

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**TESE DE DOUTORADO**

**INDICADORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO PARA SUICÍDIO**  
**POR MEIO DE ESCALAS DE AUTO-RELATO**

Doutoranda: Daniela Yglesias de Castro Prieto

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

**2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Dedico o presente trabalho a toda a minha família  
Castro e Prieto, em especial ao meus pais, Judit e Djair,  
e aos meus irmãos Caius, Bruno e Vanessa.

Dedico, ainda, à minha analista,  
Regina Mota, com admiração e gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador por sua dedicação e empenho ao longo desses oito anos de trabalho conjunto com o tema suicídio;

À equipe do Hospital São Vicente de Paulo, na figura do seu Diretor, Ricardo Lins, por apostarem nesse projeto e possibilitarem a coleta de dados junto aos seus usuários; em especial, à minha colega psicóloga e mestre em Psicologia Clínica Ana Cristina Sanchotene que trabalhou comigo no processo de coleta de dados e o viabilizou; e às colegas Dione Freitas Rocha e Marina Rúbia dos A. Dias pela participação na coleta;

Aos usuários do serviço de psicologia do Hospital São Vicente de Paulo por responderem os instrumentos e compartilharem assim suas experiências de vida;

Ao meu colega psicólogo e mestre em Psicologia Clínica Alexandre Domânico que generosamente coordenou o processo de construção do banco de dados;

Aos alunos da graduação do curso de psicologia da Universidade de Brasília que contribuíram no processo de coleta de dados e /ou na construção do banco: Adriana Pinheiro Carvalho, Aline Rodrigues Silva, André Félix Ferreira, André de Castro Ferreira, André Peredo, Ângela da Silva Ferreira, Bruno Barbosa Campos, Clara Costa Gomes, Gabriela Ramos Dourado, Luana Ramalho dos Santos, Elisa Walleska K. A Bonani, Pâmella Gabriela E. Sousa, Mariana Martins Juras, Mariha Camelo M. de Moura, Nayana Amorim, Tainá Hilana Oliveira Pinto e Viviane Sandy Tiago;

Às alunas monitoras desse projeto, minha gratidão pela dedicação com que se empenharam no trabalho: Acileide Cristiane F. Coelho, Karine Coeli Barbosa Cunha e Rosa Mara Santos Cassis;

Ao Prof. Emérito Luiz Pasqualli pelas constantes supervisões sobre os procedimentos metodológicos e estatísticos do presente trabalho;

Aos demais integrantes da banca de defesa do doutorado, Professores Doutores Blanca Guevara Werlang, Iône Vasquez de Menezes, Pedro Gabriel Delgado, Vera Lúcia Decnop Coelho, pela disposição de compartilharem este tempo comigo e de refletirem sobre este trabalho o que é, essencialmente, uma forma de aprimorá-lo e investir na minha formação como pesquisadora;

À minha colega psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica, Beatriz Montenegro Franco de Souza Parente pelos constantes contribuições.

## ÍNDICE

<b>RESUMO</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	9
<b>JUSTIFICATIVA DO PROJETO</b> .....	11
<b>I. CRISE SUICIDA: INDICADORES DE RISCO, DE PROTEÇÃO E PSICODINÂMICA</b> .....	13
<b>I.1 Indicadores de risco</b> .....	14
I.1.1 Transtornos Mentais.....	16
I.1.2 Indicadores clínicos .....	17
I.1.3 Eventos estressores.....	21
I.1.4 Disponibilidade do método suicida.....	25
<b>I.1 Indicadores protetivos</b> .....	25
Modelo: Fatores de Risco e de Proteção .....	29
<b>I.3 Psicodinâmica do suicídio</b> .....	30
I.3.1 Contribuições de Freud .....	30
I.3.2 Contribuições de outros autores europeus.....	36
I.3.3 Contribuições de autores norte-americanos.....	39
I.3.4 Contribuições de autores sul-americanos.....	43
<b>II – MÉTODO</b> .....	47
<b>II.1. Objetivo</b> .....	47
<b>II.2. Sujeitos</b> .....	48
<b>II.3. Instrumentos</b> .....	48
II.3.1 <i>Suicide Behavior Questionnaire Revised</i> - SBQR .....	49
II.3.2 <i>Positive and Negative Suicide Ideation</i> – PANSI.....	50
II.3.3 <i>Suicide Resilience Inventory</i> - SRI-25 .....	52
II.3.4 <i>Child Abuse and Trauma Scale</i> – CAT.....	53
II.3.5 Escalas Selecionadas do MMPI-2.....	54

II.3.5.1. Escala de Conteúdo de <i>Ansiedade</i> .....	55
II.3.5.2. Escala de Itens Críticos de <i>Estado Agudo de Ansiedade</i> de Koss-Butcher .....	56
II.3.5.3. Escala de Itens Críticos de <i>Ansiedade e Tensão</i> de Lachar-Wrobel .....	57
II.3.5.4. Escala de Conteúdo de <i>Depressão</i> .....	57
II.3.5.5. Escala de Itens Críticos de <i>Depressão e Ideação Suicida</i> de Koss-Butcher .....	58
II.3.5.6. Escala de Conteúdo <i>Obsessividade</i> .....	58
II.3.5.7. Escala de <i>Preocupações com a Saúde</i> .....	59
II.3.5.8. Escala de <i>Dificuldade de Controle da Raiva</i> .....	59
II.3.5.9. Escala de <i>Desconforto Social</i> .....	60
II.3.5.10. Escala de <i>Conteúdo de Problemas Familiares</i> .....	60
II.3.5.11. Escala de <i>Dificuldades ligadas ao Trabalho</i> .....	61
II.3.5.12. Escala de <i>Reação Negativa ao Tratamento</i> .....	62
II.3.5.13. Escala de <i>Idéias Bizarras</i> .....	63
II.3.5.14. Escala de Itens Críticos de <i>Confusão Mental</i> de Koss-Butcher .....	63
II.3.5.15. Escala de Itens Críticos de <i>Ideação Paranóide</i> de Koss-Butcher .....	64
II.3.5.15. Escala de Itens Críticos de <i>Crenças Desviantes</i> de de Lachar-Wrobel .....	64
II.3.5.15. Escala de Itens Críticos de <i>Pensamentos e Experiências Desviantes</i> de Lachar-Wrobel .....	65
II.3.6. Questionário Demográfico e de avaliação de Eventos Estressantes recentes.....	65
<b>II.4. Coleta de Dados</b> .....	66
<b>II.5. Tratamento Estatístico dos dados</b> .....	67
<b>III – RESULTADOS E COMENTÁRIOS PRELIMINARES</b> .....	71
<b>III.1. Aspectos Sócio-demográficos</b> .....	71
Figuras 3.1 a 3.4 .....	72
<b>III.2 Consistência Interna das escalas</b> .....	76
Tabelas 3.1 a 3.3 .....	76
<b>III.3. Correlações de primeira ordem entre variáveis de risco e de proteção ao suicídio e indicadores psicológicos</b> .....	78
Tabelas 3.4 a 3.17 .....	79
<b>III.4. Definição da variável critério</b> .....	90

<b>III.5. Regressão Logística: variáveis de risco e proteção e eventos estressores .....</b>	<b>91</b>
III.5.0. Modelo zero .....	92
III.5.1. Modelo com as escalas que avaliam risco e proteção (PANSI e SRI-25) .....	92
Tabelas 3.18 a 3.21 .....	93
Figura 3.5 .....	96
III.5.2. Modelo com indicadores protetivos .....	97
Tabelas 3.22 a 3.23 .....	97
Figura 3.6 .....	99
III.5.3. Modelo com eventos estressores (CAT e EVES) .....	100
Tabelas 3.24 a 3.25 .....	101
Figura 3.7 .....	103
<b>III.6. Regressão Logística: variáveis do MMPI-2 .....</b>	<b>103</b>
III.6.1. Modelo com as escalas de indicadores depressivos e ansiosos no MMPI-2 .....	104
Tabelas 3.26 a 3.29 .....	105
Figura 3.8 .....	109
III.6.2. Modelo com as escalas de indicadores de qualidade dos relacionamento no MMPI-2 .....	109
Tabelas 3.30 a 3.31 .....	111
Figura 3.9 .....	112
III.6.3. Modelo com as escalas de indicadores psicóticos no MMPI-2 .....	112
Tabelas 3.32 a 3.35 .....	113
Figura 3.10 .....	116
Tabelas 3.36 a 3.37 .....	117
Figura 3.11 .....	119
III.6.4. Modelo com as variáveis do MMPI-2 que se mostraram significativas .....	119
Tabelas 3.38 a 3.40 .....	120
Figura 3.12 .....	123
<b>III.7. Modelo preditivo com combinação das diversas escalas .....</b>	<b>123</b>
Tabelas 3.41 a 3.42 .....	124
Figura 3.13 .....	126
<b>III.8. Síntese dos diversos modelos .....</b>	<b>127</b>

Tabelas 3.43 a 3.44 .....	127
<b>IV – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>131</b>
<b>IV.1. Validação dos instrumentos .....</b>	<b>131</b>
<b>IV.2. Análise dos indicadores .....</b>	<b>132</b>
IV.2.1. Escalas de Risco e Proteção .....	132
IV.2.2. Estados depressivos e ansiosos .....	136
IV.2.3. Indicadores de qualidade dos relacionamentos .....	138
IV.2.4. Estressores na infância e adolescência e atuais .....	139
IV.2.5. Indicadores psicóticos .....	141
IV.2.6. O MMPI-2 e a predição do risco de suicídio.....	142
<b>IV.3. Limitações do presente estudo .....</b>	<b>142</b>
<b>IV.4 Considerações finais .....</b>	<b>144</b>
<b>V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>146</b>



## RESUMO

Estimar o risco de suicídio envolve a avaliação tanto de indicadores de risco quanto de proteção para crise suicida. Os indicadores de risco mais freqüentemente citados na literatura são: existência de transtorno mental, história de tentativa de suicídio, ideação suicida, sintomas depressivos e ansiosos, impulsividade, desesperança entre outros. Os principais indicadores protetivos destacados são: satisfação com a vida, auto-imagem positiva, recursos de enfrentamento, otimismo, estabilidade emocional, existência de um projeto de vida. O presente estudo objetivou estimar o risco de suicídio. Os instrumentos utilizados foram: *Suicide Behavior Questionnaire Revised* (SBQR), *Positive and Negative Suicide Ideation* (PANSI), *Suicide Resilience Inventory* (SRI), *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI-2), e uma lista de Eventos Estressores (EVES). Esses instrumentos avaliam, respectivamente: comportamento suicida; ideação suicida e recursos de enfrentamento; resiliência ao suicídio; percepção de abuso e negligência na infância e adolescência; indicadores psicológicos (depressão, ansiedade, problemas de relacionamento e indicadores psicóticos) e existência de eventos adversos recentes. A amostra foi composta de 458 sujeitos inscritos na lista de espera de um serviço de psicologia de uma unidade pública de referência em saúde mental do Distrito Federal. A Regressão Logística foi utilizada para prever pertencimento ao grupo de sujeitos com ou sem risco de suicídio. O grupo de risco foi definido com tendo escores no SBQR maiores que um desvio padrão acima da média. Dois modelos forneceram as melhores estimativas de risco: (1) as escalas de Ideação Negativa (PANSI) e Depressão e Ideação Suicida (MMPI-2) com fatores de risco e Estabilidade Emocional (SRI) e Reação Negativa ao Tratamento (MMPI-2) como fatores de proteção; (2) Ideação Negativa (PANSI) como fator de risco e Estabilidade Emocional (SRI) e Ideação Positiva (PANSI) como fatores de proteção. O primeiro modelo é composto por variáveis que avaliam: ideação suicida, depressão, estabilidade emocional, rejeição ou descrença no suporte de terceiros. As variáveis do segundo modelo avaliam ideação suicida, estabilidade emocional e capacidade de enfrentamento de situações estressantes. Este dois modelos confirmam expectativas já demonstradas em estudos anteriores. Revelam também como outros covariantes do risco são preteridos por variáveis mais relevantes, como ideação suicida ou depressão. A escala de Reação Negativa ao Tratamento surpreendeu ao contribuir como fator de proteção; supomos poder haver nesta escala uma parcela de variância relacionada à independência e autonomia. O presente estudo ressalta a importância de indicadores como ideação suicida, história de comportamento suicida anterior, estados depressivos, auto-imagem negativa como importantes indicadores de risco. Os indicadores protetivos que se destacam são estabilidade emocional, auto-imagem positiva e recursos de enfrentamento.

**ABSTRACT**

The prediction of suicidal risk involves the assessment of risk and protective factors for suicidal crisis. Frequently cited suicide risk factors include: mental disorders, history of suicide attempts, suicidal ideation, depressive and anxious symptoms, impulsiveness, hopelessness and others. Among the main protective factors are: satisfaction with life, positive self-image, coping styles, optimism, emotional stability, existence of a life project. The objective of this study is to predict suicide risk. The instruments used: Suicide Behavior Questionnaire Revised (SBQR), Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI), Suicide Resilience Inventory (SRI), Child Abuse and Trauma Scale (CAT), the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2) and a list of Stressors Events (EVES). These instruments assess, respectively: suicidal behavior; suicidal ideation and coping resources; resilience to suicide; perception of abuse and carelessness in childhood and adolescence; psychological indicators (depression, anxiety, relational problems and psychotic indicators) and recent adverse life events. The sample was constituted by 458 subjects in a waiting list for psychotherapy in a public mental health service in Distrito Federal. Logistic Regression was used to predict membership to group with or without suicide risk. Suicide risk group was defined as having SBQR scores over one standard deviation above average. Two models provided the best prediction of risk: (1) Negative Ideation (PANSI) and Depression and Suicide Ideation (MMPI-2) as risk factors and Emotional Stability (SRI) and Negative Reaction to Treatment (MMPI-2) as protective factors; (2) Negative Ideation (PANSI) as risk factor and Emotional Stability (SRI) and Positive Ideation (PANSI) as protective factors. The first model is composed of variables that assess: suicidal ideation, depression, emotional stability, rejection or disbelief in the support from others. The variables in the second model assess suicidal ideation, emotional stability and coping with stressful situations. These two models confirm expectations previously supported by other studies. They also reveal how other covariants of risk become secondary to more relevant variables such as suicidal ideation and depression. The scale Negative Reaction to Treatment unexpectedly contributed to prediction as a protective factor; it was hypothesized that the scale may have a portion of variance related to independence and autonomy. The present study points out the relevance of suicidal ideation, history of previous suicidal behavior, depressive states negative self-image as important risk factors for suicide behavior. The most important protective factors in this research are emotional stability, positive self-image, coping styles.

“Tal era, em todo caso, a opinião de Dorian Gray. Causava-lhe estranheza a psicologia superficial dos que concebem o ego, no homem, como coisa simples, permanente, estável, de uma só essência. A seu ver, o homem é um ser de múltiplas vidas e sensações, uma criatura complexa e poliforme, que carrega dentro de si uma herança atávica de idéias e de paixões, com a carne corrompida pelas monstruosas doenças da morte.” (Dorian Gray, Wilde)

## **JUSTIFICATIVA DO PROJETO**

O comportamento suicida sempre foi um fenômeno que comoveu e intrigou a presente pesquisadora ao longo da sua trajetória de formação como psicóloga clínica. A possibilidade de pesquisar um fenômeno tão complexo surgiu a partir do ano 2000 por meio de proposta do Professor Marcelo Tavares. A autora realizou estudos de casos clínicos de adolescentes e jovens com tentativa de suicídio recente como trabalho de pesquisa para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica. Tais estudos revelaram a importância de história de negligência parental, violência física e sexual na vida desses adolescentes e jovens em crise suicida, além de conflitos narcísicos e dificuldades nas relações de objeto. Esses estudos foram realizados por meio da aplicação do Método de Rorschach e de entrevistas clínicas para Avaliação de História e Risco de Suicídio e Entrevista Clínica Estruturada para Diagnóstico do DSM IV.

O presente estudo busca a identificação dos indicadores de risco e proteção como variáveis preditoras do pertencimento ou não ao grupo com risco de suicídio. Objetiva-se esclarecer o efeito da existência de múltiplos indicadores de risco e de proteção ocorrendo simultaneamente e a contribuição relativa desses diferentes indicadores para a compreensão do risco suicida.

O presente estudo possibilita ainda a validação de instrumentos de avaliação de risco de suicídio e de indicadores de proteção a partir de uma amostra clínica. A validação desses instrumentos contribui para a psicologia brasileira ao desenvolver escalas acessíveis e válidas que possam ser utilizadas em diversos contextos (Tavares, 2003).

“Mítia sentia arder a cabeça. Saiu para a galeria de madeira que rodeava uma parte do edifício. O ar fresco lhe fazia bem. Estava sozinho na escuridão e, de repente, agarrou a cabeça com ambas as mãos. As suas idéias dispersaram-se e tudo se iluminou por uma terrível luz. “Se devo suicidar-me, quando fazê-lo senão agora?” – passou-lhe pela mente. “Tomar uma pistola e acabar com tudo naquele mesmo canto sujo e escuro!” Durante quase um minuto permaneceu indeciso. (...) Não via motivos para continuar a existir” (Dostoievski, Irmãos Karamazov).

## **I – CRISE SUICIDA: INDICADORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO E ASPECTOS PSICODINÂMICOS**

O suicídio é uma morte auto-infligida com evidência, explícita ou implícita, de que a pessoa tinha intenção de morrer (American Psychiatric Association, 2003). Constitui-se em um escape de um problema ou crise que está provocando intenso sofrimento, estando associado com necessidades frustradas ou insatisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre um estresse insuportável e a sobrevivência, envolvendo um estreitamento das opções percebidas e uma necessidade de fuga (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

A Associação Psiquiátrica Americana (2003) ressalta que, para estimar o risco de suicídio, é necessária uma avaliação tanto de indicadores de proteção quanto de risco para crise suicida. A integração desses indicadores em um único modelo explicativo possibilita uma compreensão mais ampla sobre os vários aspectos que estão contribuindo para o processo suicida (Sánchez, 2001).

Ideações suicidas e tentativas de suicídio constituem-se em indicadores de risco de suicídio (Prieto & Tavares, 2005). Entretanto, a maioria dos indivíduos que tenta suicídio ou que apresenta ideação não irá morrer por suicídio, o que caracteriza a dificuldade de prever o fenômeno mesmo em grupos de risco. Dentro desse prisma, o profissional de saúde mental deve aprimorar seus recursos para estimar o risco de suicídio através da avaliação dos indicadores clínicos de proteção e de risco, com o objetivo primordial de manejar a crise suicida, priorizando aspectos que possam ser modificados em uma intervenção terapêutica. O tratamento dos pacientes em crise suicida deve buscar mitigar os indicadores de risco e fomentar os protetivos. Novas pesquisas poderão vir a esclarecer o

efeito da existência desses indicadores ocorrendo simultaneamente, como também a contribuição relativa dos mesmos para o risco suicida (American Psychiatric Association, 2003).

A seguir os indicadores protetivos e de risco para suicídio são discutidos em sessões separadas do presente trabalho. Posteriormente, os aspectos psicodinâmicos são apresentados como estratégia para gerar hipóteses sobre os processos associados à crise suicida.

### **I.1. - INDICADORES DE RISCO**

Os fatores de risco para suicídio são aquelas condições que influenciam o indivíduo a engajar-se em um comportamento suicida (Sánchez, 2001). Wasserman (2001) destaca que o sujeito pode ter uma propensão constitucional a apresentar o comportamento suicida e/ ou pode adquirir essa propensão em função do estresse a que é submetido. No que se refere ao estresse, esse pode ser gerado sob condições que envolvem: problemas de relacionamento; violência e trauma psíquico; pobreza; desemprego; estresse social; dor; doença física; doença mental; abuso de álcool ou de outras drogas. Os precipitadores do comportamento suicida, propostos por Wasserman, são experiências agudas como: separação, perda e conflitos em relacionamentos; problemas financeiros; dano narcísico; exacerbação de quadros patológicos; novos eventos de vida adversos; assédio; intimidação, entre outros.

Wasserman divide os indicadores de potencial crise suicida em observáveis e não observáveis e descreve o surgimento e a evolução dos mesmos. Defende que a maioria dos atos suicidas é precedida por um processo que varia em níveis, em que a dinâmica é altamente individual. Uma crise suicida tem início quando o sujeito se depara com diversas situações de estresse simultaneamente e começa a experimentar o desejo de morrer. Tais

desejos podem se intensificar e passam a se caracterizar como ideação suicida. A crise suicida tornar-se observável a partir do momento que o sujeito faz uma comunicação suicida, ou seja, revela, verbalmente ou por meio de ações, a intenção de morrer. O risco de suicídio pode diminuir ou desaparecer aos poucos em função de estratégias eficientes do sujeito no enfrentamento das demandas que fomentam o sofrimento e/ou em decorrência do tratamento de saúde mental. Uma tentativa de suicídio ou o suicídio consumado pode vir a ocorrer caso a crise suicida não ceda e sim continue a se intensificar. Imediatamente antes do ato suicida, a intensidade do processo suicida aumenta e sentimentos de desesperança, desamparo e desespero são misturados com sintomas de várias desordens psiquiátricas (Wasserman, 2001).

Uma avaliação psicossocial do paciente suicida é necessária para que situações de crise ou estressores psicossociais crônicos que estejam contribuindo para o aumento do risco sejam detectados, como conflitos interpessoais, percepções de perda e situações de humilhação. A infância do paciente, como também sua situação familiar atual são temas relevantes para avaliação do risco de suicídio. Vários aspectos de disfunção familiar podem estar ligados à ocorrência de comportamento suicida, como: conflitos familiares, separações, história de abuso de substâncias, violência intrafamiliar física ou sexual. A compreensão da situação psicossocial do paciente é importante também para ajudá-lo a mobilizar os suportes emocionais externos que possam ter um efeito protetivo contra o suicídio (American Psychiatric Association, 2003).

A seguir são apresentados alguns indicadores de risco de suicídio apontados pela literatura como transtornos mentais, indicadores clínicos e estressores associados ao suicídio, além da questão da acessibilidade aos métodos suicidas.



### I.1.1 TRANSTORNOS MENTAIS

Os estudos sobre indicadores de crise suicida têm apontado uma elevada correlação entre suicídio e presença de alguma desordem psiquiátrica. Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000) mostram que os transtornos mentais estão associados a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando-se os transtornos do humor, a esquizofrenia, os transtornos da personalidade e os transtornos relacionados às substâncias, entre os mais freqüentes. Geralmente, mais de um transtorno é detectado entre as pessoas que tentam suicídio, caracterizando comorbidade. Estes dados da OMS ressaltam ainda que entre os jovens que cometem suicídio há uma elevada incidência de transtornos da personalidade, sendo os mais freqüentes o transtorno da personalidade *borderline* e o transtorno da personalidade anti-social (WHO, 2000).

Um estudo de metanálise revelou que mais de 90% dos pacientes que cometem suicídio apresentam uma desordem psiquiátrica no momento da morte. Os transtornos do humor representaram 30,2% dos casos, seguido pelos transtornos relacionados a substâncias (17,6%), esquizofrenia (14,1%) e transtornos da personalidade (13%) (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wassermann, 2004). Esse estudo considerou apenas um diagnóstico em cada caso, o que pode estar encobrindo a questão da comorbidade envolvida no suicídio.

Estudos utilizando o método da autópsia psicológica – entrevistas retrospectivas realizadas com familiares e outras pessoas próximas – têm apontado a presença de transtornos de personalidade em 57% das vítimas, principalmente entre jovens e quando uma avaliação diagnóstica multiaxial é realizada (Heikkinen, Isometsä, Henriksson, Marttunen, Aro & Lönnqvist, 1997).

Os resultados de pesquisas sobre suicídio entre pessoas com diagnóstico de

esquizofrenia sugerem que os fatores de risco incluem: história de tentativa de suicídio anterior, presença de sintomas afetivos (Kelly, Shim, Feldman, Yu & Conley, 2004) e paranóides, sexo masculino, evolução crônica da doença e elevado nível de funcionamento pré-mórbido (Marcinko, Marcinko, Slijepcevic, Martinac, Kudlek-Mikulic & Karlovic, 2003, De-Hert, McKenzie & PeusKens, 2001).

Pacientes com transtornos do humor que morrem por suicídio mais frequentemente apresentam ataques de pânico, ansiedade psíquica severa, concentração diminuída, insônia global e severa perda de prazer e interesse em atividades, além de marcada desesperança (American Psychiatric Association, 2003). Pessoas que sofrem de transtorno do pânico têm maior risco de apresentar comportamento suicida quando há comorbidade com depressão, alcoolismo, abuso de substâncias ou transtornos da personalidade (Valença, Nascimento, Nardi, Marques, Figueira & Versiane, 1998).

### I.1.2 INDICADORES CLÍNICOS

As pesquisas além de destacar os quadros clínicos associados com o suicídio apontam também os indicadores próprios desses quadros que mostram elevada associação com o suicídio. Depressão, desesperança, pensamentos negativos ou percepções sobre eventos estressores são alguns dos indicadores clínicos de sofrimento que revelam elevada associação com aumento do risco de apresentação de comportamento suicida (Osman, Barrios, Gutierrez, Wrangham, Kopper, Truelove & Linden, 2002, Hall, Platt & Hall, 1999). Auto-avaliação negativa, insônia, concentração pobre, impulsividade, agressividade, anedonia e sentimentos de culpa são frequentemente detectados na população com comportamento suicida (Hall e cols., 1999), além de perfeccionismo, extrema vulnerabilidade narcísica e um nível de expectativas muito elevado em relação a si mesmo

(American Psychiatric Association, 2003). Alto nível de sofrimento, pouca atração pela vida (Gutierrez, Osman, Kopper, Barrios & Bagge, 2000), poucas razões para viver (Mann, Wateriaux, Haas & Malone, 1999) e neuroticismo (Heisel & Flett, 2004) também são indicadores associados ao risco de suicídio.

A ideação suicida destaca-se como um dos indicadores mais significativos de risco suicida, sendo o critério utilizado para a maioria das pesquisas para reconhecer a presença de um processo suicida (Gutierrez & cols., 2000, Werlang, Borges & Fensterseifer, 2004). Contudo, o sujeito pode ocultar seus pensamentos suicidas por razões diversas como motivações religiosas, culturais entre outras. O encobrimento de ideações suicidas é um problema que se coloca para a pesquisa nessa área (American Psychiatric Association, 2003).

História de tentativa de suicídio anterior é um dos mais graves indicadores de risco de suicídio e o risco aumenta quanto mais séria e recente foi a tentativa (American Psychiatric Association, 2003). Comparando-se sujeitos que tentam suicídio uma única vez com sujeitos que fazem outras tentativas, os últimos apresentam mais freqüentemente transtornos de personalidade, têm um funcionamento geral e uma rede de apoio mais pobre (Fridell, Öjehagen & Träskman, 1996). Contudo, tomar apenas a existência de história de tentativa de suicídio anterior como indicador de risco de suicídio futuro pode ser um problema. Werlang e Sperb (2004) relatam estudo de autópsia psicológica em que das 26 pessoas que tinham cometido suicídio, apenas cinco tinham feito tentativa de suicídio anterior. No que se refere à população da Finlândia, por exemplo, a maioria dos homens que tenta suicídio morre na primeira tentativa. Esse dado denota que o risco de suicídio deve ser reconhecido nessa população até mesmo antes que a primeira tentativa seja perpetrada, pois há grande chance de que o ato seja fatal. As mulheres finlandesas que

cometem suicídio apresentam história de tentativa de suicídio anterior, principalmente no último ano, em quase dois terços dos casos (Isometsa & Lonnqvist, 1998). Assim, mais de um terço vai a óbito na primeira tentativa, do que se conclui que a identificação do risco é fundamental antes mesmo da primeira tentativa para ambos os sexos na população finlandesa.

O perigo de consumir o suicídio é geralmente muito intenso no primeiro ano após a tentativa, particularmente nos primeiros três meses. Muitos suicidas estão inicialmente em um estado de tumulto e caos emocional e necessitam de ajuda para obterem uma melhor compreensão do que está ocorrendo com eles. Precisam de proteção e suporte nesse período e mostram-se freqüentemente lábeis e vulneráveis ao estresse. Os desafios dos clínicos que trabalham com pessoas que tentaram suicídio são: evitar a reincidência de tentativas; reduzir os sentimentos de desesperança; elevar a percepção subjetiva do paciente de uma vida de qualidade (Retterstøl & Mehlum, 2001).

A desesperança é outro importante indicador clínico que revela grande associação com comportamento suicida (Beck, Steer, Kovacs & Garsison, 1985, Mann & cols., 1999, Gutierrez & cols., 2000, Heisel & Flett, 2004, American Psychiatric Association, 2003). A desesperança constitui-se em uma distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controle pessoal sobre eventos futuros e pela expectativa do sujeito de que vai falhar ou vai encontrar conseqüências negativas no futuro, denotando uma percepção de si mesmo como inábil para atingir as próprias expectativas. Essa forma de percepção mostra-se altamente associada com autocrítica excessiva e negativamente correlacionada com a auto-estima (Donaldson, Spirito & Farnett, 2000).

A severidade de sintomas ansiosos está relacionada com o aumento do risco suicida (Titelman, Nilsson, Estari & Wasserman, 2004, Hendin, Maltzberger, Haas, Santo,

Rabinowicz, 2004) e muitas vezes esses sintomas não são completamente reconhecidos em quadros depressivos. Tais sintomas ansiosos caracterizam-se por intensos sentimentos de medo, ruminações, preocupações exageradas, ataques de pânico e agitação expressos por movimentos físicos e vocalizações, como também por sentimentos de raiva e frustração (Fawcett, 2001).

Os indicadores de risco associados ao suicídio na China, apesar das grandes diferenças sócio-culturais, guardam alguma semelhança com os indicadores associados ao suicídio na população ocidental. Phillips, Yang, Zhang, Wang, Ji e Zhou (2002) observaram como fatores de risco para suicídio na população chinesa: elevado grau de sintomas depressivos; tentativa de suicídio anterior; estresse agudo na época da morte; baixo nível de qualidade de vida; elevado nível de estresse crônico; conflito interpessoal grave dois dias antes da tentativa; familiar, amigo ou parceiro amoroso com história de comportamento suicida.

Tavares (2000) destaca a importância de se observar a presença dos seguintes indicadores ao se avaliar o potencial suicida: existência de história passada de tentativa de suicídio; grau de intenção suicida e a frequência dos pensamentos suicidas; a letalidade do método escolhido e a acessibilidade a este; a qualidade dos controles internos do paciente; a presença de suporte social; a existência de história familiar positiva para suicídio e depressão.

Observam-se com frequência problemas de auto-estima entre pessoas suicidas. Elevadas expectativas em relação ao *self* e estreita e muitas vezes arcaicas normas morais contribuem para a auto-reprovação que se intensifica quando eventos de vida negativos ocorrem. Essas pessoas revelam-se ávidas por amor, intimidade e por serem apreciadas. Experimentam uma vergonha mórbida por não terem sido amadas e apreciadas e por serem

incapazes de atender a elevados níveis ideais e parâmetros que colocam para si mesmas. Graves danos narcísicos podem precipitar comportamentos suicidas nessas pessoas que se sentem inferiores, sem valor e debilitadas. A culpa é outro sentimento que freqüentemente domina a consciência de pessoas suicidas (Wasserman, 2001).

### I.1.3. EVENTOS ESTRESSORES

As pesquisas, principalmente com adolescentes e adultos jovens, que focalizam a presença de eventos estressores na história de vida de pessoas que tentam ou cometem suicídio apontam uma elevada incidência de experiências adversas (*adverse life events*) durante o desenvolvimento emocional desses sujeitos (Prieto & Tavares, 2005). Eventos de vida negativos podem impedir a satisfação de necessidades emocionais fundamentais e levar algumas pessoas ao suicídio. O que importa não é apenas a ocorrência de eventos de vida negativos, mas como a pessoa os percebe. Quando eventos de vida negativos são freqüentes, as cognições se deterioram e ao invés de encontrar estratégias apropriadas, as pessoas podem reagir com ansiedade, rigidez e pânico. A presença de uma situação de estresse crônico pode fomentar o risco de suicídio, comprometendo a capacidade para agir e as cognições (Wasserman, 2001).

As pesquisas têm apontado história de situações de violência física, sexual, negligência e rejeição na infância e adolescência entre sujeitos com comportamento suicida (Prieto, 2002, Mann e cols., 1999, Holmes, Lall, Mateczun & Wilcove 1998, Wilde, Kienhorst, Diekstra & Wolters, 1992). Há evidências de uma elevada incidência nessa população de mudanças freqüentes em suas condições de vida; de separações conjugais dos pais; de trocas freqüentes das pessoas responsáveis por seus cuidados e de uma comunicação pouco freqüente e pouco satisfatória com os pais na adolescência (Gould,

Fisher, Parides, Flory & Shaffer, 1996, Cassorla, 1984). Os adolescentes suicidas vivenciaram um maior número de eventos estressores negativos recentes, como: crises disciplinares ligadas à escola ou à justiça, perdas interpessoais significativas, rompimento de relações amorosas, separações dos pais (Cassorla, 1984, Wilde e cols., 1992, Gould, Greenberg, Velting & Shaffer, 2003, 1996, Prieto, 2002,) e gravidez precoce, entre adolescentes do sexo feminino (Freitas & Botega, 2002).

As redes sociais e o suporte social mostram-se deteriorados entre os indivíduos com comportamento suicida, quando comparados com sujeitos sem história de comportamentos suicida (Gaspari & Botega, 2002, Heikkinen & cols., 1997). Conflitos relacionais e perdas interpessoais significativas mostraram-se fortemente associados ao comportamento suicida, ocupando o papel de eventos desencadeadores (Hall & cols., 1999, Gould e cols., 1996). Pessoas que vivem com um companheiro, têm rede de amigos ou outro tipo de vinculação social, estão empregados revelam menor probabilidade de apresentar comportamento suicida do que aqueles que não possuem esses vínculos. Há indícios de que o isolamento social, físico e psicológico, constitui-se como indicador de risco independente de outras circunstâncias (Mäkinen & Wasserman, 2001).

Elevada incidência de problemas de saúde mental entre os familiares de pessoas com comportamento suicida foi observada (Brent, Brigde, Johnson & Connolly, 1996). Muitos suicidas tiveram uma infância marcada por cuidados parentais deficitários, frequentemente com um clima emocional negativo, em que as necessidades mais profundas de proximidade, contato, compreensão e amor foram negligenciados. Os cuidados paternos inadequados podem ser devidos à inabilidade dos pais em perceber as necessidades da criança, ou à falta de cuidado em decorrência da morte prematura dos genitores sem a substituição dos mesmos (Wasserman, 2001).

As relações interpessoais de pessoas suicidas, no passado e no presente, freqüentemente, são marcadas por humilhações, danos narcísicos e pela rejeição. Sentir-se amado, a sensação de pertencimento, de ser necessário e respeitado por outros e a consciência do próprio valor são importantes para o bem estar do ser humano. Traumas vividos na infância são freqüentemente mantidos sem solução se a criança vive em famílias disfuncionais que foram incapazes de dar-lhe adequada atenção. Pessoas suicidas freqüentemente vêm de famílias em que um ou ambos os pais são emocionalmente comprometidos ou apresentam uma doença mental. Todos os eventos de vida negativos podem contribuir para uma percepção de dano narcísico e ataque ao valor de si mesmo (Wasserman, 2001).

Experiências traumáticas precoces, doenças crônicas, problemas sociais, crises familiares, severos traumas decorrentes de privações durante a infância podem alterar o funcionamento do sistema nervoso central e seus efeitos persistem e podem contribuir para a elevação do risco suicida posteriormente. Experiências traumáticas, como a violência, o incesto e outras situações altamente desfavoráveis por longos períodos na infância impõem severo estresse e este afeta as estruturas cerebrais. Vulnerabilidades biológicas podem ser exacerbadas se a pessoa desenvolve-se e vive em um ambiente psicossocial desfavorável. O estresse agudo e crônico causado por pressões recorrentes e crônicas em sua vida resulta em mudanças na concentração de neurotransmissores no cérebro (noradrenalina, serotonina e dopamina e seus receptores). Exemplos de situações de vida e eventos que induzem o estresse são crises severas, traumas, estados agudos de doenças mentais ou físicas, abuso, luto, separações de pessoas amadas, desemprego, vitimização, danos narcísicos. As pessoas que vivenciam altos níveis de estresse são sobrecarregadas por ansiedade, raiva, desesperança, associados a reações psíquicas intensas. Repetidas e duradouras situações de



estresse tornam as pessoas mais susceptíveis, prejudicando a habilidade dessas para lidar com eventos de vida negativos subsequentes. Traumas precoces afetam como o sistema nervoso reage ao estresse mental e social na vida posterior. Em uma pessoa submetida a um longo estresse, novos estressores podem desorganizar uma série de reações biológicas. Pessoas que sofrem situações de estresse não só apresentam uma série de manifestações de várias doenças mentais como sucumbem mais facilmente às infecções, dores musculares, entre outros sintomas físicos (Wasserman, 2001).

Os sujeitos em crise suicida perdem a capacidade de avaliar suas vidas de forma ponderada e utilizam estratégias rígidas na tentativa de solucionar os problemas. Quando expostos ao estresse extremo devido a eventos de vidas negativos, pessoas com essa disposição podem ser incapazes de encontrar meios construtivos de lidar com as dificuldades, restringido as possibilidades de recuperação através de estratégias mais construtivas. Quando o ambiente é percebido como excessivamente estressante e uma pessoa vulnerável não pode lidar com o estresse externo, a pressão torna-se muito pesada, levando ao aumento da ansiedade, ao senso de desesperança, podendo surgir uma ideação suicida severa e culminar no suicídio (Wasserman, 2001). Muitas pessoas que experimentam situações crônicas de estresse e adversidades sentem-se desamparadas e incapazes de agir frente às suas condições de vida (Rutter, 1985), possivelmente por sobrecarga de demandas.

Fortes situações estressoras durante a infância podem comprometer um desenvolvimento emocional saudável e levar à sobrecarga e ao aumento do nível de tensão emocional. Os estressores próprios da fase adulta de vida podem encontrar tal sujeito já desgastado pela sobrecarga de experiências adversas e com poucas habilidades para o enfrentamento de novas demandas.

#### I.1.4. DISPONIBILIDADE DO MÉTODO SUICIDA

Há evidências de que a decisão de tirar a própria vida em muitos casos é tomada pouco tempo antes do ato ser perpetrado, principalmente na população mais jovem, denotando elevada impulsividade. Esse aspecto sugere o efeito protetivo da restrição do acesso a métodos letais entre populações com risco. A incidência de suicídio é maior em lares em que está presente uma arma de fogo, sendo o método mais escolhido (86%) nesse contexto (Kellermann, Rivara, Simes, Reay, Francisco & Banton, 1992).

A diferença significativa nas taxas de suicídio entre as cidades norte-americanas Manhattan, Bronx, Queens, Staten Island, Brooklyn mostrou-se altamente correlacionadas com a diferença no que se refere à acessibilidade da população a alguns meios suicidas, como altos edifícios ou garagens privativas. O aumento do acesso a diferentes meios mostrou-se associado ao crescimento na taxa final de suicídio (Marzuk, Leon, Tardiff, Morgan, Stajic & Mann, 1992). Esse dado aponta a importância de políticas públicas de restrição do acesso a métodos letais como estratégia para diminuir a incidência do suicídio.

### **I. 2 - INDICADORES PROTETIVOS**

Os fatores protetivos diminuem o risco suicida, funcionando como uma espécie de escudo contra os impulsos suicidas (Sánchez, 2001). Os fatores protetivos fortalecem as estratégias de enfrentamento do sujeito e constituem-se em condições de suporte que ajudam a diminuir a probabilidade do indivíduo engajar-se em um comportamento suicida (Osman, Gutierrez, Muelhlenkamp, Dix-Richardson, Barrios & Kopper, 2004). Tais fatores estão presentes tanto na mente do sujeito como em seu ambiente circundante. Podem estar

conectados com fontes de prazer que não estão facilmente acessíveis, mas que têm possibilidade de serem retomadas, como contatos gratificantes com familiares, amigos, colegas, emprego ou ocupações interessantes. O risco, mas também a presença ou a ausência de indicadores protetivos, determina se a pessoa vai perder o controle sobre sua situação de vida e se o resultado é o suicídio, uma tentativa de suicídio ou apenas uma ideação suicida. Os atos suicidas ocorrem quando os riscos estão presentes e agem e os indicadores protetivos estão ausentes (Wasserman, 2001).

Wasserman propõe quatro esferas de indicadores protetivos, entre eles: (1) estilos cognitivos e características de personalidade; (2) modelo familiar; (3) fatores culturais e sociais e (4) fatores ambientais. A esfera composta pelos estilos cognitivos e características de personalidade envolve: um senso de valor pessoal; confiança em si mesmo e em suas próprias realizações; capacidade para procurar ajuda quando as dificuldades aparecem; tendência a aconselharem-se quando decisões importantes precisam ser tomadas; abertura para experiências e soluções de outras pessoas; abertura para aprender; habilidade para comunicar-se. No que se refere ao modelo familiar, Wasserman propõe que boas relações familiares e bom suporte familiar são protetivos contra o suicídio, além da experiência de ter pais devotados e coerentes. Os aspectos culturais e sociais negativamente associados ao suicídio apontados pela autora são: adoção de valores e tradições culturais específicos; boas relações com amigos, colegas e vizinhos; suporte de pessoas importantes para o sujeito; senso de propósito para a própria vida; integração social como participação em atividades esportivas, religiosas, sociais. Os fatores ambientais que podem se caracterizar como fatores protetivos associados ao suicídio são: uma boa dieta, bom sono, luz solar e ambiente sem drogas (Wasserman, 2001).

Um estilo de vida protetivo é decorrente de um desenvolvimento que se deu em um

ambiente seguro, com continuidade em termos de figuras parentais adequadas que são emocionalmente responsivas às necessidades das crianças, repassando seus valores e normas e cuidando dos filhos do nascimento à fase adulta (Rutter, 1985). Tal segurança é suplementada por fortes relacionamentos de amizade, pela formação de uma nova família, pelo estabelecimento de outras redes adultas de contato como religiosas, culturais e sociais (Wasserman, 2001).

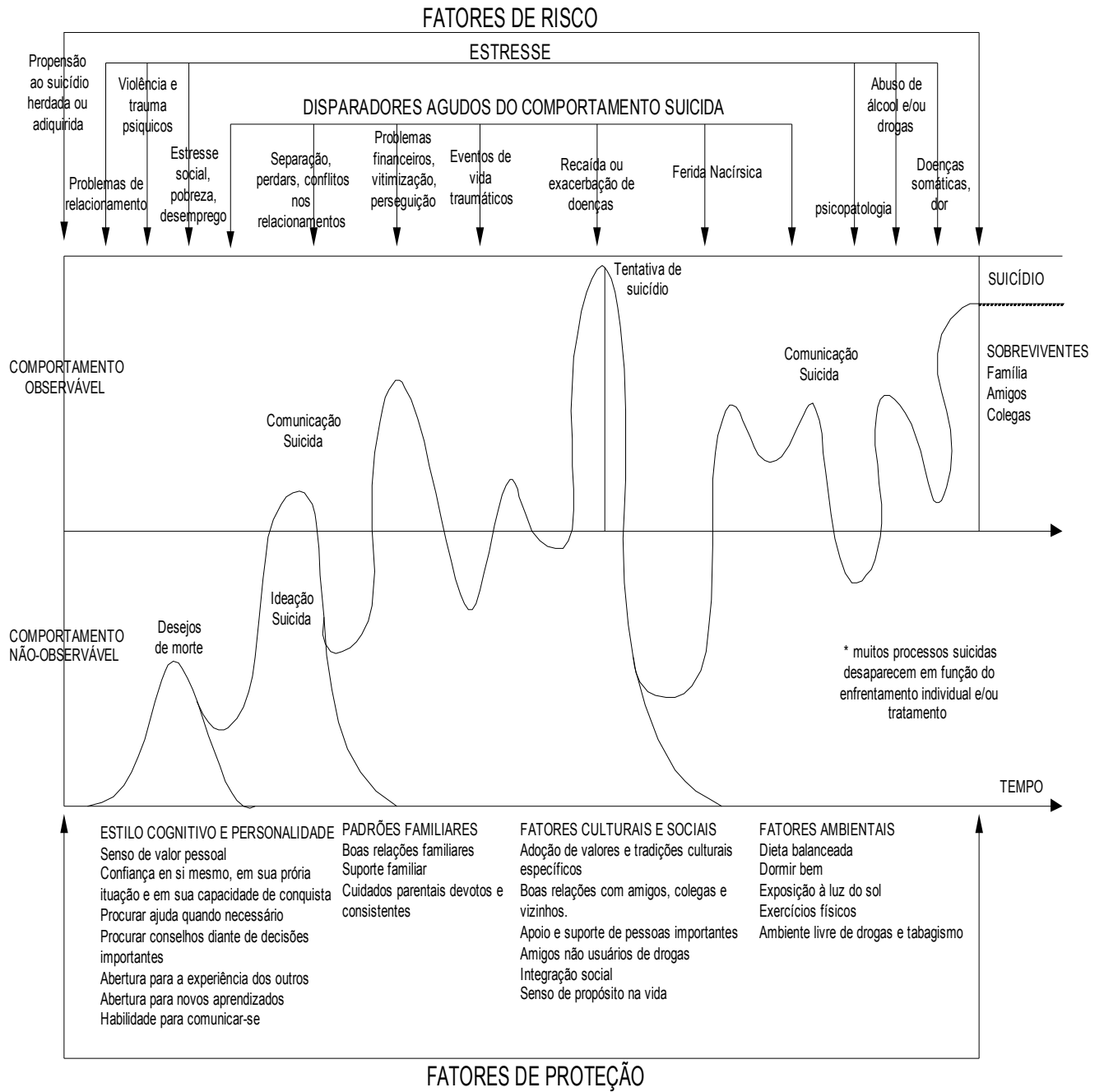
Alguns estilos de enfrentamento de situações estressoras (*coping styles*) apresentam correlação negativa com risco suicida e caracterizam-se como fatores protetivos para o suicídio, como: flexibilidade cognitiva; habilidade para coletar informações sobre problemas; capacidade de encontrar soluções alternativas; tendência a minimizar ao invés de exagerar o significado das situações de vida negativas; esperança; propensão a procurar ajuda. Outros estilos de enfrentamento dos problemas apresentam correlação positiva com risco de suicídio, como: culpar os outros pelos problemas, sugestivo de um funcionamento projetivo; evitar as situações problemáticas e engajar-se em situações de redução de tensão como uso de álcool e drogas (Horesh, Rolnick, Iancu, Danmon, Lepkifker, Apter & Kotler, 1996), provavelmente porque essas últimas estratégias não contribuem para a solução efetiva do problema. O senso de auto-estima e auto-eficácia aumenta a probabilidade de que as estratégias de enfrentamento sejam bem sucedidas, enquanto o senso de desamparo aumenta a probabilidade de que uma adversidade seja seguida por outra (Rutter, 1985). A satisfação com a vida (Orbach, Milstein, Har-Even, Apter, Tiano & Elizur, 1991) e a existência de um propósito para viver também se constituem como indicadores protetivos contra o suicídio (Heisel & Flett, 2004).

A Associação Psiquiátrica Americana (2003) aponta como indicadores protetivos para suicídio: satisfação com a vida, religiosidade, habilidade para o teste da realidade,

estratégias de enfrentamento positivas, habilidades para solucionar problemas, suporte social positivo e relação terapêutica positiva. Deficiências na habilidade de resolver problemas têm sido encontradas entre sujeitos suicidas (Fremouw, Perczel & Ellis, 1990).

Alguns exemplos de fatores protetivos para suicídio incluem um suporte ativo por outros significativos (familiares e não familiares), otimismo, atração pela vida (Osman e cols., 2004), relacionamentos significativos, vida social satisfatória, o uso construtivo do tempo de lazer, religiosidade, planos positivos para o futuro, estratégias efetivas de resolução de problemas (Osman e cols., 2002, Sánchez, 2001).

O modelo proposto por Wasserman (2001) de integração entre fatores de risco e de proteção para suicídio já discutido nesse trabalho está apresentado no quadro a seguir.



“Então, a concupiscência, a avidez do dinheiro, as melancolias da paixão, confundiam-se todas no mesmo sofrimento; e, em lugar de desviar o pensamento dessa dor, mais e mais se agarrava a ela, torturando-se e aproveitando todas as ocasiões que se lhe ofereciam (Madame Bovary, Flaubert).

## **II – MÉTODO**

As considerações sobre os indicadores de risco e de proteção ao suicídio e os aspectos psicodinâmicos associados ao processo suicida são relevantes por fomentarem a reflexão sobre os pontos cruciais e mais difíceis da avaliação do risco de suicídio, possibilitando uma ponte para a articulação entre o teórico e o empírico. Tais considerações também possibilitam refletir sobre a interação que essas características e dificuldades mantêm com o método utilizado na presente pesquisa, ressaltando seus propósitos, suas limitações, suas vantagens e suas desvantagens. Este cenário permite contextualizar o presente trabalho e analisá-lo criticamente, ressaltando o seu valor e sugerindo desenvolvimentos posteriores.

### **II.1 OBJETIVOS**

O objetivo do presente estudo é estimar risco de suicídio a partir da avaliação de variáveis psicológicas e indicadores de risco e de proteção ao suicídio. Busca-se prever pertencimento ou não ao grupo com risco de suicídio em pacientes de um serviço ambulatorial de saúde mental a partir de variáveis psicológicas e indicadores de risco e de proteção ao suicídio. Objetiva-se esclarecer o efeito da existência de múltiplos indicadores de risco e de proteção ao suicídio ocorrendo simultaneamente e a contribuição relativa desses diferentes indicadores para a compreensão do risco suicida.

O presente estudo possibilita ainda a validação de instrumentos de avaliação de risco de suicídio e de fatores de proteção a partir de uma amostra clínica. A validação desses instrumentos contribui para a psicologia brasileira ao aprofundar o contexto interpretativo do valor dessas variáveis para a identificação de casos de risco de suicídio.



## II. 2 - SUJEITOS

A amostra de sujeitos do presente estudo foi composta por pessoas inscritas em uma lista de espera para o serviço de psicologia de uma unidade de saúde mental do Distrito Federal. Pessoas com diagnóstico de deficiência mental não foram incluídas na amostra em função da dificuldade que teriam para responder aos instrumentos. Pessoas com escolaridade inferior à sexta série foram auxiliadas por um avaliador para que pudessem responder aos instrumentos. Posteriormente, os sujeitos foram divididos em dois grupos considerando o escore um desvio padrão acima da média no instrumento *Suicidal Behavior Questionnaire Revised (SBQR)* como grupo com risco de suicídio e o restante como grupo sem risco de suicídio.

## II. 3 - INSTRUMENTOS

As pesquisas sobre suicídio têm focalizado principalmente os indicadores de risco, o que contribuiu para o desenvolvimento de diversos instrumentos de auto-aplicação para risco de suicídio que avaliam indicadores de risco (Osman, Guitierrez, Kopper, Barrios & Chiros, 1998, Gutierrez e cols., 2000, Larzelere, Smith, Batenhorst & Kelly, 1996, Niméus, Alsén & Tråskman-Bendz, 2000), entre eles o *Suicidal Behavior Questionnaire Revised*.

Os indicadores protetivos associados ao suicídio têm recebido menor atenção das pesquisas, do ponto de vista da conceitualização e do desenvolvimento de instrumentos de avaliação (Osman e cols., 2004). Contudo, mais recentemente alguns instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar os indicadores protetivos para suicídio (Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983, Osman, Jones & Osman, 1991, Osman, Connie, Osman & Jones, 1992, Osman, Gifford, Jones, Lickiss, Osman, Wenzel, 1993, Osman, Downs, Kopper, Barrios, Baker, Osman, Besett & Linehan, 1998), entre eles: o *Suicide Resilience Inventory*

(SRI). O *Positive and Negative Suicide Inventory* (PANSI) foi desenvolvido para avaliar simultaneamente fatores de risco e fatores protetivos para suicídio (Gutierrez, Osman, Kopper & Barrios, 2004).

Instrumentos são utilizados nas pesquisas sobre suicídio por avaliarem construtos associados ao fenômeno (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974, Osman e cols., 1998, Osman e cols., 2002, Niméus & cols., 2000, Sarason, Johnson & Siegel, 1978), entre eles o *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT) que avalia eventos adversos de vida ocorridos durante a infância e adolescência (Sanders & Becker-Lausen, 1995).

Os instrumentos *Suicidal Behaviors Questionnaire Revised* (SBQR), *Positive and Negative Suicide Ideation* (PANSI), *Suicide Resilience Inventory* (SRI) são utilizados no presente trabalho para avaliar indicadores de risco e indicadores protetivos para suicídio. O *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT) é utilizado para avaliação dos eventos adversos durante a infância e a adolescência. O *Minnesota Multiphasic Personality Inventory - 2* (MMPI-2) é utilizado no presente trabalho para avaliação de indicadores psicológicos como estados depressivos, ansiosos, entre outras características que possam ter alguma associação com risco de suicídio. Os cinco instrumentos selecionados foram escolhidos por terem sido adaptados para o português e por já contarem com resultados preliminares de padronização e validação para uma amostra brasileira de estudantes universitários (Tavares, 2003, Montenegro, 2005).

### **II. 3.1 SUICIDE BEHAVIOR QUESTIONNAIRE REVISED - SBQR**

O *Suicide Behavior Questionnaire Revised* (SBQR) foi desenvolvido a partir da seleção de quatro itens do instrumento de 34 itens elaborados por Linehan e Nielsen (1981, conforme citado por Gutierrez e cols., 2000) para avaliar comportamento e ideação suicida.

O SBQR constitui-se em uma escala breve de auto-aplicação que estima a frequência da ideação suicida, a existência de história anterior de tentativa de suicídio, a probabilidade de o sujeito vir a cometer suicídio no futuro e existência de história de ameaças de tentativa de suicídio. O item 1 do SBQR aborda a existência de ideação suicida ou tentativa de suicídio passada (“*Você já pensou em cometer suicídio ou já tentou cometer suicídio?*”). Esse item é graduado em escala de 4 pontos (1 = *nunca*, 4 = *Eu já tentei me matar e eu realmente queria morrer*). O item 2 do SBQR avalia frequência da ideação suicida no último ano (“*Com que frequência você teve pensamentos de matar a si mesmo no último ano?*”). Tal item é graduado em 5 pontos (1 = *nunca*, 5 = *muito frequentemente*). O item 3 do SBQR aborda a questão das ameaças suicidas (“*Você já chegou a dizer para alguém que você iria cometer suicídio ou que poderia fazê-lo?*”). Esse item é graduado em uma escala de três pontos (1 = *nunca*, 3 = *mais de uma vez, durante mais de um período*). O item 4 do SBQR trata da probabilidade de que o sujeito venha a cometer suicídio no futuro. Tal item é graduado em sete pontos: 0 = *nunca*, 7 = *muito provável* (Gutierrez e cols., 2000). Existem muitas evidências da utilidade clínica do SBQR para diferenciar sujeitos com comportamento suicida de sujeitos não suicidas. Esse instrumento tem sido usado com frequência como critério para validade concorrente (Osman e col., 2002, Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios & Chiro, 1998, Osman, Gutierrez, Jiandani, Kopper, Barrios, Linden & Truelove, 2003).

### **II. 3.2 POSITIVE AND NEGATIVE SUICIDE IDEATION INVENTORY - PANSI**

Uma escala de avaliação conjunta de indicadores de risco e de proteção para suicídio é o *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI)*, desenvolvida por Osman, Gutierrez e cols. (1998). A referida escala foi delineada dentro da compreensão de que a

análise dos comportamentos relacionados com o suicídio envolve a estimativa tanto dos indicadores de risco quanto dos indicadores protetivos presentes no caso. O PANSI avalia simultaneamente a frequência de indicadores de risco e de indicadores protetivos relacionados com comportamento suicida. Tal escala é formada por quatorze itens e cada item é graduado em cinco pontos, variando de 1 (em nenhum momento) a 5 (a maior parte do tempo). O PANSI avalia o estado do sujeito nas últimas duas semanas, incluindo o dia da avaliação. Esse instrumento é composto por duas subescalas: *Ideação Negativa* que contém oito itens e refere-se aos indicadores de risco e *Ideação Positiva* que é composto por seis itens e está associada aos indicadores protetivos. Um dos itens que compõe a sub-escala *Ideação Negativa* é: “... pensou que seus problemas eram tão grandes que o suicídio seria a única opção para você?”. Um dos itens que compõe a sub-escala *Ideação Positiva* é: “... sentiu que tinha o controle da maioria das situações de sua vida?”. A sub-escala *Ideação Negativa* avalia sentimentos de desesperança em relação ao futuro, percepção de fracasso frente às demandas da vida, sentimentos de sobrecarga e frustração em que a única saída para a solução dos problemas é o suicídio. A sub-escala *Ideação Positiva* reflete: percepção de controle sobre a maioria dos aspectos da própria vida; entusiasmo e otimismo; satisfação com a própria vida e percepção de si mesmo como tendo capacidade de enfrentamento.

Os escores das escalas do PANSI diferenciaram claramente sujeitos com risco de suicídio e controles (Osman e cols., 2002). Um avanço representado pelo PANSI é a possibilidade de avaliar simultaneamente os indicadores protetivos e de risco para suicídio. Tal instrumento foi desenvolvido a partir da avaliação de adolescentes e adultos entre as idades de 18 a 48 anos e revela-se um recurso clínico importante para identificar ideação suicida (Osman & cols., 2003).

### III. 3.3. *SUICIDE RESILIENCE INVENTORY – SRI 25*

O instrumento *Suicide Resilience Inventory* (SRI) foi elaborado para avaliar a resiliência ao suicídio em adolescentes e adultos jovens. Resiliência ao suicídio é entendida como a capacidade, força ou competência do indivíduo para resistir intencionalmente a comportamentos suicidas quando confrontado com situações potencialmente associadas com o risco de suicídio. O SRI-25 permite uma investigação significativa de respostas do indivíduo que experimenta uma gama de estressores associados ao suicídio, mas não se engaja em comportamentos suicidas, ou seja, que poderia estar próximo de matar a si mesmo, mas não age nesse sentido. Informa porque algumas pessoas não se engajam em comportamentos suicidas quando confrontadas com múltiplos fatores de risco (Osman & cols., 2004).

Resiliência é a capacidade para superar situações adversas e o impacto de eventos traumáticos relativamente sem prejuízos para o próprio funcionamento e implica em alguma capacidade de elaboração e enfrentamento (Tavares, 2006). O SRI avalia três dimensões da resiliência ao suicídio: *Proteção Interna*, *Proteção Externa* e *Estabilidade Emocional*. O fator de *Proteção Interna* envolve 9 itens que representam crenças positivas sobre si mesmo e satisfação com a própria vida, por exemplo: “*Existem muitas coisas que gosto em mim mesmo*”. A *Estabilidade Emocional* é avaliada por itens que envolvem crenças positivas em resposta a uma gama de adversidades psicológicas como sentimentos de desesperança, depressão e humilhação. O fator *Estabilidade Emocional* consiste em 8 itens e reflete crenças positivas sobre a habilidade para resistir a apresentar comportamentos suicidas quando confrontado com eventos estressores, por exemplo: “*Eu posso resistir ao impulso de me matar quando eu me sinto triste ou deprimido*”. O fator *Proteção Externa* é composto por 8 itens e reflete a habilidade de reconhecer e procurar

outros que possam ajudá-lo a lidar com dificuldades e/ ou com pensamentos suicidas, por exemplo: “*Eu posso pedir suporte emocional para pessoas próximas de mim se eu estiver pensando em me matar*” (Osman & cols., 2004).

O SRI-25 oferece informações relevantes para que o clínico possa refletir no momento de escolher as melhores estratégias para ajudar um cliente com potencial suicida. Constitui-se em uma nova opção para os pesquisadores interessados em avaliar o papel de indicadores protetivos relacionados com o comportamento suicida (Osman & cols., 2004).

A partir dos dados obtidos com a avaliação pelos instrumentos SBQR, PANSI e SRI-25 em uma amostra de estudantes ingressos em uma universidade brasileira, realizou-se uma análise estatística de Regressão Múltipla. Obteve-se elevado coeficiente de Regressão Múltipla entre as variáveis independentes Ideação Negativa, Proteção Externa e Proteção Interna e a variável critério Risco de Suicídio ( $R = 0,625$ ). As três variáveis explicaram juntas cerca de 39% da variância do Risco de Suicídio. A análise da Regressão Múltipla apontou a presença de ideação suicida, a percepção da rede social como fonte de apoio e a capacidade para resistir a impulsos suicidas, em momentos de estresse e frustração, como variáveis muito significativas na compreensão do Risco de Suicídio para essa amostra não clínica (Tavares & Prieto, 2003).

#### **II. 3.4. CHILD ABUSE AND TRAUMA SCALE - CAT**

A literatura científica ressalta que história de negligência, violência física e sexual na infância e adolescência constituem-se como fatores de risco para suicídio ao longo da vida (Wasserman, 2001, Prieto & Tavares, 2005). Nesse sentido, o instrumento para avaliação desses fatores mostra-se importante na clínica do suicídio (Prieto & Tavares, 2005). O instrumento *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT) foi construído para avaliar a frequência

e a extensão de vários tipos de experiências negativas na infância e adolescência. O CAT representa uma aproximação através da avaliação retrospectiva de experiências negativas da infância através da apreciação subjetiva do próprio respondente quanto à severidade do estresse ou dos maus-tratos experimentados em seu ambiente doméstico. A subjetividade que possibilita o CAT na avaliação do quanto aquele evento foi estressor é uma tentativa de abarcar a compreensão de que a interpretação do próprio sujeito sobre o evento é um dado importante para compreender o impacto que ele teve sobre o desenvolvimento do indivíduo. O CAT contém três fatores distintos e intercorrelacionados: (1) Negligência Emocional/ Ambiente Emocional Negativo, (2) Abuso Sexual e (3) Abuso Físico (Sanders & Becker-Lausen, 1995). Um exemplo de item do fator Negligência Emocional/ Ambiente Emocional Negativo é: *“Quando criança, eu me sentia rejeitado ou afetivamente negligenciado”*. Um exemplo de item do fator Abuso Sexual é: *“Você teve experiências sexuais traumáticas quando criança ou adolescente?”*. Um exemplo de item do fator Abuso Físico é: *“Você já foi maltratado fisicamente em sua infância ou adolescência”*. As questões são respondidas utilizando-se uma escala que estima a frequência em que o evento ocorria e vai de *“nunca”* até *“sempre (escore de 0 a 4)”*.

### II. 3.5 ESCALAS SELECIONADAS DO MMPI- 2

Algumas escalas do MMPI 2 foram selecionadas para utilização nesse trabalho na avaliação diagnóstica e de personalidade, tendo em vista a importância dessa informação para a compreensão do risco suicida. Um total de 314 itens compõe a versão do MMPI-2 que foi utilizada no presente estudo. Alguns itens do MMPI-2 compõem mais de uma escala. Por exemplo, um item pode pontuar na escala de conteúdo depressivo ao mesmo

tempo em que contribui para o escore na escala de conteúdo de ansiedade, o que caracteriza a intersecção entre as escalas.

As sub-escalas do MMPI-2 foram organizadas no presente estudo em três agrupamentos considerando o aspecto conceitual, a saber: depressão e ansiedade; relacionamentos e espectro psicótico. As escalas indicadoras de depressão ou ansiedade são: *Depressão, Ansiedade, Obsessividade e Preocupações com a Saúde* e as escalas de Itens Críticos *Depressão e Ideação Suicida, Estado Agudo de Ansiedade e Ansiedade e Tensão*. As escalas indicadoras da qualidade dos relacionamentos são: *Dificuldades ligadas ao Trabalho, Desconforto Social, Relações Familiares, Dificuldades de controle da Raiva e Reação Negativa ao Tratamento*. As escalas que avaliam indicadores psicóticos são: *Ideação Paranóide, Confusão Mental, Idéias Bizarras, Pensamentos e Experiências Desviantes e Crenças Desviantes*.

As escalas do MMPI-2 aplicadas no presente estudo envolveram tanto escalas de conteúdo como escalas de itens críticos de Koss-Butcher e de Lachar-Wrobel. As escalas de itens críticos de Koss-Butcher utilizadas foram: *Depressão e Ideação Suicida, Estado de Agudo de Ansiedade, Confusão Mental e Ideação Paranóide*. As escalas de itens críticos de Lachar-Wrobel aplicadas foram: *Ansiedade e Tensão, Crenças Desviantes, Pensamentos e Experiências Desviantes*.

### II. 3.5. 1. ESCALA DE CONTEÚDO DE *ANSIEDADE*

A presença de ansiedade foi avaliada por meio da utilização da Escala de Conteúdo para *Ansiedade* composta por 29 itens. Escores altos na escala de conteúdo ansioso indicam a presença de: sentimentos de ansiedade, nervosismo, preocupação e apreensão;



dificuldades de concentração; queixas de problemas de sono; sensação de desconforto ao ter que tomar decisões; falta de autoconfiança; sensação de estar sobrecarregado com as exigências do cotidiano; sentimentos de que a vida é muito tensa; uma visão pessimista sobre a possibilidade das coisas melhorarem; sentimentos de tristeza ou depressão podem estar presentes; em mulheres, pode aparecer irritabilidade e hostilidade. Baixos escores nessa escala apontam: ausência de sintomas de depressão e ansiedade; presença de sentimentos de autoconfiança e percepção de capacidade para lidar com as demandas da vida diária (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Tenho uma tendência a levar minhas decepções tão a sério que não consigo tirá-las da cabeça*”; “*Sinto ansiedade por causa de alguma coisa ou de alguém quase o tempo todo*”.

#### II.3.5.2. ESCALA DE ITENS CRÍTICOS DE *ESTADO AGUDO DE ANSIEDADE* DE KOSS-BUTCHER

A escala de Itens Críticos de *Estado Agudo de Ansiedade* é composta por 19 itens e avalia a presença de indicadores de grau agudo de ansiedade. Altos escores nessa escala indicam: estado elevado de tensão; ansiedade e apreensão; problemas de apetite; problemas de sono; dificuldade de concentração; agitação psicomotora. Baixos escores nessa escala apontam a ausência de vivência de elevado nível de ansiedade atual (Graham, 1990). Exemplos de itens dessa escala são: “*Várias vezes por semana, sinto como se algo terrível estivesse para acontecer*”; “*Freqüentemente noto minhas mãos tremendo quando tento fazer alguma coisa*”.

### II. 3.5. 3. ESCALA DE ITENS CRÍTICOS DE *ANSIEDADE E TENSÃO* DE LACHAR-WROBEL

A escala de Itens Críticos de *Ansiedade e Tensão* é composta por 12 itens e avalia a presença de indicadores de ansiedade. Altos escores nessa escala indicam presença de: ansiedade, tensão e medo; dificuldade de concentração; idéias ruminantes e preocupações excessivas. Baixos escores nessa escala apontam a ausência de elevado grau de ansiedade, tensão e medo e de preocupações excessivas (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Já tive medo de coisas ou pessoas que eu sabia que não podiam me fazer mal*”; “*Não consigo me concentrar em coisa alguma*”.

As escalas Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Ansiedade e Tensão apresentam muitos itens compartilhados: as três juntas compartilham quatro itens; Ansiedade e Estado Agudo de Ansiedade compartilham mais 4 itens; Ansiedade e Ansiedade e Tensão, mais 3 itens; Estado Agudo de Ansiedade e Ansiedade e Tensão, mais 2 itens. Dado o elevado nível de intersecção entre essas escalas espera-se que apenas uma ou no máximo duas entrem nos modelos de Regressão Logística.

### II.3.5. 4. ESCALA DE CONTEÚDO *DEPRESSÃO*

Os indicadores de depressão são avaliados pela Escala de Conteúdo *Depressão* composta por 42 itens. Altos escores nessa escala indicam: sentimentos de infelicidade, depressão, tristeza ou desesperança; sentimentos de fadiga e de pouco interesse; pessimismo e inutilidade; pensamentos sobre morte e suicídio; choro fácil; indecisão e falta de autoconfiança; sentimentos de culpa; preocupações com a saúde, sentimentos de solidão e vazio a maior parte do tempo; em mulheres, elevado nível de ressentimento e exigência. Baixos escores nessa escala apontam: pouca probabilidade de reportar sintomas

depressivos; energia e interesse pelo ambiente; autoconfiança e decisão (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Não sou feliz com o meu jeito de ser*”; “*Nos últimos dias, meus pensamentos se voltam cada vez mais para a morte e para a vida após a morte*”.

#### II.3.5.5. ESCALA DE ITENS CRÍTICOS DE *DEPRESSÃO E IDEACÃO SUICIDA* DE KOSS-BUTCHER

A escala de Itens Críticos de *Depressão e Ideação Suicida* é composta por 32 itens e avalia indicadores de depressão e ideação suicida, como sugere o próprio nome. Altos escores nessa escala indicam a presença de: sentimentos de tristeza frequentes; desesperança; percepção da própria vida como sem valor; sentimentos de inutilidade; choro frequente; tendência a remoer pensamentos; sentimentos de que a vida é tensa; desejos de morte; sensação de desamparo; auto-imagem negativa; pensamentos suicidas; comportamento suicida anterior. Baixos escores nessa escala apontam a ausência de indicadores de depressão e de ideação e comportamento suicida (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Ninguém sabe, mas já tentei me suicidar*”; “*Muitas vezes sinto que eu não sou tão bom quanto os outros*”.

#### II. 3.5.6. ESCALA DE CONTEÚDO DE *OBSESSIVIDADE*

Características obsessivas são avaliadas por meio da Escala de Conteúdo *Obsessividade*. Escores altos nessa escala indicam: dificuldade para tomar decisões; rigidez e aversão à mudança; comportamentos compulsivos tal como contar ou acumular; tendência à ansiedade e preocupação em torno de coisas ou acontecimentos triviais; sentimentos disfóricos e desânimo; ausência de segurança em si mesmo. Por outro lado, a

existência de baixos escores nessa escala indica: flexibilidade; facilidade para tomar decisões; autoconfiança e capacidade de lidar com mudanças de rotina. Tal escala é composta por 18 itens (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Tenho o hábito de contar coisas que não são importantes, como degraus de escadas, rachaduras no concreto e assim por diante*”; “*Às vezes fico cismado com idéias sem importância que me perseguem por dias*”.

#### II. 3.5.7. ESCALA DE *PREOCUPAÇÕES COM A SAÚDE*

A escala de conteúdo de *Preocupações com a Saúde* é composta por 45 itens e avalia presença de queixas, sintomas e preocupações relacionadas com a saúde. As pessoas que possuem escores altos nessas escalas tendem a apresentar: ausência de boas condições de saúde; preocupações com o funcionamento do corpo; sentimentos de esgotamento e de falta de energia física; uma série de sintomas somáticos, inclusive alguns sugestivos de distúrbios neurológicos. Baixos escores nessa escala apontam: boa saúde física; ausência de preocupações com o funcionamento do corpo; ausência de relato de múltiplos sintomas somáticos (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Sofro de ataques de náuseas e vômitos*”; “*Muitas vezes tenho a sensação de queimadura, formigamento, calafrio ou dormência em alguma parte do meu corpo*”.

#### II. 3.5.8. ESCALA DE CONTEÚDO DE *DIFICULDADE DE CONTROLE DA RAIVA*

A Escala de Conteúdo de *Dificuldade Controle da Raiva* é composta por 22 itens e

avalia o controle da raiva. Escores altos nessa escala sugerem: problemas com o controle da raiva; irritabilidade e impaciência; sentimentos de raiva ou hostilidade a maior parte do tempo; perda do controle que pode levar ao abuso físico; ataques de raiva; em indivíduos do sexo feminino, expressão de raiva e hostilidade de forma passiva, indireta. Escores baixos, por outro lado, podem indicar tendência à negação dos sentimentos de raiva e hostilidade; esforço para não perder o controle e não agir de forma abusiva (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Já fiquei tão bravo com uma pessoa que pensei que ia explodir*”; “*Às vezes fico tão nervoso e transtornado que não sei o que está acontecendo comigo*”.

#### II. 3.5.9. ESCALA DE *DESCONFORTO SOCIAL*

A presente escala de conteúdo é composta por 27 itens e visa avaliar desconforto social. Altos escores nessa escala indicam pessoas: tímidas e socialmente introvertidas que tendem a serem mais solitárias do que a maioria das pessoas; que têm dificuldades para iniciar conversações e não gostam de festas, nem de participar de eventos em grupos. Baixos escores nessa escala apontam pessoas que são extrovertidas e sociáveis; que apreciam festas e outras atividades de grupo; acham fácil iniciar conversas (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Acho difícil puxar uma conversa quando conheço pessoas novas*”; “*Não gosto de ter pessoas à minha volta*”.

#### II. 3.5.10. ESCALA DE CONTEÚDO DE *PROBLEMAS FAMILIARES*

A escala de conteúdo *Problemas Familiares* é composta por 32 itens e avalia

dificuldades no que se refere aos relacionamentos familiares. Altos escores na escala de conteúdo de Problemas Familiares sugerem: percepção de considerável grau de conflito na família; ressentimentos de exigências e conselhos da família; carência de amor, compreensão e suporte por parte da família; sentimentos de hostilidade e raiva relacionados à família; visão da relação marital como infeliz e carente de afeto. Baixos escores nessa escala indicam: percepção da própria família em termos positivos; visão dos familiares como oferecendo amor, compreensão e suporte; negação de sentimentos de raiva ou ressentimento em relação à própria família, ausência de visão da relação marital como infeliz e marcada pela ausência de afeto (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Detesto toda a minha família*”; “*Hoje em dia, tenho pouco a ver com a minha família*”.

#### II. 3.5.11. ESCALA DE *DIFICULDADES LIGADAS AO TRABALHO*

A escala de conteúdo *Dificuldades ligadas ao Trabalho* é composta por 35 itens e avalia atitudes e cognições relacionadas ao trabalho. Altos escores nessa escala apontam: uma série de atitudes e comportamentos associados ao trabalho que contribuem para uma performance pobre; dúvidas em relação à escolha da carreira; relato de que sua família não aprova a carreira que escolheu; ausência de ambição e falta de energia; expressão de atitudes negativas em relação aos colegas; autoconceito pobre; obsessividade e dificuldades de concentração; dificuldades de tomar decisões; pobreza de julgamento; sentimentos de tensão, preocupação e medo. Baixos escores nessa escala indicam: ausência de relato de atitudes e comportamentos que comprometam o desempenho no trabalho; presença de ambição e energia; expressão de atitudes positivas em relação aos colegas; sentimento de

conforto em relação à escolha profissional; autoconfiança; ausência de tensão, preocupação, medo ou obsessão; capacidade de tomar decisões e de concentrar-se sem grandes dificuldades (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Trabalho sob muita tensão*”; “*Estou tão farto do que tenho que fazer todos os dias que tenho vontade de largar tudo*”.

#### II. 3.5.12. ESCALA DE REAÇÃO NEGATIVA AO TRATAMENTO

Os indicadores de reações negativas ao tratamento são avaliados pela escala de conteúdo de *Reação Negativa ao Tratamento* composta por 28 itens. Escores altos indicam pessoas que não se sentem compreendidas, têm atitudes negativas para com os clínicos e para com o tratamento em saúde mental e acreditam ter problemas que não podem compartilhar com ninguém. São pessoas que se sentem incapazes de efetuar mudanças significativas em suas vidas, apresentam pobreza de julgamento e dificuldade para solucionar problemas, com tendência a fugir quando se deparam com crises ou dificuldades. Baixos escores nessa escala indicam postura geralmente positiva em relação aos cuidadores e ao tratamento de saúde mental; crença de que os outros podem entendê-lo e ajudá-lo; capacidade para dividir os problemas com os outros; não desiste facilmente quando os problemas aparecem; sente-se capaz de fazer mudanças significativas em suas vidas; revelam boa capacidade de julgamento e para resolução de problemas (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Ninguém se importa muito com o que acontece com as pessoas*”; “*Acho que as pessoas deveriam manter seus problemas pessoais para si mesmas*”.

### II.3.5.13. ESCALA DE *IDÉIAS BIZARRAS*

A escala de *Idéias Bizarras* é composta por 27 itens e avalia alguns indicadores psicóticos. Altos escores nessa escala indicam: pensamentos psicóticos; alucinações auditivas, olfativas e visuais; sensação de irrealidade; sentimentos de que os outros dizem coisas negativas sobre o sujeito; crenças de que os outros querem prejudicá-lo; crenças de que os outros podem ler sua mente ou controlar seus pensamentos ou comportamentos. Baixos escores nessa escala indicam: ausência de predisposição para ter pensamentos psicóticos; ausência de alucinações, delírios ou sensações de irrealidade (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Quando estou com pessoas, ouço coisas muito estranhas que me incomodam*”; “*Vejo coisas, animais ou pessoas à minha volta que os outros não vêem*”.

### II. 3.5.14. ESCALA DE ITENS CRÍTICOS DE *CONFUSÃO MENTAL* DE KOSS-BUTCHER

A escala de *Confusão Mental* do MMPI-2 é composta por 13 itens e avalia alguns indicadores psicóticos. Altos escores nessa escala indicam a presença de sintomas psicóticos como: sensação de ser possuído por espíritos; dificuldade de manter a mente em uma tarefa ou trabalho; alucinações auditivas e visuais; sensação de irrealidade; dificuldades de concentração; pensamentos psicóticos. Baixos escores nessa escala indicam a ausência de sintomas psicóticos como alucinações visuais e auditivas, além de outras experiências psicóticas (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Às vezes, maus espíritos se apoderam de mim*”; “*Já tive experiências muito incomuns e estranhas*”.



### II.3.5.15. ESCALA DE ITENS CRÍTICOS DE *IDEAÇÃO PARANÓIDE* DE KOSS-BUTCHER

A escala de Itens Críticos de Ideação Paranóide que compõe o MMPI-2 é formada por 19 itens e avalia alguns indicadores psicóticos. Altos escores nessa escala indicam a presença de sintomas psicóticos como: delírios persecutórios; desconfiança nas relações pessoais; preocupações em ser envenenado; preocupações com roubo de pensamentos e idéias; sensação de que outros estão tentando influenciar seus pensamentos. Baixos escores nessa escala indicam a ausência de sintomas psicóticos como delírios persecutórios e preocupações com roubo de pensamentos e idéias, além de outras experiências psicóticas (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Acredito que estou sendo seguido*”; “*Existem pessoas tentando roubar meus pensamentos e idéias*”.

### II.3.5.16. ESCALA DE ITENS CRÍTICOS DE *CRENÇAS DESVIANTES* DE LACHAR-WROBEL

A escala de Itens Críticos de *Crenças Desviantes* é composta por 17 itens e avalia alguns indicadores psicóticos. Altos escores nessa escala indicam a presença de sintomas psicóticos como: idéias persecutórias; crença de ter sido prejudicado; preocupações com roubos de pensamentos; sensação de que a própria mente é controlada por outros; sensação de que os outros podem ler seus pensamentos. Baixos escores nessa escala indicam a ausência de sintomas psicóticos como idéias persecutórias e preocupações com roubo de pensamentos e idéias, além de outras experiências psicóticas (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Alguém tem o controle da minha mente*”; “*Algumas vezes tenho a certeza de que as pessoas podem ler meus pensamentos*”.

### II.3.5.17. ESCALA DE ITENS CRÍTICOS DE *PENSAMENTOS E EXPERIÊNCIAS DESVIANTES* DE LACHAR-WROBEL

A escala de Itens Críticos de Pensamentos e Experiências Desviantes que compõe o MMPI-2 avalia alguns indicadores psicóticos e é composta por 14 itens. Altos escores nessa escala indicam a presença de experiências psicóticas como alucinações visuais, auditivas e olfativas. Baixos escores nessa escala indicam a ausência de sintomas psicóticos como alucinações visuais, auditivas e olfativas (Graham, 1990). Alguns exemplos de itens dessa escala são: “*Muitas vezes ouço vozes sem saber de onde elas vêm*”; “*De vez em quando, sinto cheiros estranhos*”.

### II.3.6. QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO E DE AVALIAÇÃO DE EVENTOS ESTRESSORES RECENTES

Um questionário para avaliação de dados demográficos, de história de tratamento de saúde mental e da presença de possíveis estressores recentes experimentados pelos sujeitos foi aplicado nos sujeitos da amostra. O referido questionário caracteriza-se como uma adaptação da entrevista do programa SUPREMISS da Organização Mundial de Saúde para avaliação de pessoas que fizeram tentativa de suicídio recentemente.

As pesquisas na área da suicidologia têm apontado a influência dos eventos estressores sobre o risco de suicídio. Tais eventos muitas vezes agem como precipitadores do comportamento suicida. O estresse negativo pode ser entendido em termos de mudanças negativas de vida. Há muitas evidências de associação entre o estresse e situações de mudança de vida indesejáveis, ou eventos de vida negativos. Os estressores avaliados nesse questionário foram: presença de doença física; problemas financeiros; separações; perda por morte; discriminação em função da raça ou orientação sexual ou religiosa; abuso psicológico; violência física; ameaça; estupro; entre outros. Avaliou-se através do

questionário a ocorrência desses estressores no último ano. Um indicador de eventos estressores ocorridos no último ano foi criado a partir da soma dos escores desses estressores. Essa variável foi nomeada no presente trabalho de Eventos Estressores ocorridos no último ano (EVES).

#### **II. 4 – COLETA DE DADOS**

Os sujeitos da presente pesquisa são pessoas inscritas na fila de espera do serviço de psicologia de uma unidade de saúde mental do Distrito Federal, tendo sido convocados por telefone para comparecerem para o processo de avaliação. Pessoas com diagnóstico de deficiência mental não foram incluídas na amostra em função da dificuldade que apresentariam para responder aos instrumentos. Pessoas com escolaridade inferior à sexta série foram auxiliadas por um avaliador para que pudessem responder aos instrumentos.

Algum desconforto psíquico poderia ser produzido durante o processo de aplicação dos instrumentos. Nesse sentido, propiciou-se para os avaliados um contexto de acolhimento em que os aplicadores, psicólogos ou estudantes de psicologia, estavam presentes para oferecer apoio e encaminhamento, caso fosse necessário. Os resultados dessa avaliação foram utilizados para o encaminhamento dos sujeitos para o tratamento psicológico adequado contribuindo dessa forma para a prestação de um serviço público.

O projeto para a realização da presente pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, tendo sido aprovado. Os sujeitos avaliados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Informado para a realização desse estudo, conforme as normas éticas para pesquisas com seres humanos. Os instrumentos foram aplicados individualmente ou em pequenos grupos e o avaliador permaneceu ao lado dos sujeitos para esclarecer dúvidas que surgissem no momento da

aplicação.

Os instrumentos utilizados na presente pesquisa não são integralmente apresentados nesse trabalho com o objetivo de preservá-los, conforme as recomendações do Conselho Federal de Psicologia quanto aos testes psicológicos.

## II. 5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

A Regressão Logística é o tratamento estatístico adequado já que o objetivo do presente estudo é prever, a partir das variáveis preditoras, o pertencimento ao grupo de pacientes com risco de suicídio ou ao grupo de pacientes sem risco de suicídio no momento da avaliação.

O primeiro passo na Regressão Logística é estabelecer a existência de uma relação entre o pertencimento a um grupo e o conjunto de variáveis preditoras. O segundo passo consiste em simplificar o modelo, eliminando variáveis que não contribuem de maneira significativa para a predição (Tabachnick & Fidell, 2001).

A técnica estatística Regressão Logística possibilita prever um resultado discreto, tipicamente dicotômico, a partir de uma série de outras variáveis, podendo estas serem discretas ou contínuas. Tal técnica estima qual é a probabilidade do evento ocorrer contra a probabilidade dele não ocorrer dependendo das variáveis independentes. Pode-se, a partir dessa técnica, prever qual a probabilidade de um dado evento ocorrer ou não, conhecendo alguns fatores do fenômeno. A Regressão Logística produz ainda estimativas da importância de cada uma das variáveis independentes para a ocorrência da variável dependente (Y). A chance entre ocorrer e não ocorrer do Y é chamada de razão *odds*. A Regressão Logística não estima diretamente o Y e sim o seu *log*. O modelo de Regressão Logística constitui-se em uma transformação não-linear do modelo de Regressão Linear

Múltipla, utilizando uma transformação logarítmica. A distribuição já não é mais linear e sim do tipo sigmóide (em forma de S) que vai de 0 a 1 (Pasquali, no prelo).

A interpretação dos coeficientes de regressão na Regressão Logística é um pouco mais complicada que a da Regressão Linear. No caso da Regressão Logística, a razão em jogo é a relação entre o evento ocorrer ou não ocorrer, isto é,  $P/(1-P)$ , ou seja, a razão *odds*. Em outras palavras, o coeficiente fala da influência da variável X sobre a razão  $P/(1-P)$  ou *odds*. Assim, o efeito do coeficiente *logit* é sobre a probabilidade de ocorrência de Y (razão *odds*) que varia segundo os valores de X. A estimação dos coeficientes na Regressão Logística é feita tipicamente por meio do método da máxima verossimilhança (*maximum likelihood* – ML) que consiste no produto das probabilidades das variáveis dependentes envolvidas na equação (Pasquali, no prelo).

Os escores das subescalas dos instrumentos aplicados serão utilizados nas análises estatísticas. O *Positive and Negative Suicide Ideation* (PANSI) será tomado a partir do escore das suas duas subescalas Ideação Positiva e Ideação Negativa. O *Suicide Resilience Inventory* (SRI-25) será considerado a partir do escore de suas três subescalas: Estabilidade Emocional, Proteção Interna e Proteção Externa. O *Child Abuse and Trauma Scale* será considerado a partir do escore nas suas três subescalas: Abuso Físico, Abuso Sexual e Negligência Emocional/Ambiente Emocional Negativo. No que se refere ao MMPI-2, também serão considerados os valores das sub-escalas.

A variável dependente do presente estudo foi construída a partir do escore no *Suicide Behavior Questionnaire Revised* (SBQR) um desvio padrão acima da média, ou seja, igual ou maior que 14, o que constitui o grupo com risco de suicídio. Tal valor indica que o sujeito apresenta elevado risco de suicídio, já que respondeu aos itens do SBQR

escolhendo os escores mais elevados para representar seu comportamento ou experiência emocional. A variável critério constitui-se como pertencimento ou não ao grupo de risco, este definido pelos escores no SBQR iguais ou maiores que 14.

“Quando ela toca a primeira nota, sinto-me curado de todo o meu sofrimento, da confusão das minhas idéias e fantasias”.

“Nada do que os antigos contam sobre o poder sobrenatural da música me parece agora inverossímil. Como esse pequeno canto toma conta de mim! E como ela sabe ouvir a propósito, sempre no momento em que me sinto tentado a meter uma bala na cabeça!... O delírio e as trevas se dissipam na minha alma e respiro mais livremente”. (Sofrimento do Jovem Werther, Goethe)

A tabela a seguir mostra a correlação entre as variáveis derivadas dos modelos de regressão logística e os escores nas escalas SBQR, PANSI Total, Ideação Negativa, Ideação Positiva, SRI Total, Estabilidade Emocional, Proteção Externa e Proteção Interna. Observa-se que o modelo composto pelas variáveis Ideação Negativa, Ideação Positiva e Estabilidade Emocional (Modelo 2) e o modelo Ideação Negativa, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida, Reação Negativa ao Tratamento (Modelo 10) apresentam as maiores correlações com o SBQR, com o PANSI Total e com Ideação Negativa. Esse dado revela a coerência dos modelos com as variáveis que avaliam risco de suicídio, denotando grande valor preditivo.

**Tabela 3.44 - Correlações entre as funções logarítmicas dos modelos e os escores nas variáveis SBQR, PANSI Total, Ideação Negativa, Ideação Positiva, SRI Total, Estabilidade Emocional, Proteção Externa e Proteção Interna.**

<b>Modelos</b>	<b>SBQR</b>	<b>PANSI Total</b>	<b>Ideação Negativa</b>	<b>Ideação Positiva</b>	<b>SRI Total</b>	<b>Estabilidade Emocional</b>	<b>Proteção Externa</b>	<b>Proteção Interna</b>
2- Ideação Negativa, Ideação Positiva e Estabilidade Emocional.	,735	,938	,945	-,598	-,733	-,693	-,446	-,625
3 - Ideação Positiva, Estabilidade Emocional, Proteção Interna	-,552	,769	,582	-,782	-,905	-,827	-,567	-,784
4 - Negligência Emocional e Eventos Estressores	,378	,416	,396	-,301	-,337	-,114	-,298	-,402
5 - Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade e Estado Agudo de Ansiedade	,595	,732	,650	-,598	-,600	-,375	-,395	-,676
6 - Reação Negativa ao Tratamento e Dificuldade de Controle da Raiva	,479	,577	,518	-,463	-,471	-,325	-,300	-,509
7 - Confusão Mental	,408	,493	,452	-,381	-,403	-,303	-,259	-,409
8 - Alucinações e Idiosincrasias	,421	,522	,465	-,429	-,446	-,334	-,271	-,466
9 - Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Reação Negativa ao Tratamento	,595	,726	,651	-,584	-,591	-,366	-,390	-,669
10 - Ideação Negativa, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida, Reação Negativa ao Tratamento	,734	,891	,900	-,565	-,734	-,652	-,458	-,657



As correlações são significativas até 0.01.

A correlação de um modelo com uma variável que o compõe é alta, inflada, pois compartilham itens. Por outro lado, a elevada correlação da escala Proteção Interna com modelos dos quais não participa surpreende, como também a correlação elevada do SRI e do PANSI com o modelo derivado das escalas de indicadores depressivos e ansiosos (Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade e Estado Agudo de Ansiedade), do qual não participam. Tal dado aponta para a importância desses últimos indicadores no risco de suicídio.

“ali, exatamente na metade, e vou castigá-lo, e vou livrar-me de todos e de mim mesma”. (...) E nesse exato instante, horrorizou-se com o que fazia. “Onde estou? O que estou fazendo? Para quê?” Quis levantar-se, jogar-se para trás; mas algo enorme, inexorável, empurrou sua cabeça e arrastou suas costas. “Deus, perdoe-me tudo!”, disse, percebendo que era impossível lutar. (Anna Kariênina, Tolstói)

## IV – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amostra desse estudo é predominantemente feminina, cerca de 80%. O nível sócio-econômico da maioria dos sujeitos avaliados é baixo, com renda pessoal e familiar inferior a dois salários mínimos, caracterizando o pertencimento a classes populares, o que os leva a procurar serviços públicos de saúde mental ou outros gratuitos. A média de idade gira em torno de 38,4 anos, com desvio padrão de 10 anos, estando 72,2% dos sujeitos no intervalo entre 25 e 49 anos. A presente amostra foi obtida avaliando-se as pessoas inscritas na fila de espera de um serviço de psicologia de uma unidade de saúde mental do Distrito Federal. Muitas entre essas pessoas estavam em tratamento psiquiátrico no momento da avaliação, o que possibilita caracterizar essa amostra como clínica. Vários sujeitos que compõe a presente amostra têm história de pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida (46,3%). Tal característica contribui para a validação clínica dos instrumentos utilizados, já que tentativa de suicídio anterior é um importante indicador de risco de suicídio.

### IV. 1. PROPRIEDADE DOS INSTRUMENTOS

O presente estudo contribui para o processo de validação das escalas utilizadas: *Suicidal Behavior Questionnaire Revised* (SBQR), *Positive and Negative Suicide Ideation* (PANSI), *Suicide Resilience Inventory* (SRI-25), *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI-2). Procedeu-se ao cálculo da consistência interna das escalas utilizadas e detectaram-se altos valores do *Alpha de Cronbach*, o que caracteriza bons índices de fidedignidade. Obteve-se um alfa de 0,91 para a escala *Positive and Negative Suicide Ideation* (PANSI) e para *Suicide Resiliense Inventory* (SRI-25). A escala *Suicidal Behavior Questionnaire* (SBQR) apresentou um alfa

de 0,77, o que representa um valor alto considerando que a escala tem apenas quatro itens. A escala *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT) revelou um alfa de 0,92 na escala total. Procedeu-se ao cálculo do *Alpha de Cronbach* das escalas do MMPI-2 e obtiveram-se valores entre 0,69 e 0,90. Esses dados apontam para a consistência interna dos instrumentos utilizados na presente pesquisa, denotando a fidedignidade dessas escalas, o que é um critério importante para a validação das mesmas.

O desenvolvimento desses instrumentos para a avaliação do risco de suicídio é fundamental para programas de identificação precoce do risco e de Intervenção em Crise. Tais escalas possibilitam um diagnóstico da situação de sofrimento para que seja possível o delineamento das estratégias terapêuticas. O conhecimento minucioso dos indicadores de risco e de proteção dá margem a intervenções mais eficientes no sentido de minorar o risco e fomentar os aspectos que vinculam o sujeito à vida.

#### **IV. 2. ANÁLISE DOS INDICADORES**

Os indicadores serão discutidos a seguir a partir dos resultados encontrados no presente estudo buscando-se a interpretação do significado dos mesmos e destacando a relevância clínica de cada um deles para o risco e a prevenção do suicídio.

##### **IV.2.1. ESCALAS DE RISCO E PROTEÇÃO**

O SBQR foi utilizado no presente estudo para a realização da validade de critério. As altas correlações entre o SBQR e a sub-escala Ideação Negativa (PANSI) possibilita apontar as duas como indicadoras de risco de suicídio ( $r = 0,72$ ). A sub-escala Ideação Negativa avalia ideação suicida nas duas últimas semanas e a escala SBQR, comportamento suicida. A elevada correlação entre essas escalas sinaliza a importância da

ideação suicida, principalmente quando intensa e recorrente, como indicador de risco de suicídio. A escala PANSI mostra a sua importante contribuição na avaliação do risco de suicídio ao estar presente como variável preditora nos dois principais modelos de Regressão Logística nesse trabalho (Modelos 2 e 10) e também no modelo 1 quando explica sozinha a variância do risco de suicídio (48,6%). A literatura especializada em suicídio enfatiza a relevância da ideação suicida como um dos mais importantes indicadores de risco de suicídio (American Psychiatric Association, 2003, Gutierrez e cols., 2000). O modelo 2 explica 52,8% da variância do risco e o Modelo 10, 55,4%.

Os dados do presente estudo revelam o poder preditivo da escala PANSI para avaliar risco de suicídio e estão em sintonia com outras pesquisas que mostram a sensibilidade desse instrumento para diferenciar sujeitos com risco de suicídio de controles (Osman e cols., 2002). O PANSI é uma escala curta com apenas 14 itens, o que é uma característica positiva no que se refere à economia de tempo para a realização da avaliação do risco. A sub-escala Ideação Negativa avalia sentimentos de desesperança em relação ao futuro, percepção de fracasso frente às demandas da vida, sentimentos de sobrecarga e frustração em que a única saída percebida para a solução dos problemas é o suicídio. A importância da escala Ideação Negativa para prever risco de suicídio aponta para a relevância de afetos como a desesperança, de sentimentos de fracasso para lidar com as demandas da vida e da percepção do suicídio como única saída frente ao sofrimento sentido como insuportável, caracterizando um estreitamento perceptivo.

O modelo 2 composto por Ideação Negativa, Ideação Positiva e Estabilidade Emocional é o segundo em capacidade preditiva (52,8%) e destaca a importância das escalas PANSI e SRI para avaliação de risco de suicídio, em que Ideação Negativa contribui com a explicação do risco e as sub-escalas Ideação Positiva e Estabilidade

Emocional trazem informação sobre a proteção ao suicídio. As correlações negativas entre o SBQR e as escalas Ideação Positiva (PANSI), Estabilidade Emocional, Proteção Interna e Proteção Externa (SRI) possibilitam caracterizá-las como indicadores de proteção ao suicídio. As correlações negativas entre essas escalas e a sub-escala Ideação Negativa (PANSI) contribuem para a confirmação de tais escalas como indicadores protetivos, conforme previsto na literatura científica (Osman e cols., 1998, Gutierrez e cols., 2000, Larzelere, Smith, Batenhorst & Kelly, 1996, Orbach, Milstein, Har-Even, Apter, Tiano & Elizur, 1991, Gutierrez, Osman, Kopper & Barrios, 2004). Os indicadores protetivos denotam coerência ao apresentarem elevadas correlações entre si (Ideação Positiva e Proteção Interna,  $r = 0,71$ ).

A sub-escala Ideação Positiva avalia percepção de controle sobre a maioria dos aspectos da própria vida; entusiasmo e otimismo; satisfação com a própria vida e percepção de si mesmo como tendo capacidade de enfrentamento. Esses indicadores constituem-se como aspectos protetivos frente ao processo suicida, contribuindo para diminuir o risco.

A Estabilidade Emocional como indicador protetivo entrou nos dois principais modelos de Regressão Logística nesse trabalho (Modelos 2 e 10). Isso denota a importância do indicador Estabilidade Emocional na redução do risco de suicídio. Esse dado está de acordo com pesquisas que destacam a impulsividade como um dos indicadores de risco mais importantes (Hall e cols., 1999, WHO, 2000).

O instrumento *Suicide Resilience Inventory* (SRI) foi elaborado para avaliar a resiliência ao suicídio em adolescentes e adultos jovens. Resiliência ao suicídio é entendida como a capacidade, força ou competência do indivíduo para resistir intencionalmente a comportamentos suicidas quando confrontado com situações potencialmente associadas com o risco de suicídio. O fator de Proteção Interna representa crenças positivas sobre si

mesmo e satisfação com a própria vida. O fator Estabilidade Emocional reflete crenças positivas sobre a habilidade para resistir a apresentar comportamentos suicidas quando confrontado com eventos estressores; envolve crenças positivas em resposta a uma gama de adversidades psicológicas como sentimentos de desesperança, depressão e humilhação. O fator Proteção Externa reflete a habilidade de reconhecer e procurar outros que possam ajudá-lo a lidar com dificuldades e/ ou com pensamentos suicidas (Osman e cols., 2004). O presente estudo apontou Estabilidade Emocional e Proteção Interna como mais importantes indicadores protetivos para prever risco de suicídio do que Proteção Externa, por apresentarem correlações mais altas com o SBQR e com os modelos de predição de risco de suicídio conforme a Tabela 3.44, além da participação de Estabilidade Emocional nos dois modelos mais importante (Modelos 2 e 10). Esses dados denotam a relevância como indicador protetivo da auto-avaliação positiva e da satisfação com a vida representadas pelo indicador Proteção Interna, além da Estabilidade Emocional revelada pela capacidade do sujeito de resistir ao impulso de se matar quando enfrenta situações estressoras, humilhantes ou está envolvido em sentimentos disfóricos de depressão e desesperança. Tal dado aponta para a importância de intervenções terapêuticas como a psicoterapia para fomentar esses recursos internos de resiliência. A qualidade do apoio percebido representado pelas redes familiares e sociais dos sujeitos, indicador avaliado pela escala Proteção Externa, mostrou-se menos importante do que as características internas como estabilidade emocional e autopercepção positiva e satisfação com a vida para prever risco de suicídio. No tratamento de sujeitos em crise suicida, existe a justa preocupação em melhorar a qualidade de sua rede e apoio social; por outro lado, os resultados desse estudo sugerem que é de grande importância o investimento em estratégias terapêuticas para fomentar os recursos internos de enfrentamento. Os resultados da presente pesquisa são

coerentes com pesquisas que mostram que a psicoterapia individual é mais efetiva na prevenção do risco de suicídio do que a psicoterapia familiar (American Psychiatric Association, 2003). Tal informação é fundamental quando se refere ao planejamento de políticas públicas de atendimento às pessoas com risco de suicídio ao sugerir as estratégias mais importantes para a atuação clínica.

O modelo para prever risco de suicídio apenas com as variáveis protetivas Ideação Positiva, Estabilidade Emocional e Proteção Interna apresentou muitos falsos negativos (62,9%). Dessa forma, fica evidenciado que apesar da importância dos indicadores protetivos na predição do risco de suicídio não é adequado prescindir dos indicadores de risco, considerando a grande possibilidade de que, utilizando-se um modelo apenas com indicadores protetivos, pessoas com risco de suicídio não sejam corretamente identificadas.

#### IV.2.2. ESTADOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS

O presente estudo possibilita caracterizar a importância dos estados depressivos e da ideação suicida na predição do risco de suicídio. Essa importância pode ser visualizada pela presença do indicador *Depressão e Ideação Suicida* no modelo final (Modelo 10), além das altas correlações entre tal escala de indicadores depressivos e as escalas de avaliação de risco e proteção ao suicídio (SBQR, PANSI e SRI-25). Esses dados estão em sintonia com a literatura especializada que aponta como principal psicopatologia associada ao suicídio os estados depressivos (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wassermann, 2004) e a ideação suicida como um dos mais importantes indicadores de risco (Gutierrez e cols., 2000). No que se refere à importância da depressão no risco de suicídio, essa informação também está em sintonia com os trabalhos de Freud (1915/1917/1980) e Melanie Klein (1934/1970) ao destacarem a melancolia ou os estados depressivos, respectivamente, como os principais



estados internos envolvidos no suicídio.

Observam-se elevadas correlações entre as escalas do MMPI-2 de indicadores de depressão entre si ( $r = 0,96$ ), o que revela a consistência dessas escalas para avaliar essas características. Embora sejam escalas alternativas, o presente estudo revela que a escala *Depressão e Ideação Suicida* é melhor para identificar risco de suicídio do que a escala *Depressão*. A análise dos itens da escala *Depressão e Ideação Suicida* que não estão presentes na escala *Depressão* revela que na primeira há dois itens que questionam diretamente sobre a presença de tentativa de suicídio anterior (“Ninguém sabe, mas já tentei me matar.”), o que não ocorre com a segunda. Tal dado aponta para a relevância da existência de história de tentativa de suicídio anterior como indicador de risco de suicídio, o que é coerente com a literatura especializada que apresenta esse como um dos mais fortes preditores de risco (American Psychiatric Association, 2003, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Unicamp, 2006). Altos escores na escala *Depressão e Ideação Suicida* indicam a presença de: sentimentos de tristeza freqüentes; desesperança; percepção da própria vida como sem valor; sentimentos de inutilidade; choro freqüente; tendência a remoer pensamentos; sentimentos de que a vida é tensa; desejos de morte; sensação de desamparo; auto-imagem negativa; pensamentos suicidas e comportamento suicida anterior. A desesperança é outro indicador muito associado com o risco de suicídio na literatura especializada (Beck & cols., 1885, Gutierrez & cols., 2000, American Psychiatric Association, 2003).

A auto-imagem negativa revela-se como indicador de risco de suicídio ao aparecer na escala *Depressão e Ideação Suicida* e auto-imagem positiva aparece como indicador protetivo estando presente nas escalas Proteção Interna e Ideação Positiva. No que se refere especialmente à questão do autoconceito negativo como indicador de risco para suicídio, as

contribuições da psicanálise são importantes ao apontar que os conflitos de natureza narcísica, ou seja, de auto-imagem, estão intrincados no risco de suicídio (Freud, 1914/18/1980, Litman, 1970, Wasserman, 2001, Nogueira, 1997, Prieto, 2002, Maltzberger, 2003).

O modelo 5 composto por *Depressão e Ideação Suicida*, *Ansiedade* e *Estado Agudo de Ansiedade* revela a importância tanto dos estados depressivos com a presença de ideação suicida quanto de afetos ansiosos no risco de suicídio. A importância de afetos de ansiedade no risco de suicídio é apontada por Hendin e cols. (2004) e Titelman e cols. (2004). A presença de ansiedade nos quadros depressivos tem sido detectada entre aqueles que morrem por suicídio (Hendin & cols., 2001, American Psychiatric Association, 2003), o que ressalta a importância dessa informação de comorbidade na prevenção do suicídio.

#### IV.2.3. INDICADORES DE QUALIDADE DOS RELACIONAMENTOS

O modelo 5 composto por *Dificuldades de Controle da Raiva e Reação Negativa ao Tratamento*, indicadores que avaliam a qualidade dos relacionamentos interpessoais, prediz 22,3% da variância da variável critério, denotando certo potencial preditivo dessas variáveis que têm papel de indicadores de risco no modelo. Esse modelo destaca a importância dos afetos de raiva no risco de suicídio. A relevância de afetos de raiva envolvidos na psicodinâmica do suicídio é apontada por Freud (1915/1917/1980) e por Hendin e cols. (2004). Os resultados do presente estudo sugerem a importância do uso dessas escalas em novas pesquisas sobre risco de suicídio.

A sub-escala *Reação Negativa ao Tratamento* apresenta correlação positiva com o SBQR, constituindo-se como indicador de risco e participa do modelo 5 como indicador de risco. Contudo, no Modelo 10 composto por *Ideação Negativa*, *Estabilidade*

*Emocional, Depressão e Ideação Suicida e Reação Negativa ao Tratamento*, esta última variável entra como fator protetivo, indicado pelo sinal negativo na fórmula. Uma questão que se coloca é que a esta escala compartilha a explicação da variância do risco com outras variáveis presentes no modelo, como por exemplo *Depressão e Ideação Suicida* com a qual tem uma alta correlação ( $r= 0,79$ ). Assim, *Reação Negativa ao Tratamento* acaba só contribuindo na predição da variável critério com variância que deve ser entendida como indicador protetivo. É possível que alguns aspectos de autonomia e independência que compõe essa escala constituam-se como fatores protetivos. Contudo, essa questão teria que ser melhor investigada em pesquisas futuras.

#### IV.2.4. ESTRESSORES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E ATUAIS

As correlações são modestas entre as variáveis que avaliam diretamente risco e proteção ao suicídio e a escala de *Child Abuse and Trauma Scale (CAT)* e o questionário de *Eventos Estressores (EVES)*. Contudo, apontam para alguma associação entre risco de suicídio e percepção de negligência emocional/ambiente emocional negativo na infância e de muitos estressores recentes. Esse dado é coerente com a literatura que tem destacado a associação entre risco de suicídio e a percepção de estressores na infância e na vida atual dos sujeitos em crise (Wasserman, 2001). Os últimos agindo principalmente como eventos desencadeadores. A percepção de negligência emocional/ambiente emocional negativo na infância e adolescência, representado pela sub-escala *Negligência Emocional* do CAT, mostrou maior associação com risco de suicídio na vida adulta do que percepção de abuso físico ou sexual na mesma época. Tal associação também foi encontrada por Montenegro (2005) em seu estudo com jovens ingressos na universidade. Os dados encontrados na presente pesquisa são similares aos achados por Wasserman (2001). Ela aponta que muitos

suicidas tiveram uma infância marcada por cuidados parentais deficitários, frequentemente em ambiente com clima emocional negativo, em que as necessidades mais profundas de proximidade, contato, compreensão e amor foram negligenciados. Entretanto, na presente pesquisa, a percepção de estressores na infância e adolescência e estressores no último ano não se mostraram bons preditores de risco de suicídio, já que o modelo com esses indicadores explica apenas 9,9% da variância do risco (Modelo 4). Tal modelo mostra que negligência emocional/ambiente emocional negativo e estressores no último ano são capazes de explicar uma pequena parcela da variância do risco de suicídio nessa amostra. Isso pode ser devido ao fato da negligência e dos eventos adversos serem preponderantes ou generalizados nesta amostra, ou seja, é possível que, em geral, pessoas com um quadro psicopatológico tenham a percepção de negligência emocional/ambiente emocional negativo na infância e adolescência com relativa independência em relação ao risco de suicídio. Contudo, ainda assim, constituem-se como aspectos para serem avaliados quando se deseja prever risco de suicídio, pois contribuem para aumentar uma parcela do risco, mesmo que de maneira módica. É importante ressaltar que o instrumento que avalia estressores presentes no último ano foi construído para este estudo e os resultados sugerem que o mesmo precisa ser aprimorado.

Os escores na escala *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT) e no questionário sobre eventos estressores apresentam significativa correlação ( $r = 0,475$ ). É possível que pessoas que foram submetidas na infância a situações percebidas como negligência emocional/ambiente emocional negativo e/ou abusos tenham dificuldades de organizar suas vidas de forma a evitar situações estressoras, ou de manejar essas demandas de maneira a superá-las.

#### IV.2.5. INDICADORES PSICÓTICOS

Observa-se o predomínio de elevadas correlações entre as escalas do MMPI-2 de indicadores de psicóticos (0,58 a 0,93), o que sugere a consistência desses indicadores. Tais correlações podem ser explicadas em grande parte pelo elevado número de itens compartilhados, porém também parece haver proximidade conceitual entre as referidas escalas. O grau elevado de intersecção entre as escalas de indicadores psicóticos, representado pelo compartilhamento de muitos itens, prejudica a interpretação do significado das mesmas.

A Análise Fatorial das escalas de indicadores psicóticos (Tavares & Prieto, 2007) revelou a existência de três fatores: *Alucinações* que se refere à presença de alucinações auditivas, visuais e olfativas; *Persecutoriedade* que investiga a presença de delírios persecutórios e idéias de referência; *Idiossincrasias* que avalia idiossincrasias e alguns indicadores de desorientação, desrealização e dificuldade de concentração. O modelo com os fatores *Alucinações* e *Idiossincrasias* explica 19,3% da variância da variável critério. O modelo final considerando as escalas psicóticas originais do MMPI permaneceu composto apenas pela variável *Confusão Mental* e explica 18,7% da variância da variável dependente, o que é próximo do modelo utilizando os fatores. A escala *Confusão Mental* mostra elevada correlação principalmente com o fator *Idiossincrasias* ( $r = 0,85$ ). Dessa forma, os indicadores de alucinações e idiossincrasias mostram-se os melhores preditores de risco de suicídio entre pessoas dessa amostra que apresentam sintomas psicóticos. A utilização dessas escalas em estudos futuros com amostra de pessoas com quadros psicóticos e risco de suicídio possibilitaria conhecer se essa tendência dos dados se manteria.

#### IV.2.6. O MMPI-2 E A PREDIÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

O modelo para prever risco de suicídio considerando apenas as variáveis do MMPI – 2 que mostraram bons índices de significância nos modelos anteriores foi calculado. Tal modelo é importante ao apontar que o MMPI-2 é capaz de isoladamente prever uma parcela significativa da variância da variável dependente (42,2%), contribuindo dessa forma para a predição do risco quando outras escalas não são utilizadas. O modelo ainda aponta que os indicadores de depressão, ideação e comportamento suicida, além dos afetos de ansiedade e autonomia e independência contribuem de forma significativa para a predição do risco e da proteção ao suicídio.

#### IV.3. LIMITAÇÕES DO PRESENTE ESTUDO

Algumas das limitações do presente estudo estão relacionadas com as características demográficas da amostra avaliada. Um desses aspectos é o nível sócio-econômico baixo, caracterizando o pertencimento a classes populares, o que leva a possibilidade de generalização do estudo principalmente para tal parcela da população. Isso representa uma limitação na generalização dos resultados a pessoas com características sócio-demográficas muito diferentes dessa amostra, mas também representa uma vantagem, uma vez que este estudo utiliza como sua base empírica pessoas que estão explicitamente buscando atendimento em saúde mental pelo SUS, revelando, portanto, uma realidade essencial da demanda por estes serviços.

Outro aspecto de limitação do presente estudo é o predomínio do sexo feminino, cerca de 70% da amostra. É importante retomar a informação sobre as diferenças de gênero no que se refere ao comportamento suicida, em que as mulheres fazem mais tentativas e os homens cometem mais suicídio. O falecimento na primeira tentativa é mais comum entre os

homens, o que ressalta a importância de estratégias de identificação precoce do risco, considerando a possibilidade de que o primeiro ato suicida leve ao óbito. As mulheres também dão mais chances para receber apoio e mostram-se mais receptivas frente a situações de acolhimento. Os homens tendem a não expressar seus sentimentos e queixas e são mais arredios a oferta de apoio emocional.

A existência de vários tipos de psicopatologia entre os sujeitos que compõe a presente amostra é outro fator de limitação do presente estudo. Esse aspecto contribui para aumentar a variância na amostra e as correlações entre as variáveis, o que pode não ser condizente com a realidade. Estudos futuros, na medida em que a coleta de dados progride, poderão vir a ser delineados com grupo controle e amostras comparativas para diferentes quadros psicopatológicos, o que possibilitaria conhecer quais os indicadores que melhor prevêm risco de suicídio em cada psicopatologia. A existência de diferentes grupos poderia aumentar a homogeneidade dentro do mesmo grupo e aumentar o controle sobre as partições de variâncias entre os grupos.

Estudos futuros poderiam ser projetados de forma a se avaliar pessoas com tentativa de suicídio recente, o que contribuiria para a validação clínica das escalas, visto que a proximidade temporal da avaliação com a tentativa tornaria viável o conhecimento dos indicadores de sofrimento mais fortemente associados com a crise suicida propriamente dita. A existência de uma tentativa de suicídio recente poderia servir de critério para estabelecer o grupo com elevado risco de suicídio. A questão da tentativa de suicídio recente também contribuiria para o desenvolvimento do questionário de eventos estressores quando se poderia verificar a importância desses estressores como precipitantes da crise suicida.

#### **IV.4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo contribui para o processo de validação das escalas SBQR, PANSI, SRI, CAT e escalas do MMPI-2, o que é importante para a psicologia brasileira por possibilitar o desenvolvimento de instrumentos para utilização na identificação precoce do risco de suicídio e para a intervenção em crise. Essas escalas mostraram-se relevantes para identificar indicadores de risco e de proteção para suicídio e podem vir a ser usadas no contexto clínico e preventivo.

A escala PANSI mostrou-se especialmente eficiente para detectar risco de suicídio. A consideração dos resultados em separado de suas sub-escalas de risco e proteção agregam informação que melhoram a qualidade da previsão. Tal dado indica a utilização dessa escala como recurso para avaliação do público alvo em programas de prevenção de suicídio, juntamente com a Escala SBQR, utilizada no presente estudo como critério. A utilização desses instrumentos em populações que apresentam elevada incidência de suicídio, como policiais, militares, entre outros, poderia servir na identificação dos sujeitos que estão com mais risco de uma atuação suicida e que precisam de uma intervenção terapêutica.

O instrumento SRI-25 também revelou nesse trabalho sua contribuição fundamental ao revelar as escalas Proteção Interna e Estabilidade Emocional como indicadores protetivos e bons preditores de risco de suicídio ao avaliarem, respectivamente, esferas como auto-imagem positiva e satisfação com a vida e estabilidade emocional. Os resultados do presente estudo ressaltam a importância de estratégias que fomentem esses recursos tanto em contextos preventivos como terapêuticos.

Os melhores preditores de risco e de proteção para suicídio no presente estudo revelaram-se ideação suicida, estados depressivos, comportamento suicida anterior, auto-



imagem negativa, estabilidade emocional e aspectos como independência e autonomia. Esses dados apontam para a importância na avaliação de pessoas em processo suicida dos referidos indicadores por representarem maior risco de atuação suicida quando esses indicadores de risco estão presentes e os indicadores de proteção estão ausentes.

A prevenção do suicídio envolve tanto tratamento eficiente dos problemas de saúde mental como programas preventivos na comunidade. A identificação precoce do risco pode ser efetivada em escolas, universidades, locais de trabalho, centros comunitários, entre outros, contribuindo para a intervenção junto ao sujeito identificado com risco antes do agravamento de seu sofrimento e antes que se acumulem perdas em sua vida em função de suas dificuldades emocionais. Os instrumentos utilizados no presente trabalho podem ser aplicados nesse contexto com o objetivo de prevenção e de identificação precoce. A avaliação possibilita uma intervenção terapêutica com melhor delineamento do que está se passando com o sujeito.

As escalas utilizadas nessa pesquisa podem também ser aplicadas em unidades de intervenção em crise ou centros de internação psiquiátrica, pois contribuem para aumentar o conhecimento do sujeito em tratamento e para estimar seu risco de atuação suicida. Os resultados da avaliação possibilitam um maior conhecimento de sua condição de sofrimento e de seus recursos pessoais contribuindo para seu tratamento.

## V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington, DC: APA.
2. Beck A. T., Weissman A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6): 861-865.
3. Beck, A. T, Steer, R. A., Kovacs, M & Garsison, T. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142 (5), 559-63.
4. Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis*, 25 (4): 147-155.
5. Brent, D. A., Brigde, J., Johnson, B. A. & Connolly, J. (1996). Suicidal Behavior Runs in Families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives General of Psychiatry*, 53, 1145-52.
6. Cassorla, R. M. S. (1984). Jovens que tentam suicídio. Características demográficas e sociais. Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33 (1): 3-12.
7. Cassorla, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. In: Werlang, B. W. e Botega, N. J. (2004). *O comportamento suicida* (pp. 21-34). Porto Alegre: Artmed.
8. De-Hert, M., McKenzie, K. & PeusKens, J. (2001). Risk factors for suicide in Young people suffering from schizophrenia: a long term follow up study. *Schizophrenia-Research*, 47 (2-3): 127-134.
9. Donaldson, D., Spirito, A. & Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and

- depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 31 (2): 99-111.
10. Erikson, E. H. (1987). *Identidade, Juventude e Crise*. (A. Cabral, Trad.) Rio de Janeiro: Guanabara. (Trabalho originalmente publicado em 1968).
  11. Freitas, G. V. S. de & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48, n.3, jul/set, p. 245-249.
  12. Fremouw, W. J., Perczel, M. & Ellis T. (1990). *Suicide Risk. Assessment and Response Guidelines*. New York: Pergamon Press.
  13. Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro: Imago, 1980.
  14. \_\_\_\_\_ (1910). *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio*, 11, 217-218..
  15. \_\_\_\_\_ (1915/1917). *Luto e Melancolia*, 14, 275-291.
  16. \_\_\_\_\_ (1920a). *Além do Princípio do Prazer*, 18, 13-88.
  17. \_\_\_\_\_ (1920b). *A Psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher*, 18, 183-214.
  18. \_\_\_\_\_ (1923). *O Ego e o Id*, 19, 13-86.
  19. \_\_\_\_\_ (1924). *O Problema econômico do masoquismo*, 19, 197-214.
  20. \_\_\_\_\_ (1925 [1926]). *Inibições, Sintomas e Angústia*, 20, 95-204.
  21. \_\_\_\_\_ (1929/1930). *O mal estar na civilização*, 21, 75-173.
  22. Freud, S. (2004). À guisa da introdução ao narcisismo. Em: Freud, S. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. (L. Hanns, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).
  23. Freud, S. (2004). Pulsões e Destinos da Pulsão. Em: Freud, S. *Escritos sobre a*

- psicologia do inconsciente*. Obras Psicológicas de Sigmund Freud. (L. Hanns, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915).
24. Fridell, E. J., Öjehagen, A. & Träskman-Bendz, L. (1996). A 5-years follow-up study of suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (3): 151-157.
25. Gaspari, V. P. P. & Botega N. J. (2002). Social support and suicide attempt. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51 (4): 233-240.
26. Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M. & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives General of Psychiatry*, 53, 1155-62.
27. Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M. & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 42 (4): 386-405.
28. Graham, J. R. (1990). MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology. Oxford: Oxford University Press.
29. Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A. & Barrios, F. (2004). Appropriateness of the Multi-attitude Suicide Tendency Scale for non-white individuals. *Assessment*, 11 (1): 73-84.
30. Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. & Bagge, C. (2000). Suicide Risk Assessment in a College student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (4): 403-413.
31. Hall, R. C. W., Platt, D. E. & Hall, R. C. W. (1999). Suicide Risk Assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in time of managed care. *Psychosomatics*, 40 (1), 18-27.
32. Heikkinen, M., Isometsä, E., Henriksson, M., Marttunen, M., Aro, H. & Lönnqvist, J.

- (1997). Psychosocial factors and completed suicide in personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 49-57.
33. Heisel, M. J. & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (2): 127-135.
34. Hendin, H., Maltzberger, J. T., Lipschitz, A., Haas, A. P. & Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life Threatening Behavior*, Winter 31 (2).
35. Hendin, H., Maltzberger, J. T., Haas, A. P., Szanto, K. & Rabinowicz, H. (2004). Desperation and other affective states in suicidal patients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, Winter 34 (4).
36. Holmes, E. K., Rakesh, L., Mateczun, J. M. & Wilcove, G. L. (1998). Pilot study of suicide risk factors among personnel in the United States Marine corps (pacific forces). *Psychological Report*, 83 (3), 3-11.
37. Horesh, N., Rolnick, T., Iancu, I., Danmon, P., Lepkifker, E., Apter, A. & Kotler, M. (1996). Coping styles and suicide risk. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (6): 489-493.
38. Isometsa E. T. & Lonnqvist J. K. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173 (dec.): 531-535.
39. Kaplan, H. I, Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). Emergências Psiquiátricas. Em Kaplan, H. I, Sadock, B. J. & Grebb, J. A. *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (pp. 753-770). (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1994).
40. Kellermann A. L., Rivara F. P., Somes G., Reay, D. T., Francisco J. & Banton J. G.

- (1992). Suicide in home in relation gun ownership. *New England Journal Medicine*, 327 (7), 467-72.
41. Kelly D. L. , Shim J. C., Feldman S. M., Yu Y. & Conley, R. R. (2004). Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who die by suicide compared to others means of death, *Journal of Psychiatric Research*, 38 (5): 531-536.
42. Kernberg, O. T. (1995) *Transtornos Graves da Personalidade: estratégias terapêuticas*. (R. C. S. Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1984).
43. Klein, M. (1952). Sobre a Teoria de Ansiedade e Culpa. In: Klein, M; Heimann, P.; Isaacs, S. & Riviere, J. *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1969, p. 290-312. (Trabalho original publicado em 1937).
44. Klein, M. (1970). Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos-depressivos. In: Klein, M. *Contribuições à psicanálise*. (M. Maillet, Trad.) São Paulo: Mestre Jou, p. 355-390. (Trabalho original publicado em 1934).
45. Larzelere, T., Smith, J., Batenhorst, J. & Kelly, J. (1996). Predictive validity of the suicide probability scale among adolescents in group home treatment. *Journal of American Academic Child adolescence psychiatry*, 35 (2): 166-172.
46. Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen S. L. & Chiles J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (2): 276-286.
47. Litman, R. E. (1970) Sigmund Freud on Suicide. In: Maltzberger, J. T. (Ed.) & Goldblatt, M. J. (Ed.). *Essencial papers on suicide*. New York, USA: New York University Press, p. 200-220.
48. Mäkinen, I. H. e Wasserman, D. Some social dimensions of suicide. In: Wasserman, D.

- Suicide – An necessary death.* Martin Dunitz, London, 2001, p. 100-107.
49. Maltzberger, J. (2003). Breakdown of the self in suicide. [Abstract]. In: International Association for Suicide Prevention (IASP), XXII World Congress of the International Association for Suicide Prevention (IASP) (p. 404:5). Stockholm, Sweden.
50. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal Psychiatry*, 156 (2): 181-189.
51. Marcinko, D., Marcinko, A., Slijepcevic, M. K., Martinac, M., Kudlek-Mikulic, S. & Karlovic, D. (2003). Suicide in schizophrenia: risk factors, therapy and preventive strategies. *Psychiatria-Danubina*, 15 (3-4): 201-207.
52. Marzuk, P. M., Leon, A. C., Tardiff, K., Morgan, E. B., Stajic, M. & Mann J. (1992). The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Archives General Psychiatry*, 49, 451-8.
53. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde & Unicamp. (2006). Prevenção do Suicídio. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.
54. Montenegro, B. F. S. (2005). *Eventos de vida e risco de suicídio em estudantes de uma universidade brasileira*. Dissertação de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.
55. Niméus, A., Alsén, M. & Träskman-Bendz, L. (2000). The suicide assessment scale: an instrument assessing suicide risk of suicide attempters. *European Psychiatry*, 15, 416-423.
56. Nogueira, A. M. P. (1997). *Suicídio, espelho do narcisismo. Um estudo teórico-clínico a partir de Freud*. Tese de Doutorado, Brasília, UnB.
57. Orbach, I., Milstein I., Har-Even, I. Dov, A. Apter, A., Tiano, S. & Elizur A. (1991). A multi-attitude suicide tendency scale for adolescents. *Revista*, 3 (3): 398-404.

58. Osman A., Gutierrez P. M., Kopper A. K., Barrios F. X. & Chiros C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychological Reports, 82*, 783-793.
59. Osman, A., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Wrangham, J. J., Kopper, B. A., Truelove, R. S. & Linden, S. C. (2002). The positive and negative suicide ideation (PANSI) Inventory: psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Revista, 79* (3): 512-530.
60. Osman, A., Connie, L. G., Osman, J. R. & Jones K. (1992). Factor structure and reliability of the reasons for living inventory. *Psychological Reports, 70*, 107-112.1992.
61. Osman, A., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Baker, M. T., Osman, J. R., Besett, T. M. & Linehan, M. M. (1998). The reasons for living inventory for adolescents (RFL-A): development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 54* (8): 1063-1078.
62. Osman, A., Gifford, J., Jones, T., Lickiss, L., Osman J. & Wenzel R. (1993). Psychometric evaluation of the reasons for living inventory. *Psychological Assessment, 5* (2), 154-158.
63. Osman, A., Gutierrez, P. M., Jiandani, J., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Linden, S. C. & Truelove, R. S. (2003). A preliminary validation of the positive and negative suicide ideation (PANSI) inventory with normal adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology, 59* (4): 493-512.
64. Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X. & Kopper, B. (2004). Suicide resilience inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports, 94* (3 Pt2): 1349-1360.
65. Osman, A., Jones, K. & Osman, J. R. (1991) The reasons for living inventory:



- psychometric properties. *Psychological Reports*, 69, 271-278.
66. Osman, A., Kopper, B., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M. & Bagge C. L. (1999). Validation of the adult suicidal ideation questionnaire and reasons for living inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment*, 11 (2): 115-123.
67. Pasquali, L. (no prelo). Regressão Logística. Pasquali, L. In: *Análises multivariadas para pesquisadores* (pp. 135-148).
68. Phillips, M., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji H. & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360 (9347): 1728-1736.
69. Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2): 146-154.
70. Prieto, D. Y. C. P. (2002). *Sofrimento narcísico e dificuldades nas relações de objeto na tentativa de suicídio*. Dissertação de Mestrado, Brasília, UnB.
71. Retterstøl, N. & Mehlum, L. Attempted suicide as a risk factor for suicide: treatment and follow up. Wasserman, D. *Suicide – An necessary death*. Martin Dunitz, London, 2001, 125-132.
72. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147: 598-611.
73. Sánchez, H. G. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology Research and Practice*, 31 (4): 351-358.
74. Sanders, B. & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: early data on child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, 19

- (3): 315-323.
75. Sarason, I. G., Johnson, J. H. & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(5): 932-946.
76. Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Needham Heights: Allyn & Bacon.
77. Tavares, M. (2000). *Comorbidade na depressão e no suicídio: configurações psicopatológicas e dinâmicas*. Brasília: Laboratório de Psicoterapia e Psicodiagnóstico, IP, UnB.
78. Tavares, M. (2003) *Instrumento de auto-relato na avaliação precoce de risco de suicídio*. Trabalho apresentado no I Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Campinas, São Paulo.
79. Tavares, M. (2003). Validade Clínica. *Psico-USF*, v. 8, n. 2, p. 125-136, Jul/Dez.
80. Tavares, M & Prieto, D. (2003). *Desenvolvimento de um modelo para compreensão do risco de suicídio em jovens ingressos em uma universidade*. Brasília: Laboratório de Saúde Mental e Cultura, IP, UnB.
81. Tavares, M. (2006). *Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias*. Brasília: Laboratório de Saúde Mental e Cultura, IP, UnB.
82. Tavares, M. & Prieto, D. (2007). *Análise fatorial das escalas de indicadores psicóticos do MMPI-2*. Brasília: Laboratório de Saúde Mental e Cultura, IP, UnB.
83. Titelman, D, Nilsson, A., Estari, J. & Wasserman, D. (2004). Depression, anxiety, and psychological defense in attempted suicide: A pilot study using PORT. *Archives of Suicide Research, 8*: 239-249.
84. Valença A., Nascimento I., Nardi, A. E., Marques C., Figueira I. & Versiane, M.

- (1998). Pânico e suicídio. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47 (12), 647-55.
85. Wasserman, D. (2001). *Suicide – An unnecessary death*. Martin Dunitz: Stockholm.
86. Werlang, B. W. & Sperb, I. W. (2004). Entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica (ESAP) em casos de suicídio rurais. In: Werlang, B. W. e Botega, N. J. *O comportamento suicida* (pp. 171-176). Porto Alegre: Artmed.
87. Werlang, B. W., Borges, V. R., Fensterseifer, L. (2004). Fidedignidade e validade da escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) em adolescentes. In: Werlang, B. W. e Botega, N. J. *O comportamento suicida* (pp. 189-194). Porto Alegre: Artmed.
88. Wilde E. J. de, Kienhorst I. C. W. M., Diekstra R. F. W., Wolters, W. H. G. (1992). The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 149:1, 45-51.
89. Winnicott, D. W. (1958) A capacidade para estar só. In: Winnicott, D. W. *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (I. C. S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, 3 ed., p. 31-37. (Trabalho original publicado em 1958).
90. World Health Organization. (2000). Preventing Suicide. A resource for general physicians. In: *Mental and Behavioral Disorders, Department of Mental Health*, Geneva.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)