARDING et al., 1980) e o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (BARBOR et al., 1992), já validados no Brasil (MARI e WILLIAMS, 1986; FIGLIE et al., 1997, respectivamente).

#### 3.4.4.1- SRQ-20:

O SRQ-20 contém 20 questões com respostas sim/não que rastreiam morbidade psiquiátrica não-psicótica; pontuações iguais ou superiores a oito, numa escala de zero a 20, foram utilizadas como indicativas de morbidade psiquiátrica. A partir da estrutura fatorial do SRQ-20 proposta por IACOPONI e MARI (1988) (vide tabela 1), foram criadas quatro novas variáveis: “falta de energia” (questões do SRQ-20 de números: 8, 11, 12, 13, 18 e 20), “sintomas somáticos” (1, 2, 7 e 19), “estado depressivo” (6, 9 e 10) e “pensamentos depressivos” (14, 15, 16 e 17).

**Quadro 2-** Estrutura fatorial do SRQ-20 : (Iacoponi & Mari, 1988)

<i>ÍTEM do SRQ-20 (nº)</i>	<i>ÍTEM</i>
<b>FALTA DE ENERGIA</b>	
20	Você se cansa com facilidade?
18	Sente-se cansado o tempo todo?
12	Tem dificuldades em tomar decisões?
13	Tem dificuldades no serviço(seu trabalho é penoso,lhe causa sofrimento)
8	Tem dificuldade de pensar com clareza?
11	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias
<b>SINTOMAS SOMÁTICOS</b>	
19	Tem sensações desagradáveis no estômago?
7	Tem má digestão?
2	Tem falta de apetite?
1	Tem dores de cabeça freqüentes?
<b>HUMOR DEPRESSIVO</b>	
10	Tem chorado mais do que de costume?
9	Tem se sentido triste ultimamente?
6	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?
<b>PENSAMENTOS DEPRESSIVOS</b>	
16	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?
14	Sente-se incapaz de desempenhar um pael útil em sua vida?
17	Tem tido a idéia de acabar com a vida?
15	Tem perdido o interesse pelas coisas?

#### 3.4.4.2- AUDIT:

O AUDIT identifica usuários de álcool que se encontram numa faixa de risco; pontuação igual ou superior a oito (variação zero-40) é sugestiva de uso abusivo e/ou dependência ao álcool.

#### 3.4.4.3- Uso de drogas ilícitas na vida, uso de calmantes nos últimos três meses.

As questões relacionadas ao uso de álcool e drogas também foram avaliadas da seguinte forma:

*Alguma vez na vida, você já experimentou alguma das seguintes substâncias?*

Produtos de tabaco (cigarro, cachimbo, charuto, etc.) (não/sim)

Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, licor, etc.) (não/sim)

Maconha (não/sim)

Cocaína ou crack (não/sim)

Estimulantes ou anfetaminas (pílulas dietéticas, ecstasy, etc.) (não/sim)

Inalantes (solventes, colas, thinner) (não/sim)

Calmantes ou pílulas soníferas (Valium, Lorax, Dormonid, etc.) (não/sim)

Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, etc) (não/sim)

Heroína, morfina, metadona ou analgésicos opióides, etc) (não/sim)

Outros, especificar \_\_\_\_\_

*Se “sim” em algum desses itens, NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) MESES, com que frequência você usou as substâncias que mencionou? (nunca/ uma ou duas vezes/ uma vez por mês/ uma vez por semana/ diariamente ou quase).*

#### 3.4.4.4- Tratamentos em saúde mental

Foi avaliado mediante dois grupos de questões referentes à história de internações psiquiátricas e tratamento psiquiátrico ambulatorial. Respostas afirmativas a pelo menos uma das questões eram requeridas para se considerar tratamento psiquiátrico anterior. As seguintes questões foram utilizadas:

-História de internações psiquiátricas

*Você já precisou de internação por problemas mentais? (não/sim)*

-Tratamento psiquiátrico ambulatorial

*Você teve contato com algum dos seguintes serviços profissionais para tratamento psiquiátrico?*

a) Serviços Psiquiátricos posto ou ambulatório (não/sim)

b) Serviços psiquiátricos, CAPS (não/sim)

c) Internação parcial (hospital-dia) (não/sim)

d) Psicólogos e psiquiatras particulares (não/sim)

e) Serviços de consultório para problemas relacionados ao álcool e drogas (não/sim)

#### 3.4.4.5- Dificuldades emocionais (mínimo de 1 ano):

Aferida através da resposta a questão: *Você já teve ou tem tido dificuldades emocionais, por longos períodos de tempo (mínimo de 1 ano) que o impediram de realizar bem as tarefas do dia-a-dia? (Exemplos: medo de certos lugares, ansiedade para sair de casa, medo excessivo das pessoas em geral, depressão, outras emoções ou pensamentos que o influenciam repetidamente como idéias que ficam se repetindo (obsessão), por exemplo, se sentir obrigado a limpar-se ou limpar a sua casa, etc.)*

#### 3.4.5- Doença/problema físico nos últimos 12 meses:

Aferida pela questão: *Você tem alguma doença ou problema físico que o tem incomodado nos últimos doze meses?* (não, sim)

#### 3.4.6- Percepção de solidariedade:

Avaliação quanto a sentir-se ajudado pela vizinhança, da solidariedade entre vizinhos foi feita através da questão: *“em sua opinião, quão próximas umas das outras estão as pessoas e quanto elas se ajudam”*, para valores de 1 (distantes/não se ajudam a 5 (muito próximas/se ajudam muito).

### **3.5- Procedimentos**

Doze entrevistadores foram treinados (cinco alunos de medicina, duas enfermeiras, três psicólogas, duas nutricionistas). O treinamento constou de três sessões de 90 minutos cada e versou sobre detalhes do protocolo e técnica de entrevista. Antes do estudo principal, cada entrevistador aplicou o instrumento em duas pessoas. Isso serviu de base para esclarecimentos no preenchimento, bem como aprimoramento do vernáculo e do formato do instrumento.

Os pesquisadores fizeram até três tentativas de entrevistar a pessoa sorteada, caso essa não se encontrasse em casa. Todas as entrevistas foram feitas sem a participação de terceiros. Zonas residenciais consideradas perigosas foram pesquisadas em forma de mutirão, com apoio de viatura da universidade. A entrevista foi reaplicada a 50 indivíduos selecionados aleatoriamente, a fim de se averiguar a confiabilidade dos dados. O estudo de campo iniciou-se em sete de maio e terminou em 15 de julho de 2003. Todos os participantes assinaram termo de consentimento. Foi assegurada a confidencialidade das informações. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM UNICAMP (anexo III).

### **3.6- Análise estatística**

A existência de associação entre ideação suicida e cada um dos fatores foi verificada considerando as variáveis em sua forma dicotômica. A análise de dados foi realizada no software STATA, versão 7.0. Inicialmente procedeu-se à análise univariada de todas as informações coletadas, com cálculo das proporções para as variáveis categóricas. Em seguida foram realizadas as análises bivariadas, observando-se as proporções das exposições entre casos e controles, os testes de qui-quadrado e as respectivas razões de chances (RC) e seus intervalos de confiança de 95%. Na etapa seguinte, realizou-se a análise multivariada, mediante regressão logística não condicional, considerando o delineamento não-pareado de casos e controles. O processo foi iniciado em modelo saturado com as variáveis com valor de  $p$  menor que 20% e com eliminação posterior daquelas com  $p$  maior ou igual a 5%.

## ***4- RESULTADOS***

A *tabela 1* apresenta os resultados referentes ao efeito isolado das variáveis socioeconômicas, sendo que apenas renda entre 1 e 2500 dólares mostrou-se associada à ideia suicida, mas com valor de  $p$  de 10%. Quanto à variável *escolaridade*, verificou-se

uma diminuição da chance de pensamento suicida com o aumento do número de anos cursados, mas sem significância estatística. A razão de chances (RC) para 9-11 anos de estudo foi 2,92 (IC95% 0,58 – 19,69) e para 12 anos e mais 1,44 (IC95% 0,26 – 10,42), comparados com a categoria *até oito anos*.

Para as variáveis relativas a

o gênero e à situação empregatícia também não se obteve evidência de associação estatisticamente significativa no nível de 5%.

**Tabela 1-** Características sociodemográficas

CARACTERÍSTICAS		CASOS		CONTROLES		RAZÃO DE CHANCES (RC)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%	P
		N = 29		N = 166				
		Nº	%	Nº	%			
GÊNERO	Masculino	12	41,4	62	37,3	1	0,49 – 2,83	0,84
	Feminino	17	58,6	104	62,7	1,18		
FAIXA ETÁRIA (anos)	14 – 39	13	44,8	91	54,8	1,07	0,29 – 4,24	0,99
	40 – 59	12	41,4	45	27,1	2	0,53 – 8,19	0,4
	60 e +	4	13,8	30	18,1	1		
ESCOLARIDADE (anos)	0 – 8	2	6,9	23	13,8	1		
	9 – 11	18	62,1	71	42,8	2,92	0,58 – 19,69	0,24
	12 e +	9	31	72	43,4	1,44	0,26 – 10,42	0,99
RENDA (US\$)	Sem renda	10	34,5	42	25,3	1		
	1 – 2500	5	17,2	61	36,8	0,34	0,09 – 1,20	0,11
	2501 – 10000	11	37,9	47	28,3	0,98	0,34 – 2,82	0,84
	10001 e mais	3	10,4	16	9,6	0,79	0,15 – 3,73	0,99
SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA	Exerce	16	55,2	85	52,5	1		
	Não exerce	13	44,8	77	47,5	1,11	0,47 – 2,65	0,95

A tabela 2 apresenta os dados referentes as características da família: viver só ou com outras pessoas, separações conjugais, ter filhos, ser responsável por filho menor que 16 anos, também não se obteve evidência de associação estatisticamente significativa no nível de 5%.

**Tabela 2-** Características da família

CARACTERÍSTICAS		CASOS		CONTROLES		RAZÃO DE CHANCES (RC)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%	P
		N = 29		N = 166				
		Nº	%	Nº	%			
SITUAÇÃO CONJUGAL	Solteiro	7	24,2	53	31,9	1		
	Casado/ amasiado	17	58,6	84	50,6	1,53	0,55 – 4,40	0,51
	Viúvo/ divorciado	5	17,2	29	17,5	1,31	0,32 – 5,16	0,75
COM QUEM RESIDE	Só	8	27,6	32	19,3	1,6	0,59-4,24	0,44
	Com outros	21	72,4	134	80,7			
TER FILHOS	Sim	21	72,4	112	67,5	1,27	0,49-3,34	0,75
	Não	8	27,6	54	32,5			
RESPONSVEL POR > 16 A	Sim	11	37,9	66	39,8	0,93	0,38-2,23	0,98
	Não	18	62,1	100	60,2			

**Tabela 3-** Características de religião

CARACTERÍSTICAS		CASOS		CONTROLES		RAZÃO DE CHANCES (RC)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%	P
		N = 29		N = 166				
		Nº	%	Nº	%			
RELIGIÃO	Católica	19	70,4	110	72,4	1	0,41 – 2,92	0,98
	Outras	8	29,6	42	27,6	1,1		
FREQUÊNCIA À IGREJA	Menos que uma vez/mês	13	48,2	44	28,8	2,3	0,93 – 5,71	0,08
	Pelo menos uma vez/mês	14	51,8	109	71,2			
CONSIDERAR-SE RELIGIOSO	Sim	24	85,7	147	88,6	0,78	0,34-4,51	0,75
	Não	4	14,3	19	11,5			

As tabelas 4, 5 e 6 evidenciam que variáveis relacionadas à saúde mental e de comportamento relacionado à saúde estiveram associadas à ideação suicida. Indivíduos qualificados como positivos pelo SRQ-20 apresentaram quatro vezes mais chance para ideação que seus controles. Indivíduos que referiram falta de energia, humor deprimido e pensamento depressivo tiveram mais chance para ideação (RC= 4,78; 4,38 e 4,99 respectivamente).

O uso de drogas ilícitas não esteve associado à ideação suicida, na análise univariada, diferentemente do uso de calmantes (tabela 6).

**Tabela 4- SRQ-20**

CARACTERÍSTICAS		CASOS		CONTROLES		RAZÃO DE CHANCES (RC)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%	P
		N = 29		N = 166				
		Nº	%	Nº	%			
SRQ-20 (CASO PRESUMÍVEL)	Positivo	15	51,7	34	20,5	4,16	1,70 – 10,22	<0,01
	Negativo	14	48,3	132	79,5			
SRQ-20 (FALTA DE ENERGIA)	Sim	16	55,2	34	20,5	4,78	1,95 – 11,80	<0,01
	Não	13	44,8	132	79,5			
SRQ-20 (SINTOMAS SOMÁTICOS)	Sim	18	62,1	80	48,2	1,76	0,73 – 4,27	0,24
	Não	11	37,9	86	51,8			
SRQ-20 (HUMOR DEPRIMIDO)	Sim	13	44,8	26	15,7	4,38	1,74 – 11,03	<0,01
	Não	16	55,2	140	84,3			
SRQ-20 (PENSAMENTO DEPRESSIVO)	Sim	18	62,1	41	24,7	4,99	2,03 – 12,42	<0,01
	Não	11	37,9	125	75,3			

**Tabela 5- AUDIT**

CARACTERÍSTICAS		CASOS		CONTROLES		RAZÃO DE CHANCES (RC)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%	P
		N = 29		N = 166				
		Nº	%	Nº	%			
AUDIT (CASO PRESUMÍVEL)	POSITIVO	4	13,8	14	8,4	1,74	0,44 – 6,31	0,31
	NEGATIVO	25	86,2	152	91,6			

**Tabela 6- Outras características de saúde mental**

CARACTERÍSTICAS		CASOS		CONTROLES		RAZÃO DE CHANCES (RC)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%	P
		N = 29		N = 166				
		Nº	%	Nº	%			
DIFICULDADES EMOCIONAIS RELATADAS	Sim	18	62,1	38	22,9	5,51	2,23 – 13,79	<0,01
	Não	11	37,9	128	77,1			
USO DE CALMANTE NOS ÚLTIMOS 3 MESES	Sim	9	31	23	13,9	2,8	1,03 – 7,49	0,03
	Não	20	69	143	86,1			
USO DE DROGAS ILÍCITAS NA VIDA	Sim	6	20,7	19	11,4	2,02	0,64-6,11	0,22
	Não	23	79,3	147	88,6			
TRATAMENTO ANTERIOR EM SAÚDE MENTAL	Sim	9	31	32	19,3	1,88	0,72-4,88	0,235
	Não	20	69,0	134	80,7			
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA	Sim	1	3,6	2	1,2	3,4	0-45,02	0,375
	Não	20	69,0	134	80,7			

A presença de doenças ou problemas físicos nos últimos 12 meses (tabela 7) não estiveram associados à ideação, na análise univariada.

**Tabela 7-** Relato de problemas físicos

CARACTERÍSTICAS		CASOS		CONTROLES		RAZÃO DE CHANCES (RC)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%	P
		N = 29		N = 166				
		Nº	%	Nº	%			
RELATO DE PROBLEMAS FÍSICOS	Sim	13	44,8	67	40,4	1,2	0,5-2,84	0,80
	Não	16	55,2	99	59,6			

A avaliação da vizinhança no quanto é solidária, no quanto as pessoas se ajudam, apresentou-se significativa. A RC para ideação foi de 3,9 (IC 95% 1,33 – 12,31) quando esta vizinhança era sentida como distante (*tabela 8*).

**Tabela 8-** Percepção de solidariedade

CARACTERÍSTICAS		CASOS		CONTROLES		RAZÃO DE CHANCES (RC)	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%	P
		N = 29		N = 166				
		Nº	%	Nº	%			
AVALIAÇÃO DA VIZINHANÇA	Distante	24	82,8	91	55,2	3,9	1,33 – 12,31	<0,01
	Próxima	5	17,2	74	44,8			

Na tabela 9 é apresentado o resultado final a partir da utilização da análise multivariada. A análise bruta sugeriu chance aumentada de ideação para uso de calmantes, porém, não foi mantida a significância estatística quando se fez o ajuste simultâneo para as outras variáveis.

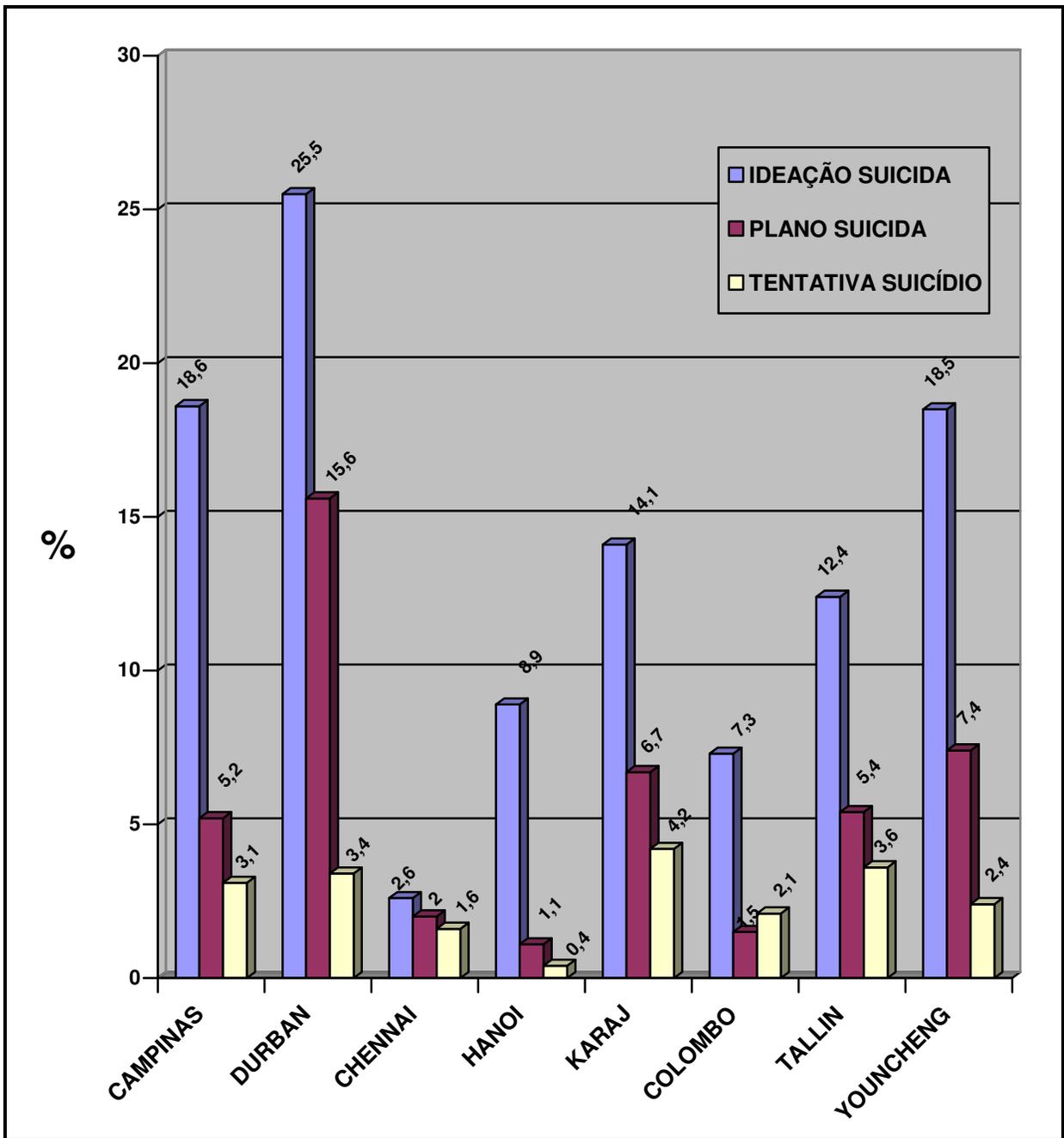
**Tabela 9-** Resultado final com modelo de regressão logística não-condicional: casos de ideação suicida no último ano e controles

<i>Variáveis</i>	<i>Razão de Chances</i>	<i>Intervalo de confiança (95%)</i>	<i>P</i>
<b>HUMOR DEPRIMIDO</b>	<b>3,8</b>	<b>1,325 – 10,925</b>	<b>0,01</b>
<b>VIZINHANÇA NÃO SOLIDÁRIA</b>	<b>3,57</b>	<b>1,134 - 11,240</b>	<b>0,03</b>
<b>FALTA DE ENERGIA</b>	<b>3,22</b>	<b>1,216 – 8,540</b>	<b>0,02</b>
<b>DIFICULDADES EMOCIONAIS RELATADAS</b>	<b>2,65</b>	<b>1,011 – 6,930</b>	<b>0,05</b>
<b>MENOR FREQUÊNCIA À IGREJA</b>	<b>2,79</b>	<b>1,023 – 7,619</b>	<b>0,05</b>

## *5- DISCUSSÃO*

Através dos resultados dos outros países avaliados pelo *supre-miss*, observamos a magnitude das diferenças encontradas quando comparados as comunidades: diferenças não restritas às prevalências, mas também quanto a proporção entre os tipos de comportamento suicida (conforme gráfico 2). Constatações interessantes como a de que a cidade de Hanoi apresenta vinte vezes mais ideação que tentativas enquanto Durban tem planejamento suicida cinco vezes mais freqüente que tentativas e Chennai apresentando prevalências muito próximas dos diferentes comportamentos suicidas (ideação suicida: 2,6%; plano: 2%; tentativa: 1,6%). Ainda, o interessante dado referente a Colombo: mais tentativas que planos (BEROLOTE et al., 2005).

A disparidade de achados pode ser atribuída a sutis diferenças metodológicas, advindas de fatores como a tradução e adaptação dos instrumentos nas diferentes comunidades ou relacionadas a certas especificidades na abordagem desses países, como por exemplo, a forma de abordagem e a confiança com que os indivíduos de cada país recebem entrevistadores em sua casa. Contudo, diferenças culturais relacionadas diretamente ao comportamento suicida possivelmente estão implicadas. Essas diferenças culturais podem servir de direção para abordagens de prevenção mais específicas (BERTOLOTE et al., 2005).



Fonte: BERTOLOTE et al., 2005

**Gráfico 2-** Comportamento suicida nas cidades participantes do SUPRE-MISS (prevalências)

Os países não desenvolvidos carecem de estudos sobre comportamento suicida, especialmente no que diz respeito a intervenções e dados populacionais e nesse contexto, o SUPRE-MISS procura preencher essa lacuna. Considerando a metodologia empregada para a seleção de casos, a amostragem por conglomerados, os resultados locais permitem a extrapolação dos resultados para a cidade de Campinas (população acima de 14 anos). Contudo, não se pode descartar, à análise do número de recusas de participação, um possível viés de seleção uma vez que esse número varia significativamente entre os estratos A, B e C (17, 5 e 1 respectivamente). Talvez o maior número de recusas ocorrido no estrato A denote o maior receio desse estrato em receber entrevistadores, reflexo do medo da violência. A amostragem por conglomerados não é isenta de limitações mas a utilização de ponderação dos resultados com análise do peso, da representatividade do indivíduo na amostra, colabora para esta extrapolação. Estudos como este favorecem a elaboração de estratégias específicas de prevenção para a região estudada, focalizando a ideação suicida como um estágio precoce para a abordagem do comportamento suicida, muitas vezes referida como um preditor de tentativas.

Em relação ao comportamento suicida, a maioria dos estudos enfatiza a questão das tentativas e do êxito letal. Para esses desfechos, numerosos fatores de risco já foram identificados. Quanto à ideação suicida na população, relativamente poucos estudos caracterizam os fatores associados, embora seja crescente o número de estudos sobre ideação suicida na população adolescente, reflexo do aumento da proporção dos comportamentos suicidas nesta faixa etária.

É interessante observar o contingente submerso de comportamentos suicidas na população em geral: no que tange às tentativas, de cada três apenas uma chega para atendimento (BOTEGA et al. 2005). Além disso, sabe-se que grande parte dos indivíduos que tentam suicídio tiveram contato recente com o sistema de saúde, geralmente com atenção primária, e a ideação suicida não foi identificada (ISOMETSA et al., 1995).

O presente estudo, pesquisando indivíduos diretamente na comunidade, sem os vieses representados por amostras de pacientes ambulatoriais ou hospitalizados, avaliou ideação suicida nos últimos doze meses. Utilizando o banco de dados de um inquérito comunitário (estudo seccional) realiza, através de um contingente disponível de casos, com

o universo de pacientes que relataram ideação suicida no último ano, um estudo de caso-controle. Encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, estão estabelecidos possíveis fatores associados à condição estudada. Tratando-se de um estudo de caso-controle inserido num estudo seccional, contempla vantagens e desvantagens dos dois tipos de delineamento:

### **5.1- Caso-controle**

A utilização de estudos caso-controle, pela sua eficiência, é tipicamente empregada para doenças ou desfechos raros, numa abordagem em que diferenças entre os grupos, sendo esses comparáveis, são prováveis fatores de risco para a condição em estudo (ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

Estudos de caso controle são estudos de alto potencial analítico e baixo custo relativo. Outro aspecto importante diz respeito à comparabilidade dos grupos. Neste estudo, a seleção aleatória da amostra de controles entre os indivíduos participantes da pesquisa (diferentes apenas quanto à questão de estudo), com identidade da área geográfica de grupos e controles, permite que os grupos sejam comparáveis. A análise multivariada permitiu achados significativos, principalmente quanto às variáveis relacionadas a sintomas depressivos, sugerindo que um relato de ideação suicida nos últimos doze meses associa-se de forma consistente a esses sintomas.

Como limitações, os estudos de caso-controle têm um reduzido poder descritivo, são vulneráveis a inúmeros vieses (seleção, memória, confundimento) e são de alta complexidade analítica. Limitações inerentes ao grande número de variáveis analisadas e ao potencial viés de confundimento podem ser minimizadas pela análise multivariada, um método que considera simultaneamente os efeitos de muitas variáveis, determinando efeitos independentes de cada uma delas, reduzindo o risco deste viés. Contudo, tal forma de análise pode também fazer com que diferenças reais desapareçam.

Os estudos de caso-controle são classificados como longitudinais já que as análises de causalidade assumem registros de causa e efeito realizados em momentos sucessivos. No entanto, a causalidade se estabelece a partir de uma análise mais complexa

das associações, que considere fatores como intensidade de associação, seqüência cronológica (é necessário que se observe a antecedência do suposto fator de risco), significância estatística (alto grau de certeza de que o achado não se deve ao acaso), consistência e coerência científica (GLYNN, 1993). Uma importante questão a ser discutida é se, tratando-se de um estudo de caso-controle com a amostra adequadamente selecionada e com resultados provenientes de análise multivariada, poderiam, esses achados, serem considerados fatores de risco. Consideramos, para tanto, o interessante artigo de GLYNN (1993), anteriormente citado, sobre as fronteiras entre associação e causalidade que expõe de forma bastante clara a questão da atribuição: Ao mostrar uma associação entre um fator qualquer e o desenvolvimento de uma condição, pode-se estar fazendo referência a fatores como acaso, viés, variáveis confundidoras, causa reversa, e não necessariamente a causa. Fatores de risco são associações relacionadas à causa, implicadas diretamente com o surgimento da condição e não com as outras condições. Adaptamos, para este estudo, as observações de BRADFORD HILL, (*apud* GLYNN, 1993) de que associações podem estar relacionadas a causa de determinada condição de acordo com a análise dos seguintes critérios e limitações:

- a) força da associação: Uma variável confundidora não identificada pode produzir uma forte associação. Um risco relativo pequeno não implica que uma associação possa ser rejeitada, mas que a exclusão de outras explicações para o achado é mais difícil. Fatores não analisados podem ser os verdadeiros responsáveis pelas diferenças encontradas. Não foram analisadas, por exemplo, características de personalidade dos indivíduos e estudos recentes mostram a associação de determinadas características de personalidade com comportamento suicida. Indivíduos com personalidade anti-social, por exemplo, apresentam comportamento suicida que independe da co-existência de sintomas depressivos (VERONA et al., 2004). Impulsividade, como fator isolado, também pode estar implicada nos achados (VERONA et al., 2004). Outro fator também não estudado nesta população e pode estar implicado nas diferenças encontradas foi o sentimento de desesperança, que, como já referido, muitas vezes fornece uma indicação mais forte de intenção suicida do que a própria depressão

(BECK et al., 1975). Outros transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares, etc.) não foram especificamente avaliados embora a questão sobre dificuldades emocionais no último ano possa fornecer indícios gerais para suspeição da presença dessas condições. Essas lacunas de investigação resultam da necessidade de simplificar o questionário, tornando-o mais acessível já que se trata de uma pesquisa que aborda os indivíduos em seus domicílios e não em contextos de atendimento de saúde, onde seriam mais pertinentes.

- b) efeito dose-resposta: Em relação ao nosso estudo, supondo que a ideação suicida fosse causada pela depressão, algo semelhante ao efeito dose resposta poderia ser verificado se, ao analisar a intensidade de sintomas depressivos, verificássemos sua relação com a ideação suicida: mais sintomas depressivos, mais ideação suicida ou maior a sua intensidade. Não verificamos essa possibilidade apesar de ser possível uma estimativa pela observação das pontuações do SRQ-20, mesmo não sendo um instrumento apropriado para verificar intensidade de sintomas depressivos e ansiosos.
- c) temporalidade: Quando causa-reversa é uma possibilidade, a demonstração de que o fator causador ocorre antes da condição estudada é crucial. Certamente, essa verificação só é adequadamente realizada através de estudos prospectivos ou de incidência. Por exemplo, não é possível determinar se a pouca percepção da solidariedade entre vizinhos é conseqüente a uma visão negativa/depressiva das relações ou se é a falta de solidariedade implicando no distanciamento das relações é justamente a “causa” dos sintomas depressivos. Embora uma alternativa seja recorrer a outros estudos que possam apoiar tal embasamento, neste estudo não há possibilidade de verificar se os fatores associados precederam ou foram conseqüência do objeto de estudo.

- d) consistência: Uma associação que é repetidamente encontrada em diferentes estudos é menos provavelmente devida ao acaso. Observada por diferentes pesquisadores, em diferentes locais e períodos, é improvavelmente devida a vieses. Houve consistência com a literatura numa parcela significativa dos achados, entretanto, a maioria dos estudos refere-se a países desenvolvidos e talvez a presença mais significativa de estudos populacionais em países em desenvolvimento trouxesse maior possibilidade de verificação da consistência dos achados.
- e) plausibilidade: O conhecimento de uma alteração biológica que predisponha e encadeie de forma coerente os achados. O modelo mais aceito atualmente é o de estresse-diátese ou estresse-vulnerabilidade, em que fatores ambientais (sociais, culturais, dietéticos, história de vida pessoal) concorrem com os fatores biológicos aumentando mutuamente a probabilidade de comportamento suicida. Existem vários mecanismos propostos, com vários níveis de consistência, para explicar a neurobiologia do suicídio: desde a associação de baixos níveis do metabólito da serotonina no líquido de pacientes suicidas (ASBERG et al. 1976) até a recente descoberta de uma variante da proteína transportadora da serotonina que pode aumentar o risco de desenvolver sintomas depressivos e de potencial suicida se houver exposição a eventos estressores importantes (CASPI et al. 2003). Não foram encontrados estudos específicos sobre neurobiologia da ideação suicida em sua relação com outros comportamentos suicidas e com depressão.
- f) reversibilidade: Um critério a ser verificado por outras formas de delineamento como ensaios clínicos. Um exemplo seria a demonstração de que removida ou reduzida a condição associada, por exemplo, depressão, seria observada redução equivalente da ideação suicida.

Observamos, então, que existem limitações impedindo a afirmação de que as diferenças encontradas entre os grupos neste estudo constituam fatores de risco. Tratando-se de um estudo caso-controle inserido num estudo seccional, abordam-se os achados deste estudo como possíveis fatores associados.

## 5.2- Inquérito comunitário

Ideação suicida (como pensamento) não é uma variável passível de observação ou de fácil descrição objetiva e mesmo entre os pesquisadores há divergências em torno desse conceito. Há limitações inerentes a esse tipo de estudo: Os indivíduos que responderam ao questionário podem também entender a questão de forma diversa. Ao supor que os que responderam negativamente sobre a presença de ideação suicida, podem tê-lo feito por outras razões (valores morais, religiosos, empatia com o entrevistador, etc.), admitimos a existência dessa possível fonte de viés: Os grupos podem ser menos diferentes do que detectado se o grupo controle estiver “contaminado” por ideação suicida não revelada. Contudo, procuramos enfatizar que a diferença a que nos propomos a fazer seria entre o grupo que *relata* ideação e o grupo que *não relata* ou seja, não a ideação como “*pensamento*” mas sim a ideação como “*comunicação*”. Se ameaças de suicídio ocorrem em 61% dos pacientes que cometem suicídio (LÖNQVIST, 1995) julgamos que o relato de ideação suicida é, por si, um indicativo da necessidade de alguma forma de auxílio, independente de sua real motivação.

Se o conceito de suicídio, como ato, revela-se complexo e repleto de divergências, pode-se pensar no quão instáveis e diversas são as definições correntes de ideação suicida. Primeiramente, as ideias a que se tem acesso são meramente as ideias “comunicadas”. A questão metodológica, então suscitada, é se há diferença entre um grupo que comunica e um grupo que não comunica ideação suicida. Os estudos, em geral, definem ideação suicida das mais variadas formas: Relato espontâneo ou resposta a diferentes questionamentos, que abrangem desde pensamentos de que a vida não vale à pena ser vivida até preocupações intensas, quase delirantes a respeito de suicídio (GILLI-PLANAS et al., 2001).

Dentre os 515 entrevistados, consideram-se então, neste estudo, os 29 que *comunicaram*, ou responderam afirmativamente a questões específicas sobre ideação suicida, como os indivíduos que *tiveram* ideação suicida nos últimos doze meses. Não se nega a existência de um contingente submerso, tanto no grupo de casos, quanto no grupo-controle, que não se dispôs a revelar pensamentos a respeito de suicídio.

Neste estudo, as questões utilizadas para identificar o grupo com ideação suicida nos últimos doze meses, embora amenizem o discurso, não fazendo referência à palavra suicídio, não transpõem o desafio de verificar distinções entre idéias transitórias e idéias mais sólidas, persistentes, que talvez, pudessem ser acessadas pelo uso de instrumentos específicos (BECK et al., 1979). Tratando-se de um inquérito comunitário, este estudo buscou simplificar a forma de abordagem, preterindo o uso de escalas à formulação de questões mais diretas e simples, menos redundantes. Considerando a presença de ideação nos últimos doze meses, e não na vida, espera-se reduzir possíveis vieses de memória. Contudo, o número de casos da amostra, limita a interpretação de alguns resultados, podendo favorecer a erros tipo II. Há ainda outras limitações inerentes a um inquérito populacional: As prevalências de ideação suicida entre jovens mostram taxas maiores de ideação suicida quando o inquérito é anônimo e menores prevalências nos casos de entrevistas extensas (FRIEDMAN, 1987). Há, também, aspectos subjetivos relacionados à forma de abordagem do entrevistador, como empatia e autenticidade (MILLER e ROLNICK, 1991), que podem fazer com que o entrevistado estabeleça maior ou menor vínculo de confiança e se disponha, ou não, a revelar sentimentos tão íntimos a alguém que acaba de conhecer. Profissionais de diferentes formações acadêmicas (estudantes de medicina, psicólogas, assistentes sociais) podem oferecer diferentes níveis de escuta empática, mesmo tendo participado do mesmo treinamento.

No intuito de simplificar o questionário para facilitar a execução, evitando cansar ou aborrecer o entrevistado, optamos por abreviar a investigação e aprofundamento de determinadas questões. Por exemplo, nos limitamos à questão sobre filiação religiosa, não pesquisando a religião em que o indivíduo foi criado ou o tempo de conversão, que, certamente, propiciariam análises interessantes. Pela mesma razão, a análise da presença de morbidade psiquiátrica fez-se a partir de instrumentos de triagem e não de diagnóstico, logo, são indicadores de suspeição para casos de ansiedade e depressão (SRQ-20), e para problemas relacionados ao uso de álcool (AUDIT). O uso de drogas ilícitas foi avaliado a partir de questões específicas.

A revisão de estudos sobre ideação suicida revela ainda uma amostra de outras dificuldades metodológicas referentes ao tema, além da já citada dificuldade relacionada à variabilidade do conceito: Juízos de valor que se repetem, distorções ao citar referências e

inferências, através da verificação de prevalência de diferentes comportamentos suicidas em um mesmo momento, de que há tendências a não progressão entre as etapas do processo (conforme observado nas pp. 36 e 37 deste trabalho).

### **5.3- Discussão dos resultados**

À análise dos resultados, não foram observadas diferenças entre casos e controles quanto às variáveis sociodemográficas. Estudos sobre ideação suicida na última semana, não encontraram diferença quanto às variáveis sociodemográficas, atribuindo vários fatores ao achado, como por exemplo, o *n* reduzido limitando o poder do estudo de encontrar associações estatisticamente significantes (VILHJALMSSON et al., 1998) ou apontando as diferenças sociodemográficas como menos decisivas quando se trata de ideação, em comparação com outras manifestações do comportamento suicida (planejamento e tentativa de suicídio) (SORENSEN e RUTTER, 1991).

Já outros estudos internacionais, apontam maior prevalência de ideação suicida associada a fatores sociodemográficos, ter uma condição conjugal tal como divorciado, separado ou solteiro (WEISSMAN et al., 1999). Também para WEISSMAN et al. (1999), as mulheres, de modo geral, tendem a ter mais ideação suicida na vida. Já RENBERG (2001), não encontra diferenças entre gêneros. O estudo prospectivo de KUO et al. (2001), analisando os fatores sociodemográficos, concluiu que apenas idade associa-se significativamente ao surgimento de ideação: mais jovens apresentam maior incidência. Aponta também a tendência para menor incidência de ideação entre afro-americanos e para mais casos entre indivíduos viúvos ou separados por ocasião da entrevista de base. SORENSON e RUTTER, (1991) apresenta a ideação como comportamento suicida mais prevalente entre indivíduos não casados e mais jovens.

Quanto à renda, SCWAB et al. (1972), GILLI-PLANAS et al. (2001) e VILHJALMSSON et al. (1998) não verificam associação, embora o último autor considere o estresse relacionado a problemas financeiros como um fator significativamente associado. Um estudo sobre incidência de ideação suicida nos Estados Unidos aponta renda (abaixo de \$35000 anuais) e estar abaixo da linha de pobreza como fatores relacionados à incidência

de ideação suicida (CROSBY et al., 1999). Para VILHJALMSSON et al. (1998) desemprego não se mostrou associado à ideação suicida mas para CROSBY et al. (1999), o desemprego associa-se com maior incidência de ideação. Os estudos revisados não verificam associação de ideação suicida com escolaridade (SORENSEN e RUTTER, 1991; VILHJALMSSON et al., 1998).

Como visto, os achados da literatura são bastante díspares em relação às variáveis sociodemográficas, não havendo uniformidade e consistência quanto aos resultados. A associação entre fatores sociodemográficos e ideação suicida parece ficar em segundo plano, não havendo destaque para um grupo específico, diferentemente do que se observa em relação às tentativas e suicídio. Portanto, a ausência de diferença entre os grupos quanto às variáveis sociodemográficas pode corresponder à realidade ou poderia, ainda, ser uma resultante do número reduzido de casos da amostra, não sendo esse número suficiente para a detecção de pequenas diferenças.

O presente estudo não encontrou associação entre a religião e relato de ideação suicida. Quanto a considerar-se religioso também não houve diferença significativa entre os grupos, no entanto, menor frequência à igreja (menos de uma vez por mês) esteve associada ao grupo que relatou ideação no último ano. Dados da literatura referem que ideação suicida incide sem diferenças significativas entre as diversas religiões (BRUCE et al., 2004). Contudo, a análise descritiva dos resultados da comunidade de Campinas (BOTEGA et al., 2005) revelou maior proporção de indivíduos de religião espírita em relação a protestantes entre os indivíduos com ideação suicida (34% e 14 %, respectivamente). Os autores discutem que, embora ambas as religiões condenem o suicídio, o protestantismo ainda veicula uma moral estrita de controle do comportamento e do pensamento do fiel (ROLIM, 1985) e que talvez esta seja uma das razões possíveis para esse achado.

Em nosso estudo, em virtude do número reduzido de pacientes no grupo de casos, não foi possível fazer uma análise discriminatória das religiões, e os cálculos consideraram apenas dois grupos: a religião católica em relação a outras religiões, não havendo diferença entre os grupos. Contudo, referente ao achado de menor frequência ao culto entre os indivíduos com ideação suicida, pode-se inferir que, religiões que estimulam

ou exigem maior participação e integração entre seus membros podem exercer fator protetor em relação à ideação suicida, nos remetendo à referência clássica de DURKHEIM (1897), em que a ação integradora, o sentimento de pertencer ou fazer parte de um grupo é um elemento importante de proteção quanto a comportamentos suicidas.

A maior frequência à igreja ou ao culto, a vivência periódica em uma comunidade unida em torno de convicções semelhantes pode ser responsável por um sentimento de pertença e proximidade, afastando sentimentos de solidão e desamparo e ao mesmo tempo estabelecendo um papel social ao indivíduo, independente da filiação ou doutrina religiosa.

Alguns estudos sugerem que a religiosidade, não se levando em consideração a afiliação religiosa, pode ter uma função protetora em relação ao suicídio: Em uma amostra de imigrantes latino-americanos, não foram encontradas relações entre religião e ideação suicida. Porém, a percepção da própria religiosidade e a frequência à igreja, foram negativamente associadas com ideação suicida (HOVEY, 1999).

Infelizmente, no intuito de simplificar o questionário para facilitar a execução, optamos por abreviar a investigação de determinadas questões e com isso questionamos pela religião a qual o indivíduo se considerava filiado no momento, não verificando a religião em que o indivíduo foi criado ou o tempo de conversão, que, certamente, propiciariam análises interessantes.

GILI-PLANAS et al. (2001) referem os transtornos afetivos como a categoria mais frequente de transtornos psiquiátricos em sujeitos que apresentam ideação suicida. No presente estudo, a análise do SRQ-20 evidenciou variáveis relacionadas a “humor deprimido” e “falta de energia” entre as que permaneceram com diferença significativa após a análise multivariada. Quanto ao fator “sintomas somáticos” não houve diferença significativa entre os grupos, assim como quanto ao relato de problemas físicos nos últimos doze meses. Contudo, chama atenção a elevada prevalência de positividade para estas duas questões (sintomas somáticos e problemas físicos), em ambos os grupos, das quais podemos inferir um expressivo contato com serviços de atenção primária (ou expressiva necessidade desse contato, não suprida) e reforça a importância desse *setting* como local de

diagnóstico e prevenção também para os quadros psiquiátricos. A somatização pode servir como um meio de comunicação quando a expressão verbal mais direta está bloqueada (DALGALARRONDO, 2000). Diante disso, analisamos a prevalência de respostas *sim* aos fatores do SRQ-20 no grupo de controles, ou seja, pessoas que não *verbalizam* ou realmente não apresentam ideação suicida: enquanto os outros fatores do SRQ-20 têm prevalências de positividade de 15 a 25% no referido grupo, no que tange a sintomas somáticos esta porcentagem chega a 48%. Pode-se inferir que há uma parcela de indivíduos no grupo de controles que tem dificuldade de reconhecer e verbalizar seus sentimentos, mas também que a somatizações têm elevada prevalência na população já que o grupo de casos também apresenta elevada prevalência desse fator (62,1%). Logo, não é possível estabelecer uma relação inversa entre sintomas somáticos e relato de ideação suicida.

Também a diferença entre os grupos quanto às "*dificuldades emocionais por mais de um ano*", com a especificação de que "*impedem a boa realização de tarefas do dia-a-dia*", pode ser atribuída aos sintomas depressivos e à falta de energia, mas não se pode descartar a inclusão de outros diagnósticos psiquiátricos, que não foram especificamente avaliados já que a pergunta oferece, como auxílio para o entrevistado, exemplos como: *medo de certos lugares, medo excessivo das pessoas em geral (...), outras emoções ou pensamentos que o influenciam repetidamente como idéias que ficam se repetindo (obsessão), (...)*. KUO et al. (2001) não encontraram associação entre diagnósticos de transtorno do pânico, agorafobia, esquizofrenia, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de personalidade anti-social e o surgimento de ideação suicida.

GOLDNEY et al. (2003) apontam a importância do transtorno depressivo como fator contribuinte para ideação suicida na comunidade. Segundo estudos de autópsia psicológica, 60% dos suicídios transcorrem em indivíduos com sintomas depressivos significantes (LONNQVIST, 2000). Estudos de Risco Atribuível na População, observam que, se toda a depressão pudesse ser prevenida ou efetivamente tratada, 40-50% do comportamento suicida e da ideação suicida poderiam ser eliminados (PIRKIS et al 2000). Esta consistente associação entre quadros depressivos e ideação suicida, afasta uma tendência de determinados autores a "normalizar" a ideação suicida, colocando a questão

como algo intrínseco ao ser humano, pensar na existência e na possibilidade de voluntariamente pôr um fim a ela. Não há evidências que sustentem este ponto de vista.

Ainda em relação aos resultados referentes à saúde mental, uma limitação que pode ser apontada diz respeito a não haver uma questão específica para avaliar sentimentos de desesperança. Quando diferentes aspectos de sofrimento são avaliados, o sentimento de desesperança mostra-se fortemente associado à ideação suicida (VILHJALMSSON et al., 1998) podendo inclusive fornecer uma indicação mais forte de intenção suicida do que a própria depressão (BECK et al., 1986). Novamente, a necessidade de simplificar o questionário traz esta restrição para a análise.

Os achados encontrados quanto ao uso de álcool e outras drogas, diferentemente dos encontrados na literatura (VILHJALMSSON et al., 1998), não permitem estabelecer diferenças entre os grupos quanto ao uso desses psicotrópicos. A literatura mostra que, para casos incidentes de ideação, por ocasião de uma entrevista de base, 13 anos antes, observa-se maior probabilidade de relatos de história de abuso ou dependência de drogas ou depressão (KUO et al., 2001). Alguns autores tem apontado dois subgrupos de comportamentos suicidas: um, marcado por sintomas depressivos, sem a presença de alterações mais evidentes de comportamento, as chamadas “internalizing syndromes” e outro subgrupo, “externalizing syndromes” onde são expressivas as atuações e manifestações decorrentes de comportamentos anti-sociais, atos impulsivos, uso e dependência de álcool e drogas (BRENT et al., 1994; VERONA e PATRICK, 2000). Um estudo recente, em uma amostra epidemiológica, procurou resolver metodologicamente a possível contaminação do grupo “externalizing” por quadros depressivos subjacentes que seriam os reais responsáveis pelo comportamento suicida naquele grupo e constatou que “externalizing syndromes” estão mesmo relacionadas a comportamento suicida de forma independente (VERONA et al., 2004). O presente estudo não avaliou aspectos de comportamento relacionados a atuações anti-sociais e impulsividade, a não ser uso de álcool e outras drogas. A ausência no estabelecimento desta relação é provavelmente relacionada ao reduzido número de casos (apenas quatro indivíduos do grupo de casos tiveram AUDIT positivo).

Quanto à história de atendimentos em saúde mental, não foi observada diferença entre os grupos. De fato, a literatura aponta o maior contato dos pacientes com comportamento suicida parece ocorrer com serviços de atenção primária e não com serviços específicos de saúde mental (LUOMA et al., 2002). Para LUOMA et al. (2002), analisando pacientes que cometeram suicídio, enquanto apenas 20% das vítimas tiveram contato com serviços de saúde mental um mês antes da tentativa, até 58 % delas tiveram contato com atenção primária. Quanto à história de internação psiquiátrica, o n reduzido (casos: 1 indivíduo; controle: 2 indivíduos) impede a interpretação do resultado.

A avaliação da vizinhança como distante ou não solidária, significativa para o grupo com ideação suicida, pode relacionar-se a sentimentos de desesperança e solidão neste grupo. Alguns fatores como o tempo de residência na comunidade ou mudanças recentes não foram avaliadas e podem estar implicadas no encontro desta diferença, tanto pelo fator estressante relacionado a uma mudança recente como pela ausência de tempo hábil para uma integração com a nova comunidade. Contudo, considerando-se que, através da metodologia empregada para a seleção de caso e controles, os grupos são comparáveis, se pressupõe que não haja diferenças significativas entre os grupos quanto a mudanças recentes ou tempo de moradia na comunidade. Como anteriormente observado, não se pode estabelecer cronologicamente a ordem dos fatores quanto à associação com ideação suicida: o que viria antes? Sintomas depressivos proporcionando uma avaliação negativa das relações sociais, sentimentos de desamparo e visão distorcida da comunidade relacionada a sentimentos de menos-valia? Ou um real distanciamento da vizinhança contribuindo para o isolamento e sentimento de solidão, contribuindo para o desencadeando sintomas depressivos?

Ideação suicida é seis vezes mais freqüente na população do que tentativas e se sugere que não se pode ligar muito facilmente ideação suicida à tentativa efetiva de suicídio (BERTOLOTE et al., 2005) ou se defende que há uma tendência a não progressão da ideação para outras etapas do comportamento suicida (VILHJALMSSON et al., 1998). Contudo, dada a expressividade dos números da O.M.S. (2003) sobre mortalidade e morbidade relacionada às tentativas de suicídio e a outros quadros psiquiátricos, principalmente transtornos depressivos, deve-se analisar a ideação suicida não só como um

fator diretamente relacionado a comportamento suicida mas também como um indicador de sofrimento psíquico e de necessidade de atenção específica. As evidências de que fatores como personalidade, controle de impulsos, suporte social e fatores culturais podem influenciar a seqüência ideação suicida - tentativa de suicídio – suicídio e, a despeito de algumas discontinuidades, as diferenças etiológicas que se estabelecem entre suicídio, tentativa de suicídio e ideação poderiam ser mais de grau do que de tipo (GUNNELL e FRANKEL, 1994) não podem ser ignoradas. Fatores relacionados a estresse, suporte social, auto-estima, uso de álcool, depressão, desesperança e dor crônica parecem ser comuns às várias etapas do processo (VILHJALMSSON et al., 1998) e parece não haver evidências concretas capazes de prever a progressão de ideação suicida para tentativa, mesmo entre pacientes psiquiátricos (POKORNY, 1983).

Tratando-se de um estudo epidemiológico, é relevante considerar nessa discussão o conhecido artigo de ROSE (1985), no qual salienta que as “causas dos casos” são diferentes das “causas de incidência” da doença e requerem estratégias diferentes de identificação: “*a epidemiologia centrada em casos identifica suscetibilidades individuais, mas pode falhar em identificar as causas de incidência*”. Tratam-se de diferentes questionamentos:

Investigando os *casos*: “Por que *alguns indivíduos* têm ideação suicida ou quais os fatores associados à ideação suicida nestes indivíduos?”

Investigando a *população*: “Por que *algumas populações* têm mais ideação suicida enquanto em outras, a incidência é bem menor?”

O referido autor chama a atenção para a necessidade de estratégias de prevenção para indivíduos de alto-risco, mas salienta a importância de estratégias populacionais em sua recorrente citação: “*Um grande número de pessoas com risco pequeno para determinada condição pode dar origem a mais casos da doença que um pequeno número de indivíduos que estão com alto risco*”.

O presente estudo refere-se a uma análise de determinados fatores associados aos *casos* de ideação suicida através de uma comparação com um grupo controle, não possibilita, portanto, a determinação de fatores que estariam universalmente presentes sem

possibilidade de demonstração através da diferença entre os grupos. Não se trata, portanto, de um estudo que, à princípio, procure fatores associados ou causas de *incidência*, que, segundo ROSE (1985), requerem uma análise das características da população (seja comparando-a com outras populações ou a mesma população em diferentes períodos) e sim da característica dos indivíduos. Contudo, este tipo de estudo pode ser utilizado, não só como base para futuros estudos que, através de maior propriedade metodológica possam estabelecer fatores ou grupos de risco para comportamento suicida, mas também como fornecedor de resultados que podem ser comparados a outras localidades, ou mesmo em outro tempo.

O SUPRE-MISS, do qual este estudo faz parte, permite justamente a análise destas diferenças entre os países. Pode-se perguntar, por exemplo: Como se dão as amplitudes de diferença entre casos e controles em outros países ou comunidades?

Uma vez que há predomínio de estudos sobre comportamento suicida em países desenvolvidos e que há diferenças culturais marcantes em relação às prevalências, fatores associados e proporção entre os estágios de comportamentos suicida nos diferentes países (BERTOLOTE et al, 2005), faz-se necessária a execução de estudos com metodologia apropriada para a identificação destas diferenças, sobretudo com possibilidade de extrapolação dos resultados para a comunidade estudada. Este estudo, mesmo com o número reduzido da amostra de casos, que limita a generalização de alguns resultados, apresenta metodologia adequada para seleção dos sujeitos tanto para o inquérito populacional (amostragem por conglomerados, com seleção aleatória de setores censitários representativos de cada estrato social) quanto para o grupo controle (controles selecionados aleatoriamente, dentro da mesma comunidade estudada). Esta característica permite que os resultados sejam, guardadas as observações quanto às limitações, extrapoláveis para a população acima de 14 anos, residente na área urbana da cidade de Campinas. Destacamos a diferença significativa quanto às variáveis ligadas a sintomas depressivos. A presença de sintomas depressivos pode também alterar a percepção das relações sociais, proporcionando uma atitude mais pessimista frente a possibilidade de auxílio por vizinhos, ou mesmo pela igreja, e desamparo frente aos mais próximos.

Esperamos com isso um primeiro passo em direção a uma melhor caracterização do contingente submerso de indivíduos da comunidade de Campinas que referem ideação suicida ao serem especificamente questionados e que os resultados possam servir de base para estudos e intervenções de prevenção do comportamento suicida nessa população, especialmente quando submetidos à comparação com outras comunidades.

#### **5.4- Implicações gerais / clínicas**

A análise dos resultados desse estudo associada às revisões de literatura, propiciaram as seguintes observações quanto a possíveis implicações clínicas e de aplicabilidade social, especialmente no que tange a prevenção:

- 1- A identificação da associação de ideação suicida a sintomas depressivos, especialmente humor depressivo e falta de energia, aponta para o relato de ideação suicida como fator ligado à doença e não a uma condição “normal”.
- 2- Não banalizar sintomas depressivos. Orientar a população quanto à quebra de preconceito e a possibilidade de estigmas relacionados.
- 3- Medidas preventivas gerais de melhoria no atendimento público, com menor tempo de espera por atendimento e maior disponibilidade de tempo assistência, realizada por profissionais orientados para trabalhar com comportamento suicida. Estruturação da rede de atendimento que permita agilidade no encaminhamento dos casos para atendimento especializado ou internação.
- 4- Maior necessidade de investir em orientações de profissionais de saúde quanto a identificação de depressão (RUTZ et al., 1989). Treinamento aos profissionais de saúde com orientações específicas para diagnóstico e tratamento de transtornos depressivos, bem como a identificação de pacientes com ideação suicida e a forma de abordagem da questão. Esclarecimentos sobre o freqüente receio de questionar o paciente sobre tais

pensamentos (medo de induzir e fardo da responsabilidade), e sobre os riscos presentes no descaso com pacientes ditos “manipuladores”. Orientar quanto à gravidade do problema, a prevalência desses comportamentos na comunidade, visto que, muitas vezes, os pacientes estão em contato com serviços de saúde, sem se referir a questão. Orientações em relação a casos de maior gravidade e risco que deveriam ser encaminhados para atendimento especializado.

- 5- Apresentados na literatura como um “contingente submerso” observa-se, também, que trazem alta prevalência de queixas somáticas e que possivelmente estão em contato com os serviços de saúde, especialmente atenção primária, e, ainda que raramente admitam espontaneamente idéias a respeito de suicídio, geralmente admitem esses pensamentos se o médico pergunta (DELONG et al., 1961).
- 6- Prevenção primária em psiquiatria ou psiquiatria preventiva é um tema pouco estudado, especialmente quando comparado com outras especialidades clínicas. Em um trabalho contínuo e de intenso *feedback* da epidemiologia com a clínica, vemos os resultados na redução de morbi-mortalidade em diversas especialidades médicas (cardiologia, endocrinologia, neurologia) . Atualmente, muito se fala sobre cuidados de saúde geral, medidas de educação alimentar, a prática de atividades físicas, exames preventivos periódicos, em detrimento ao pouco espaço dirigido à saúde psíquica. Estudando a considerável parcela de indivíduos com indícios de sofrimento psíquico na população levanta-se o questionamento de que talvez fosse o momento de agir, ou pelo menos planejar e avaliar ações, em relação a medidas de aumento da saúde psíquica da população.
- 7- Saúde Mental na Escola? : A escola, hoje o lugar delegado pela família para os ensinamentos sobre sexualidade e “prevenção das doenças do corpo”, não poderia ser um lugar possível para ensinar o indivíduo a pensar também sobre o seu funcionamento psíquico, seu comportamento e o modo como se relaciona com os colegas, com os professores, com a família e com a

sociedade em geral. Um lugar possível para o desenvolvimento de uma capacidade crítica que não se restrinja aos fatos externos ou sociais, mas também estimule um constante exercício de pensar sobre si. Ou será que se manterá o tabu de que as dificuldades de lidar com situações difíceis, com perdas, a escassez de resiliência, a subjetividade e mesmo os instintos de vida e de morte são assuntos restritos ao divã e a quem tem acesso a ele?

### **5.5- Implicações / sugestões para pesquisas**

- 1- Necessidade de cuidado conceitual na análise e replicação dos estudos, cuidado com repetições de afirmações enganosas que acabam se perpetuando. Reforça a importância da análise cuidadosa dos julgamentos contidos em citações bibliográficas e o risco de transmissão de distorções entre os estudos.
- 2- Estudos populacionais sobre comportamento suicida em outras regiões do Brasil.
- 3- Estudos que avaliem a abordagem do profissional de saúde no Brasil em relação à detecção, tratamento e encaminhamento de casos de transtornos depressivos e comportamento suicida.
- 4- Estudos sobre treinamento em identificação e tratamento de depressão e comportamentos suicidas para profissionais de atenção primária, com posterior avaliação de sua eficácia.
- 5- Estudos sobre mortes de causa indeterminada no Brasil.
- 6- Estudos de metodologia idêntica estabelecendo a magnitude de diferenças de resultados nos países participantes do SUPRE-MISS, procurando levantar os fatores (geográficos, sócio-econômicos, culturais, religiosos, legais) que possam estar implicados nestas diferenças, e estabelecer relações com as características socioculturais de cada país.

- 7- Revisões de estudos sobre psiquiatria preventiva, estudos sobre possíveis abordagens em populações específicas (escolas, atenção primária, hospital geral) e verificação de resultados.
- 8- Tentar especificar características de personalidade, idade e outros fatores “inespecíficos” (formação, tom de voz, vestuário) dos entrevistadores e verificar se influenciam nas respostas dos entrevistados, mesmo com a realização de um treinamento padrão dos entrevistadores.

## *6- CONCLUSÕES*

- 1- Os dados sociodemográficos revelam grupos muito parecidos quanto a gênero, faixa etária, escolaridade renda e situação empregatícia. De certa forma, isso valoriza as outras diferenças encontradas, já que há o estabelecimento de um pareamento quanto a essas variáveis.
- 2- Em relação às características da família, não houve diferença entre os grupos quanto à situação conjugal, residir só ou com outras pessoas, histórico de separações conjugais ou ser responsável por filho menor de 16 anos.
- 3- Os indivíduos do grupo controle apresentaram maior frequência à igreja/culto (pelo menos uma vez por mês) do que os indivíduos do grupo de casos. Quando considerada a percepção da própria religiosidade, não houve diferença entre os grupos, com ampla maioria de ambos os grupos considerando-se pessoas religiosas. Quando filiação religiosa é avaliada os grupos também são homogêneos quanto a serem católicos ou pertencerem a outras religiões.
- 4- As diferenças aparecem de forma mais nítida na análise das variáveis relacionadas à saúde mental: casos positivos do SRQ-20, indicando maior morbidade quanto a sintomas ansiosos e depressivos no grupo de casos.
- 5- À análise fatorial do SRQ-20 revela que essa positividade se faz às custas dos itens “humor depressivo” e “falta de energia” enquanto que, em relação ao item “sintomas somáticos” não houve diferença entre os grupos.
- 6- O relato de “dificuldades emocionais no último ano” forneceu indícios de que há mais sintomas psiquiátricos gerais no grupo com ideação suicida, consistente com os achados do SRQ-20.
- 7- Em ambos os grupos se apresentam elevadas porcentagens de indivíduos que relatam “sintomas somáticos” e “doença ou problema físico nos últimos doze meses” (40-60%). Não houve diferença significativa entre os grupos quanto a essas variáveis.

- 8- Um número reduzido de casos AUDIT positivo (embora consistente com as prevalências de dependência e abuso de álcool na população) e relato de uso de drogas ilícitas na vida, dificulta a análise destas variáveis e traz disparidade em relação à literatura, não encontrando diferença entre os grupos quanto a indícios de problemas com o álcool e com as drogas.
- 9- O uso de calmantes no último ano mostrou-se associado à ideação suicida na análise bivariada, o que seria consistente com os achados de diferença significativa quanto à positividade do SRQ-20 para o grupo de casos, mas não se manteve quando submetido à análise multivariada.
- 10- Quanto à “internação psiquiátrica prévia”, dado o reduzido número de respostas afirmativas para ambos os grupos, faz-se um resultado de limitada possibilidade de extrapolação.
- 11- Não houve diferença entre os grupos quanto à questão “tratamento psiquiátrico anterior”, a despeito dos resultados que indicaram maior morbidade psiquiátrica ( SRQ-20 / dificuldades emocionais).
- 12- Há aumento de chance para ideação suicida quando a vizinhança é sentida como distante ou não solidária, mas não é possível avaliar se essa percepção é componente de uma visão mais pessimista da realidade, relacionada aos sintomas depressivos evidenciados pela aferição de outras variáveis ou serve como um fator desencadeante, propiciando sentimentos de pouca integração ou baixa coesão social, que poderiam estar implicados no surgimento de ideação suicida.

## ***7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

ALVAREZ, A. **The savage god: A Study of Suicide**. London: Weidenfeld and Nicolson; 1971.

ANDERSEN, U. A.; ANDERSEN, M.; ROSHOLM, J. U.; GRAM, L. F. Contacts to the health care system prior to suicide: A comprehensive analysis using registers for general and psychiatric practitioners and practicing specialists and drug prescriptions. **Acta Psychiatr Scand**, 102: 126-134, 2000.

APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-IV**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ASBERG, M.; TRACKSMAM, L.; THOREN, P. 5HIAA in the cerebrospinal fluid. A suicide predictor? **Arch Gen Psychiatry**, 33: 1193-1197, 1976.

AYD JÚNIOR, F. J. **Lexicon of Psychiatry, Neurology and Neurosciences**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995.

BARBOR, T. E.; LA FUENTE JR, S.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care**. Geneva: WHO; 1992.

BEAUTRAIS, A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. In: **Commonwealth Department of Health and Aged Care, National Youth Suicide Prevention Strategy-Setting the Evidence-based Research Agenda For Australia**. Canberra: Commonwealth of Australia; 1999. p.113-278.

BEAUTRAIS, A. L.; JOYCE, P. R.; MUDER, R. T.; FERGUSON, D. M.; DEAVOL, D. J.; NIGHTINGALE, S. K. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case control study. **American Journal of Psychiatry**, 153: 1009-1014, 1996.

BECK, A. T, KOVACS, M.; WEISSMANN, A. Assessment of suicide intention: The scale for suicide ideation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 47: 343-352, 1979.

BECK, A. T. Hopelessness as a predictor of eventual suicide. **Ann NY Acad Sci**, 48: 90-96, 1986.

BECK, A.T.; SCHUYLER, D.; HERMAN, J. Development of Suicide Intent Scales. In BECK, A. T.; RESNICK, H. P. L.; LETTIERI, D. J. (Eds). **The prediction of suicide**. Philadelphia, PA Charles Press, 1974. p. 54-56.

BERLIM, M. T.; MATTEVI, B. S.; PAVANELLO, D. P.; CALDIERARO, M. A.; FLECK, M. P. A.; WINGATE, L. R. et al. Psychache and Suicidality in Adult Mood Disordered Outpatients in Brazil. **Suicide Life Threat Behav**, 33(3): 242-248, 2003.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A.; DE LEO, D.; WASSERMAN, D.; BOLHARI, J. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. **Psychological Medicine**, 35: 1457-1465, 2005.

BONNER, R. L.; RICH, A. R. Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. **Suicide Life Threat Behav**, 17: 50-63, 1987.

BOTEGA, N. J.; BARROS, M. B. A.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEON, L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Rev Bras Psiquiatr**, 27(1): 45-53, 2005.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. G. Avaliação e Manejo do Paciente. In: WERLANG, B.; BOTEGA, N. J. editors. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2004. p.123-140.

BRENT, D. A. Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family enviromental factors, and life stress. **Suicide Life Threatening Behavior**, 25 (supl): 52-63, 1995.

BRENT, D. A.; PERPER, J. A.; MORITZ, G.; ALLMAN, C.; FRIEND, A.; et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 32: 521-529, 1993a.

BRENT, D. A.; PERPER, J. A; GOLDSTEIN, C. E. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal in-patients. **Archives of General Psychiatry**, 45: 581-588, 1988.

BRENT, D. A.; JOHNSON, B.; BARTLE, S. Personality disorder tendency to impulsive violence, and suicidal behaviors in adolescents. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 33: 1080-1086, 1994.

BRENT, D. A.; JOHNSON, B.; PERPER, J. A.; CONNOLY, J.; BRIDGE, J.; BARTLE, S. et al. Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and complete suicide in adolescents. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 32: 423-433, 1993b.

BRUCE ML, TEN HAVE TR, REYNOLDS III CF and cols. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. A randomized controlled trial. **JAMA**, 291(9): 1081-1091, 2004.

BURLESS, C. e DE LEO, D. Methodological Issues in Community Surveys of Suicide Ideators and Attempters. **Crisis**, 22(3): 108-123, 2001.

CASPI, A.; SUGDEN, K.; MOFFITT, T. E.; TAYLOR, A.; CRAIG, I. W.; HARRINGTON, H. L. et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in 5-HTT gene. **Science**, 301: 386-389, 2003.

CARLSON, G. A.; RICH, C. L.; GRAYSON, P.; FOWLER, R. C. Secular trends in psychiatric diagnosis of suicide victims. **Journal of Affective Disorders**, 21: 127-132, 1991.

CASSORLA, R. S. M. Suicídio e auto-destruição humana. In: WERLANG, B.; BOTEAGA, N. J. editors. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2004. p.21-33.

CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M. **Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP)**. São Paulo: FAPESP, processo 14099-7; 1998.

CONWELL, Y. Suicide in the elderly. In: SCHNEIDER, L. S.; REYNOLDS, C. F.; LEBOWITZ, B. D.; FRIEDHOFF, A. J.; eds. **Diagnosis and Treatment of depression in late life: Results of the NIH Consensus Development Conference**. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 397-418.

CROSBY, A. E.; CHELTENHAM, B. S.; SACKS, J. J. Incidents of Suicidal Ideation and Behavior in the United States, 1994. **Suicide Life Threat Behav**, 29: 131-140, 1999.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Psiquiátricos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 199-200.

DEIKIN, E. Y.; PERLOW, R.; McNAMARA, J. Non-fatal an life-threatening behavior among 13-17-year-old adolescents seeking emergency medical care. **American Journal of Public Health**, 75: 90-92, 1985.

DELONG, W. B.; ROBINS, E. The communication of suicidal intent prior to psychiatric hospitalization: a study of 87 patients. **Am J of Psychiatry**, 117: 695-705, 1961.

DIEKSTRA, R. F. W.; EGMOND, M. Suicide and Attempted Suicide in General Practice, 1979-1985. **Acta Psychiatr Scand**, 79: 268-275, 1989.

DIEKSTRA, R. F. W. The epidemiology of suicide and parasuicide. **Acta Psychiatr Scand**, Supple 371:9-20, 1993.

DORPAT, T.e BOSWELL, J. An evaluation of suicidal intent in suicide attempts. **Compr Psychiatry**, 4: 117-25, 1963.

DUBOW, E. F.; KAUSCH, D. F.; BLUM, M. C et al. Correlates of Suicidal Ideation and Attempts in a Community Sample of Junior High and High School Students. **Journal of Clinical Child Psychology**, 18:158-166, 1989.

DURKHEIN, E. (1897). **O suicídio: estudo de Sociologia**; tradução Mônica Stahel – São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DYCK, M. J. Positive and Negative Attitudes Mediating Suicidal Ideation. **Suicide Life-Threatening Behavior**, 21: 360-73, 1991.

FAWCETT, J.; CLARK, D. C.; BUSH, K. A. Assessing and treating the patient at risk for suicide. **Psychiatric Annals**, 23(5): 244-256, 1993.

FIGLIE, N. B.; PILLON, S. C.; LARANJEIRA, R. R.; DUNN, J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 46(11): 589-593, 1997.

FLEISCHMANN, A.; BERTOLOTE, J. M.; DE LEO, D.; BOTEGA, N. J.; PHILLIPS, M.; SISASK, M. et al. Characteristics of attempted suicides seen in emergency-care settings of general hospitals in height low- and middle income countries. **Psychological Medicine**, 35: 1467-1474, 2005.

FORSTER, P. WU, L. Assesment and treatment of the suicidal patient in an emergency setting. In: Allen MH (ed.). **Emergency Psychiatry**. Washington DC: American Psychiatry Publishing, 2002. p.75-113.

FRIEDMAN, J. M. H.; ASNIS, G. M.; BOECK, M.; DIFIORE, J. Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample. **Am J Psychiatry**, 144: 1203-1206, 1987.

GARRISON, C. Z.; MCKEOWN, R. E.; VALOIS, R. F.; VINCENT, M. L. Agression, substance use and suicidal behaviors in high school students. **Am J Public Health** 83: 179-184, 1993.

GILI-PLANAS, M.; ROCCA-BENNAS, A. R. M.; FERRERPEREZ, V.; BERNARDO, A. M. Suicidal ideation, psychiatry disorder and medical illness in a community epidemiological study. **Suicide Life Threatening Behavior**, 31 (2): 207-213, 2001.

GLYNN, J.R. A question of attribution. **The Lancet**, 342: 530-532, 1993.

GOLDNEY, R. D.; WINEFIELD, A. H.; TIGGERMANN, M. Suicidal Ideation in a young Adult Population. **Acta Psychiatr Scand**, 79: 481-489, 1989.

GOLDNEY, R. D.; WILSON, D.; DAL GRANDE, E.; FISHER, L. J.; McFARLANE, A. C. Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and traumatic events. **Aust N Z J Psychiatry**, 34: 98-106, 2000.

GOLDNEY, R. D.; SMITH, S.; WINEFIELD, A. H.; TIGGERMAN, M.; WINEFIELD, H. R. Suicidal ideation: its enduring nature and associated morbidity. **Acta Psychiatr Scand**, 83: 115-120, 1991.

GOLDNEY, R. D.; FISHER, L. J.; WILSON, D. H.; DAL GRANDE, E. F. Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. **Journal of Affective Disorders**, 74: 267-272, 2003.

GROHOLT, B.; EKEBERG, O.; WICHSTRON, L.; HALDORSEN, T. Youth suicide in Norway, 1990-1992: a comparison between children and adolescents completing suicide and age and gender matched controls. **Suicide Life Threatening Behavior**, 27: 250-263, 1997.

GUNNELL, D.; FRANKEL, S. Prevention of Suicide: Aspirations and evidence. **British Medical Journal**, 308: 1227-1233, 1994.

HARDING, T. W.; ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J.; CLIMENT, C. E.; IBRAHIM, H. H. A.; IGNÁCIO, L. L. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, 10: 231-241, 1980.

HENRIKSSON, M. M.; ARO, H. M.; MARTTUNEM, M. J. et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. **American Journal of Psychiatry**, 150: 935-940, 1993.

HENRIKSSON, S.; BOETHIUS, G.; ISACSSON, G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective database in Jamtland county, Sweden, 1985-95. **Acta Psychiatr Scand**, 103: 301-306, 2001.

HOLLEY HL, FICK G, LOVE EJ. Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. **Soc Psychiatry Epidemiol**, 33 (11): 543-551, 1998.

HOUAISS. **Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa**. Versão 1.0 Ed. Objetiva Ltda. 2001.

HOVEY, J. D. Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. **Psychol Rep**, 85(1): 171-177, 1999.

IACOPONI, E. e MARI, J. J. Reliability and factor structure of the portuguese version of self-reporting questionnaire. **The International Journal of Social Psychiatry**, 35 (3): 213-222, 1988.

ISOMETSÄ, E. T.; HEIKKINEN, M. E.; MARTTUNEN, M. J.; HENRIKSSON, M. M.; ARO, H. M.; LÖNNQVIST, J. K. The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? **Am J Psychiatry**, 152: 919-922, 1995.

JACOBS, D. J.; BALDESSARINI, R. J.; CONWELL, Y.; FAWCET, J. A.; HORTON, L.; MELTZER, H. et al. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. **Am J Psychiatry**, 160:1-60, 2003.

KERKHOF, A.; BERNASCO, W.; BILLE-BRAHE, U.; PLATT, S.; SCHMIDTKE, A. WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide: European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS). Leiden: Leiden University Department of Clinical Health and Personality Psychology; 1989.

KESSLER, R. C.; BORGES, G.; WALTERS, E. E. Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, 56: 617-626, 1999.

KJOLLER, M. e HELWEG-LARSEN, M. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. **Scand J Public Health**, 28:54-61, 2000.

KNOX, K. L.; CONWEL, Y.; CAINE, E. If Suicide Is a Public Health Problem, What Are We Doing to Prevent It? **American Journal of Public Health**, 94: 37-45, 2004.

KREITMAN N, PHILLIP AE, GREER S, BAGLEY C. Parasuicide. **Br J Psychiatry**, 115:460-78, 1970.

KUO, W. H.; GALLO, J. J.; TIEN, A. Y. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. **Psychol Med**, 31: 1181-1191, 2001.

LABELLE, R.; LACHANCE, L. Locus of Control and Academic Efficacy in the thoughts of Life and Death of young Quebec University Students. **Crisis**, 24: 68-72, 2004.

LESTER, D. **Can we prevent suicide?** New York: AMS Press; 1989.

LEWINSOHN, P. M.; ROOHDE, P.; SEELEY, J. R. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors and clinical implications. **Clin Psychol Sci Pract**, 3: 25-46, 1996.

LEWIS G, HAWTON K, JONES P. Strategies for Preventing Suicide. **British Journal of Psychiatry**, 171: 351-354, 1997.

LONNQVIST, J. K. Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression. In: HAWTON, K.; VAN HEERINGEN, K. (Eds). **The international handbook of suicide and attempt suicide**. Chichester: Wiley; 2000. p. 107-120.

LONNQVIST, J. K.; HENRIKSSON, M. M.; ISOMETSA, E. T. et al. Mental disorders and suicide prevention. **Psychiatry Clin Neurosci**. 49 (suppl 1):S111-S116, 1995.

LUOMA, J. B.; MARTIN, C. E.; PEARSON, J. L. Contact with Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. **Am J Psychiatry**, 159: 909-916, 2002.

MANN, J. J.; APTER, A.; BERTOLOTE, J.; BEAUTRAIS, A.; CURRIER, D; HASS, A. et al. Suicide Prevention Strategies: A systematic review. **JAMA**, 294 (16): 2064-2074, 2005.

MARI, J. J. e WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **Br J Psychiatry**, 148:23-26; 1986.

MARIS, R. W.; BERMAN, A. L.; MALTSBERGER, J. T.; YUFIT, R. I. **Assesment and Prediction of Suicide**. New York: Guilford Press, 1992.

MILLER, W. R. e ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviors**: The Guilford Press-New York, 1991 pp21-23

MINKOFF, K.; BERGMAN, E.; BECK, A. T.; BECK, R. Hopelessness, Depression and Attempted Suicide. **Am J Psychiatry**, 130: 455-459, 1973.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **S.M.I: Sistema de Informações sobre Mortalidade**, 2000.

MOSCICKI, E. K.; O'CARROL, P.; ERA, D. S. Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. **Yale Journal of Biology and Medicine**, 61: 259-268, 1988.

MOSCICKI, E. K. Epidemiologic surveys as tools for studing suicidal behavior: a review. **Suicide Life Threat Behav**, 19: 131-146, 1989.

MURPHY, G. E. The Physician's Responsibility for Suicide, II: errors of omission. **Ann Intern Med**, 301-304, 1975.

NEURINGER, G. Methodological Problems in Suicide Research. **Journal of Consulting Psychology**, 26: 273-278, 1962.

O'CARROL, P. W.; BERMAN, A. L.; MARIS, R. W.; MOSCICKI, E. K.; TANNEY, B. L.; SILVERMAN, M. M. Beyond the tower of Babel: a nomenclature for suicidology. **Suicide Life Threatening Behavior**, 26: 237-52, 1996.

PAYKEL, E. S.; MYERS, J. K.; LINDENTHAL, J. J.; TANNER, J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. **Br J Psychiatry**, 124: 460-469, 1974.

PEARSON, J.; CONWELL, Y.; LYNESS, J. Late-life suicide and depression in the primary care setting. **New Dir ment Health Serv**, 76:13-38, 1997.

PFEFFER, C. R.; CONTE, H. R.; PLUTCHIK, R. Suicidal Behavior in Latency Age Children. **Journal of American Academy of Child Psychiatry**, 18: 679-692, 1979.

PFEFFER, C. R.; KLERMAN, G. L.; HURT, S. W. Suicidal Children grow-up: demographic and clinical risk factors for adolescent suicide attempters. **Journal of American Academy of Child Psychiatry**, 30: 609-616, 1991.

PFEFFER, C. R.; ZUCKERMAN, S.; PLUTCHIK, R. Suicidal Behavior in normal school Children: A comparison with child psychiatric inpatients. **Journal of American Academy of Child Psychiatry**, 23: 416-423, 1980.

PIRKIS, J.; BURGESS, P.; DUNT, D. Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among Australian Adults. **Crisis**, 21:16-25, 2000.

PLATT, S.; BILLE-BRAHE, U.; KERKHOF, A.; SCHMIDTKE, A.; BJERKE, T.; CREPET, P. et al. Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. **Acta psychiatrica Scandinavica**, 85, 97-104, 1992.

PLATT, S.; HAWTON, K.; KREITMAN, N. Recent clinical and epidemiological trends in parasuicide in Edinburgh and Oxford: A tale of two cities. **Psychological Medicine**, 18: 405-418, 1988.

POKORNY, A. D. Prediction suicide in psychiatric patients. **Arch Gen Psychiatry**, 40: 249-257, 1983.

RAMSEY, R. E.; BAGLEY, C. The prevalence of suicide behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population. **Suicide Life Threat Behav**, 15: 151-167, 1985.

RENBERG, E. S. Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 36: 429-436, 2001.

RICH, A.; BONNER, R. Concurrent validity of a stress-vulnerability model of suicidal ideation and behavior: a follow-up study. **Suicide Life Threat Behav**, 17: 265-270, 1987.

ROLIM, R. C. **Pentecostais no Brasil: Uma interpretação sócio-religiosa**. Petrópolis: Editora Vozes; 1985.

ROSE, G. Sick Individuals and Sick Populations. **International Journal of Epidemiology**, 14 (1): 32-38, 1985.

ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.

RUTZ, W.; KNORRING, L.; WÄLINDER, J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. **Acta Psychiatr Scand**, 80: 151-154, 1989.

SAYER, G.; STEWART, G.; CHIPPS, J. Suicide attempts in NSW: Associated mortality and morbidity. **Public Health Bulletin**, 7:55-63, 1996.

SCHOTTE, D. E.; CLUM, G. A. Suicidal Ideation in a college population: A test of a model. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 50: 690-696, 1982.

SCHMIDKE A, BILLE-BRAHE U, DE LEO D, KERKHOF A. (eds). **Suicidal Behaviour in Europe: Results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour**. Hogrefe and HUBER: Göttingen, 2004.

SCHWAB, J. J.; WARHEIT, G. J.; HOLZER, C. E. Suicide Ideation and Behavior in a General Population. **Diseases of the Nervous System**, 33: 745-748, 1972.

- SCHWEITZER, R.; KLAYICH, M.; MCLEAN, J. Suicidal ideation and behaviors among university students. **Australian and New Zeland Journal of Psychiatry**, 29: 473-479, 1995.
- SEARLE, J. R. **Expressão e Significado: Estudos da teoria do ato da fala**. Trad. Ana Cecília G. A. de Camargo, Ana Luiza Marcondes Garcia- 2a ed -São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2002.
- SMITH, K.; CRAWFORD, S. Suicidal Behavior among Normal High School Students. **Suicide Life Threat Behav**, 16: 313-325, 1986
- SORENSEN, S. B. e RUTTER, C. M. Transgenerational patterns of suicide attempt. **J Consult Clin Psychol**, 59: 861-866, 1991.
- STACK, S. A reanalysis of the impact of noncelebrity suicides. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 25: 269-273, 1990.
- STENGEL, E.; COOK N. G. **Attempted suicide**. London. Oxford University Press: 1958.
- SHNEIDMAN, E. S. e FAIRBEROW, N. L. Statistical comparisons between attempted and committed suicide. In: **The Cry for Help** (Eds. FAIRBEROW, N. L. e SHNEIDMAN, E. S.) New York: McGraw Hill Book Company, 1961.
- SUOMINEN, K.; ISOMETSA, E.; SUOKAS, J.; HAUKKA, J.; ACHTE, K.; et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. **Am J Psychiatry**, 161: 563-564, 2004.
- STEVENSON, J. M. Suicídio. In: TALBOTT, J.; HALES, R.; YUODOFSKY, S. (eds.). **Tratado de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SZASZ, T. S. Suicide as a moral issue. **The Freeman**, 49: 41-42, 1999 .
- SZASZ, T. S. Straight talk about Suicide. **Ideas on Liberty**, 52: 34-35, 2002.
- TILLICH, P. **Life and the Spirit, History and the Kingdom of God. Systematic Theology**. London: Press; 1978. p. 56-57.
- TUCKMAN, J. e YOUNGMAN, W. F. Suicide Risk among persons attempting suicide. **Public Health Report**, 78: 585-587, 1963.

VANDIVORT, B. S.; LOCKE, B. Z. Suicide Ideation: Its Relation to Depression, Suicide and Suicide Attempt. **Suicide Life Threat Behav**, 9: 205-218, 1979.

VERONA, E.; SACHS-ERICSSON, N.; JOINER JR, T. E. suicide attempts associated with externalizing psychopathology in an epidemiological sample. **Am J Psychiatry**, 161: 444-451, 2004.

VERONA, E. e PATRICK, C. J. Suicide risk in externalizing syndromes: temperamental and neurobiological underpinnings, in suicide science: expanding the boundaries. Ed Jordan TE, Boston, 2000, pp 137-173.

VILHJALMSSON, R.; KRISTJANSDOTTIR, G.; SVEINBJARNARDOTTIR, E. Factors associated with suicide ideation in adults. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 33: 97-103, 1998.

VILHJALMSSON, R. **A panel health survey of Reykjavik area residents 1987-1988**. Department of Nursing, University of Iceland, Reykjavik 1994.

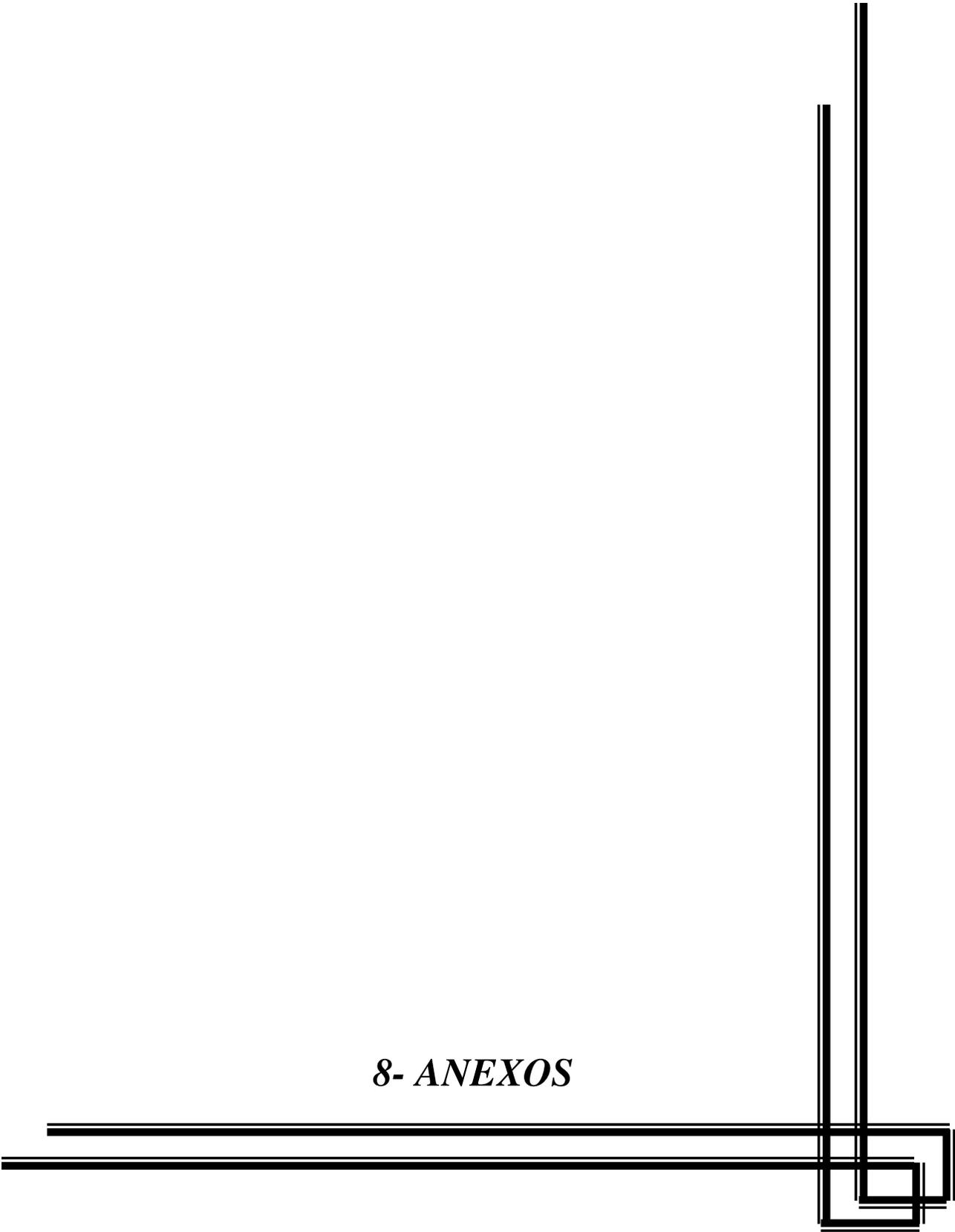
WEISSMAN, M. M.; BLAND, R. C.; CANINO, G. J.; GREENWALD, S. HWU, H. G.; JOYCE, P. R. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. **Psychol Med**, 29: 9-17, 1999.

WERLANG, B.; BOTEAGA, N. J. editors. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2004.

W. H. O. **The World Health Report 2003: Shaping the Future**. World Health Organization: Geneva, 2003.

W. H. O. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS**. World Health Organization, Geneva: 2002.

***8- ANEXOS***



## ANEXO I

# SUPRE-MISS – INQUÉRITO NA COMUNIDADE

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Anote, em idade crescente (14 anos ou mais), todos os moradores da residência. Circule o membro sorteado para entrevista.

Idade (14 ou +)										
Sexo M/F										

Iniciais do entrevistado: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

0.1 Número de Identificação: 

0.2 País: Brasil

0.3 Local: Campinas

### INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR

O questionário compreende perguntas a respeito da condição sócio-demográfica, da história de tentativa de suicídio, de dados familiares, da saúde física, do contato com os serviços de saúde, de itens relacionados ao uso de álcool e drogas, do *stress* e dos problemas da comunidade.

Por favor peça ao entrevistando para marcar a resposta correta com um "X", ou então leia as perguntas para ele e marque as respostas obtidas.

### INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADO

A seguir você encontrará questões a respeito de si, de sua família, da comunidade que você vive, de sua saúde física e mental.

Por favor, leia as perguntas com atenção e responda a primeira coisa que lhe vier à mente. Tente não demorar muito em uma só questão. Favor marcar com um "X" no espaço ( " \_\_\_ " ) ao lado da resposta que você escolher.

### FAVOR DAR APENAS UMA RESPOSTA PARA CADA QUESTÃO!

No caso de você ter alguma dúvida, por favor, pergunte ao entrevistador.

Agradecemos sua participação nesta pesquisa e, se você não tem nenhuma questão até aqui, por favor comece a preencher o questionário.



1.15 Sobre seu emprego/trabalho atualmente:

- 1 \_ Emprego em tempo integral (incluindo autônomo)
- 2 \_ Emprego de meio expediente (incluindo autônomo)
- 3 \_ Empregado mas de licença saúde
- 4 \_ Trabalhador temporário
- 5 \_ Desempregado; desde : \_\_ Dia \_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano
- 6 \_ Forças armadas
- 7 \_ Estudante tempo integral
- 8 \_ Desempregado, invalidez permanente; Desde: \_\_ Dia \_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano
- 9 \_ Aposentado; desde quando: \_\_ Dia \_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano
- 10 \_ Dona de casa/trabalhos domésticos
- 11 \_ Outros, especificar \_\_\_\_\_

1.16 Durante os últimos 12 meses, você ficou desempregado alguma vez? Como desempregado eu quero dizer que você procurava por trabalho mas não conseguiu encontrar um. Se sim, qual o total de tempo que você ficou desempregado durante o ano passado? (Preencha com zero se o entrevistado ficou desempregado.)

\_\_ Meses      \_\_ Semanas

1.17 Qual foi sua renda mensal média, nos últimos doze meses? R\$ \_\_\_\_\_ (Anual = \_\_\_\_\_)

1.18 Qual a denominação de sua religião?

- 1 \_ Nenhuma. PULE PARA 1.21
- 2 \_ Protestante                      PROCURE ANOTAR BEM ESPECIFICAMENTE,
- 3 \_ Católica                            NÃO APENAS O NOME DA IGREJA, MAS DA RELIGIÃO
- 4 \_ Judaica
- 5 \_ Muçulmana                        RESPOSTA: \_\_\_\_\_
- 6 \_ Hindu                                \_\_\_\_\_
- 7 \_ Grega Ortodoxa                   \_\_\_\_\_
- 8 \_ Budista
- 9 \_ Outras

1.19 Com que freqüência você vai à igreja (ou outro lugar de culto)?

- 1 \_ uma vez por semana
- 2 \_ uma vez por mês
- 3 \_ 2-3 vezes ao ano
- 4 \_ aproximadamente uma vez por ano
- 5 \_ quase nunca

1.20 Você poderia me dar um motivo para ter abraçado essa religião (Use as palavras do entrevistado)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.21 Você se considera uma pessoa religiosa, quer dizer, dentro de si tem esse sentimento?

- 1 \_ Não                      2 \_ Sim

## 5. ESTRESSES E PROBLEMAS DA COMUNIDADE

NÃO SE ESQUEÇA DE INTRODUIR ESTA SEÇÃO, EXPLICANDO O ASSUNTO, RELEMBRANDO O SIGILO E O FATO DE SER PERGUNTAS FEITAS INDISTINTAMENTE A TODOS OS PARTICIPANTES

5.1 Em sua opinião, quais os maiores problemas que a sua comunidade enfrenta hoje?

-----  
-----  
-----

5.2 Qual a gravidade dos seguintes problemas que sua comunidade enfrenta hoje?

**(PEDIR PARA DAR UMA NOTA DE "1" a "10": "1" = NÃO GRAVE a "10" = MUITO GRAVE. RELEMBRAR, a cada 3-4 itens, o sentido da nota)**

5.2.1	Moradia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.2	Criminalidade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.3	Pobreza	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.4	Educação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.5	Governo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.6	Vida familiar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.7	Transportes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.8	Serviços de saúde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.9	Desemprego	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.10	Preconceito racial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.11	Poluição	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.12	Abuso de Drogas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.13	Abuso de Álcool	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.14	Abuso de crianças e esposa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.15	Qualidade de vida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.16	Segurança física	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.2.17	Tráfico de drogas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 Em sua opinião, quão próximas as pessoas estão umas das outras e quanto elas se ajudam, nos seguintes locais?

**(De "1" = distantes/não se ajudam a "10" = muito próximas/se ajudam muito)**

5.3.1	Vizinhança?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.3.2	Cidade?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.3.3	Estado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.3.4	Nação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.4 Em sua opinião, qual o grau de esperança e de otimismo dessas pessoas?

**(De "1" = SEM ESPERANÇA E OTIMISMO a "10" = MUITO ESPERANÇOSAS E OTIMISTAS)**

5.4.1	Vizinhança?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.4.2	Cidade?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.4.3	Estado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.4.4	Nação?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## SRQ-20

INTRODUZIR A SEÇÃO. DIZER QUE SÃO ITENS SOBRE SAÚDE MENTAL, ETC.  
NOS ÚLTIMOS 3 MESES, O(A) SENHOR(A)...

- |   |        |        |
|---|--------|--------|
| 1. Tem dores de cabeça frequentes?  | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 2. Tem falta de apetite?  | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 3. Dorme mal?   | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 4. Assusta-se com facilidade?   | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 5. Tem tremores na mão?   | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?                              | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 7. Tem má digestão?   | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 8. Tem dificuldade de pensar com clareza?                                       | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 9. Tem se sentido triste ultimamente?   | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 10. Tem chorado mais do que de costume?   | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias? | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 12. Tem dificuldades para tomar decisões?                                       | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?  | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 14. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?                  | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 15. Tem perdido o interesse pelas coisas?                                       | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?                              | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?                                      | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 18. Sente-se cansado o tempo todo?  | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 19. Tem sensações desagradáveis no estômago?                                    | 1_ NÃO | 2_ SIM |
| 20. Você se cansa com facilidade?   | 1_ NÃO | 2_ SIM |

## AUDIT

INTRODUZIR O ASSUNTO COM A PERGUNTA:  
QUE TIPO DE BEBIDA VOCÊ GOSTA DE BEBER...? E ENTRE AS ALCOÓLICAS...

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- [0] nenhuma
- [1] uma ou menos de uma vez por mês
- [2] 2 a 4 vezes por mês
- [3] 2 a 3 vezes por semana
- [4] 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses de bebida alcoólica você consome num dia típico quando você está bebendo?

- |             |                        |                             |
|-------------|------------------------|-----------------------------|
| [0] nenhuma | Uma lata de cerveja    | = 1 dose                    |
| [1] 1 a 2   | Uma garrafa de cerveja | = 2 doses                   |
| [2] 3 a 4   | Pinga, uísque          | = 1 dose equivalente à dose |
| [3] 5 a 6   |                        | habitualmente servida no    |
| [4] 7 a 9   |                        | comércio, marcada no copo   |

3. Qual a frequência com que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

**4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber, depois de haver começado?**

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

**5. Quantas vezes, durante o ano passado, você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?**

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

**6. Quantas vezes, durante os últimos 12 meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã, para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?**

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

**7. Quantas vezes, durante o ano passado, você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?**

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

**8. Quantas vezes, durante o ano passado, você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior, porque você estava bêbado?**

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

**9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?**

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

**10. Algum parente, amigo, médico, ou qualquer outro profissional da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?**

- [0] nunca
- [1] menos que mensalmente
- [2] mensalmente
- [3] semanalmente
- [4] diariamente ou quase diariamente

### 3. SAÚDE FÍSICA E CONTATO COM SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 Altura: \_\_\_\_\_ 3.2 Peso \_\_\_\_\_

3.3 Você tem alguma doença ou problema físico que o tem o incomodado nos últimos 12 meses?  
1 \_ Não 2 \_ Sim

3.3.1 Se afirmativo, qual é a doença/problema **mais grave**? \_\_\_\_\_  
--

3.3.2 Há quanto tempo você sofre disso? 1 \_ desde o nascimento 2 \_\_/\_\_ (anos/meses)

#### **Paciente com Internação Psiquiátrica** (incluindo internação em enfermaria psiquiátrica em hospital geral)

3.4 Você já precisou de internação por problemas mentais? Se afirmativo, quantas vezes?  
(Tenha certeza que o entrevistado refere-se a internação, não simplesmente tratamento ambulatorial)

1 \_ Nunca 3\_ 2-3 vezes  
2 \_ 1 vez 4\_ 4 vezes ou mais

Se “Nunca”, continue em 3.6: Tratamento psiquiátrico ambulatorial.

3.5 Se foi internado uma ou mais vezes: Você poderia, para cada internação, descrever quando foi internado, quanto tempo permaneceu lá e por qual motivo você foi admitido?  
(Favor começar pela última internação).

Internação: Mês/Ano	Tempo de internação: (em meses)	Motivo da internação:
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____

#### **Tratamento Psiquiátrico Ambulatorial**

3.6 Você teve contato com algum dos seguintes serviços profissionais para tratamento psiquiátrico?

3.6.1 Serviços Psiquiátricos, posto ou ambulatório	1 _ Não	2 _ Sim
3.6.2 Serviços Psiquiátricos, CAPS	1 _ Não	2 _ Sim
3.6.3 Internação parcial (hospital-dia)	1 _ Não	2 _ Sim
3.6.4 Psicólogos e Psiquiatras particulares	1 _ Não	2 _ Sim
3.6.5 Serviços de consultório para problemas relacionados ao álcool e drogas	1 _ Não	2 _ Sim

### Outras intervenções para problemas emocionais:

3.7 Você recebeu assistência para problemas emocionais de alguém mais, ou de algum órgão ou instituição (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, AA, Amor Exigente, serviços de ajuda por telefone, etc) ?

1 \_ Não 2 \_ Sim; Especificar \_\_\_\_\_

3.8 Você já teve ou tem tido dificuldades emocionais, por longos períodos de tempo (MÍNIMO DE 1 ANO) que o impediram de realizar bem as tarefas do dia-a-dia? (Exemplos: medo de certos lugares, ansiedade para sair de casa, medo excessivo das pessoas em geral, depressão, outras emoções ou pensamentos que o influenciam repetidamente como idéias que ficam se repetindo (obsessão), por exemplo se sentir obrigado a limpar-se ou limpar a sua casa, etc.).

1 \_ Não 2 \_ Sim

3.8.1 Se sim, O que acontece com você? \_\_\_\_\_

3.8.2 Há quanto tempo tem isso? 1 \_ desde o nascimento 2 \_\_ / \_\_ (Anos/Meses)

## 4. QUESTÕES RELACIONADAS COM ÁLCOOL E DROGAS

### INTRODUZIR, APROPRIADAMENTE, O ASSUNTO DA SEÇÃO...

4.1 Alguma vez na vida, você já experimentou alguma das seguintes substâncias?

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 4.1.1 Produtos do tabaco (cigarros, cachimbo, charuto, etc.)         | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.2 Bebidas Alcoólicas (cerveja, vinho, licor, etc.)               | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.3 Maconha  | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.4 Cocaína ou crack   | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.5 Estimulante ou anfetaminas (pílulas dietéticas, ecstasy, etc.) | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.6 Inalantes (solventes, colas, thinner)                          | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.7 Calmantes ou pílulas soníferas (Valium, Lorax, Dormonid, etc.) | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.8 Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, etc.)                      | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.9 Heroína, morfina, metadona ou analgésicos opióides, etc.)      | 1 _ Não 2 _ Sim |
| 4.1.10 Outros, especificar _____                                     | 1 _ Não 2 _ Sim |

4.2 Se "sim" em algum desses itens, NOS ÚLTIMOS 3 TRÊS MESES, com que frequência você usou as substâncias que mencionou (ATÉ 3 SUBSTÂNCIAS)?

4.2.1 Primeira droga, especificar: \_\_\_\_\_

1 \_ Nunca 2 \_ Uma ou duas vezes 3 \_ 1 vez por mês 4 \_ 1 vez por semana 5 \_ Diariamente ou quase

4.2.2. Segunda droga, especificar: \_\_\_\_\_

1 \_ Nunca 2 \_ Uma ou duas vezes 3 \_ 1 vez por mês 4 \_ 1 vez por semana 5 \_ Diariamente ou quase

4.2.3. Terceira droga, especificar: \_\_\_\_\_

1 \_ Nunca 2 \_ Uma ou duas vezes 3 \_ 1 vez por mês 4 \_ 1 vez por semana 5 \_ Diariamente ou quase

## 2. TENTATIVAS DE SUICÍDIO E DADOS FAMILIARES

INTRODUZIR SEÇÃO: PERGUNTAS SÃO AS MESMAS PARA TODOS, AINDA QUE POSSAM PARECER ESTRANHAS, SERÁ MANTIDO SIGILO SOBRE IDENTIDADE.

2.1 PENSAMENTO: Alguma vez você já pensou em por fim a sua vida? 1\_ Não 2\_ Sim

Se “não”, pule para 2.3

2.1.1 Quantos anos tinha quando pensou pela primeira vez sobre isso? \_\_\_ anos de idade

2.1.2 Este pensamento lhe ocorreu alguma vez nos últimos doze meses? 1\_ Não 2\_ Sim

2.1.3 Com que idade estava quando pensou nisso pela última vez? \_\_\_ anos de idade

2.2 PLANO: Você já traçou um plano para cometer o suicídio? 1\_ Não 2\_ Sim

2.2.1 Que idade você tinha quando planejou pela primeira vez? \_\_\_ ano de idade

2.2.2 Você fez algum plano sobre isso nos últimos dozes meses? 1\_ Não 2\_ Sim

2.2.3 Que idade você tinha na última vez que fez tal plano ? \_\_\_ anos de idade

2.3 TENTATIVA: Alguma vez você tentou o suicídio? 1\_ Não 2\_ Sim

Se “não”, pule para 2.4

2.3.1 Quantas vezes em sua vida você tentou o suicídio? \_\_\_ (n° de vezes)

2.3.2 Quantos anos tinha quando fez a primeira tentativa? \_\_\_ anos de idade

2.3.3 Quantos anos tinha na última vez que tentou? \_\_\_ anos de idade

2.3.4 Nos últimos 12 meses, você tentou o suicídio? 1\_ Não 2\_ Sim

2.3.5 Pense sobre a primeira vez que você tentou o suicídio. Qual das possibilidades abaixo melhor descreve o que ocorreu?

- 1\_ Eu fiz uma tentativa séria de me matar e só somente por sorte eu não morri
- 2\_ Eu tentei me matar mas sabia que o método não era garantido para causar minha morte
- 3\_ Minha tentativa foi um grito de ajuda. Eu não tinha intenção de morrer
- 4\_ Eu não sei

2.3.6 Qual foi o método desta primeira tentativa de suicídio \_\_\_\_\_

2.3.7 Nesta primeira tentativa de suicídio houve um ferimento ou envenenamento?

- 1\_ Não      2\_ Sim      3\_ Eu não sei

2.3.8 Esta primeira tentativa de suicídio requereu atenção médica?

- 1\_ Não      2\_ Sim      3\_ Eu não sei

2.3.9 Nesta primeira tentativa de suicídio você precisou ser internado no hospital por uma noite ou mais?

- 1\_ Não      2\_ Sim      3\_ Eu não sei

2.3.10 Pensando sobre a última (mais recente) tentativa de suicídio, qual dessas possibilidades melhor descreve o que ocorreu?

- 1\_ Eu fiz uma tentativa séria de me matar e foi somente por sorte que eu não morri
- 2\_ Eu tentei me matar mas sabia que o método não era garantido para causar minha morte.
- 3\_ Minha tentativa foi um grito por socorro. Eu não tinha intenção de morrer
- 4\_ Eu não sei

2.3.11 Qual foi o método da última tentativa de suicídio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.3.12 Esta última TS resultou em ferimento ou envenenamento?

1\_Não          2\_Sim          3\_Desconheço

2.3.13 Esta última TS requereu atenção médica?

1\_Não          2\_Sim          3\_Desconheço

2.3.14 Esta última TS requereu internação em hospital por uma noite ou mais?

1\_Não          2\_Sim          3\_Desconheço

#### 2.4 História Familiar de Compartamento Suicida

Algum parente seu (família biológica, isto é relacionado pelo nascimento somente) morreu por suicídio ou tentou o suicídio?

2.1.1 Morreu por suicídio:

2.4.1.1 Pai/mãe                      1\_Não 2\_Sim. Quem? \_\_\_\_\_  
2.4.1.2 Irmão ou irmã            1\_Não 2\_Sim  
2.4.1.3 Filhos                        1\_Não 2\_Sim  
2.4.1.4 Avô/avó                     1\_Não 2\_Sim. Quem? \_\_\_\_\_

2.1.2 Tentou o suicídio:

2.4.2.1 Pai/mãe                      1\_Não 2\_Sim. Quem? \_\_\_\_\_  
2.4.2.2 Irmão ou irmãs            1\_Não 2\_Sim  
2.4.2.3 Filhos                        1\_Não 2\_Sim  
2.4.2.4 Avô/avó                     1\_Não 2\_Sim. Quem? \_\_\_\_\_

#### Orientação sexual:

1.22 Qual sua preferência sexual?

- 1 \_ Heterossexual
- 2 \_ Homossexual
- 3 \_ Bissexual
- 4 \_ Incerto
- 5 \_ Recusou-se a responder

**OBRIGADO POR SUA PARTICIPAÇÃO!**

Se desejar receber resultados, confirmar endereço e CEP: 

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO (PESQUISA NA COMUNIDADE)

#### 1. Informação

No ano 2000, aproximadamente um milhão de pessoas morreram por suicídio. O número de tentativas de suicídio é estimado em até 40 vezes mais. Entretanto, nenhum estudo disponível mostra o número real de tentativas de suicídio no mundo.

A presente pesquisa estudará a comparação de diferentes estratégias de tratamento para tentativas de suicídio, bem como os pensamentos e comportamentos suicidas na comunidade. O objetivo final é a redução da mortalidade e do sofrimento associados ao comportamento suicida.

Os Objetivos da presente pesquisa são os seguintes:

- Contribuir para a conscientização sobre o comportamento suicida;
- Identificar fatores de risco para o comportamento suicida;
- Descrever padrões de comportamento suicida;
- Identificar razões para comparecer ou não a um serviço de saúde após uma tentativa de suicídio;
- Identificar as intervenções específicas eficazes para a redução de tentativas de suicídio;
- Melhorar a eficiência de serviços de saúde em relação ao tratamento das tentativas de suicídio.

A participação no presente estudo consiste em responder um questionário contendo itens, por exemplo, sobre sua idade, condições de vida, trabalho, estudo, a respeito de dados médicos e psicológicos e sobre pensamentos de morte e tentativa de suicídio.

#### 2. Certificado de consentimento

Eu li a informação anterior ou esta foi lida para mim. Eu tive a oportunidade de fazer perguntas sobre ela, e todas as perguntas que eu fiz foram respondidas para minha satisfação. Eu fui informado também que a entrevista é confidencial. A informação dada será codificada e tratada da mesma maneira que um registro médico. Eu sei que eu não receberei nenhuma recompensa financeira ou outra gratificação por minha participação no estudo. Eu concordo em ser participante voluntário no estudo e compreendi que tenho direito de recusar responder questões que me forem delicadas, e que em nenhum momento isto afetará meu tratamento futuro na UNICAMP.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Dia / Mês / Ano

\_\_\_\_\_  
Número de identificação  
pessoal do entrevistado

Nome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP  
Prédio da Diretoria da FCM UNICAMP, 2º andar  
Caixa Postal 6111, Campus Universitário, Barão Geraldo  
Campinas SP, CEP 13081-970  
Telefone (19) 3788 8936

## ANEXO III



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
✉ Caixa Postal 6111  
13083-970 Campinas, SP  
☎ (0\_\_19) 3788-8936  
fax (0\_\_19) 3788-8925  
✉ [cep@head.fcm.unicamp.br](mailto:cep@head.fcm.unicamp.br)

CEP, 06/08/02  
(Grupo II)

**PARECER PROJETO: N° 045/2002**

### I-IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “ESTUDO MULTICÊNTRICO DE INTERVENÇÃO NO  
COMPORTAMENTO SUICIDA (SUPRE-MISS)”**  
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Neury José Botega  
INSTITUIÇÃO: Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/FCM/UNICAMP  
APRESENTAÇÃO AO CEP: 04/02/02

### II - OBJETIVOS

O objetivo geral do SUPRE-MISS é avaliar estratégias de tratamento para pessoas que tentam o suicídio, avaliar ideação e comportamento suicidas na comunidade e descrever as características socioculturais básicas dessa comunidade.

### III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo de pesquisa multicêntrico proposto pela Organização Mundial da Saúde, através de dois sub-projetos, um estudo de intervenção e outro inquérito populacional relacionados a comportamento suicida. Este estudo tem por objetivo avaliar estratégias de tratamento para pessoas que tentaram o suicídio, avaliar a ideação e comportamento suicida na comunidade e descrever características socioculturais básicas da comunidade, com finalidade de reduzir a morbidade e a mortalidade decorrentes de comportamento suicidas. Serão aplicados questionários que permitirão a coleta de dados para uma melhor análise do contexto e estudo de possíveis estratégias de prevenção. Será realizado um estudo "randomizado" numa área delimitada de captação.

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Analisando o projeto em sua versão português, não observamos nada que pudesse colocar em risco os sujeitos desta pesquisa. O termo de consentimento é esclarecedor aos sujeitos da pesquisa. Deste modo, nada temos a opor a realização deste trabalho.

## V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

## VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

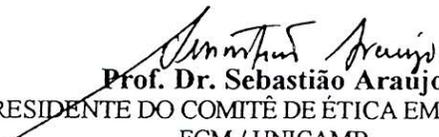
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

**Atenção: Projetos de Grupo I serão encaminhados à CONEP e só poderão ser iniciados após Parecer aprovatório desta.**

## VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na III Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 19 de março de 2002.

  
**Prof. Dr. Sebastião Araujo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

## ANEXO IV



Data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer uma escolha.

### Parte 1

<p><b>1</b> <sup>0</sup> Tenho um desejo de viver, que é de moderado a forte.</p> <p><sup>1</sup> Tenho um desejo fraco de viver.</p> <p><sup>2</sup> Não tenho desejo de viver.</p> <p><b>2</b> <sup>0</sup> Não tenho desejo de morrer.</p> <p><sup>1</sup> Tenho um desejo fraco de morrer.</p> <p><sup>2</sup> Tenho um desejo de morrer, que é de moderado a forte.</p> <p><b>3</b> <sup>0</sup> Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.</p> <p><sup>1</sup> Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.</p> <p><sup>2</sup> Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.</p>	<p><b>4</b> <sup>0</sup> Não tenho desejo de me matar.</p> <p><sup>1</sup> Tenho um desejo fraco de matar.</p> <p><sup>2</sup> Tenho um desejo de me matar, que é de moderado a forte.</p> <p><b>5</b> <sup>0</sup> Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.</p> <p><sup>1</sup> Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.</p> <p><sup>2</sup> Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.</p> <hr/> <p>Se você fez um círculo nas afirmações "zero", em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou "um" ou "dois", seja no grupo 4 ou 5, então abra a página e prossiga no grupo 6.</p>
--	---

\_\_\_\_\_ Subtotal da Parte 1

## Parte 2

<p><b>6</b> <sup>0</sup> Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.</p> <p><sup>1</sup> Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.</p> <p><sup>2</sup> Tenho longos períodos com idéias de matar.</p> <p><b>7</b> <sup>0</sup> Raramente ou ocasionalmente, penso em me matar.</p> <p><sup>1</sup> Tenho idéias freqüentes de me matar.</p> <p><sup>2</sup> Penso constantemente em me matar.</p> <p><b>8</b> <sup>0</sup> Não aceito a idéia de me matar.</p> <p><sup>1</sup> Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar.</p> <p><sup>2</sup> Aceito a idéia de me matar.</p> <p><b>9</b> <sup>0</sup> Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p><sup>1</sup> Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p><sup>2</sup> Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.</p> <p><b>10</b> <sup>0</sup> Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida etc.</p> <p><sup>1</sup> Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida etc.</p> <p><sup>2</sup> Eu estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida etc.</p> <p><b>11</b> <sup>0</sup> Minha razões para querer cometer suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.</p> <p><sup>1</sup> Minha razões para querer cometer suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.</p> <p><sup>2</sup> Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.</p> <p><b>12</b> <sup>0</sup> Não tenho plano específico sobre como me matar.</p> <p><sup>1</sup> Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.</p> <p><sup>2</sup> Tenho um plano específico para me matar.</p>	<p><b>13</b> <sup>0</sup> Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.</p> <p><sup>1</sup> O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.</p> <p><sup>2</sup> Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.</p> <p><b>14</b> <sup>0</sup> Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p><sup>1</sup> Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.</p> <p><sup>2</sup> Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.</p> <p><b>15</b> <sup>0</sup> Não espero fazer uma tentativa de suicídio.</p> <p><sup>1</sup> Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p><sup>2</sup> Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.</p> <p><b>16</b> <sup>0</sup> Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.</p> <p><sup>1</sup> Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.</p> <p><sup>2</sup> Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.</p> <p><b>17</b> <sup>0</sup> Não escrevi um bilhete suicida.</p> <p><sup>1</sup> Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.</p> <p><sup>2</sup> Tenho um bilhete suicida pronto.</p> <p><b>18</b> <sup>0</sup> Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p><sup>1</sup> Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p><sup>2</sup> Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.</p> <p><b>19</b> <sup>0</sup> Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.</p> <p><sup>1</sup> Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.</p> <p><sup>2</sup> Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.</p>
--	---

**Passa para o Grupo 20.**

<p><b>20</b> <sup>0</sup> Nunca tentei suicídio.</p> <p><sup>1</sup> Tentei suicídio uma vez.</p> <p><sup>2</sup> Tentei suicídio duas ou mais vezes.</p> <hr/> <p>Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.</p> <p><b>21</b> <sup>0</sup> Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.</p> <p><sup>1</sup> Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.</p> <p><sup>2</sup> Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.</p>
--

\_\_\_\_\_ **Subtotal da Parte 2**

\_\_\_\_\_ **Score Total**

"Traduzido e Adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos Reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos Reservados ©1994 a Aaron T. Beck. Todos os direitos Reservados."

Tradução e adaptação Brasileira, 1994, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.

## *9- APÊNDICES*

## Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle

Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study

Viviane Franco da Silva <sup>1</sup>  
 Helenice Bosco de Oliveira <sup>1</sup>  
 Neury José Botega <sup>1</sup>  
 Leticia Marin-León <sup>1</sup>  
 Marilisa Berti de Azevedo Barros <sup>1</sup>  
 Paulo Dalgalarondo <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

**Correspondência**  
 V. F. Silva  
 Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz, C. P. 6111, Campinas, SP 13081-970, Brasil. [vtui.franco@bol.com.br](mailto:vtui.franco@bol.com.br)

### Abstract

*This paper aims to identify variables associated with suicidal ideation during the previous 12 months in the city of Campinas, São Paulo, Brazil. Using a case-control design, risk factors for suicidal ideation were investigated through analysis of independent variables related to the individual, family, and health. Some 29 cases of suicidal ideation and 166 controls were interviewed. Cases were identified through a previous cross-sectional study, and controls were randomly selected from the same population base among those with no history of suicidal ideation in the previous 12 months. Regression models were used to control for confounders and effect modifiers. According to the results, demographic variables were not associated with suicidal ideation. In the final model, the variables that remained statistically significant were depressive symptoms, emotional difficulties, lack of neighborhood support, and less frequent church attendance. Suicidal ideation was consistently associated with factors related to depressive symptoms, especially lack of energy and depressed mood.*

*Suicide; Mental Health; Case-control Studies*

### Introdução

No intuito de desenvolver métodos para o estudo do comportamento suicida em diferentes contextos, avaliar estratégias de tratamento e estabelecimento de bases científicas para futuras pesquisas, lançou-se o *Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida* (SUPRE-MISS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) <sup>1</sup>. Trata-se de um projeto transcultural realizado em oito países (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã) dentro de uma iniciativa destinada à prevenção do suicídio, com a supervisão científica do Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University (Brisbane, Austrália) e do National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institute (Estocolmo, Suécia).

Na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, foi realizado em 2003 um inquérito de base populacional, constituinte do projeto SUPRE-MISS que revelou os casos de ideação suicida, focalizados neste trabalho <sup>2</sup>.

Alguns estudos associam ideação suicida ao risco de tentativas de suicídio <sup>3</sup> e estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidam tinham, previamente, ideação suicida <sup>4</sup>. A gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio, que é, por sua vez, o principal fator de risco para suicídio completo <sup>5</sup>. Evi-

dençiam-se, então, relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas, ainda que outros autores defendam tendências à não progressão da ideação para outras etapas do comportamento suicida <sup>6</sup>.

Dois estudos epidemiológicos recentes também demonstraram associação entre ideação e tentativas de suicídio. Pirkis et al. <sup>7</sup>, na Austrália, investigaram uma amostra de 10.641 sujeitos, 16% dos quais tinham tido ideação suicida ao longo da vida. Nesse subgrupo, 12% tentaram suicídio num período de um ano de seguimento. Kuo et al. <sup>8</sup>, em Baltimore (Estados Unidos), no intuito de compreender aspectos relacionados ao surgimento da ideação, realizaram um estudo de corte prospectivo de 3.481 sujeitos, encontrando uma incidência de 10% de tentativas de suicídio em pessoas que, na entrevista de base, 13 anos antes, relataram ideação suicida comparada com 1,6% de incidência de tentativas para pessoas que não relataram ideação.

Pacientes com ideação suicida são usuários frequentes de serviços ambulatoriais e de internações em saúde geral e mental com maior demanda para aconselhamento, informações e uso de medicação, frequentemente insatisfeitos quanto ao atendimento de suas necessidades <sup>9</sup>. Há evidências de que intervenções específicas, realizadas em serviços de atenção primária, são efetivas em reduzir ou resolver ideação suicida e de que são frequentes os atendimentos clínicos nos meses precedentes a uma tentativa <sup>10</sup>.

Além disso, grande parte do trabalho de prevenção do suicídio fundamenta-se na identificação de fatores de risco, seja através da elaboração de estratégias de prevenção específicas para grupos específicos, ou estratégias de base populacional. Uma caracterização atenta da parcela da população que manifesta ideação suicida pode revelar especificidades que refinem o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil.

Pesquisas referentes à ideação suicida e tentativas de suicídio geralmente utilizam amostras clínicas. São menos frequentes as pesquisas na população geral <sup>11</sup>, e o planejamento de saúde pública sabidamente requer dados populacionais. Estudo recente, de base populacional, realizado no Brasil, mostrou prevalência de 17,1% para ideação suicida ao longo da vida e 5,3% para ideação no último ano <sup>2</sup>. Com a relativa escassez de estudos na comunidade, especialmente em países em desenvolvimento, que apontem para a questão, é proposto como objetivo deste estudo identificar variáveis as-

sociadas à ideação suicida nos últimos 12 meses, na cidade de Campinas.

## Material e método

Estuda-se aqui um subgrupo de 29 indivíduos dentre os 515 entrevistados durante o SUPRE-MISS, que responderam "sim" às duas questões consecutivas relacionadas à ideação suicida: (1) "Alguma vez você já pensou em pôr fim a sua vida?"; (2) "Este pensamento lhe ocorreu alguma vez nos últimos 12 meses?".

O delineamento tipo caso-controle incluiu 29 casos de ideação e os 166 controles, selecionados aleatoriamente entre os que não apresentaram pensamento suicida nos últimos 12 meses. Isso perfaz a razão de um caso para 5,7 controles. Considerou-se um poder estatístico de 80% para detectar uma razão de chances de 3,6 com um nível de significância de 5%.

Partiu-se da hipótese que os indivíduos com ideação no último ano apresentam caracterização diversa do grupo sem ideação, com maiores índices de morbidade psiquiátrica, incluindo uso de drogas e álcool, mais problemas físicos e utilização mais frequente dos serviços de saúde.

Os casos e controles foram entrevistados através de questionário padronizado, com a versão final elaborada pela equipe de pesquisadores principais do SUPRE-MISS <sup>1</sup>. As questões foram originalmente desenvolvidas em inglês. Realizou-se um estudo piloto onde foi avaliada a equivalência semântica. O instrumento permitiu obter informações sócio-demográficas, história de comportamento suicida pessoal e em membros da família, saúde física e mental, contato com serviços de saúde e questões relacionadas com consumo de álcool e drogas.

Duas escalas psicométricas foram acrescentadas ao protocolo local: o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) <sup>12</sup> e o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) <sup>13</sup>, já validados no Brasil. O AUDIT identifica usuários de álcool que se encontram numa faixa de risco; pontuação igual ou superior a oito (variação 0 a 40) é sugestiva de uso abusivo e/ou dependência do álcool. O SRQ-20 contém vinte questões com respostas sim/não que rastreiam morbidade psiquiátrica não-psicótica; pontuações iguais ou superiores a oito, numa escala de 0 a 20, foram utilizadas como indicativas de morbidade psiquiátrica.

A partir da estrutura fatorial do SRQ-20 proposta por Iacoponi & Mari <sup>14</sup>, foram criadas quatro novas variáveis: "falta de energia" (questões do SRQ-20 de números: 8, 11, 12, 13, 18 e

20), "sintomas somáticos" (questões do SRQ-20 de números: 1, 2, 7 e 19), "estado depressivo" (questões do SRQ-20 de números: 6, 9 e 10) e "pensamentos depressivos" (questões do SRQ-20 de números: 14, 15, 16 e 17).

As questões relacionadas ao uso de álcool e drogas também foram avaliadas através de resposta às seguintes questões:

- *Alguma vez na vida, você já experimentou alguma das seguintes substâncias?*
  - a) Produtos de tabaco (cigarro, cachimbo, charuto etc.) [não/sim];
  - b) Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, licor etc.) [não/sim];
  - c) Maconha [não/sim];
  - d) Cocaína ou crack [não/sim];
  - e) Estimulantes ou anfetaminas (pílulas dietéticas, ecstasy etc.) [não/sim];
  - f) Inalantes (solventes, colas, thinner) [não/sim];
  - g) Calmantes ou pílulas soníferas (Valium, Lorax, Dormonid etc.) [não/sim];
  - h) Alucinógenos (LSD, chá de cogumelo etc.) [não/sim];
  - i) Heroína, morfina, metadona ou analgésicos opióides etc. [não/sim];
  - j) Outros [especificar].
- *Se "sim" em algum desses itens, nos últimos 3 (três) meses, com que frequência você usou as substâncias que mencionou?* [nunca/uma ou duas vezes/uma vez por mês/uma vez por semana/diariamente ou quase].

As "dificuldades emocionais" relatadas foram caracterizadas a partir da questão: "Você já teve ou tem tido dificuldades emocionais, por longos períodos de tempo [mínimo de um ano] que o impediram de realizar bem as tarefas do dia-a-dia?".

A avaliação da solidariedade de vizinhos foi feita através da questão: "Em sua opinião, quão próximas umas das outras estão as pessoas e quanto elas se ajudam?", para valores de 1 (distantes/não se ajudam) a 5 (muito próximas/se ajudam muito). O ponto de corte considerado para essa variável foi 3.

Quanto à variável "religião", observamos que se trata da filiação religiosa, em que o entrevistado respondeu pela denominação de sua religião. Já a variável "frequência à igreja" foi avaliada com a seguinte questão: "Com que frequência você vai à igreja [ou outro lugar de culto]?" (uma vez por semana/uma vez por mês/duas a três vezes por ano/aproximadamente uma vez por ano/quase nunca).

Tratamento psiquiátrico anterior foi avaliado mediante dois grupos de questões referentes à história de internações psiquiátricas e tratamento psiquiátrico ambulatorial. Respostas

afirmativas a pelo menos uma das questões eram requeridas para se considerar tratamento psiquiátrico anterior. As seguintes questões foram utilizadas:

- História de internações psiquiátricas: *Você já precisou de internação por problemas mentais?* [sim/não].
- Tratamento psiquiátrico ambulatorial: *Você já teve contato com algum dos seguintes serviços profissionais para tratamento psiquiátrico?*
  - a) Serviços psiquiátricos, posto ou ambulatório [não/sim];
  - b) Serviços psiquiátricos, CAPS [não/sim];
  - c) Internação parcial (hospital-dia) [não/sim];
  - d) Psicólogos e psiquiatras particulares [não/sim];
  - e) Serviços de consultório para problemas relacionados ao álcool e drogas [não/sim].

Quanto às variáveis sócio-demográficas, convém observar que a variável "renda" refere-se à renda anual, individual. Como estudo multicêntrico, realizado em diversos países, o banco de dados do SUPRE-MISS, no que tange à renda, foi descrito em dólares. Decidimos mantê-lo em virtude da maior estabilidade da moeda.

A existência de associação entre ideação suicida e cada um dos fatores foi verificada considerando as variáveis constantes nas tabelas. A análise dos dados foi realizada no programa Stata versão 7.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos). Inicialmente procedeu-se à análise univariada de todas as informações coletadas, com cálculo das proporções para as variáveis categóricas. Em seguida foram realizadas as análises bivariadas, observando-se as proporções das exposições entre casos e controles, os testes de qui-quadrado e as respectivas *odds ratios* (OR) e seus intervalos de confiança de 95% (IC95%). Na etapa seguinte, procedeu-se à análise multivariada, mediante regressão logística não-condicional, considerando o delineamento não-pareado dos casos e controles. O processo foi iniciado pelo modelo saturado com as variáveis com valor de p menor que 20% e com eliminação posterior daquelas com p maior ou igual a 5%.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados referentes ao efeito isolado das variáveis sócio-econômicas, sendo que apenas renda entre 1 e 2.500 dólares mostrou-se associada à ideação, mas com valor de p de 10%. Quanto à variável "escolaridade", verificou-se uma diminuição da chance de pensamento suicida com o aumento do número de anos cursados, mas sem significância

Tabela 1

Características sócio-demográficas e religiosas dos casos e controles.

Características	Casos (N = 29)		Controles (N = 166)		OR	IC95%	Valor p
	n	%	n	%			
Gênero							
Masculino	12	41,4	62	37,3	1,00	0,49-2,83	0,84
Feminino	17	58,6	104	62,7	1,18		
Faixa etária (anos)							
14-39	13	44,8	91	54,8	1,07	0,29-4,24	0,99
40-59	12	41,4	45	27,1	2,00	0,53-8,19	0,40
60 e +	4	13,8	30	18,1	1,00		
Escolaridade (anos)							
0-8	2	6,9	23	13,8	1,00		
9-11	18	62,1	71	42,8	2,92	0,58-19,69	0,24
12 e +	9	31,0	72	43,4	1,44	0,26-10,42	0,99
Renda (US\$)*							
Sem renda	10	34,5	42	25,3	1,00		
1-2.500	5	17,2	61	36,8	0,34	0,09-1,20	0,11
2.501-10.000	11	37,9	47	28,3	0,98	0,34-2,82	0,84
10.001 e +	3	10,4	16	9,6	0,79	0,15-3,73	0,99
Situação conjugal							
Solteiro	7	24,2	53	31,9	1,00		
Casado/Amasiado	17	58,6	84	50,6	1,53	0,55-4,40	0,51
Viúvo/Divorciado	5	17,2	29	17,5	1,31	0,32-5,16	0,75
Religião (N = 179)							
Católica	19	70,4	110	72,4	1,00		
Outras	8	29,6	42	27,6	1,10	0,41-2,92	0,98
Frequência à Igreja							
Menos que uma vez/mês	13	48,2	44	28,8	2,30	0,93-5,71	0,08
Pelo menos uma vez/mês	14	51,8	109	71,2			

\* Em julho de 2003, período do encerramento das entrevistas, a cotação do Dólar era de R\$ 2,86.

estatística. *Odds ratio* para 9-11 anos de estudo foi 2,92 (IC95%: 0,58-19,69) e para 12 anos e mais 1,44 (IC95%: 0,26-10,42), comparados com a categoria até oito anos.

Para as variáveis relativas à situação empregatícia, viver só ou com outras pessoas, separações conjugais, ter filhos, ser responsável por filho menor que 16 anos, também não se obteve evidência de associação estatisticamente significativa no nível de 5%.

A Tabela 2 evidencia que variáveis relacionadas à saúde mental e de comportamento relacionado à saúde estiveram associadas à ideação suicida. Indivíduos qualificados como positivos pelo SRQ-20 apresentaram quatro vezes mais chance para ideação que seus controles.

Indivíduos que referiram falta de energia, humor depressivo e pensamento depressivo tiveram mais chance para ideação (OR = 4,78; 4,38 e 4,99 respectivamente).

A avaliação da vizinhança no quanto é solidária, no quanto as pessoas se ajudam, apresentou-se significativa. *Odds ratio* para ideação foi de 3,9 (IC95%: 1,33-12,31) quando esta vizinhança era sentida como distante (Tabela 2).

A presença de doenças ou problemas físicos nos últimos 12 meses e o uso de drogas ilícitas não estiveram associados à ideação, na análise univariada, diferentemente do uso de calmantes (Tabela 2).

Na Tabela 3 é apresentado o resultado final a partir da utilização da análise multivariada. A

Tabela 2

Características de saúde mental e de comportamento relacionado à saúde entre casos e controles.

Exposição	Casos		Controles		OR	IC95%	Valor p
	n	%	n	%			
SRQ-20 (caso presumível)							
Positivo	15	51,7	34	20,5	4,16	1,70-10,22	< 0,01
Negativo	14	48,3	132	79,5			
SRQ-20 (falta de energia)							
Sim	16	55,2	34	20,5	4,78	1,95-11,80	< 0,01
Não	13	44,8	132	79,5			
SRQ-20 (sintomas somáticos)							
Sim	18	62,1	80	48,2	1,76	0,73-4,27	0,24
Não	11	37,9	86	51,8			
SRQ-20 (humor depressivo)							
Sim	13	44,8	26	15,7	4,38	1,74-11,03	< 0,01
Não	16	55,2	140	84,3			
SRQ-20 (pensamento depressivo)							
Sim	18	62,1	41	24,7	4,99	2,03-12,42	< 0,01
Não	11	37,9	125	75,3			
AUDIT (caso presumível)							
Positivo	4	13,8	14	8,4	1,74	0,44-6,31	0,31
Negativo	25	86,2	152	91,6			
Tratamento psiquiátrico anterior							
Sim	9	31,0	32	19,3	1,88	0,72-4,88	0,24
Não	20	69,0	134	80,7			
Dificuldades emocionais relatadas							
Sim	18	62,1	38	22,9	5,51	2,23-13,79	< 0,01
Não	11	37,9	128	77,1			
Tentativa suicídio na vida							
Sim	5	17,2	6	3,6	5,56	1,34-22,82	0,01
Não	24	82,8	160	96,4			
Uso de calmantes nos últimos três meses							
Sim	9	31,0	23	13,9	2,80	1,03-7,49	0,03
Não	20	69,0	143	86,1			
Avaliação da vizinhança (N = 194)							
Distante	24	82,8	91	55,2	3,90	1,33-12,31	< 0,01
Próxima	5	17,2	74	44,8			

Tabela 3

Resultado final com modelo de regressão logística não-condicional: casos de ideação suicida no último ano e controles.

Variáveis	OR	IC95%	Valor p
Humor depressivo	3,80	1,325-10,925	0,01
Vizinhança não solidária	3,57	1,134-11,240	0,03
Falta de energia	3,22	1,216-8,540	0,02
Dificuldades emocionais relatadas	2,65	1,011-6,930	0,05
Menor frequência à igreja	2,79	1,023-7,619	0,05

análise bruta sugeriu chance aumentada de ideação para uso de calmantes, porém, não foi mantida a significância estatística quando se fez o ajuste simultâneo para as outras variáveis.

### Discussão

Em relação ao comportamento suicida, a maioria dos estudos enfatiza a questão das tentativas e do êxito letal. Para esses desfechos, numerosos fatores de risco já foram identificados. Quanto à ideação suicida, relativamente poucos estudos caracterizam os fatores associados. O presente estudo, pesquisando indivíduos na comunidade, sem os vieses representados por amostras de pacientes ambulatoriais ou hospitalizados, avaliou ideação suicida nos últimos 12 meses.

A utilização de estudos caso-controle, pela sua eficiência, é tipicamente empregada para doenças ou desfechos raros, numa abordagem em que diferenças entre os grupos, sendo esses comparáveis, são prováveis fatores de risco para a condição em estudo. Neste estudo, a análise multivariada permitiu achados significativos, principalmente quanto às variáveis relacionadas a sintomas depressivos, sugerindo que um relato de ideação suicida nos últimos 12 meses associa-se de forma consistente a esses sintomas.

Alguns estudos sugerem que os mesmos fatores de risco tendem a operar nas diferentes etapas do processo de suicídio<sup>6</sup>. Entre esses níveis, a ideação suicida pode ser o alvo de um dos níveis mais precoces passíveis de intervenção. O presente estudo busca especificidades da população que relata ideação suicida nos últimos 12 meses, mas observa-se, contudo, que existem limitações impedindo a afirmação de que as diferenças encontradas entre os grupos constituam fatores de risco. Tratando-se de um estudo caso-controle inserido num estudo

seccional, abordam-se os achados deste estudo como possíveis fatores associados.

Se o conceito de suicídio, como ato, revela-se complexo e repleto de divergências, pode-se pensar no quão instáveis e diversas são as definições correntes de ideação suicida. Primeiramente, as ideias a que se tem acesso são meramente as ideias “comunicadas”. A limitação metodológica, então suscitada, é se há diferença entre um grupo que comunica e um grupo que não comunica ideação suicida. Acreditamos que são limitações inerentes a esse tipo de estudo já que “ideação suicida” (como pensamento) não se trata de uma variável passível de observação objetiva. Ao supor que os que responderam negativamente sobre a presença de ideação suicida, podem tê-lo feito por outras razões (valores morais, religiosos, empatia com o entrevistador etc.), admitimos a existência dessa possível fonte de vies: diferenças existentes podem não ser detectadas se o grupo controle estiver “contaminado” por ideação suicida não revelada. Contudo, procuramos enfatizar que a diferença a que nos propusemos a fazer seria entre o grupo que *relata* ideação e o grupo que *não relata*, ou seja, não a ideação como “pensamento”, mas sim a ideiação como “comunicação”.

Dentre os 515 entrevistados, consideraram-se então, neste estudo, os 29 que *comunicaram*, como os indivíduos que *tiveram* ideação suicida nos últimos 12 meses. Não se nega a existência de um contingente submerso, tanto no grupo de casos quanto no grupo-controle, que não se dispôs a revelar pensamentos a respeito de suicídio.

Os estudos, em geral, definem ideação suicida das mais variadas formas: relato espontâneo ou resposta a diferentes questionamentos, que abrangem desde pensamentos de que a vida não vale a pena ser vivida até preocupações intensas, quase delirantes<sup>11</sup>.

Neste estudo, as questões utilizadas para identificar o grupo com ideação suicida nos últimos 12 meses, embora amenizem o discurso, não fazendo referência à palavra suicídio, não transpõem o desafio de verificar distinções entre idéias transitórias e idéias mais sólidas, persistentes, que talvez pudessem ser acessadas pelo uso de instrumentos específicos<sup>15</sup>. Tratando-se de um inquérito comunitário, este estudo buscou simplificar a forma de abordagem, preterindo o uso de escalas a favor da formulação de questões mais diretas e simples, menos redundantes. Considerando a presença de ideação nos últimos 12 meses, e não na vida, espera-se reduzir possíveis vieses de memória. Contudo, o número de casos da

amostra limita a interpretação de alguns resultados.

No presente estudo não foram observadas diferenças entre casos e controles quanto às variáveis sócio-demográficas. Estudos sobre ideação suicida na última semana não encontraram diferença quanto às variáveis sócio-demográficas, atribuindo vários fatores ao achado, como, por exemplo, o *n* reduzido limitando o poder do estudo de encontrar associações estatisticamente significantes<sup>6</sup> ou apontando as diferenças sócio-demográficas como menos decisivas quando se trata de ideação, em comparação com outras manifestações do comportamento suicida (planejamento e tentativa de suicídio)<sup>16</sup>.

Já estudos internacionais recentes apontam maior prevalência de ideação suicida associada a fatores sócio-demográficos como gênero feminino, ter uma condição conjugal tal como divorciado, separado ou solteiro<sup>17</sup>. As mulheres, de modo geral, tendem a ter mais ideação suicida na vida<sup>17</sup>, mesmo havendo estudos que não encontram diferenças entre gêneros<sup>18</sup>. O estudo prospectivo de Kuo et al.<sup>8</sup>, analisando os fatores sócio-demográficos, concluiu que apenas idade associa-se significativamente ao surgimento de ideação: mais jovens apresentam maior incidência. Apontam também a tendência para menor incidência de ideação entre afro-americanos e para mais casos entre indivíduos vivos ou separados por ocasião da entrevista de base. Outros estudos mostram que ideação suicida pode ser mais prevalente entre indivíduos não casados e mais jovens<sup>18</sup>.

O presente estudo não encontrou associação entre a religião (filiação religiosa) e a incidência de ideação suicida. Quanto a considerar-se religioso também não houve diferença significativa entre os grupos, no entanto, menor frequência à igreja (menos de uma vez por mês) esteve associada ao grupo que relatou ideação no último ano. Dados da literatura referem que ideação suicida incide sem diferenças significativas entre as diversas religiões<sup>10</sup>. Alguns estudos sugerem que a religiosidade, não se levando em consideração a afiliação religiosa, pode ter uma função protetora em relação ao suicídio. Em uma amostra de imigrantes latino-americanos, não foram encontradas relações entre religião e ideação suicida. Porém, a percepção da própria religiosidade e a frequência à igreja foram negativamente associadas com ideação suicida<sup>19</sup>. Infelizmente, no intuito de simplificar o questionário para facilitar a execução, optamos por abreviar a investigação de determinadas questões e com isso não pesquisamos a religião em que o indivíduo

foi criado ou o tempo de conversão, que, certamente, propiciariam análises interessantes.

Quanto aos sintomas psiquiátricos avaliados, os achados deste estudo relacionados a humor depressivo e falta de energia, estão de acordo com os de Gili-Planas et al.<sup>11</sup> em que transtornos afetivos são a categoria mais frequente de transtorno em sujeitos que apresentam ideação suicida. Também a diferença quanto às "dificuldades emocionais por mais de um ano", com a especificação de que "impedem a boa realização de tarefas do dia-a-dia", pode ser atribuída aos sintomas depressivos e à falta de energia. A avaliação da vizinhança como distante ou não solidária, significativa para o grupo com ideação, pode relacionar-se a sentimentos de desesperança e solidão nesta população. Quando diferentes aspectos de sofrimento são avaliados, o sentimento de desesperança mostra-se fortemente associado à ideação suicida<sup>6</sup>. Goldney et al.<sup>20</sup> apontam a importância do transtorno depressivo como fator contribuinte para ideação suicida na comunidade. Segundo estudos de autópsia psicológica, 60% dos suicídios transcorrem em indivíduos com sintomas depressivos significantes<sup>21</sup>. Estudos de risco atribuível na população observam que, se toda a depressão pudesse ser prevenida ou efetivamente tratada, 40-50% do comportamento suicida e da ideação suicida poderiam ser eliminados<sup>7</sup>. Esta consistente associação entre quadros depressivos e ideação suicida afasta uma tendência de determinados autores a "normalizar" a ideação suicida, colocando a questão como algo intrínseco ao ser humano, pensar na existência e na possibilidade de voluntariamente pôr um fim a ela. Não há evidências que sustentem este ponto de vista.

Os achados quanto ao uso de álcool e outras drogas, diferentemente dos encontrados na literatura<sup>6</sup>, não permitem estabelecer diferenças entre os grupos quanto ao uso desses psicotrópicos. A literatura mostra que, para casos incidentes de ideação, por ocasião de uma entrevista de base, 13 anos antes, observa-se maior probabilidade de relatos de história de abuso ou dependência de drogas ou depressão<sup>6</sup>. No mesmo estudo, não houve associação entre diagnóstico de abuso ou dependência de álcool, transtorno do pânico, agorafobia, esquizofrenia, transtornos obsessivos compulsivos (TOC) e transtorno de personalidade anti-social e o surgimento de ideação suicida. O presente estudo não avaliou aspectos de comportamento relacionados a atuações anti-sociais, a não ser uso de álcool e outras drogas.

Se ideação suicida é seis vezes mais frequente na população do que tentativas<sup>22</sup> e al-

guns autores sugerem que não se pode ligar muito facilmente ideação suicida à tentativa efetiva de suicídio<sup>22</sup> ou defendem que há uma tendência à não progressão da ideação para outras etapas do comportamento suicida<sup>6</sup>, ainda assim, há evidências de que fatores como personalidade, controle de impulsos, suporte social e fatores culturais podem influenciar a seqüência ideação suicida – tentativa de suicídio – suicídio e, a despeito de algumas discontinuidades, as diferenças etiológicas que se estabelecem entre suicídio, tentativa de suicídio e ideação poderiam ser mais de grau do que de tipo<sup>23</sup>. Fatores relacionados a estresse, suporte social, auto-estima, uso de álcool, de-

pressão, desesperança e dor crônica parecem ser comuns às várias etapas do processo<sup>6</sup>.

Mesmo com o número reduzido da amostra, que limita a interpretação de alguns resultados, com possibilidade de não serem encontradas diferenças quando comparados os grupos, observou-se diferença significativa quanto às variáveis ligadas a sintomas depressivos. A presença de sintomas depressivos pode também alterar a percepção das relações sociais, proporcionando uma atitude mais pessimista frente à possibilidade de auxílio por vizinhos, ou mesmo pela igreja, e desamparo frente aos mais próximos.

## Resumo

*Este estudo tem como objetivo identificar variáveis associadas à ideação suicida ao longo dos últimos 12 meses, na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. Através de um estudo de caso-controle investigou-se fatores associados a ideação suicida mediante análise de variáveis independentes relacionadas ao indivíduo, à família e à saúde. Foram entrevistados 29 casos de ideação e 166 controles. Os casos foram identificados através de um inquérito de prevalência e os controles, selecionados aleatoriamente da mesma base populacional, entre os que não relataram pensamento suicida nos últimos 12 meses. Modelos de análise de regressão foram propostos para controlar a ação dos fatores de confusão ou modificadores de efeito. Nos resultados obtidos, as variáveis demográficas não estiveram associadas à ideação. Na análise final permaneceram com significância estatística as variáveis falta de energia e humor deprimido, derivadas do SRQ-20, dificuldades emocionais relatadas, vizinhança não solidária e menor frequência à igreja. Ideação suicida mostrou-se consistentemente associada a fatores relacionados a sintomas depressivos, principalmente falta de energia e humor deprimido.*

*Suicídio; Saúde Mental; Estudos de Casos e Controles*

## Colaboradores

V. F. Silva participou no levantamento bibliográfico, redação da introdução e discussão do artigo. H. B. Oliveira colaborou com a realização das análises estatísticas e redação de material e método e resultados. N. J. Botega, L. Marín-León, M. B. A. Barros e P. Dalgalarondo contribuíram na discussão dos resultados, com sugestões para a redação e revisões da redação do artigo.

## Referências

- World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:45-53.
- Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:617-26.
- Fawcett J, Clark DC, Bush KA. Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatr Ann* 1993; 23:244-56.
- Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2004; 161:563-4.
- Vilhjalmsson R, Kristjansdóttir G, Sveinbjarnardóttir E. Factors associated with suicide ideation in adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33:97-103.
- Pirkis J, Burgess P, Dunt D. Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis* 2000; 21:16-25.
- Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med* 2001; 31:1181-91.
- Pirkis JE, Burgess PM, Meadows GN, Dunt DR. Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Med J Aust* 2001; 175:542-5.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291:1081-91.
- Gill-Planas M, Rocca-Bennasar M, Ferrer-Perez V, Bernardo-Arroyo M. Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31:207-13.
- Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
- Barbor TE, La Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Iacoponi E, Mari JJ. Reliability and factor structure of the portuguese version of self-reporting questionnaire. *Int J Soc Psychiatry* 1988; 35:213-22.
- Beck AT, Kovacs M, Weissmann A. Assessment of suicide intention: the scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47:343-52.
- Sorenson SB, Rutter CM. Transgenerational patterns of suicide attempt. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:861-6.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999; 29:9-17.
- Renberg ES. Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:429-36.
- Hovey JD. Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. *Psychol Rep* 1999; 85:171-7.
- Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Dal Grande EE. Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. *J Affect Disord* 2003; 74:267-72.
- Lönnqvist JK. Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. *The international handbook of suicide and attempt suicide*. Chichester: Wiley; 2000. p. 107-20.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; 35:1457-65.
- Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994; 308:1227-33.

Recebido em 26/Jul/2005

Versão final reapresentada em 20/Dez/2005

Aprovado em 26/Dez/2005