

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

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

RESUMO	8
ABSTRACT	9
JUSTIFICATIVA DO PROJETO	11
I. CRISE SUICIDA: INDICADORES DE RISCO, DE PROTEÇÃO E PSICODINÂMICA	13
I.1 Indicadores de risco	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
I.1 Indicadores protetivos	25
Modelo: Fatores de Risco e de Proteção	29
I.3 Psicodinâmica do suicídio	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
II – MÉTODO	47
II.1. Objetivo	47
II.2. Sujeitos	48
II.3. Instrumentos	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
II.4. Coleta de Dados	66
II.5. Tratamento Estatístico dos dados	67
III – RESULTADOS E COMENTÁRIOS PRELIMINARES	71
III.1. Aspectos Sócio-demográficos	71
Figuras 3.1 a 3.4	72
III.2 Consistência Interna das escalas	76
Tabelas 3.1 a 3.3	76
III.3. Correlações de primeira ordem entre variáveis de risco e de proteção ao suicídio e indicadores psicológicos	78
Tabelas 3.4 a 3.17	79
III.4. Definição da variável critério	90

III.5. Regressão Logística: variáveis de risco e proteção e eventos estressores	91
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
III.6. Regressão Logística: variáveis do MMPI-2	103
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
III.7. Modelo preditivo com combinação das diversas escalas	123
Tabelas 3.41 a 3.42	124
Figura 3.13	126
III.8. Síntese dos diversos modelos	127

Tabelas 3.43 a 3.44	127
IV – DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
IV.1. Validação dos instrumentos	131
IV.2. Análise dos indicadores	132
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
IV.3. Limitações do presente estudo	142
IV.4 Considerações finais	144
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	146

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 frequentemente 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 ideias 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 frequentemente 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).

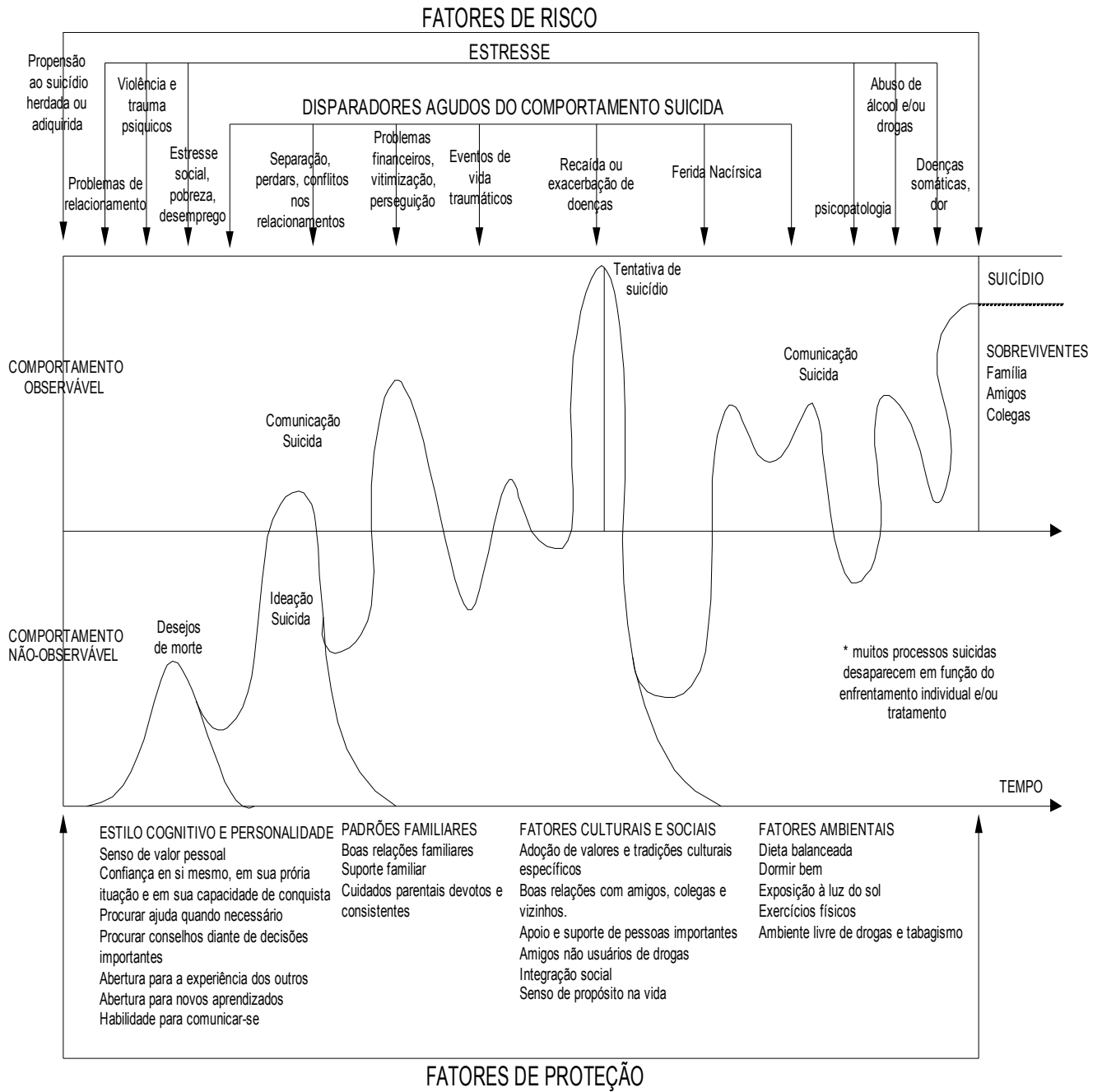
Alguns estilos de enfrentamento de situações estressoras (*coping styles*) apresentam correlação negativa com risco suicida e caracterizam-se como fatores protetivos para o suicídio, como: flexibilidade cognitiva; habilidade para coletar informações sobre problemas; capacidade de encontrar soluções alternativas; 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.



I. 3 – PSICODINÂMICA DO SUICÍDIO

O presente tópico apresenta uma revisão da literatura sobre a psicodinâmica do suicídio. Contribuições de Freud e de alguns pesquisadores europeus, norte-americanos e sul-americanos sobre o tema são apresentadas para possibilitar a reflexão crítica sobre as diversas abordagens do fenômeno suicídio a partir do referencial psicanalítico e para gerar hipóteses sobre os indicadores de risco e de proteção para suicídio, conforme o objetivo do presente trabalho.

I.3.1. CONTRIBUIÇÕES DE FREUD

Freud aborda a temática do suicídio em diversos trabalhos e sua compreensão sofre reformulações ao longo de sua obra. Retomar os fios teóricos envolvidos na compreensão freudiana do suicídio torna necessário abordar temas como luto, melancolia, narcisismo, ideal do eu, superego, masoquismo e relações entre o eu e os seus objetos.

Em seu trabalho *Contribuições para uma discussão acerca do suicídio* (1910/1980), Freud questiona-se sobre como seria possível subjugar a poderosa pulsão de vida. Ele vislumbra duas hipóteses: isso poderia ocorrer com o “auxílio de uma libido desiludida”, ou o eu poderia renunciar à sua autopreservação por “seus próprios motivos egoístas” (p. 218).

Em *À guisa da Introdução ao Narcisismo* (1914/2004), Freud aborda as vivências da pessoa apaixonada, enfatizando que o indivíduo enamorado retira o interesse sobre sua própria pessoa e investe libidinalmente o objeto amoroso de forma intensa. Experimentar a reciprocidade do sentimento amoroso em relação ao parceiro aumenta o autoconceito, enquanto não ser amado pelo objeto de amor o reduz. A ruptura

da relação de amor representa uma perda de parte de si, já que o objeto amoroso perdido estava intensamente investido de libido, deixando o eu desinvestido. O eu não recebe o retorno desse investimento, ficando fragilizado. Instala-se em tal momento um intenso sofrimento narcísico que envolve o questionamento do eu sobre seu próprio valor.

“Quem ama já sacrificou, por assim dizer, uma parcela de seu narcisismo, e o único modo pelo qual o indivíduo agora pode substituí-la é sendo amado. Assim, em todas essas configurações, o autoconceito parece sempre estar relacionado com o componente narcísico da vida amorosa”. (p. 116).

Nesse mesmo trabalho, Freud desenvolve o conceito de ideal do eu que seria a fixação de um ideal a partir do qual o próprio eu é avaliado. O ideal do eu torna-se o substituto do narcisismo perdido na infância, que não pôde ser retido em função da influência de terceiros e da formação do próprio julgamento crítico que pressionou a renúncia à perfeição narcísica. A satisfação libidinal torna-se então condicionada à realização desse ideal.

Freud em *Pulsões e Destinos da Pulsão* (1915/2004) destaca que a pulsão está na fronteira entre o psíquico e o somático e nem uma fuga é capaz de eliminá-la. O objeto da pulsão é aquilo por meio do que a pulsão pode encontrar sua meta podendo ser tanto o próprio corpo do indivíduo como algo externo a si. O autor retoma o conceito de narcisismo, enfatizando que esse se trata de uma condição presente no início da vida mental em que o eu está fortemente catexizado pelas pulsões e é capaz de obter satisfação através do auto-erotismo. O prazer e o desprazer passam a depender das relações entre o eu e o objeto quando a fase exclusivamente narcísica já foi superada pela objetal. Em relação às pulsões, Freud coloca que elas podem ter os seguintes

destinos: a transformação em seu contrário, o redirecionamento contra a própria pessoa, o recalque e a sublimação. A transformação em seu contrário dá margem a dois processos distintos caracterizados pelo redirecionamento de uma pulsão da atividade para a passividade e pela inversão de conteúdo. O redirecionamento contra a própria pessoa se torna mais plausível se pensarmos o masoquismo como sendo um retorno do sadismo sobre o próprio eu, a meta pulsional passa de ativa para passiva. Freud ressalta que as sensações de dor estão muito próximas da excitação sexual, estabelecendo-se como um contrapeso que torna aceitável pelo sujeito suportar o desprazer da dor.

Freud propõe o estudo da melancolia e do luto como um aspecto importante para a reflexão sobre o tema suicídio. Este último constitui-se em uma reação à perda de um ente querido ou de ideais, segundo a compreensão de Freud em *Luto e Melancolia* (1915/1917/1980). A reação de luto é superada após certo lapso de tempo, apesar de envolver graves afastamentos de uma atitude normal para com a vida. O eu devota-se ao luto, inibindo-se e circunscrevendo-se, pois o mundo externo torna-se desinteressante por não evocar os ideais ou o objeto de amor perdido. Adotar um novo objeto de amor é insuportável durante o enlutamento, pois significaria substituí-lo. O teste de realidade aponta que o objeto de amor não mais existe, o que provoca uma intensa oposição frente à exigência de mudança de posição libidinal. Cada uma das lembranças do objeto perdido e expectativas em relação a ele são evocadas e hipercatexizadas, o desligamento da libido só se realiza de forma gradual.

As mesmas influências produzem melancolia ao invés de luto em algumas pessoas, o que levanta a suspeita de Freud de que os melancólicos possam ter uma disposição constitucional. As ocasiões que dão margem à instalação de um estado melancólico são desde a perda por morte até situações de desconsideração, desprezo ou

desapontamento que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio ou reforçar a ambivalência já presente. A melancolia caracteriza-se por um desânimo profundamente penoso, a interrupção do interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e um rebaixamento da auto-estima que se expressa por auto-recriminações podendo culminar em uma expectativa delirante de punição. Esses indicadores também são encontrados no luto, com exceção da auto-estima rebaixada que é característica da melancolia.

A melancolia para Freud está de alguma forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência. O paciente pode estar consciente da perda que deu origem a seu estado de pesar, mas apenas no sentido de que sabe quem ele perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém. O amor que não pode ser renunciado – embora o próprio objeto de amor o seja – refugia-se na identificação narcisista e o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. A insatisfação em relação ao eu constitui-se na característica mais marcante da melancolia. As auto-recriminações dirigidas a um objeto amado que foram deslocadas desse objeto para o eu do paciente. A autotortura na melancolia possibilita uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio relacionadas a um objeto que retornam ao próprio eu do indivíduo. Os melancólicos vingam-se do objeto original pela via indireta da autopunição, evitando a expressão aberta de sua hostilidade. Esse sadismo é que soluciona para Freud o enigma da tendência ao suicídio. A análise da melancolia mostra que o eu só pode se matar se puder tratar a si mesmo como um objeto através do retorno da catexia objetal, tornando-se capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade anteriormente relacionada a um objeto (Freud, 1915/1917/1980).

Freud em *Além do Princípio do Prazer* (1920a/1980) volta a ressaltar que a perda

do amor e o fracasso provocam uma espécie de “cicatriz narcisista” que está na base dos sentimentos intensos de inferioridade (p. 34). Infere a existência da pulsão de morte a partir da observação da compulsão à repetição de atividades e experiências que trouxeram como principal resultado o desprazer e o sofrimento. A pulsão de morte caracteriza-se pela tendência a “restaurar um estado anterior de coisas” (1920a/1980, p.78), sendo fundamentalmente regressiva.

Em seu trabalho *A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher* (1920b/1980), Freud levanta a hipótese de que ninguém encontra:

“(…) energia mental necessária para matar-se, a menos que, em primeiro lugar, agindo assim, esteja ao mesmo tempo matando um objeto com quem se identificou e, em segundo lugar, voltando contra si próprio um desejo de morte antes dirigido contra outrem” (p. 202).

Em *O Ego e O Id* (1923/1980), Freud ressalta que quanto mais o eu controla a expressão de sua agressividade em relação ao mundo exterior mais severo ele se torna em seu ideal do eu, tendendo a voltar sua agressividade contra si. O superego, entendido como a instância psíquica que avalia constantemente o eu a partir de padrões ideais, constitui-se através da introjeção no eu dos primeiros objetos das pulsões, os dois genitores, retendo características essenciais dos mesmos como a severidade, força e tendência a supervisionar e punir. Contudo, a defusão das pulsões que se processa no momento da introdução dos objetos no eu, dá margem para que essa severidade aumente, podendo o superego tornar-se excessivamente duro e cruel com o eu. Um objeto sexual só é abandonado através da introjeção no eu do objeto que fora perdido. Dessa forma o eu pode ser pensado como “um precipitado de catexias objetais abandonadas” (p. 43), pois se formou principalmente a partir das suas identificações

com seus objetos.

Freud em *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924/1980) expõe que as pulsões sexuais buscam neutralizar a ação das pulsões de morte no interior do indivíduo desviando-as em sua maioria para o mundo externo. A parte que se mantém no mundo interno fusiona-se à libido, caracterizando o masoquismo original. O masoquismo secundário produz-se pelo retorno das pulsões destrutivas dirigidas para o mundo externo sobre o organismo, somando-se ao masoquismo primário. Tal retorno das pulsões agressivas sobre o eu ocorre frente à impossibilidade de expressão de boa parte dessas pulsões no mundo externo. Freud destaca que o masoquismo pressupõe a fusão pulsional entre libido e agressão, ressaltando que a “própria destruição de si mesmo pelo indivíduo não pode se realizar sem uma satisfação libidinal” (p. 212).

As perdas de objeto experimentadas pelo eu ao longo de seu desenvolvimento são vivenciadas como muito dolorosas, pois significam um estado de insatisfação das necessidades pulsionais, já que as quantidades de estímulo elevam-se a níveis desagradáveis sem que possam encontrar gratificação. A perda do objeto passa então a desencadear o medo. Esse tema é tratado por Freud em seu trabalho intitulado *Inibições, Sintomas e Angústia* (1925 [1926] /1980).

Freud em *Mal Estar na Civilização* (1930 [1929]) defende que algo que se formou na mente é sempre preservado de alguma maneira, podendo ser trazido de novo à luz em circunstâncias apropriadas, quando ocorre um processo regressivo. Os homens esforçam-se para obter felicidade e assim permanecer, porém o que decide o propósito da vida é simplesmente o programa do princípio do prazer, sendo tal princípio que domina o funcionamento do aparelho psíquico desde o início. O sofrimento nos ameaça a partir de nosso próprio corpo condenado à decadência e à dissolução, que não pode

dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e dos nossos próprios relacionamentos com outros homens. Todo sofrimento caracteriza-se como sensações e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado. A vida de fantasia, região na qual o desenvolvimento do senso de realidade se desenvolveu, permanece isentada do teste de realidade, mantendo-se de lado a fim de realizar desejos difíceis de serem levados a termo. Freud ressalta que nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos. Nunca tão desesperadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor.

I.3.2. CONTRIBUIÇÕES DE OUTROS AUTORES EUROPEUS

Os estados depressivos estão no cerne da compreensão do suicídio para Klein, conforme ressalta em seu trabalho *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos* (1934/1970). Tais estados são “o resultado de uma mescla de ansiedade paranóide, sentimentos de desespero e defesas, relacionados com a perda iminente de todo o objeto amado” (p. 372). O melancólico sente crescer o ódio dentro de si e pode tentar preservar os objetos reais através do suicídio. O ato suicida assume uma dupla função para o eu constituindo-se tanto em uma forma de matar simbolicamente seus “objetos maus”, como também uma forma de preservar os objetos amados, internos e externos. As fantasias subjacentes ao suicídio envolvem tanto a busca de proteger os objetos bons interiorizados como a parte do eu que está identificada com esses objetos bons, e ao mesmo tempo objetiva a destruição dos objetos maus e do id. O suicídio pode estar ligado também à fantasia de liberar o objeto externo, percebido como objeto bom, do eu que é percebido como representando os objetos maus e o id.

A introjeção das figuras parentais é o alicerce para a constituição da própria consciência segundo Klein (1937/1975). Uma pessoa não pode estar bem consigo mesma quando as figuras parentais introjetadas em sua mente inconsciente são predominantemente rígidas, pois a consciência fica caracterizada pela intolerância, predispondo a excessivas preocupações e a infelicidade. Instalam-se intensos conflitos internos, aumentando o estado de tensão, podendo levar a profundas perturbações mentais e até ao suicídio.

O processo de luto para Klein vai implicar em uma reativação da posição depressiva infantil exigindo um trabalho mental de restabelecimento e reintegração do mundo interno que se torna caótico frente à perda real de um objeto amado. Klein entende que a superação das adversidades impostas por acontecimentos infelizes, que geram muito sofrimento psíquico, exige um trabalho mental similar ao luto, ou seja, também reativa a posição depressiva. O superego para Klein constitui-se em um mundo complexo de objetos interiorizados a partir da relação do sujeito com a realidade, envolvendo todas as pessoas com quem manteve contato, principalmente os pais. As características dessas pessoas são interiorizadas através dos processos de projeção e introjeção, considerando tanto as experiências reais do mundo externo como as fantasiadas. Esse complexo de objetos interiorizados, em conjunto com a organização estrutural do eu, compõe o superego e são sentidos pelo sujeito como algo concreto dentro de si, sendo os parâmetros a partir dos quais avalia a sua conduta e as suas experiências (Klein, 1937/1975).

O trabalho de Winnicott (1958/1990) sobre *A capacidade para estar só* é importante para compreender a psicodinâmica do suicídio visto que a perda de um objeto de amor externo tem sido mencionada como evento precipitador da crise suicida

(Prieto e Tavares, 2005). Winnicott destaca que tal capacidade é um importante indicador de desenvolvimento emocional e propõe que esse recurso “depende da existência de um objeto bom na realidade psíquica do indivíduo” (p. 34). O sujeito desenvolve tal capacidade através da experiência de estar só na presença de outrem, ou seja, através da oportunidade de vivenciar uma maternagem ‘suficientemente boa’, em que a mãe atende às necessidades da criança identificando-se com ela.

Erikson (1968) propõe que a crise suicida na adolescência constitui-se em uma crise normativa, em que o sujeito experimenta sofrimento psíquico no enfrentamento com a realidade que se apresenta como um obstáculo para seus sonhos e anseios, faz-lhe exigências e coloca limites, frustrando-o. A questão que se coloca para esse autor é como o sujeito enfrenta tal obstáculo: rebela-se, negocia, inibe-se ou sofre de outra forma. Esse autor ressalta que a crise sempre envolve um processo regressivo, sendo fundamental entender em que momento do desenvolvimento psicossocial o sujeito está para buscar compreender seus medos, anseios, conflitos e dificuldades. Erikson destaca que a tarefa da psicoterapia é substituir as identificações mórbidas e excessivas por outras mais desejáveis. Ele ressalta a importância de uma vinculação ideológica, sem a qual o jovem pode sofrer uma confusão de valores. Defende que as crises normativas são mais transponíveis caracterizando-se por uma abundância de energia acessível que revive a ansiedade dormente e desperta novo conflito, mas que também apóiam novas e mais amplas funções do eu, na busca e exploração lúcida de novas oportunidades e associações, contribuindo para o processo de formação de identidade. A identidade do sujeito caracteriza-se pelo sentimento de realidade do eu, mas que é permanentemente revisto dentro da realidade social, sendo mais flexível que o superego. O superego constitui-se para Erikson em uma agência interna rigidamente retaliativa e punitiva da

moralidade cega aliado às introjeções mais antigas. Contudo, o eu ideal parece mais flexível, sendo conscientemente vinculado aos ideais de uma determinada era histórica, estando mais próximo da função de eu de comprovação da realidade.

I.3.3. CONTRIBUIÇÕES DE AUTORES NORTE-AMERICANOS

Litman (1970) ressalta que a compreensão do suicídio proposta por Freud envolve a interação de vários fatores, caracterizando uma situação multideterminada e multidimensional. Destaca que sua experiência clínica está em conformidade com a visão de Freud sobre o suicídio e enfatiza que todos nós temos uma tendência suicida, mas essa é subjugada e controlada através de identificações saudáveis, dos mecanismos de defesa do eu e de hábitos construtivos de viver e amar. O indivíduo pode ser forçado a uma crise suicida quando esses aspectos falham, deixando-o desamparado, desesperançado e com vivências de abandono. A falência dos mecanismos de defesas do eu e o aumento da destrutividade estão na base da psicodinâmica do suicídio. Os mecanismos específicos envolvidos no suicídio são: perda de objetos de amor; danos ao narcisismo; afetos avassaladores de raiva, de culpa e de ansiedade ou uma combinação entre esses; extrema cisão do eu que descatexiza a maioria de seus objetos e coloca uma parte contra as outras; a identificação com um suicida. Litman enumera algumas condições específicas que predis põem o indivíduo ao suicídio: uma estrutura egóica marcada pela desarmonia e desorganização que tende a cindir-se mesmo sob condições pouco estressoras; uma tendência à fixação da libido em posições pré-edípicas, principalmente ligadas ao sadismo e masoquismo; enfermidade do superego devida à crueldade dos pais, morte dos mesmos, pais que desejam a morte do filho ou ainda um superego excessivamente destrutivo em função de aspectos constitucionais; forte

investimento libidinal na morte; fantasias eróticas vívidas que simbolizam desejos de morte; estilo de vida cronicamente autodestrutivo. Esse autor destaca que Freud não deu ênfase ao papel da mãe em instalar na criança o desejo de viver. Acentua a relevância das vivências de abandono experienciadas pela criança que posteriormente apresenta o comportamento suicida como uma reação a um desejo inconsciente dos pais pela sua morte.

Kernberg (1984/1995) propõe que os quadros depressivos graves, as personalidades com organizações *borderline* superposta com um episódio depressivo e o “narcisismo maligno” geralmente estão associados ao fenômeno do suicídio. Os quadros depressivos graves para esse autor caracterizam-se por um superego patológico, excessivamente agressivo e primitivo. Este tipo de superego leva a uma regulação da auto-estima caracterizada pelas mudanças de humor generalizadas, em que predomina o humor depressivo severo. As deficiências na integração do superego são sinalizadas pela predominância de sentimentos de inferioridade e vergonha.

Os pacientes com organização *borderline* de personalidade apresentam manifestações não específicas de fragilidade egóica como: falta de tolerância à ansiedade, dificuldades de controle de impulsos e pobreza de recursos sublimatórios. Os comportamentos suicidas em pacientes com transtorno da personalidade *borderline* para Kernberg geralmente emergem durante intensos ataques de cólera combinados ou não com surtos temporários de depressão. Tais comportamentos estão associados à tentativa de assumir ou reassumir o controle sobre o ambiente através da mobilização de sentimentos de culpa nos outros. Os eventos freqüentemente relacionados com os comportamentos suicidas são rompimento com parceiro sexual e forte oposição dos pais aos desejos do paciente, no caso dos indivíduos mais jovens (Kernberg, 1984/1995).

O conceito de “narcisismo maligno” proposto por Kernberg (1984/1995) refere-se a um tipo de personalidade narcisista em que o *self* grandioso sofreu uma “infiltração de agressão” (p. 219), experimentando prazer em expressar a agressão para consigo ou para com os outros. O paciente com narcisismo maligno geralmente está alheio e afastado do envolvimento com outros. A expressão da agressividade é experimentada como confirmação de sua grandiosidade, promovendo o aumento de sua auto-estima. Tal paciente vivencia uma experiência de triunfo sobre a dor e a morte satisfazendo suas pretensões de controle e superioridade. Os ataques de cólera e/ou depressão seguidos de tentativas de autodestruição ocorrem quando sua grandiosidade patológica é ameaçada provocando dessa forma um sentimento traumático de humilhação e derrota (Kernberg, 1984/1995).

Hendin, Maltzberger, Lipschitz, Haas e Kyle (2001) definem a crise suicida como um tempo limitado sinalizando risco iminente de suicídio. Apontam que pacientes que morreram por suicídio apresentavam estados agudos de desespero, abandono, humilhação, culpa, raiva e ansiedade, freqüentemente em combinação, contribuindo para a geração da crise suicida. A comunicação da intenção suicida, usualmente, é utilizada pelo paciente como caminho para comunicar como está desesperado. Nesse sentido, é fundamental entender a natureza e a fonte do desespero. Estados afetivos crônicos intervenientes como intenso sentimento de abandono, rejeição, solidão, desesperança crônica e ódio por si mesmo foram detectados entre suicidas que morreram. O senso de abandono foi muitas vezes intensificado em resposta a uma rejeição específica, mas mais freqüentemente reflete intensos sentimentos de solidão e falta de apoio. Os marcadores de crise suicida foram um evento precipitador; um ou mais estados afetivos intensos; deterioração do funcionamento social e ocupacional e o aumento de uso de substâncias;

aumento do interesse suicida expresso por meio de comportamentos, ações e verbalizações. Em muitos casos, o evento intensifica um estado afetivo pré-existente. Contudo, o mais importante é que o paciente atribui seu estado afetivo e seus comportamentos a esses eventos.

A crise suicida para Maltzberger (2003) representa um fracasso narcísico e uma desintegração psíquica marcada pela flutuação, sem modulação e altamente dolorosa, dos afetos. A integração da representação de si é perdida e aspectos de si e das representações de objeto tornam-se confusos. A representação do próprio corpo assume aspectos de representação de objeto. O teste de realidade pode ser perdido e fantasias grandiosas e suicidas agem para salvar partes de si enquanto outras são eliminadas. Tal colapso caracteriza-se como uma crise narcísica. Normalmente, um sistema integrado contém a imagem do corpo, memórias e sentimentos sobre si, conscientes e inconscientes. Ações, sentimentos, pensamentos, decisões entre outros estão integrados na representação de si que é construída ao longo do tempo, mas flui com as experiências e aprendizados que alteram sua organização. Inundar-se de agressividade a partir de um superego muito crítico, pode levar à desorganização da representação de si mesmo. O material de sonhos de pacientes suicidas freqüentemente reflete uma desorganização e a fragmentação da representação de si mesmo, com especial referência à imagem do próprio corpo.

Hendin & cols. (2004) apontam o desespero, definido como angústia intensa acompanhada de uma urgente necessidade de alívio, como estado afetivo agudo mais associado com a crise suicida. Outros afetos detectados foram: desesperança, raiva, sentimentos de abandono, ódio por si mesmo, humilhação, culpa, ansiedade e solidão. O sujeito fica emocionalmente fora de controle, sentindo que sua vida está entrando em

falência, sua angústia torna-se intensa e intolerável. Pacientes vivenciando desespero, raiva e ansiedade apresentam maior risco de suicídio. O suicida mostra-se aterrificado com a perda de controle de vários aspectos de sua vida no mesmo momento.

I.3.4. CONTRIBUIÇÕES DE AUTORES SUL-AMERICANOS

A tentativa de suicídio é muito freqüente entre adolescentes e jovens, conforme apontado por Prieto e Tavares (2005). Cassorla (1984) enfatiza a importância de conflitos próprios dessa fase de vida como a explosão instintiva; a reativação das ligações edípicas, agora em um nível genital, despertando intensas angústias; a ambivalência entre manter-se dependente dos pais ou tornar-se independente dos mesmos; a perda da bissexualidade infantil em que se deve assumir um único sexo. A adolescência é um tempo que envolve o luto em função da perda do corpo, da identidade e do papel infantil, além de exigir a renúncia dos pais idealizados da infância. Todas essas perdas vivenciadas pelo adolescente o predispõem a experiências depressivas e a comportamentos atuadores que podem se expressar em uma tentativa de suicídio.

Cassorla (2004) ressalta que não existe uma teoria que possa explicar todos os casos e situações em que aparecem os comportamentos suicidas, sendo estes a expressão de múltiplos fatores em interação em um caso específico. O comportamento suicida aparece como resultante de aspectos constitucionais, da história de desenvolvimento, de circunstâncias sociais e de fantasias próprias sobre a morte e a pós-vida. O suicida é ambivalente entre o desejo de viver e de morrer, vivenciando intenso conflito. O resultado de sua tentativa de autodestruição dependerá da intensidade de cada um desses desejos e de aspectos mais circunstanciais e fortuitos como o método utilizado para perpetrar a tentativa e a possibilidade de ser socorrido. O suicida busca livrar-se do seu

sofrimento e, em suas fantasias, revela: desejos de uma nova vida, de fundir-se com objetos perdidos, de encontrar-se com Deus, fantasias de vingança e de autopunição, ou um pedido de ajuda. As fantasias acima, permeadas por uma morte inimaginável, costumam ocorrer quando existe um sofrimento sentido como terrível, tanto emocionalmente como fisicamente. Uma doença grave, insuportável em suas dores ou na auto-imagem pode constituir-se em um precipitador. Diminuir o sofrimento físico e mental possibilita uma vida criativa, quando o fantasma da finitude deixa de ser negado.

Nogueira (1997) desenvolve um trabalho em que focaliza o sofrimento narcísico como aspecto central na problemática do suicídio. Esse é entendido como “um pesar que é do Eu toda vez que, tendo de si a imagem ideal estilhada, vê-se deslocado ao lugar do desmerecimento e ou do desprezo” (p. 18). A clínica do suicídio para essa autora descobre o sujeito “gravemente ferido no amor de si mesmo” (p. 28). Nogueira enfatiza que o narcisismo dá-se na intersubjetividade: “Narcisa-se o sujeito a partir de fora, do olhar do outro, digamos e essa exterioridade é correlata da alienação do Eu que se torna cativo do ideal que emana do outro” (p. 59). A reconstrução da história do sujeito é apontada por Nogueira como a estratégia para buscar a compreensão do sentido inconsciente que guarda o ato suicida. O suicídio para essa autora revela o narcisismo em colapso e o Eu do sujeito em seus fundamentos. O sentido de “que se reveste o suicídio, tendo sido construído na história da existência desse sujeito, está inscrito na estrutura que o constitui enquanto sujeito psíquico, um ser pulsional”. (p. 264)

Prieto (2002) propõe como aspecto fundamental no entendimento da crise suicida o sofrimento narcísico, entendido como conflitos de auto-imagem, e as relações de objeto. Os estudos de caso de pessoas que tentaram suicídio revelaram sujeitos com uma percepção desqualificada de si mesmos, expressa por sentimentos de inferioridade,

desmerecimento e auto-estima rebaixada. Tal sofrimento também é precipitado em personalidades marcadas por intensas fantasias de grandiosidade quando vivenciam situações em que essas fantasias são ameaçadas e questionadas, provocando sentimentos de humilhação e derrota, desencadeando fortes conflitos psíquicos. O sofrimento narcísico é compreendido como dificuldade do sujeito de experimentar amor pela representação de si em decorrência tanto de expectativas muito elevadas quanto por relações com o mundo que levam o sujeito a uma percepção desqualificada de si mesmo.

A revisão dos aspectos psicodinâmicos envolvidos na crise suicida aponta uma diversidade de fatores em interação entre si revelando uma condição de multideterminação. Mostra uma série de dimensões associadas à crise suicida, entre elas: as vivências depressivas; conflitos de natureza narcísica ressaltando a importância de uma avaliação da auto-imagem; presença de afetos de ódio e raiva que são deslocados sobre si mesmo; estados afetivos de desespero e ansiedade, entre outros.

“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 (score 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)

III – RESULTADOS E COMENTÁRIOS PRELIMINARES

O presente capítulo trata dos resultados do estudo sobre os indicadores de risco e de proteção para suicídio. Inicialmente, os aspectos demográficos da amostra são apresentados e discutidos. Em seguida, o índice de consistência interna de cada escala é apontado. Posteriormente, as correlações entre as escalas de avaliação de risco e proteção são exibidas em tabelas. O último passo é a testagem de diversos modelos parciais para predição da variância da variável dependente - pertencimento ou não ao grupo com risco de suicídio. Os modelos parciais são simplificados em um último modelo com o maior índice de predição da variável dependente a partir de um menor número de variáveis preditoras.

III. 1. ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

O presente estudo teve 458 sujeitos que responderam aos instrumentos de forma completa. O grupo foi composto por 89 homens (19,6%) e 365 mulheres (80,4%). A idade mínima nessa amostra é 16 anos e a máxima, 78 anos. A mediana é 37 anos; a média, 38,4 anos, com desvio padrão de 10 anos. Observa-se uma concentração das idades entre 25 e 49 anos, com 72,2% dos sujeitos nesse intervalo, conforme pode ser observado na Figura 3.1.

A distribuição da escolaridade dos sujeitos da amostra revela uma curva bimodal com maior concentração dos participantes com primeiro grau incompleto ou segundo grau completo, cada um desses grupos representando quase um terço da amostra (32,2% e 32,0%, respectivamente), seguidos pelo grupo com primeiro grau completo com quase um quarto da amostra (24,4%). Uma minoria não tem escolaridade e apenas 8,3% dos sujeitos possui curso superior completo. A distribuição da escolaridade pode ser observada na

Figura 3.2.

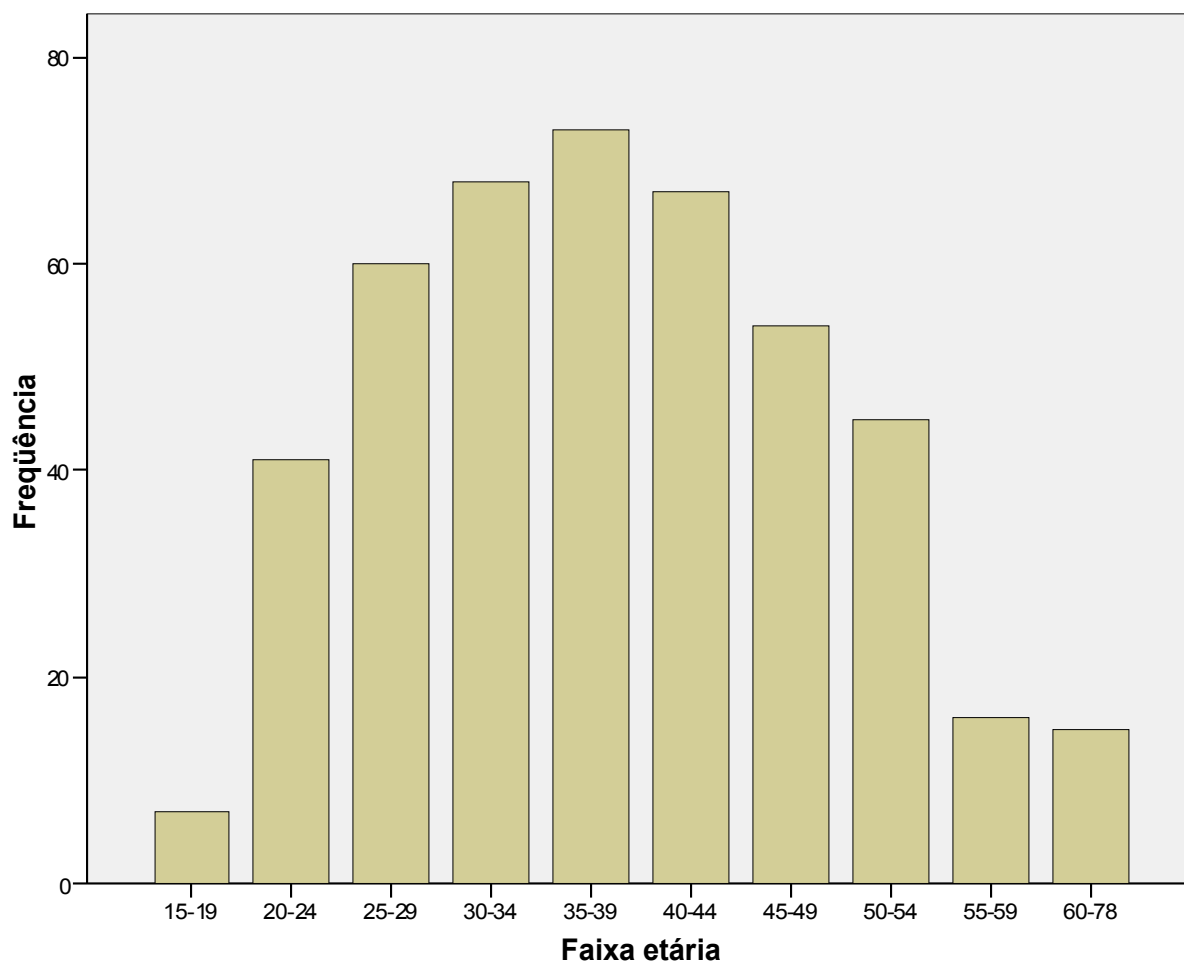
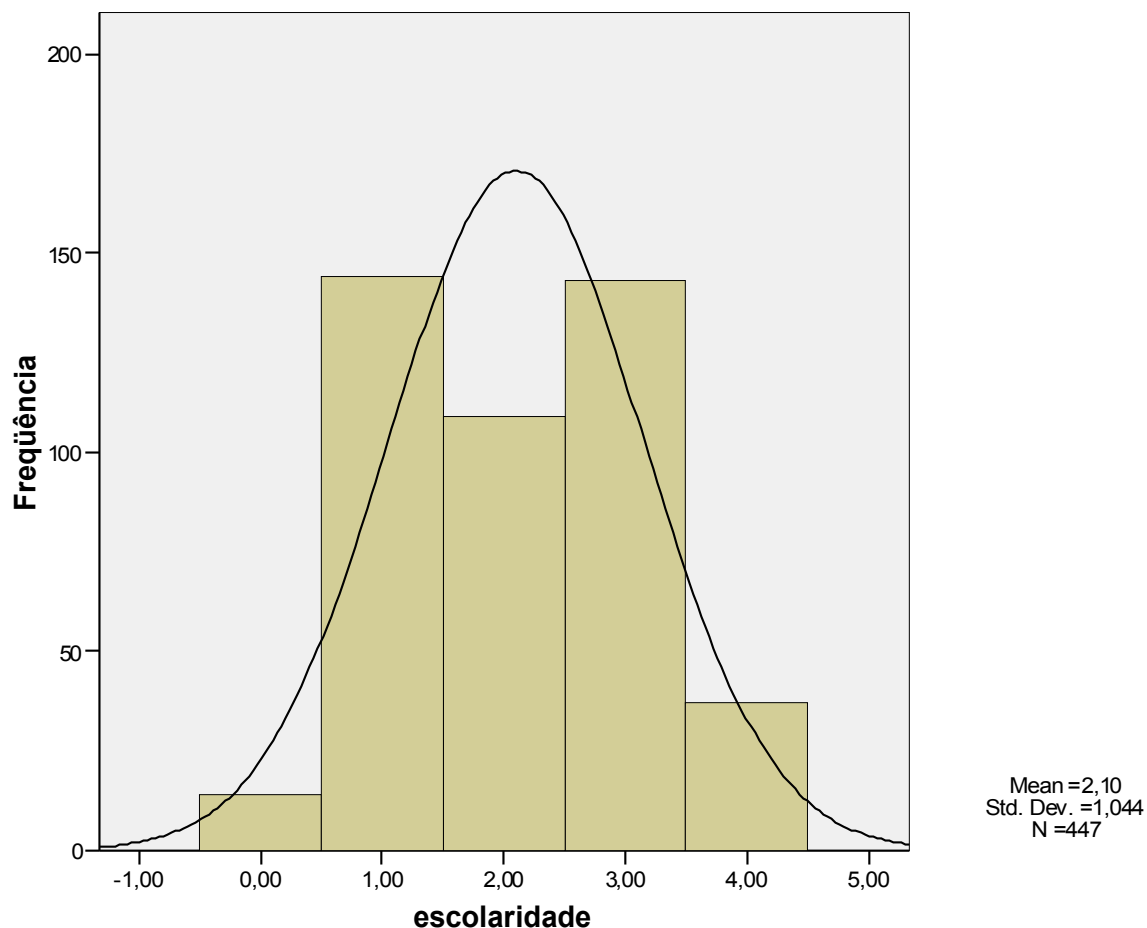
Figura 3.1 – Distribuição da amostra por faixa etária

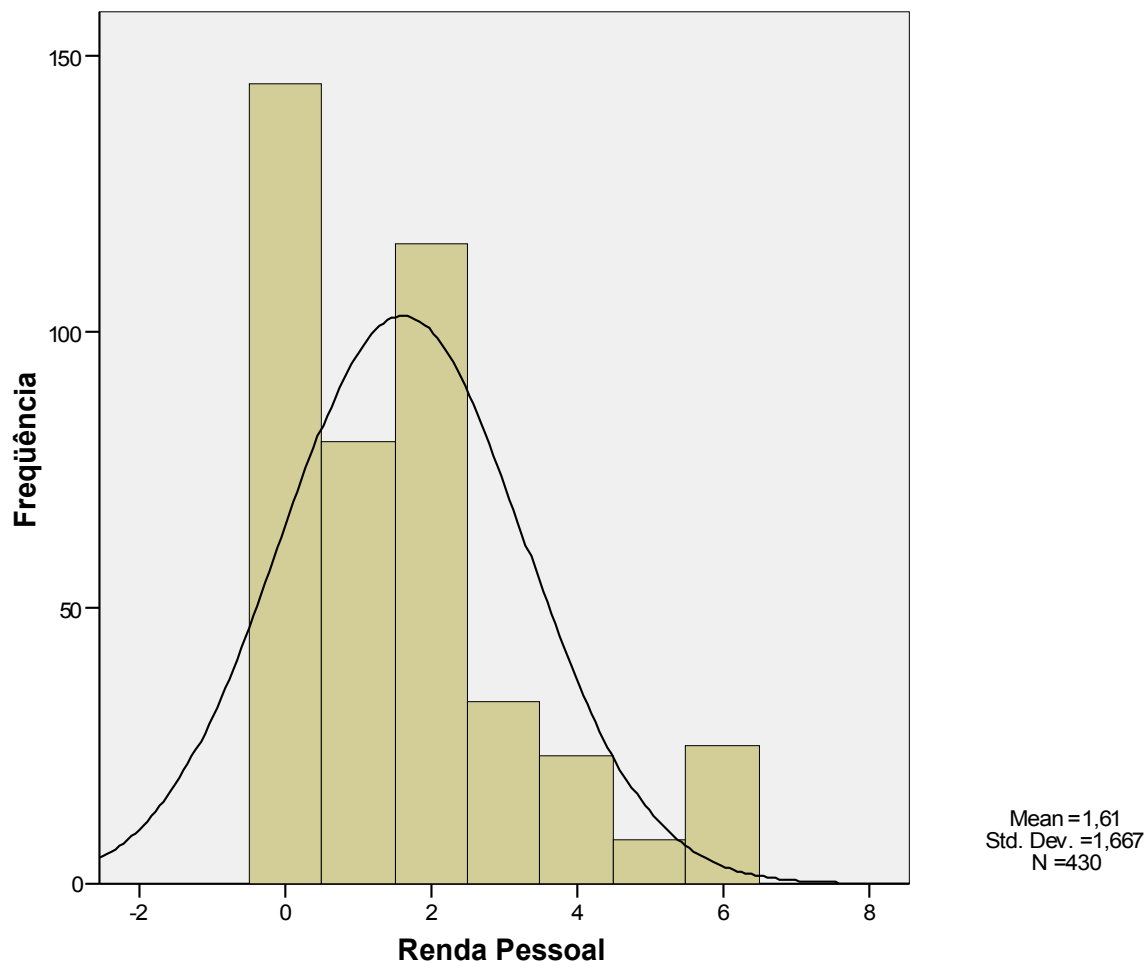
Figura 3.2 - Distribuição da escolaridade.

Níveis de Escolaridade
0 – Sem escolaridade
1 – Ensino fundamental incompleto
2 – Ensino fundamental completo
3 – Ensino médio completo
4 – Ensino superior

Observa-se na amostra um predomínio de pessoas casadas ou vivendo com o companheiro (50,7%, n= 227), seguido de solteiros (29,7%, n= 133), separados e divorciados (16,5%, n= 74) e uma minoria de viúvos (3,1%, n= 14). No que se refere à renda pessoal, observa-se na amostra que quase 80% tem renda inferior ao valor correspondente a dois salários mínimos à época da avaliação. Declara-se sem qualquer

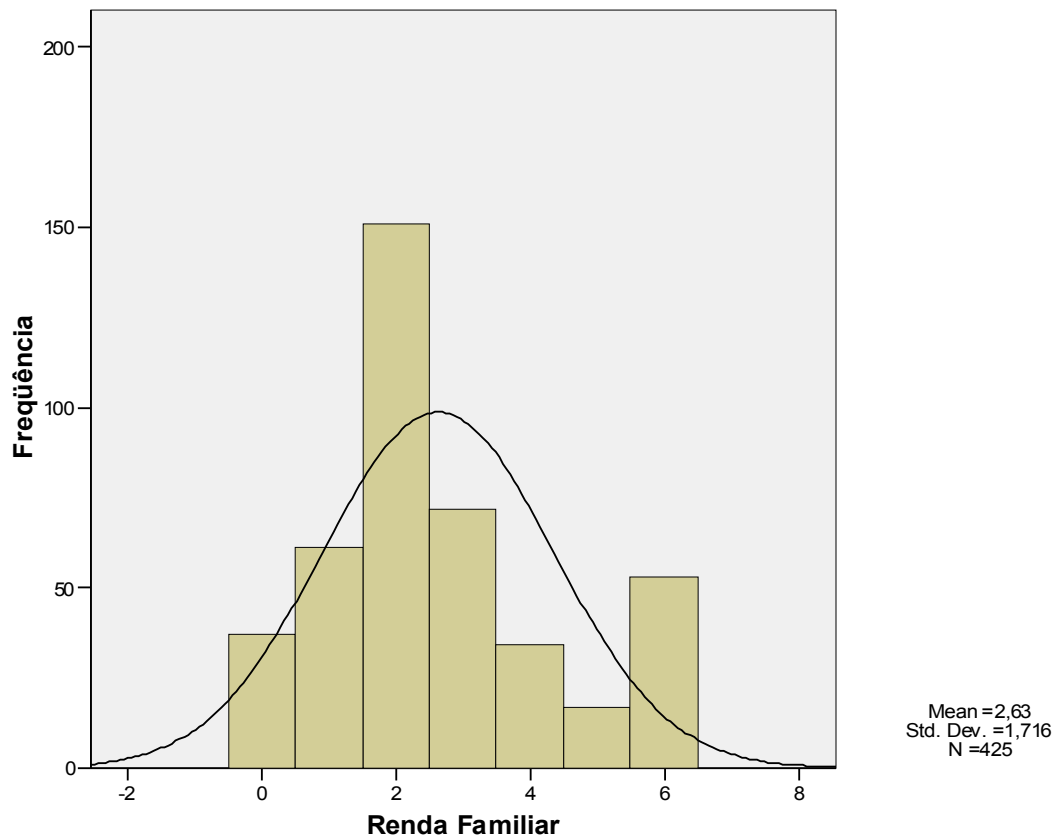
rendimento 33,7% dos sujeitos. A distribuição dos sujeitos no que se refere à renda pessoal está apresentada na Figura 3.3. A renda familiar das pessoas avaliadas apresenta uma distribuição em que 58,6% dos sujeitos contam com até dois salários mínimos. A distribuição dos sujeitos no que se refere à renda familiar está apresentada na Figura 3.4.

Figura 3.3 - Distribuição da renda pessoal em salários mínimos.



Faixas de Renda	Porcentagem válida	Porcentagem Acumulada
0 - Sem renda	33,7	33,7
1 - Menos 360,00*	18,6	52,3
2 - 360,01 a 720,00	27,0	79,3
3 - 720,01 a 1080,00	7,7	87,0
4 - 1080,01 a 1440,00	5,3	92,3
5 - 1440,01 a 1800,00	1,9	94,2
6 - Acima de 1800,01	5,8	100,0

* Valor do salário mínimo na época da coleta de dados.

Figura 3.4 - Distribuição da renda familiar em salários mínimos.

Valor em reais	Porcentagem válida	Porcentagem acumulada
0 - Sem renda	8,7	8,7
1 - Menos 360,00	14,4	23,1
2- 360,01 - 720,00	35,5	58,6
3 - 720,01 - 1080,00	16,9	75,5
4 - 1080,01 - 1440,00	8,0	83,5
5 - 1440,01 - 1800,00	4,0	87,5
6 - Acima de 1800,01	12,5	100,0

Os dados sobre a renda pessoal e familiar possibilitam caracterizar a presente amostra como composta predominantemente por pessoas provenientes de classes populares, o que, provavelmente, leva-as a procurar tratamento de saúde mental em serviços públicos.

III. 2. CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

Procedeu-se ao cálculo do *Alpha de Cronbach* das escalas de risco e de proteção para suicídio. Detectou-se um alfa de 0,91 para a escala *Positive and Negative Suicide Ideation* (PANSI) e o índice de 0,93 e 0,82 para as sub-escalas Ideação Negativa e Ideação Positiva, respectivamente. A escala *Suicide Resiliense Inventory* (SRI-25) apresentou uma consistência interna de 0,91 para a escala total. As sub-escalas do SRI revelaram um alfa de 0,89 para Estabilidade Emocional e 0,85 para as outras duas sub-escalas - Proteção Interna e Proteção Externa. 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. Todas as escalas de risco e de proteção para suicídio mostraram valores de *alfa* elevados denotando bons índices de fidedignidade, o que é um requisito para a validade das mesmas.

Tabela 3.1 - Valores dos Alfas das Escalas de Risco e Proteção.

Escalas	Número de Itens	Valor do Alfa
PANSI Total	14	0,91
PANSI - Ideação Negativa	8	0,93
PANSI - Ideação Positiva	6	0,82
SRI Total	25	0,91
SRI – Estabilidade Emocional	8	0,89
SRI – Proteção Externa	9	0,85
SRI – Proteção Interna	8	0,85
SBQR	4	0,77

A escala *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT) apresentou um alfa de 0,92 na escala total. As sub-escalas do CAT revelaram uma consistência interna de: 0,84 para Negligência Emocional/Ambiente Emocional Negativo; 0,72 para Abuso Sexual e 0,57 para Abuso Físico. Conclui-se que a escala total apresenta um índice de consistência interna mais alto e esse decresce nas sub-escalas considerando a seqüência Negligência

Emocional/Ambiente Emocional Negativo, Abuso Sexual e Abuso Físico. Esse resultado é afetado pela diferença dos números de itens das escalas, em que o maior número contribui para a consistência interna da escala, o que reflete em alfas mais altos.

Tabela 3.2 valores dos Alfas da Escala *Child Abuse and Trauma Scale*.

Escalas	Número de Itens	Valor do Alfa
CAT Total	38	0,92
CAT – Negligência Emocional	14	0,84
CAT – Abuso Físico	6	0,57
CAT – Abuso Sexual	6	0,72
EVES – Eventos Estressores	18	0,69

Procedeu-se ao cálculo do *Alpha de Cronbach* das escalas do MMPI-2. Obtiveram-se valores entre 0,69 e 0,90, o que caracteriza, na maioria dessas escalas, bons índices de consistência interna. Esses valores de alfa contribuem para a validação das escalas do MMPI ao denotar bom nível de fidedignidade.

Tabela 3.3. Valores dos Alfas das Escalas do MMPI-2.

Escalas do MMPI	Número de Itens	Valor do Alfa
Depressão	42	0,90
Depressão e Ideação Suicida	32	0,88
Ansiedade	29	0,80
Estado Agudo de Ansiedade	19	0,77
Ansiedade e Tensão	12	0,69
Preocupações com a Saúde	45	0,86
Obsessividade	18	0,79
Dificuldades ligadas ao Trabalho	35	0,85
Relações Familiares	32	0,82
Reação Negativa ao Tratamento	28	0,83
Desconforto Social	27	0,87
Dificuldades de Controle da Raiva	22	0,86
Ideação Paranóide	19	0,84
Confusão Mental	13	0,78
Idéias Bizarras	27	0,88
Crenças Desviantes	17	0,82
Pens. e Experiências Desviantes	15	0,82

III. 3. CORRELAÇÕES DE PRIMEIRA ORDEM

As correlações entre as variáveis que avaliam diretamente risco e proteção ao suicídio foram testadas e são apresentadas na tabela abaixo. Excetuando as correlações entre itens ou sub-escalas de uma mesma escala, observou-se a mais alta correlação entre a sub-escala Ideação Negativa, que avalia ideação suicida nas duas últimas semanas, e a escala SBQR, que avalia comportamento suicida ($r = 0,72$). Os itens do SBQR se correlacionam mais com a sub-escala Ideação Negativa do que com a sub-escala Ideação Positiva, sinalizando que Ideação Negativa é conceitualmente mais próxima do SBQR, ambos avaliam indicadores de risco de suicídio.

O SRI tem correlações consistentemente negativas em relação ao SBQR e Ideação Negativa, confirmando-se como escala de fatores protetivos. Observa-se uma alta correlação entre as sub-escalas Ideação Positiva, do PANSI, e Proteção Interna, do SRI-25 ($r = 0,71$), ambas constituem-se em indicadores de proteção ao suicídio. Proteção Interna é a sub-escala do SRI que apresenta as correlações mais altas com o PANSI (Total, Negativo e Positivo), sugerindo aproximação conceitual entre essas. As sub-escalas Proteção Interna e Estabilidade Emocional mostraram maiores correlações com o SBQR do que Proteção Externa, variável que avalia percepção de apoio na rede social/familiar. As variáveis Proteções Interna e Estabilidade Emocional revelam-se dessa forma mais importantes como indicadores protetivos do que Proteção Externa.

Tabela. 3.4 - Correlações entre as escalas de risco e proteção ao suicídio.

	PANSI Ideação Negativa	PANSI Ideação Positiva	PANSI Total	SRI Estabilidade Emocional	SRI Proteção Externa	SRI Proteção Interna	SRI total
PANSI - Ideação Positiva	-,457						
PANSI - Total	,912	-,781					
SRI - Estabilidade Emocional	-,456	,330	-,472				
SRI - Proteção Externa	-,311	,379	-,393	,512			
SRI - Proteção Interna	-,518	,706	-,689	,429	,456		
SRI Total	-,534	,587	-,645	,808	,817	,782	
SBQR Item 01 Atuação Suicida	,542	-,319	,527	-,309	-,241	-,373	-,383
SBQR Item 02 Frequência da Ideação	,673	-,395	,655	-,405	-,271	-,447	-,467
SBQR Item 03 Comunicação Suicida	,360	-,194	,342	-,223	-,075 (*)	-,185	-,201
SBQR - Item 04 Risco Futuro	,649	-,386	,633	-,432	-,254	-,433	-,466
SBOR Total	,724	-,424	,703	-,446	-,283	-,476	-,501

As correlações são significativas ao nível de 0.01.

*A correlação não é significativa.

As correlações entre as variáveis que avaliam diretamente risco e proteção ao suicídio e a escala de avaliação de estressores na infância e adolescência (CAT) e questionário de Eventos Estressores (EVES) são modestas. As sub-escalas do CAT e o CAT Total obtiveram as maiores correlações com o PANSI Total e com a sub-escala Ideação Negativa, seguidos do SBQR e do SRI Proteção Interna. Negligência Emocional/Ambiente Emocional Negativo tem a correlação mais alta com o PANSI Total ($r = 0,39$), variável que avalia Ideação Suicida, e com o SBQR ($r = 0,35$), que avalia comportamento suicida.

Observa-se que as variáveis Abuso Físico e Abuso Sexual estão mais correlacionadas com Negligência Emocional ($r = 0,51$ e $0,41$, respectivamente), sub-escala do mesmo instrumento. O escore total no questionário sobre eventos estressores apresenta correlações moderadas com as sub-escalas de abuso ($0,33$ com ambas) e com Negligência Emocional ($0,43$), revelando uma correlação de $0,48$ com a escala total. A escala *Child Abuse and Trauma Scale* como um todo visa avaliar percepção de negligência e abuso na infância do sujeito. Os valores das correlações estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 3. 5 - Correlações entre as Escalas de Avaliação de estressores na infância e adolescência (CAT) e no último ano (EV) e as Escalas de Avaliação de Risco e Proteção (SBQR, PANSI e SRI).

	CAT Negligência Emocional	CAT Abuso Físico	CAT Abuso Sexual	CAT Total	Eventos Estressores
CAT - Abuso Físico	,514				
CAT - Abuso Sexual	,416	,281			
CAT - Total	,926	,706	,547		
EVES - Eventos Estressores	,429	,348	,332	,475	
SRI - Estabilidade Emocional	-,097(*)	-,119(*)	-,186	-,137	-,109(*)
SRI - Proteção Externa	-,257	-,239	-,165	-,298	-,273
SRI - Proteção Interna	-,372	-,234	-,251	-,382	-,302
SRI - Total	-,301	-,245	-,250	-,339	-,284
PANSI - Ideação Negativa	,379	,226	,225	,379	,265
PANSI - Ideação Positiva	-,261	-,207	-,168	-,288	-,272
PANSI Total	,386	,254	,236	,399	,311
SBQR - Risco de Suicídio	,353	,215	,201	,353	,275

(*) As correlações são significativas até 0,05; outras correlações são significativas até 0,01

Observam-se correlações significativas entre as escalas de avaliação de risco e proteção e as escalas do MMPI-2. A Escala de Conteúdo *Depressão* do MMPI-2 e a escala de itens críticos de *Depressão e Ideação Suicida* de Koss-Butcher revelaram as mais altas correlações com as escalas de avaliação de risco e de proteção ao suicídio (SBQR, PANSI e SRI-25). Tais escalas avaliam, respectivamente, indicadores de depressão e depressão e ideação suicida. Observam-se as mais elevadas correlações da Escala *Depressão* com as sub-escalas Proteção Interna do SRI-25 ($r = -0,67$), Ideação Negativa ($r = 0,62$), Ideação Positiva ($r = -0,61$) e SBQR ($r = 0,54$). Correlações elevadas também são encontradas entre as escalas de Itens Críticos de *Depressão e Ideação Suicida* de Koss-Butcher e as sub-escalas Proteção Interna do SRI-25 ($r = -0,67$), Ideação Negativa ($r = 0,63$), Ideação Positiva ($r = -0,60$) e SBQR ($r = 0,57$). Proteção Externa e Estabilidade Emocional produziram as menores correlações com as escalas do MMPI-2. As demais correlações, que podem ser conferidas na Tabela 3.6, são moderadas.

Tabela 3.6 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 e as Escalas de Avaliação de Risco e Proteção (SBQR, PANSI e SRI).

MMPI-2	SBQR	PANSI Negativo	PANSI Positivo	SRI Proteção Interna	SRI Estabilidade Emocional	SRI Proteção Externa
Depressão	,541	,621	-,611	-,673	-,352	-,380
Depressão Ideação Suicida	,574	,632	-,602	-,667	-,354	-,384
Ansiedade	,390	,423	-,442	-,494	-,193	-,260
Estado Agudo de Ansiedade	,443	,466	-,402	-,504	-,252	-,286
Ansiedade e Tensão	,407	,441	-,395	-,485	-,273	-,259
Preocupações com Saúde	,292	,293	-,280	-,356	-,179	-,210
Problemas no Trabalho	,377	,436	-,489	-,509	-,250	-,295
Desconforto Social	,316	,331	-,413	-,455	-,192	-,225
Relações Familiares	,308	,376	-,372	-,457	-,220	-,438
Reação Negativa ao Tratamento	,419	,456	-,517	-,533	-,304	-,312
Dificuld. de Controle da Raiva	,422	,453	-,292	-,357	-,265	-,214
Ideação Paranóide	,316	,365	-,277	-,322	-,301	-,337
Confusão Mental	,408	,452	-,381	-,409	-,303	-,259
Idéias Bizarras	,372	,429	-,299	-,346	-,377	-,285
Pensam. e Exper. Desviantes	,356	,387	-,264	-,309	-,350	-,230
Crenças Desviantes	,270	,340	-,235	-,280	-,293	-,302

As correlações são significativas até 0,01.

Observam-se elevadas correlações entre as sub-escalas do MMPI-2 de indicadores de depressão e ansiedade. A Escala de Conteúdo *Depressão* e a Escala de Itens Críticos de *Depressão e Ideação Suicida* de Koss-Butcher revelaram as mais altas correlações entre si ($r = 0,96$). A escala de *Depressão* é composta por 42 itens e a escala *Depressão e Ideação Suicida* é composta por 32 itens, compartilham entre si 24 itens e ambas avaliam indicadores de depressão. A média ponderada dos itens é 0,62 na Escala *Depressão* e, 0,61 na Escala *Depressão e Ideação Suicida* na presente amostra, significando, respectivamente, 62% e 61% de anuência ou concordância com o sentido patológico dos itens. Isso denota que, em média, pouco mais de 60% das pessoas da amostra endossam os itens no sentido patológico dessas duas escalas.

As correlações entre as três escalas que avaliam diretamente o conceito de ansiedade

- Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Ansiedade e Tensão - são muito altas (valores entre 0,81 e 0,84), em parte por compartilharem itens, em parte, pela coerência conceitual entre elas. A Escala Ansiedade, composta por 29 itens, compartilha 8 itens com a Escala Estado Agudo de Ansiedade, formada por 19 itens. A escala Estado Agudo de Ansiedade compartilha 7 itens com a Escala Ansiedade e Tensão, composta por 12 itens. Esta última compartilha 6 itens com a Escala Estado Agudo de Ansiedade.

A Escala Obsessividade também apresenta correlações elevadas com as escalas que avaliam depressão (0,71 e 0,72) e as três escalas que avaliam ansiedade em geral (0,61 a 0,72). A Escala de Preocupações com a Saúde apresenta as menores correlações com as outras escalas que avaliam indicadores de depressão e ansiedade (valores entre 0,42 e 0,69). As altas correlações entre as escalas que avaliam indicadores de depressão e ansiedade podem ser explicadas em parte por compartilharem muitos itens entre si. Contudo, também sugerem alta comorbidade entre indicadores de depressão e ansiedade na presente amostra. As diversas correlações podem ser visualizadas na Tabela 3.7.

Tabela 3.7 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 que avaliam indicadores de depressão e ansiedade.

	Depressão	Depressão e Ideação Suicida	Ansiedade	Estado Agudo de Ansiedade	Ansiedade e Tensão	Obsessividade
Depressão e Ideação Suicida	,961					
Ansiedade	,781	,791				
Estado Agudo de Ansiedade	,720	,707	,807			
Ansiedade e Tensão	,707	,694	,835	,825		
Obsessividade	,721	,709	,723	,605	,660	
Preocupações com a saúde	,502	,496	,583	,689	,561	,415

As correlações são significativas até 0,01.

As correlações entre as escalas do MMPI-2 de indicadores de qualidade dos relacionamentos são moderadas: variam entre 0,37 e 0,82. A correlação mais elevada

ocorre entre as escalas Reação Negativa ao Tratamento e Dificuldades ligadas ao Trabalho ($r = 0,82$). Essas escalas compartilham entre si apenas 4 itens e são compostas, respectivamente, por 28 e 35 itens. Portanto, a alta correlação entre essas duas escalas não pode ser explicada apenas pelo número de itens compartilhados, o que sugere que os fenômenos avaliados por esses indicadores são muito relacionados. As demais correlações entre as escalas que avaliam indicadores de relacionamento podem ser visualizadas na tabela 3.8.

Tabela 3.8 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 que avaliam indicadores de relacionamento.

	Dificuldades ligadas ao trabalho	Desconforto Social	Relações Familiares	Reação Negativa ao Tratamento
Desconforto Social	,604			
Relações Familiares	,568	,367		
Reação Negativa ao Tratamento	,817	,604	,556	
Dificuldade de Controle da Raiva	,594	,376	,589	,541

As correlações são significativas até 0,01.

As correlações entre as escalas do MMPI-2 de indicadores psicóticos são elevadas e variam entre 0,58 e 0,93. As correlações mais elevadas ocorrem entre as escalas Ideação Paranóide e Crenças Desviantes ($r = 0,93$) e entre as escalas Idéias Bizaras e Pensamentos e Experiências Desviantes ($r = 0,90$). Essas duas últimas são formadas por 27 e 15 itens, respectivamente, e compartilham 11 itens. Portanto, a escala Pensamentos e Experiências Desviantes é praticamente uma sub-escala de Idéias Bizaras. Ideação Paranóide e Crenças Desviantes são compostas por 19 e 17 itens, respectivamente, e compartilham 13 itens. Dessa forma, as altas correlações entre essas escalas podem ser explicadas pelo elevado número de itens compartilhados. As diversas correlações entre as escalas que avaliam indicadores psicóticos podem ser visualizadas na Tabela 3.9.

Tabela 3.9 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 que avaliam indicadores psicóticos.

	Ideação Paranoíde [19]	Confusão Mental [13]	Idéias Bizarras [27]	Pensamentos e Experiências Desviantes [15]
Confusão Mental	,601 (0)			
Idéias Bizarras	,741 (6)	,835 (6)		
Pensamentos e Experiências Desviantes	,572 (0)	,816 (6)	,901 (11)	
Crenças Desviantes [17]	,925 (13)	,577 (0)	,771 (9)	,563 (0)

As correlações são significativas até 0,01.

Entre colchetes estão o número de itens da escala.

Entre parênteses estão o número de itens compartilhados.

Todas as escalas de indicadores psicóticos se referem ao mesmo constructo. Contudo, o elevado grau de intersecção entre essas, representado pelo compartilhamento de muitos itens, prejudica a interpretação do significado das mesmas. Tavares e Prieto (2007) realizaram uma Análise Fatorial para melhor qualificar o significado dos itens das escalas psicóticas e de seus agrupamentos e avaliar como os mesmos se organizam empiricamente. Utilizou-se o método extração dos eixos principais com rotação Varimax e normalização Kaiser. Três fatores com itens exclusivos foram extraídos: o Fator 1 - Alucinações - composto por 20 itens referem-se à presença de alucinações auditivas, visuais e olfativas; o Fator 2 – Persecutoriedade – composto por 13 itens investiga a presença de delírios persecutórios e idéias de referência; o Fator 3 – Idiossincrasias – composto por 14 itens é menos específico e avalia idiossincrasias e alguns indicadores de desorientação, desrealização e estranhamento. Um exemplo dos itens que compõe o Fator Alucinações é: *“Vejo coisas, animais ou pessoas à minha volta que os outros não vêem”*. O Fator Persecutoriedade pode ser exemplificado pelo item: *“Existem pessoas tentando roubar meus pensamentos e idéias”*. O Fator 3 que recebeu o nome de Idiossincrasias apresenta itens como: *“Freqüentemente, sinto como se as coisas não fossem reais”* e *“Tenho*

pensamentos estranhos e incomuns”. Os valores do *Alpha de Cronbach* dessas escalas derivadas das escalas originais de indicadores psicóticos variam de 0,79 a 0,86, denotando bons níveis de consistência interna, conforme se pode visualizar na Tabela 3.10.

Tabela 3.10. Valores dos Alfas das escalas derivadas de indicadores psicóticos – Alucinações, Persecutoriedade e Idiossincrasias.

Escalas derivadas	Número de Itens	Valor do Alfa
Alucinações	20	0,86
Persecutoriedade	13	0,81
Idiossincrasias	14	0,79

Calculou-se a correlação entre as escalas originais do MMPI-2 com os fatores derivados da Análise Fatorial. Obtiveram-se altas correlações entre o fator Alucinações e as escalas Idéias Bizarras (0,96) e Pensamentos e Experiências Desviantes (0,91). Esses três avaliam indicadores de alucinações. A escala Persecutoriedade mostrou maior correlação com a escala Ideação Paranóide (0,96) e com Crenças Desviantes (0,94), ambas avaliam delírios paranóides e idéias de referência. A escala Idiossincrasias revelou maior correlação com a escala Confusão Mental (0,85). Estas duas escalas avaliam indicadores de desorientação, sensação de estranheza e desrealização. Os valores das diversas correlações podem ser visualizados na Tabela a seguir.

Tabela 3.11 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 que avaliam indicadores psicóticos e os fatores das escalas de indicadores psicóticos.

	Ideação Paranóide	Confusão Mental	Idéias Bizarras	Pensamentos e Experiências Desviantes	Crenças Desviantes
Fator1 - Alucinações	,632	,794	,957	,911	,672
Fator2 - Persecutoriedade	,955	,507	,673	,480	,936
Fator3 – Idiossincrasias	,658	,846	,697	,665	,539

As correlações são significativas até 0,01.

As correlações entre os três fatores de indicadores psicóticos do MMPI são moderadas, sendo mais elevada entre a escala Alucinações e Idiossincrasias (0,59). Estas correlações representam relações reais do fenômeno, pois estes fatores não compartilham itens.

Tabela 3.12 – Correlações entre as Escalas derivadas dos indicadores psicóticos do MMPI - Alucinações, Persecutoriedade e Idiossincrasias.

	Fator 1 - Alucinações	Fator 2 - Persecutoriedade
Fator2 - Persecutoriedade	,547	
Fator3 – Idiossincrasias	,590	,499

As correlações são predominantemente moderadas entre as escalas do MMPI-2 de indicadores depressivos e ansiosos e os indicadores de relacionamentos, variando entre 0,36 e 0,82. As correlações mais elevadas ocorrem entre as escalas *Depressão* e *Reação Negativa ao Tratamento* ($r = 0,82$) e *Depressão* e *Dificuldades ligadas ao Trabalho* ($r = 0,79$). As altas correlações são surpreendentes, considerando a diferença conceitual dessas escalas e o fato de que compartilham poucos itens – *Depressão* não compartilha itens com *Dificuldades ligadas ao Trabalho* e tem 5 itens em comum com *Reação Negativa ao Tratamento*. As altas correlações entre as escalas de indicadores depressivos e ansiosos e as escalas *Reação Negativa ao Tratamento* e *Dificuldades ligadas ao Trabalho* sugerem que as vivências depressivas e ansiosas podem estar fomentando dificuldades de relacionamento que se expressam no trabalho e nas relações de ajuda. As diversas correlações entre as escalas do MMPI-2 de indicadores depressivos e ansiosos e os indicadores de relacionamentos podem ser visualizadas na Tabela 3.13.

Tabela 3.13 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 de indicadores de depressão e ansiedade e de indicadores de relacionamento.

	Dificuldades ligadas ao trabalho	Desconforto Social	Relações Familiares	Reação Negativa ao Tratamento	Dificuldade de Controle da Raiva
Depressão	,789	,595	,615	,822	,627
Depressão e Ideação Suicida	,770	,581	,592	,788	,619
Ansiedade	,763	,512	,572	,697	,650
Estado Agudo de Ansiedade	,674	,495	,502	,601	,604
Ansiedade e Tensão	,734	,517	,507	,652	,620
Obsessividade	,779	,455	,551	,746	,610
Preocupações com a Saúde	,458	,358	,381	,425	,430

As correlações são significativas até 0,01.

As correlações são moderadas entre as escalas do MMPI-2 de indicadores depressivos e ansiosos e os indicadores psicóticos, variando entre 0,36 e 0,69. As correlações mais elevadas ocorrem entre as escalas de indicadores de depressão e ansiedade e a escala de indicadores psicóticos Confusão Mental, sendo que os valores variam entre 0,50 a 0,69. As diversas correlações entre as escalas de indicadores de depressão e ansiedade e as escalas de indicadores psicóticos podem ser visualizadas na tabela 3.14.

Tabela 3.14 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 de indicadores de depressão e ansiedade e de indicadores psicóticos.

	Ideação Paranóide	Confusão Mental	Idéias Bizarras	Crenças Desviantes	Pensamentos e Experiências Desviantes
Depressão	,548	,689	,583	,531	,485
Depressão e Ideação Suicida	,530	,668	,565	,517	,461
Ansiedade	,515	,655	,505	,480	,439
Estado Agudo de Ansiedade	,466	,626	,510	,492	,424
Ansiedade e Tensão	,524	,672	,536	,519	,471
Obsessividade	,572	,699	,630	,598	,522
Preocupação com a Saúde	,369	,501	,415	,422	,358

As correlações são significativas até 0,01.

As correlações são moderadas entre as escalas do MMPI-2 de indicadores depressivos e ansiosos e os fatores das escalas de indicadores psicóticos, variando entre 0,31 e 0,76. As

correlações mais elevadas ocorrem entre as escalas de indicadores de depressão e ansiedade e a escala de Idiosincrasias, com valores variando entre 0,52 a 0,76. Esse dado é compreensível tendo em vista que a escala de Idiosincrasias apresenta itens menos específicos de quadros psicóticos como sensação de desrealização, dificuldade de concentração e sensação de estranhamento. As diversas correlações entre as escalas de indicadores de depressão e ansiedade e as os fatores ou escalas derivadas de indicadores psicóticos podem ser visualizadas na tabela a seguir.

Tabela 3.15 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 que avaliam indicadores depressivos e ansiosos e os fatores das escalas de indicadores psicóticos.

	Depressão	Depressão e Ideação Suicida	Ansiedade	Estado Agudo de Ansiedade	Ansiedade e Tensão	Obsessividade	Preocupações com a Saúde
Fator1 - Alucinações	,503	,485	,415	,452	,466	,552	,383
Fator2 - Persecutoriedade	,447	,423	,417	,382	,426	,496	,308
Fator3 – Idiosincrasias	,751	,739	,761	,665	,733	,734	,522

As correlações são significativas ao nível de 0,01.

As correlações são predominantemente moderadas entre as escalas do MMPI-2 de indicadores de relacionamento e os indicadores psicóticos, variando entre 0,28 e 0,67. As correlações mais elevadas ocorrem entre as escalas de Dificuldades ligadas ao Trabalho e a escala Confusão Mental ($r = 0,67$). Esse dado sugere que parte das dificuldades ligadas ao trabalho podem estar associadas a vivências avaliadas pela sub-escala Confusão Mental, como dificuldades de concentração, sensação de desrealização e de estranheza. As diversas correlações ente as escalas de indicadores de relacionamento e de indicadores psicóticos podem ser visualizadas na tabela 3.16.

Tabela 3.16 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 de indicadores de relacionamento e indicadores psicóticos.

	Ideação Paranóide	Confusão Mental	Idéias Bizarrias	Pensamentos e Experiências Desviantes	Crenças Desviantes
Dificuldades ligadas ao Trabalho	,583	,674	,563	,491	,519
Desconforto Social	,350	,439	,371	,358	,278
Relações Familiares	,611	,517	,531	,454	,540
Reação Negativa ao Tratamento	,563	,655	,601	,534	,517
Dificuldades de Controle da Raiva	,519	,536	,522	,482	,461

As correlações são significativas até 0,01.

As correlações são predominantemente moderadas entre as escalas do MMPI-2 de indicadores de relacionamento e os fatores das escalas de indicadores psicóticos, com valores variando entre 0,25 e 0,77. As correlações mais elevadas ocorrem entre as escalas de Dificuldades ligadas ao Trabalho e a escala Idiossincrasias ($r = 0,77$). Esse dado pode ser explicado pelo elevado número de itens na escala de Idiossincrasias associado à dificuldade de manter a atenção concentrada, característica que dificulta o desempenho laboral. As diversas correlações entre as escalas de indicadores de relacionamento e os fatores ou escalas derivadas de indicadores psicóticos podem ser visualizadas na Tabela 3.17.

Tabela 3.17 – Correlações entre as Escalas do MMPI – 2 que avaliam indicadores de relacionamento e os fatores das escalas de indicadores psicóticos.

	Dificuldades ligadas ao trabalho	Desconforto Social	Relações Familiares	Reação Negativa ao Tratamento	Dificuldade de Controle da Raiva
Fator 1 - Alucinações	,468	,348	,442	,520	,470
Fator 2 - Persecutoriedade	,490	,249	,565	,460	,430
Fator 3 – Idiossincrasias	,768	,503	,581	,722	,610

A correlação é significativa ao nível de 0.01.

Enumerando em ordem decrescente de índice de correlação com o SBQR, temos a seguinte lista de indicadores: Ideação Negativa ($r = 0,72$), PANSI Total ($r = 0,70$),

Depressão e Ideação Suicida ($r = 0,57$), Depressão ($r = 0,54$), SRI Total ($r = - 0,50$), Proteção Interna ($r = - 0,48$), Estabilidade Emocional ($r = - 0,45$), Estado Agudo de Ansiedade ($r = 0,44$), Dificuldade de Controle da Raiva ($r = 0,42$), Reação Negativa ao Tratamento ($r = 0,42$), Ideação Positiva ($r = - 0,42$), Confusão Mental ($r = 0,41$), Ansiedade e Tensão ($r = 0,41$), Fator 3 – Idiosincrasias ($0,40$), Obsessividade ($r = 0,40$), Ansiedade ($r = 0,39$), Dificuldades ligadas ao Trabalho ($r = 0,38$), Idéias Bizarras ($r = 0,37$), Pensamentos e Experiências Desviantes ($r = 0,36$), Negligência Emocional ($r = 0,35$), CAT Total ($r = 0,35$), Fator 1 – Alucinações ($r = 0,35$), Idéias Paranóides ($r = 0,32$), Desconforto Social ($r = 0,32$), Relações Familiares ($r = 0,31$), Preocupações com a Saúde ($r = 0,29$), Proteção Externa ($r = - 0,28$), Eventos Estressores ($r = 0,28$), Crenças Desviantes ($r = 0,27$), Fator 2 – Persecutoriedade ($r = 0,26$), Abuso Físico ($r = 0,22$) e Abuso Sexual ($r = 0,20$). Essa lista informa a ordem decrescente de correlação de cada indicador com o indicador de risco de suicídio. É possível verificar que a ideação suicida, avaliada pela sub-escala do PANSI Ideação Negativa, aparece com a correlação mais elevada com a variável risco de suicídio nessa população, seguido pelos indicadores de estados depressivos, representados pelas duas escalas do MMPI-2 que avaliam depressão, e pelos indicadores de resiliência avaliados pelas escalas Proteção Interna e Estabilidade Emocional do SRI.

III. 4. DEFINIÇÃO DA VARIÁVEL CRITÉRIO

A variável critério para os modelos de Regressão Logística nesse trabalho foi definida como pertencimento ou não ao grupo com maiores escores no SBQR. O ponto de corte definido foi o escore no SBQR um desvio padrão acima da média, ou seja, igual ou maior que 14. Esse 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. O número de pessoas que compõe o grupo de risco é 97, considerando o critério igual ou maior que 14 no SBQR, sendo que 361 sujeitos estão fora de risco.

Diferentes agrupamentos de variáveis foram utilizados com o objetivo de encontrar os melhores modelos para explicar a variável critério a partir das variáveis preditoras de risco e de proteção para suicídio, além dos indicadores psicológicos de psicopatologia e da qualidade dos relacionamentos.

III. 5. REGRESSÃO LOGÍSTICA: VARIÁVEIS DE RISCO E PROTEÇÃO E EVENTOS ESTRESSORES

A regressão logística foi utilizada como recurso estatístico para prever pertencimento ou não ao grupo com risco de suicídio. Vários modelos parciais são examinados até a definição de um modelo final com a maior explicação possível da variância da variável dependente com um menor número de variáveis preditoras. Os modelos de regressão logística são construídos a partir de conjuntos de variáveis que apresentam proximidade conceitual, por exemplo, escalas que avaliam risco e proteção ao suicídio. Inicialmente, são testadas diversas variáveis do mesmo agrupamento conceitual e aquelas que não se mostram preditivas são retiradas do modelo. As variáveis preditivas são novamente testadas para definir o modelo final daquele agrupamento. Posteriormente, as variáveis que se mostraram significativas em cada subgrupo são testadas em conjunto para definir o modelo final, mantendo-se apenas as variáveis que se mostraram preditivas. Dessa forma, uma série de modelos parciais é testada no presente trabalho até que seja possível definir um modelo final que explique a variância da variável critério, pertencimento ou não ao grupo com risco de suicídio, com menor número de variáveis.

III. 5.0. MODELO ZERO

O modelo zero representa a predição de pertencimento aos grupos com ou sem risco de suicídio apenas a partir da constante. Esse modelo possibilita prever 100% das pessoas sem risco, mas se mostra impróprio para prever pertencimento ao grupo de risco com uma porcentagem de acertos igual a 0%. Tal modelo apresenta um total de acertos de 78,8% e o valor da constante é -1,314 (valor do B). Contudo, o modelo zero aponta que todas as pessoas estão fora de risco, o que decorre do fato de que a maioria das pessoas não apresenta risco de suicídio. Dessa forma, esse modelo mostra-se inadequado para prever o grupo de pessoas com risco de suicídio. É importante ressaltar que uma das metas é diminuir ao máximo os falsos negativos nos modelos, mantendo aceitável a proporção total de acertos, buscando uma explicação maior possível da variância da variável dependente.

III.5.1 – MODELO COM AS ESCALAS QUE AVALIAM RISCO E PROTEÇÃO - PANSI E SRI-25

Testou-se um modelo composto pelos os escores totais nas escalas PANSI e SRI-25. Tal modelo foi escolhido por haver uma expectativa de que essas sejam as escalas com maior valor preditivo, tendo em vista que se propõem a avaliar diretamente risco e proteção ao suicídio, portanto, mantém uma maior proximidade conceitual com a variável critério pertencimento ou não ao grupo com risco de suicídio. Esse modelo explica cerca de 49,0% da variância do risco, segundo o índice de R^2 de *Nagelkerke*, e prediz corretamente 59,8% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 58$), do que decorrem 40,2% de falsos negativos ($n = 39$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 94,7% dos casos ($n = 342$). A porcentagem total é 87,3% de acertos ($n = 400$). Contudo, apenas a variável PANSI Total mostra índice de significância adequado (valor igual ou menor que 0,10).

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	299,283(a)	,316	,490

Tabela 3. 18. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de risco de suicídio a partir das variáveis PANSI Total e SRI Total

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
PANSI Total	,138	,017	62,889	1	,000	1,148
SRI Total	-,009	,007	1,708	1	,191	,991
Constante	-5,624	1,169	23,139	1	,000	,004

Um modelo apenas com os escores totais da escala PANSI explica cerca de 48,6% da variância do risco de suicídio e prediz corretamente 56,7% dos sujeitos em risco de suicídio (n= 55), do que decorre 43,3% de falsos negativos (n = 42). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,0% dos casos em tal modelo (n = 343). A porcentagem total é 86,9% de acertos (n = 398).

Sumário do Modelo 1

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	300,984(a)	,313	,486

Tabela 3. 19. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de risco de suicídio a partir da variável PANSI Total.

Modelo 1	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
PANSI Total	,150	,015	99,029	1	,000	1,162
Constante	-6,954	,627	122,921	1	,000	,001

Em seguida, testou-se o modelo com as sub-escalas do PANSI (Ideação Negativa e Ideação Positiva) e da sub-escalas SRI-25 (Estabilidade Emocional, Proteção Externa e Proteção Interna) com o objetivo de avaliar a contribuições de cada uma das sub-escalas. Observou-se que as variáveis Ideação Negativa, Ideação Positiva e Estabilidade Emocional mostraram-se significativas para explicar pertencimento ao grupo de risco. Este modelo explica cerca de 53,1% da variância do risco, segundo o índice de R^2 de *Nagelkerke*, prediz

corretamente 62,9% dos sujeitos em risco de suicídio (n= 61), do que decorrem 37,1% de falsos negativos (n = 36). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,0% dos casos (n = 343). A porcentagem total é 88,2% de acertos (n = 404). As variáveis Proteção Externa e Proteção Interna não revelaram bons índices de significância nesse modelo, o que sugere que suas variâncias já haviam sido explicadas pelas outras variáveis. Proteção Interna é a variável do SRI que apresentou maior correlação com SBQR (- 0,48) e com as subescalas do PANSI (Ideação Negativa, 052 e Ideação Positiva, 0,71). Em decorrência, é provável que as escalas do PANSI expliquem a mesma variância da escala Proteção Interna, o que acaba deixando esta variável fora do modelo.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	281,376(a)	,342	,531

Tabela 3. 20. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de risco de suicídio a partir das variáveis Ideação Negativa, Ideação Positiva, Estabilidade Emocional, Proteção Externa e Proteção Interna.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ideação Negativa	,170	,022	62,167	1	,000	1,185
Ideação Positiva	-,079	,039	4,131	1	,042	,924
Estabilidade Emocional	-,061	,018	11,690	1	,001	,941
Proteção Externa	,010	,018	,289	1	,591	1,010
Proteção Interna	,017	,021	,673	1	,412	1,017
Constante	-1,984	,931	4,546	1	,033	,138

Procedeu-se ao processamento do modelo explicativo do risco e da proteção para suicídio apenas com as variáveis que mostraram bons níveis de significância no modelo anterior, a saber: Ideação Negativa, Ideação Positiva e Estabilidade Emocional. O modelo com esses três indicadores permite explicar 52,8% da variância do risco de suicídio e prediz corretamente 61,9% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 60), do que decorrem 38,1% de

falsos negativos (n= 37). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,3% dos casos (n = 344). A porcentagem total é 88,2% de acertos (n = 404). Dessa forma, o presente modelo mostra-se melhor do que o que utiliza somente o PANSI Total, pois este último prediz corretamente um percentual menor dos sujeitos em risco (59,8%).

Sumário do Modelo 2

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	282,503(a)	,340	,528

Tabela 3.21. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de risco de suicídio a partir das variáveis Ideação Negativa, Ideação Positiva e Estabilidade Emocional.

Modelo 2	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ideação Negativa	,165	,021	63,875	1	,000	1,180
Ideação Positiva	-,056	,032	3,081	1	,079	,945
Estabilidade Emocional	-,054	,016	11,531	1	,001	,948
Constante	-1,715	,887	3,737	1	,053	,180

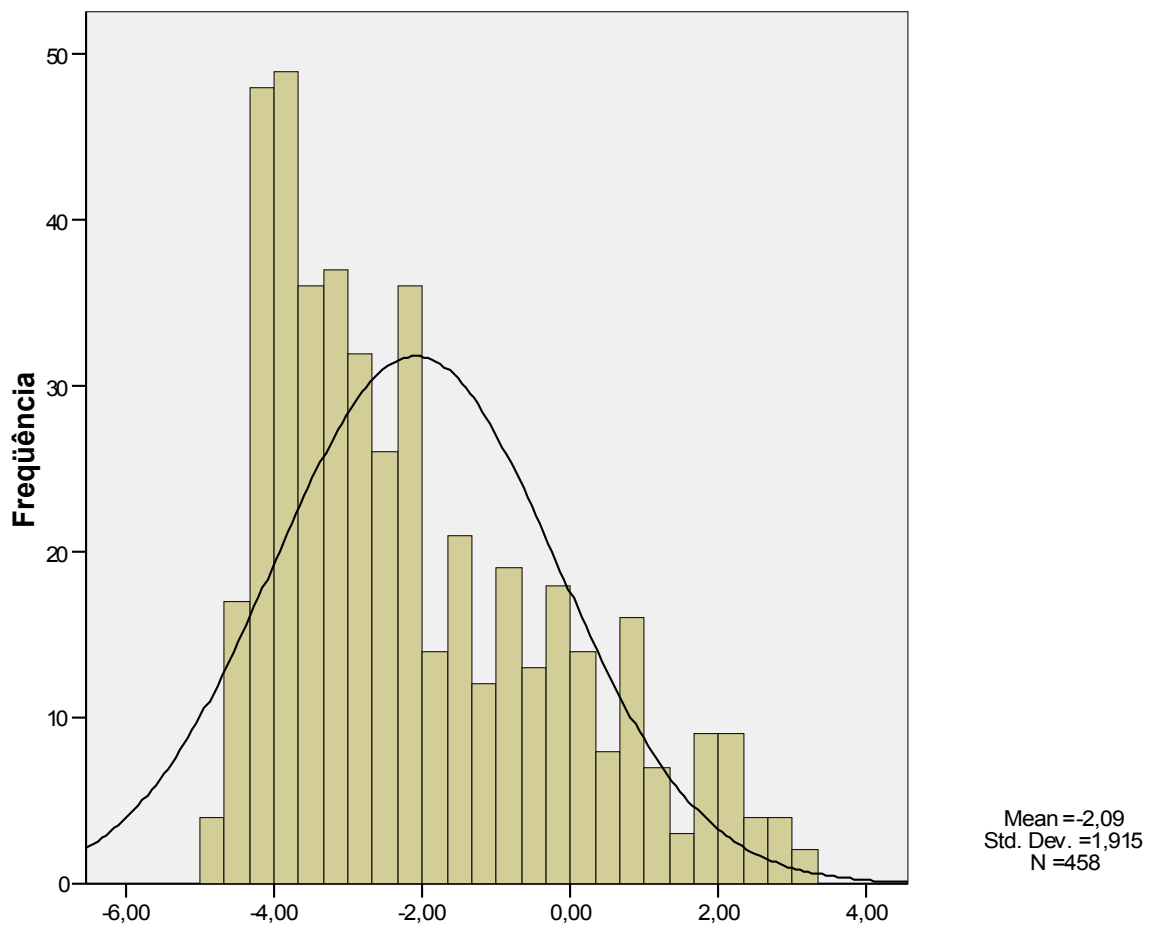
O presente modelo pode ser representado pela equação a seguir, utilizando-se o índice B da constante e das três variáveis do modelo. Essa fórmula possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir das variáveis predictoras que a compõe. Os sinais positivo e negativo do índice B significam, respectivamente, que a variável contribui aumentando ou diminuindo o risco.

$$\begin{aligned} \log (p/p-1) = & -1,715 + \\ & + 0,165.Ideação Negativa - \\ & - 0,056.Ideação Positiva - \\ & - 0,054.Estabilidade Emocional. \end{aligned}$$

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo com Ideação Negativa, Ideação

Positiva e Estabilidade Emocional. O valores negativos no eixo das coordenadas representa a probabilidade de pertencimento ao grupo sem risco e os positivos a probabilidade de pertencimento ao grupo de risco. O valor zero no eixo das coordenadas representa a probabilidade igual a 50% de pertencer a um ou ao outro grupo.

Figura 3.5 – Distribuição do risco de suicídio no modelo com as variáveis predictoras Ideação Negativa, Ideação Positiva e Estabilidade Emocional.



III.5.2 – MODELO COM INDICADORES PROTETIVOS

Calculou-se um modelo para prever risco de suicídio considerando apenas as variáveis protetivas, a saber, Ideação Positiva do PANSI e as sub-escalas do SRI, Estabilidade Emocional, Proteção Externa, Proteção Interna. Tal modelo explica 30,6% da variância do risco de suicídio, prediz corretamente 38,1% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 37$), do que decorrem 61,9% de falsos negativos ($n = 60$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 94,7% dos casos ($n = 342$) e a porcentagem total de acertos é 82,8% ($n = 379$). Apenas a variável Proteção Externa não contribuiu de forma significativa para o modelo.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	365,060(a)	,210	,326

Tabela 3. 22. Modelo de Regressão Logística para Indicadores Protetivos para Suicídio a partir das variáveis Ideação Positiva, Estabilidade Emocional, Proteção Externa e Proteção Interna.

Modelo	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ideação Positiva	-,107	,033	10,359	1	,001	,898
Estabilidade Emocional	-,078	,014	29,811	1	,000	,925
Proteção Externa	,012	,015	,670	1	,413	1,012
Proteção Interna	-,031	,017	3,238	1	,072	,969
Constante	3,670	,575	40,778	1	,000	39,271

Procedeu-se a um novo cálculo apenas com os indicadores protetivos que mostraram índices de significância adequados, a saber: Ideação Positiva, Estabilidade Emocional, Proteção Interna. Obteve-se uma explicação de 32,4 % da variância do risco suicida. O modelo prediz corretamente 37,1% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 36$), do que decorrem 62,9% de falsos negativos ($n = 61$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 94,7% dos casos ($n = 342$) e a porcentagem total de acertos é 82,5% ($n = 378$). Comparado com o modelo composto pelas variáveis que avaliam risco e proteção

para suicídio esse apenas com indicadores protetivos explica um percentual menor da variância da variável critério e apresenta um percentual maior de falsos negativos. Dessa forma, um modelo para prever risco de suicídio composto apenas por indicadores protetivos explica uma parcela mais modesta da variância da variável critério, do que decorre um maior número de falsos negativos.

Sumário do Modelo 3

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	365,739(a)	,209	,324

Tabela 3. 23 - Modelo de Regressão Logística para Indicadores Protetivos para Suicídio a partir das variáveis Ideação Positiva, Estabilidade Emocional e Proteção Interna.

Modelo 3	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ideação Positiva	-,103	,033	9,873	1	,002	,902
Estabilidade Emocional	-,073	,013	32,245	1	,000	,929
Proteção Interna	-,029	,017	2,908	1	,088	,971
Constante	3,756	,566	43,989	1	,000	42,787

O presente modelo pode ser representado pela equação a seguir. Essa fórmula possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir das variáveis predictoras que a compõe.

$$\log(p/p-1) = 3.756 -$$

$$- 0.103* \text{Ideação Positiva} -$$

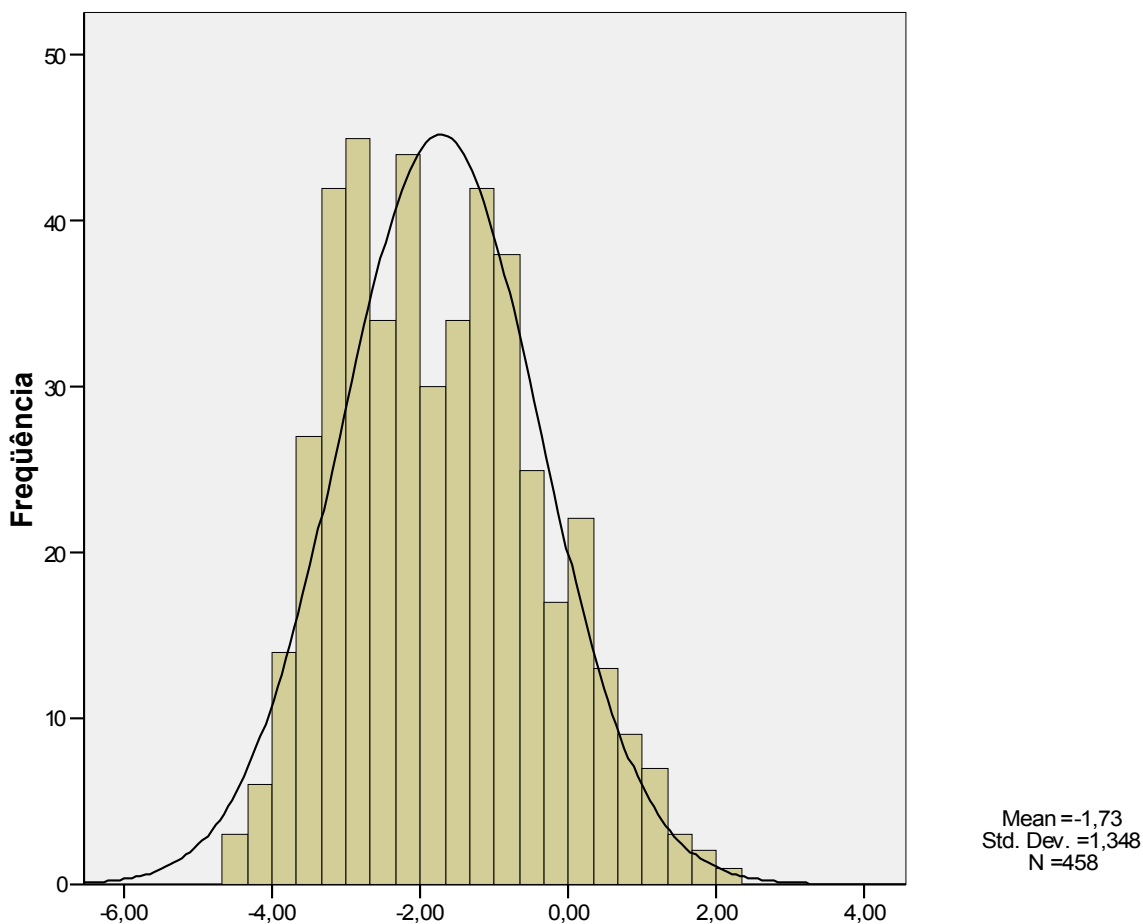
$$- 0.073 * \text{Estabilidade Emocional} -$$

$$- 0.029*\text{Proteção Interna}.$$

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo com Ideação Positiva, Estabilidade

Emocional e Proteção Interna.

Figura 3.6 - Distribuição do risco de suicídio a partir das variáveis protetivas Ideação Positiva, Estabilidade Emocional e Proteção Interna.



O modelo 1, formado pelas escalas de risco e proteção, o Modelo 2, composto pelas sub-escalas das variáveis de risco e proteção, e o Modelo 3, constituído pelas sub-escalas de proteção, apresentam uma proporção total de acertos muito semelhante: 86,9%; 88,2% e 82,8%, respectivamente. No entanto, há diferenças importantes na variância explicada do pertencimento ao grupo de risco e na proporção de falsos negativos, a saber, respectivamente: 48,6% e 43,3% com as escalas de risco e proteção; 52,8% e 38,1% com as sub-escalas de risco e proteção; 37,1% e 62,9% com as sub-escalas de proteção. Entende-

se, portanto, que entre esses modelos, o melhor é o das sub-escalas de proteção e risco por maximizar a variância explicada (52,8%), minimizar a proporção de falsos negativos (38,1%) e apresentar melhor índice geral de acertos (88,2%).

III.5.3 – MODELO COM EVENTOS ESTRESSORES - CAT E EVES.

Procedeu-se ao cálculo de um modelo que possibilitasse estimar risco de suicídio a partir dos eventos estressores na infância e adolescência e estressores no último ano. As variáveis utilizadas na composição desse modelo foram Negligência Emocional, Abuso Físico e Sexual ocorridos na infância ou adolescência (CAT) e somatória de Eventos de Estressores presentes no último ano (EVES). Tal modelo possibilita a explicação de apenas 10,0% da variância do risco de suicídio, prediz corretamente 2,1% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 2$), do que decorrem 97,9% de falsos negativos ($n = 95$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 99,2% dos casos ($n = 358$). A porcentagem total de acertos é 78,6% ($n = 360$). As variáveis que contribuíram de forma significativa para o risco no presente modelo foram Negligência Emocional/Ambiente Emocional Negativo e Eventos Estressores.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	442,537(a)	,064	,100

Tabela 3. 24. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de Risco de Suicídio a partir das variáveis Negligência Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual e Eventos Estressores.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Negligência Emocional	,046	,013	13,516	1	,000	1,047
Abuso Físico	-,016	,031	,269	1	,604	,984
Abuso Sexual	,002	,033	,002	1	,961	1,002
Eventos Estressores	,048	,029	2,744	1	,098	1,049
Constante	-3,407	,466	53,417	1	,000	,033

Procedeu-se o cálculo de um novo modelo retirando-se as variáveis que mostraram índices de significância adequados, mantendo-se as variáveis: Negligência Emocional/Ambiente Emocional Negativo e Eventos Estressores. Tal modelo sobre estressores explica 9,9% da variância do risco de suicídio e prediz corretamente 5,2% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 5), do que decorrem 94,8% de falsos negativos (n = 92). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 99,2% dos casos (n = 358) e a porcentagem total de acertos é 79,3% (n = 363). Esses dados mostram que as variáveis Abuso Físico e Abuso Sexual não contribuíram para a explicação do risco de suicídio nessa população, talvez pelo pequeno número de itens das sub-escalas que avaliam esses indicadores (6 itens em cada escala). Contudo, o modelo com as variáveis predictoras Negligência Emocional e Eventos Estressores explica apenas uma pequena parcela da variância da variável critério (9,9%) e apresenta muitos falsos negativos, revelando-se um modelo com pouco poder preditivo.

Sumário do Modelo 4

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	442,806(a)	,064	,099

Tabela 3. 25. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de risco de suicídio a partir das variáveis Negligência Emocional e Eventos Estressores.

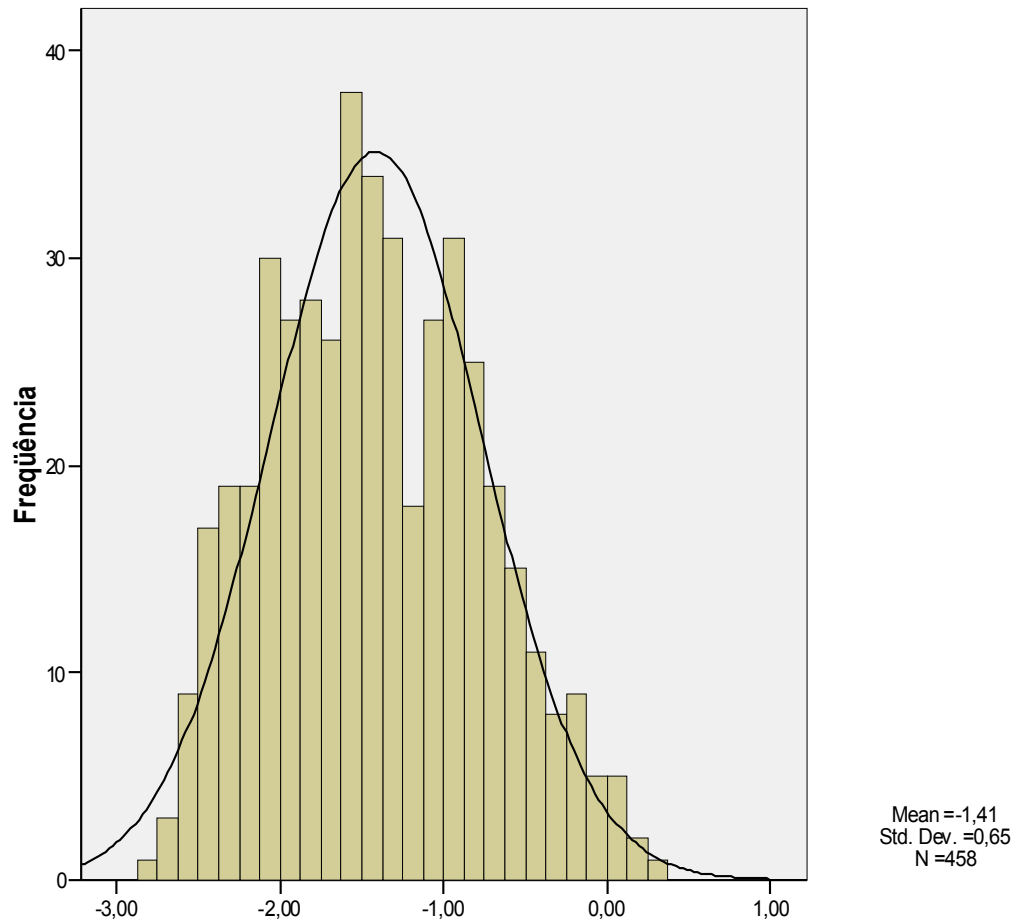
Modelo 4	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Negligência	,044	,011	16,119	1	,000	1,045
Eventos Estressores	,045	,028	2,633	1	,105	1,046
Constante	-3,462	,446	60,254	1	,000	,031

O modelo com as variáveis Negligência Emocional e Eventos Estressores pode ser representado pela equação a seguir. Tal fórmula possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir das variáveis preditoras que a compõe.

$$\begin{aligned} \log (p/p-1) = & -3.462 \\ & + 0.044 * \text{Negligência Emocional} \\ & + 0.045 * \text{Eventos Estressores.} \end{aligned}$$

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo com as variáveis Negligência Emocional e Eventos Estressores.

Figura 3.7 - Distribuição do risco de suicídio a partir do modelo com as variáveis preditoras Negligência Emocional e Eventos Estressores no último ano.



III. 6. REGRESSÃO LOGÍSTICA: VARIÁVEIS DO MMPI-2

As sub-escalas do MMPI-2 foram organizadas em três agrupamentos considerando o aspecto conceitual, a saber: depressão e ansiedade; relacionamentos e o espectro psicótico. As escalas indicadoras de depressão ou ansiedade são: Depressão, Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Ansiedade e Tensão, Obsessividade e Preocupações com a Saúde. 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.

III.6.1 – MODELO COM AS ESCALAS DE INDICADORES DEPRESSIVOS E ANSIOSOS NO MMPI-2

Procedeu-se inicialmente ao cálculo de um modelo preditivo para pertencimento ou não ao grupo de risco a partir das sub-escalas do MMPI-2 que avaliam indicadores de depressão ou ansiedade, como as escalas de conteúdo de 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. Tal modelo possibilita a explicação de 42,6% da variância do risco de suicídio e prediz corretamente 51,5% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 50), do que decorrem 48,5% de falsos negativos (n = 47). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,3% dos casos (n = 344) e a percentagem total de acertos é 86,0% (n = 394).

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	326,021(a)	,274	,426

Tabela 3. 26. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de Risco de Suicídio a partir das variáveis Depressão, Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Ansiedade e Tensão, Obsessividade, Preocupações com a saúde.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Depressão	-,110	,064	3,001	1	,083	,896
Depressão e Ideação Suicida	,466	,090	26,842	1	,000	1,594
Ansiedade	-,134	,063	4,495	1	,034	,874
Estado Agudo de Ansiedade	,156	,082	3,619	1	,057	1,169
Ansiedade e Tensão	,080	,113	,504	1	,478	1,083
Obsessividade	,030	,061	,237	1	,626	1,030
Preocupações com Saúde	-,023	,025	,852	1	,356	,978
Constante	-8,136	1,014	64,425	1	,000	,000

As variáveis Escala de Conteúdo de Depressão e escala de Itens Críticos de Depressão e Ideação Suicida têm uma correlação entre si superior a 90%, o que caracteriza a multicolinearidade entre esses indicadores. As exigências do método estatístico Regressão Logística, conforme proposto por Tabanichk e Fidel (2001), não aceita que duas variáveis com multicolinearidade sejam incluídas no mesmo modelo. Dessa forma, procedeu-se o cálculo de dois modelos distintos: um com a variável escala de conteúdo de Depressão e outro com a variável escala de Itens Críticos de Depressão e Ideação Suicida. O primeiro modelo explica 34,7% da variância e prediz corretamente 38,1% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 37$), do que decorrem 61,9% de falsos negativos ($n = 60$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 94,2% dos casos ($n = 340$) e a porcentagem total de acertos é 82,3% ($n = 377$).

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	357,219(a)	,223	,347

Tabela 3. 27. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de Risco de Suicídio a partir das variáveis Depressão, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Ansiedade e Tensão, Obsessividade e Preocupações com a Saúde.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Depressão	,182	,033	31,423	1	,000	1,200
Ansiedade	-,073	,058	1,572	1	,210	,930
Estado agudo de Ansiedade	,138	,078	3,167	1	,075	1,148
Ansiedade e Tensão	,037	,108	,119	1	,730	1,038
Obsessividade	,022	,058	,149	1	,699	1,023
Preocupações com a Saúde	-,013	,023	,340	1	,560	,987
Constante	-7,134	,908	61,717	1	,000	,001

O modelo com a variável Escala de Itens críticos de Depressão e Ideação Suicida explica 41,9% da variância da variável dependente, revelando, portanto, um valor mais elevado que o modelo que era composto pela escala de conteúdo Depressão. As variáveis que mostraram bons índices de significância nesse modelo foram Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade e Estado Agudo de Ansiedade. Tal modelo prediz corretamente 54,6% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 53$), do que decorrem 45,4% de falsos negativos ($n = 44$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,3% dos casos ($n = 344$) e a porcentagem total de acertos é 86,7% ($n = 397$).

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	329,087(a)	,270	,419

Tabela 3. 28 - Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de Risco de Suicídio a partir das variáveis Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Ansiedade e Tensão, Obsessividade, Preocupações com a Saúde.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Depressão e Ideação Suicida	,338	,048	49,949	1	,000	1,402
Ansiedade	-,128	,063	4,170	1	,041	,880
Estado agudo de Ansiedade	,135	,080	2,850	1	,091	1,145
Ansiedade e Tensão	,066	,112	,346	1	,557	1,068
Obsessividade	,009	,059	,024	1	,876	1,009
Preocupações com a Saúde	-,020	,024	,655	1	,418	,981
Constante	-8,045	1,001	64,538	1	,000	,000

Utilizando-se as duas variáveis de depressão, obtém-se a predição de 42,6% da variância do risco de suicídio. Excluindo-se a variável Depressão e Ideação Suicida, obtém-se 34,7% e excluindo a variável Depressão, obtém-se 41,9%. Portanto, o melhor modelo preditivo é aquele em que a variável Depressão e Ideação Suicida está presente. Dessa forma, esta variável foi escolhida em relação à outra (Depressão). Procedeu-se ao cálculo do modelo apenas com as variáveis que mostraram bons índices de significância: Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade e Estado Agudo de Ansiedade. Este explica 41,6% da variância da variável critério, prediz corretamente 52,6% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 51$), do que decorrem 47,4% de falsos negativos ($n = 46$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,8% dos casos ($n = 346$) e a porcentagem total de acertos é 86,7% ($n = 397$).

Sumário do Modelo 5

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	330,187(a)	,268	,416

Tabela 3. 29. Modelo de Regressão Logística para prever probabilidade de Risco de Suicídio a partir das variáveis Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade e Estado Agudo de Ansiedade.

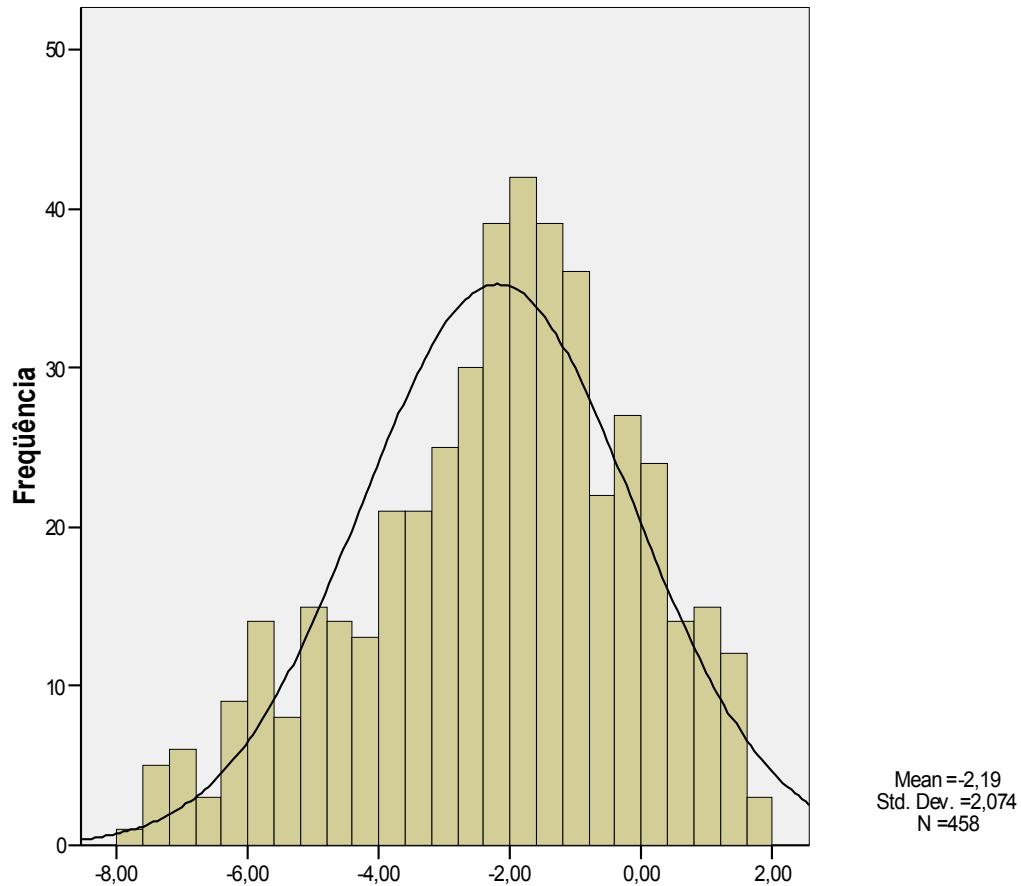
Modelo 5	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Depressão e Ideação Suicida	,339	,046	53,613	1	,000	1,403
Ansiedade	-,110	,053	4,391	1	,036	,896
Estado agudo de Ansiedade	,131	,067	3,836	1	,050	1,140
Constante	-8,237	,976	71,243	1	,000	,000

O presente modelo pode ser representado pela equação a seguir. Essa fórmula possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir das variáveis predictoras que a compõe.

$$\begin{aligned} \log (p/p-1) = & -8,237 + \\ & + 0,339. \text{ Depressão e Id. Suicida} - \\ & - 0,110. \text{ Ansiedade} + \\ & + 0,131. \text{ Estado Agudo de Ansiedade.} \end{aligned}$$

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo com Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade e Estado Agudo de Ansiedade.

Figura 3.8 - Distribuição do risco de suicídio a partir das variáveis Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade e Estado Agudo de Ansiedade.



III. 6.2 – MODELO COM INDICADORES DE QUALIDADE DOS RELACIONAMENTOS DO MMPI – 2

Calculou-se um modelo considerando as variáveis do MMPI – 2 que avaliam indicadores de qualidade dos relacionamentos interpessoais, a saber: Dificuldades ligadas ao Trabalho, Desconforto Social, Problemas Familiares, Dificuldade de controle da Raiva e Reação Negativa ao Tratamento. Tal modelo explicou 23,0% da variância da variável dependente, prediz corretamente 20,6% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 20$), do que decorrem 79,4% de falsos negativos ($n = 77$). Os sujeitos sem risco são preditos

corretamente em 96,1% (n = 347) dos casos e a porcentagem total de acertos é 80,1% (n = 367). Contudo, apenas as variáveis Reação Negativa ao Tratamento e Dificuldades de Controle da Raiva contribuíram de forma significativa para o modelo.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	399,687(a)	,148	,230

Tabela 3. 30. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio a partir das variáveis Dificuldades ligadas ao trabalho, Desconforto Social, Problemas Familiares, Reação Negativa ao Tratamento e Dificuldades de Controle da Raiva.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Dificuldades ligadas ao Trabalho	-,006	,038	0,22	1	,883	,994
Desconforto social	,039	,026	2,277	1	,131	1,040
Relações Familiares	,003	,029	,012	1	,912	1,003
Reação Negativa ao Tratamento	,105	,042	6,179	1	,013	1,111
Dificuldades de controle da Raiva	,131	,037	12,920	1	,000	1,141
Constante	-5,750	,700	67,510	1	,000	,003

Procedeu-se a um novo cálculo apenas com as variáveis que contribuíram de forma significativa para o modelo: Dificuldades de controle da Raiva e Reação Negativa ao Tratamento. Esse novo modelo explica 22,3% da variância da variável critério, prediz corretamente 18,6% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 18), do que decorrem 81,4% de falsos negativos (n = 79). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 96,4% dos casos (n = 348) e a porcentagem total de acertos é 79,9% (n = 366). Esse modelo possibilita destacar a importância de afetos de raiva, representado pela escala de Dificuldades de controle da Raiva, no risco de suicídio.

Sumário do Modelo 6

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	402,067(a)	,143	,223

Tabela 3. 31. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio a partir das variáveis Reação Negativa ao Tratamento e Dificuldades de controle da Raiva.

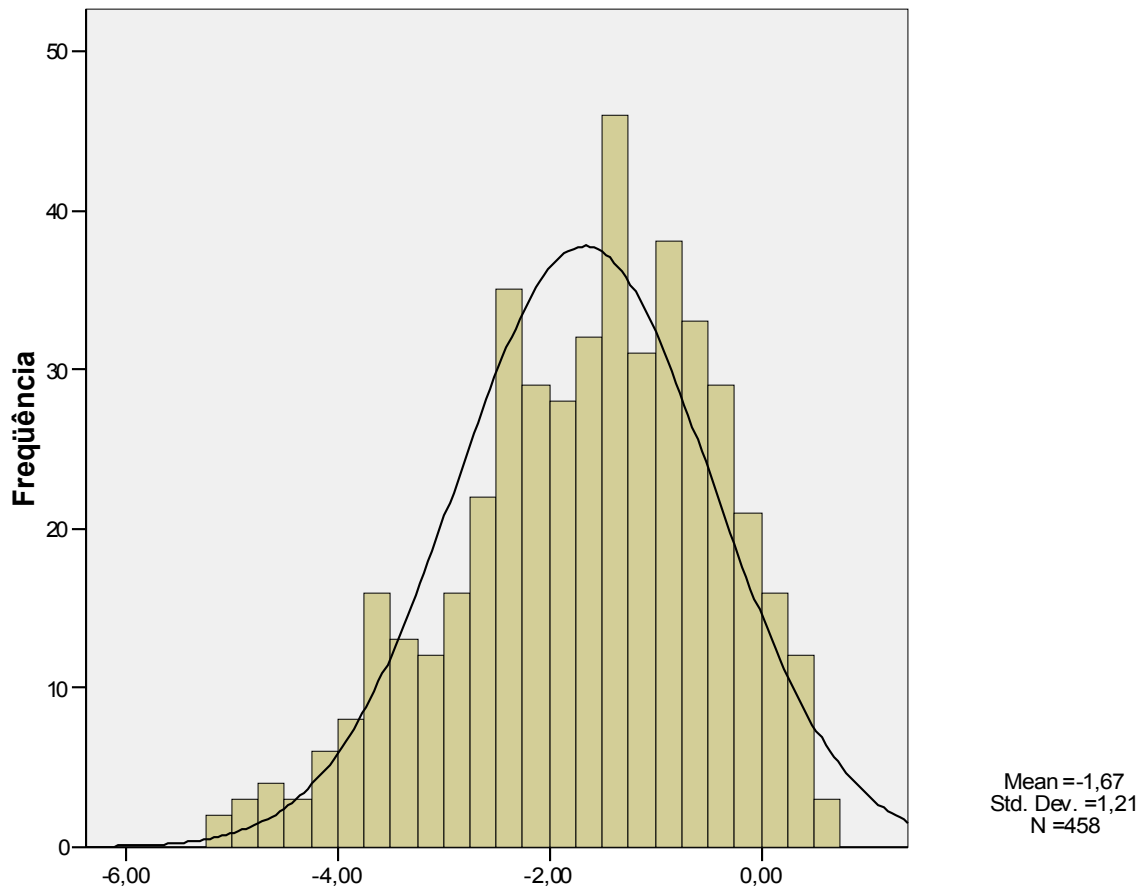
Modelo 6	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Reação Negativa ao Tratamento	,127	,031	17,004	1	,000	1,135
Dificuldades de controle da Raiva	,136	,033	16,825	1	,000	1,145
Constante	-5,573	,647	74,150	1	,000	,004

O presente modelo composto pelas variáveis Reação Negativa ao Tratamento e Dificuldades de Controle da Raiva pode ser representado pela equação a seguir. Essa fórmula possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir das variáveis preditoras que a compõe.

$$\begin{aligned} \log (p/p-1) = & -5,573 \\ & + 0,127.\text{Reação Negativa ao Tratamento} \\ & + 0,136.\text{Dificuldades de Controle da Raiva.} \end{aligned}$$

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo com as variáveis Reação Negativa ao Tratamento e Dificuldades de Controle da Raiva.

Figura 3.9 - Histograma representando a distribuição do risco de suicídio a partir das variáveis Reação Negativa ao Tratamento e Dificuldades de Controle da Raiva.



III.6.3 – MODELO COM INDICADORES PSICÓTICOS DO MMPI – 2

Calculou-se um modelo para prever risco de suicídio considerando as variáveis do MMPI – 2 que avaliam indicadores psicóticos, a saber: Ideação Paranóide, Confusão Mental, Idéias Bizarras, Pensamentos e Experiências Desviantes e Crenças Desviantes. Tal modelo explica 20,6% da variância da variável dependente, prediz corretamente apenas 17,5% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 17$), do que decorrem 82,5% de falsos negativos ($n = 80$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 97,5% dos casos (n

= 352) e a porcentagem total de acertos é 80,6% (n = 369). Apenas as variáveis Ideação Paranóide, Confusão Mental e Crenças Desviantes contribuíram de forma significativa para o modelo.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	407,801(a)	,133	,206

Tabela 3. 32 - Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio a partir das variáveis Ideação Paranóide, Confusão Mental, Idéias Bizarras, Pensamentos e Experiências Desviantes, Crenças Desviantes.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ideação Paranóide	,192	,082	5,530	1	,019	1,211
Confusão Mental	,276	,084	10,836	1	,001	1,318
Idéias Bizarras	-,023	,072	,106	1	,745	,977
Pensamentos e Experiências Desviantes	,046	,089	,265	1	,607	1,047
Crenças Desviantes	-,163	,101	2,578	1	,108	,850
Constante	-4,169	,477	76,508	1	,000	,015

As variáveis Ideação Paranóide e Crenças Desviantes apresentam elevada correlação entre si (acima de 90%), o que caracteriza a multicolinearidade. A correlação elevada é explicada em parte porque as escalas Ideação Paranóide e Crenças Desviantes, composta por 19 e 17 itens, respectivamente, compartilham muitos itens entre si (13). A multicolinearidade entre as variáveis impede que sejam usadas em um mesmo modelo de Regressão Logística. Portanto, calcularam-se modelos separados: um modelo com Confusão Mental e Ideação Paranóide e outro com Confusão Mental e Crenças Desviantes. As escalas Idéias Bizarras e Pensamentos e Experiências Desviantes mostraram índices de significância muito acima do adequado (0,745 e 0,607), portanto não foram calculadas nos modelos seguintes.

O modelo com as escalas Confusão Mental e Crenças Desviantes, explica 18,8% da

variância da variável dependente, prediz corretamente 18,6% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 19), do que decorrem 81,4% de falsos negativos (n = 79). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 97,0% dos casos (n = 350) e a porcentagem total de acertos é 80,3% (n = 368). Contudo, apenas o indicador Confusão Mental mantém-se com índice de significância adequado.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	414,015(a)	,121	,188

Tabela 3. 33 - Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio a partir das variáveis Confusão Mental e Crenças Desviantes.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Confusão Mental	,289	,075	14,930	1	,000	1,335
Crenças Desviantes	,029	,057	,250	1	,617	1,029
Constante	-3,641	,394	85,496	1	,000	,026

O modelo composto por Ideação Paranóide e Confusão Mental explica 19,3% da variância da variável dependente, prediz corretamente 15,5% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 15), do que decorrem 84,5% de falsos negativos (n = 82). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 97,0% dos casos (n = 350) e a porcentagem total de acertos é 79,7% (n = 365). Contudo, apenas o indicador Confusão Mental mantém-se com índice de significância adequado.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	412,271(a)	,124	,193

Tabela 3. 34. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio a partir das variáveis Ideação Paranóide e Confusão Mental

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ideação Paranóide	,048	,034	1,983	1	,159	1,049
Confusão Mental	,276	,055	25,624	1	,000	1,318
Constante	-3,802	,409	86,277	1	,000	,022

O modelo apenas com o indicador Confusão Mental explica 18,7% da variância da variável dependente, prediz corretamente 18,6% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 18), do que decorrem 81,4% de falsos negativos (n = 79). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 97,0% dos casos (n = 350) e a porcentagem total de acertos é 80,3% (n = 368).

Sumário do Modelo 7

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	414,265(a)	,120	,187

Tabela 3. 35. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio com a variável preditora Confusão Mental

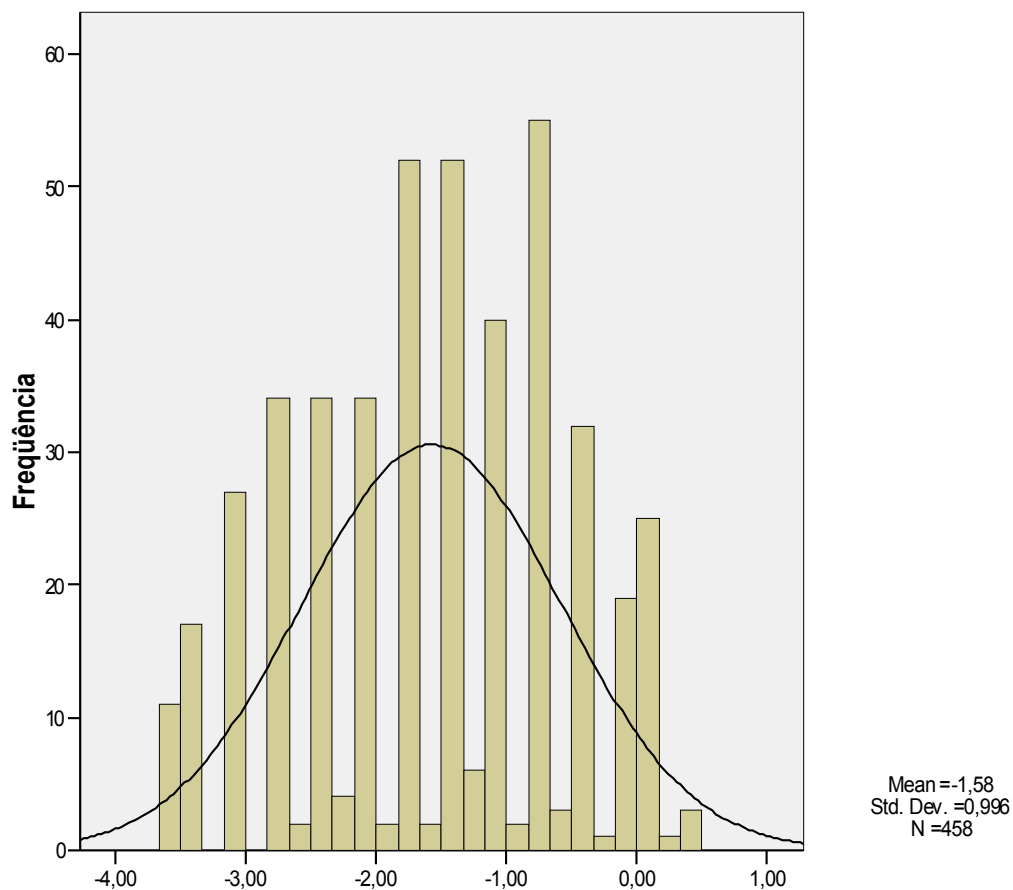
Modelo 7	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Confusão Mental	,318	,046	46,862	1	,000	1,375
Constante	-3,660	,394	86,183	1	,000	,026

O presente modelo composto apenas pela variável Confusão Mental pode ser representado pela equação a seguir. Esta possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir da variável preditora Confusão Mental.

$$\log(p/p-1) = - 3.66 + \\ + 0.318 * \text{Confusão Mental}$$

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo apenas com a variável Confusão Mental.

Figura 3.10 - Distribuição do risco de suicídio a partir da variável Confusão Mental.



As escalas de indicadores psicóticos apresentam elevada intersecção entre si, o que leva ao questionamento da qualidade dessas escalas no que se refere à validade conceitual e empírica desses agrupamentos de itens. Frente a estes questionamentos, Tavares e Prieto (2007) realizaram uma análise fatorial dos itens que compõe as cinco escalas de indicadores

psicóticos utilizadas no presente estudo, visando derivar escalas que fossem conceitualmente íntegras e empiricamente válidas.

Um modelo preditivo com os fatores derivados da Análise Fatorial de indicadores psicóticos – Alucinações, Persecutoriedade e Idiossincrasias - foi testado. Este explica 19,8% da variância da variável dependente, prediz corretamente 14,7% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 14), do que decorrem 85,3% de falsos negativos (n = 81). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 98,0% dos casos (n = 347) e a porcentagem total de acertos é 80,4% (n = 361). Contudo, apenas os indicadores Alucinações e Idiossincrasias mantêm-se com índices de significância adequados.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	402,124(a)	,128	,198

Tabela 3. 36. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio com as variáveis predictoras Alucinações, Persecutoriedade e Idiossincrasias.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Alucinações	,070	,032	4,656	1	,031	1,072
Persecutoriedade	,023	,043	,280	1	,596	1,023
Idiossincrasias	,244	,058	17,504	1	,000	1,276
Constante	-4,271	,530	65,032	1	,000	,014

Um modelo apenas com os fatores derivados de indicadores psicóticos que mostraram bons índices de significância – Alucinações e Idiossincrasias - foi testado. Tal modelo explica 19,3% da variância da variável dependente, prediz corretamente 14,7% dos sujeitos em risco de suicídio (n = 14), do que decorrem 86% de falsos negativos (n = 81). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 98,9% dos casos (n = 352) e a porcentagem total de acertos é 81,2% (n = 366). Os indicadores Alucinações e Idiossincrasias mantêm-se com índices de significância adequados.

Sumário do Modelo 8

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	404,574(a)	,124	,193

Tabela 3. 37 - Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio com as variáveis preditoras Alucinações e Idiossincrasias.

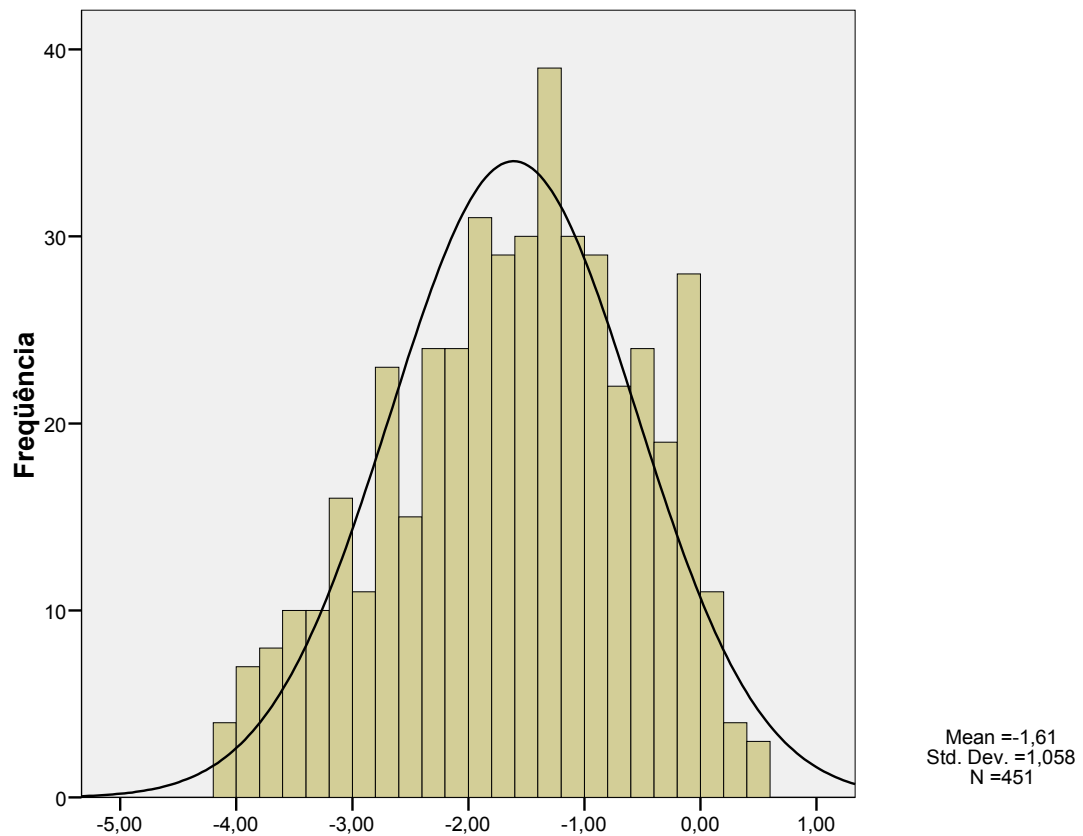
Modelo 8	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Alucinações	,072	,030	5,898	1	,015	1,075
Idiossincrasias	,251	,057	19,166	1	,000	1,285
Constante	-4,222	,522	65,386	1	,000	,015

O modelo composto pelas variáveis Alucinações e Idiossincrasias pode ser representado pela equação a seguir. Esta possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir das variáveis preditoras Alucinações e Idiossincrasias.

$$\begin{aligned} \log (p/p-1) = & - 4.22 + \\ & + 0.072* \text{Alucinações} + \\ & + 0.251*\text{Idiossincrasias} \end{aligned}$$

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo com as variáveis Alucinações e Idiossincrasias.

Figura 3.11 - Distribuição do risco de suicídio a partir das variáveis Alucinações e Idiosincrasias.



Observa-se que nenhum dos modelos com as variáveis originais do MMPI-2 relativas ao espectro psicótico nem as variáveis criadas a partir dos fatores ortogonais dos itens desse espectro (escalas que não compartilham itens) oferece um bom modelo preditor de risco.

III.6.4 – MODELO COM AS VARIÁVEIS DOS MMPI-2 QUE SE MOSTRARAM SIGNIFICATIVAS

Calculou-se um modelo para prever risco de suicídio considerando todas as variáveis do MMPI – 2 que mostraram bons índices de significância nos modelos anteriores, a saber: Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Reação Negativa ao Tratamento, Dificuldade de Controle da Raiva e Confusão Mental.

Esse modelo explica 42,9% da variância da variável dependente, prediz corretamente 53,6% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 52$), do que decorrem 46,4 % de falsos negativos ($n = 45$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,0% dos casos ($n = 343$) e a porcentagem total de acertos é 86,2% ($n = 395$).

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	324,765(a)	,276	,429

Tabela 3. 38. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio com as variáveis predictoras Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Reação Negativa ao Tratamento, Dificuldade de Controle da Raiva e Confusão Mental.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Depressão e Ideação Suicida	,360	,053	46,330	1	,000	1,433
Ansiedade	-,115	,054	4,545	1	,033	,891
Estado Agudo de Ansiedade	,116	,069	2,830	1	,092	1,123
Reação Negativa ao Tratamento	-,083	,044	3,592	1	,058	,920
Dificuldade de Controle da Raiva	,042	,039	1,197	1	,274	1,043
Confusão Mental	,072	,065	1,208	1	,272	1,075
Constante	-8,089	,992	66,491	1	,000	,000

Calculou-se um modelo alternativo para prever risco de suicídio considerando todas as variáveis do MMPI – 2 que mostraram bons índices de significância, com exceção da escala Confusão Mental, juntamente com os fatores das escalas de indicadores psicóticos com base na Análise Fatorial que mostraram bons índices de significância. Assim, o presente modelo é composto por: Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Reação Negativa ao Tratamento, Dificuldade de Controle da Raiva, Alucinações e Idiosincrasias. Esse modelo explica 42,2% da variância da variável dependente, prediz corretamente 52,6% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 50$), do que decorrem 47,4 % de falsos negativos ($n = 45$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,8% dos casos ($n = 341$) e a porcentagem total de acertos é 86,7% ($n =$

391). Contudo, as variáveis Alucinações e Idiossincrasias não se mantiveram no modelo por não apresentarem bons índices de significância, como também o indicador Dificuldade de Controle da Raiva.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	321,734(a)	,271	,422

Tabela 3.39. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio com as variáveis predictoras Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Reação Negativa ao Tratamento, Dificuldade de Controle da Raiva, Alucinações e Idiossincrasias.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Depressão e Ideação Suicida	,357	,053	45,233	1	,000	1,429
Ansiedade	-,103	,057	3,273	1	,070	,902
Estado Agudo de Ansiedade	,118	,070	2,884	1	,089	1,125
Reação Negativa ao Tratamento	-,079	,045	3,078	1	,079	,924
Dificuldade de Controle da Raiva	,045	,040	1,285	1	,257	1,046
Alucinações	,024	,036	,447	1	,504	1,024
Idiossincrasias	,000	,084	,000	1	,999	1,000
Constante	-8,082	1,002	65,025	1	,000	,000

Nesses dois últimos modelos, apenas as variáveis Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Reação Negativa ao Tratamento contribuíram de forma significativa para a predição. Refazendo os cálculos apenas com essas variáveis, o novo modelo explica 42,2% da variância da variável dependente, prediz corretamente 52,6% dos sujeitos em risco de suicídio ($n = 51$), do que decorrem 47,4% de falsos negativos ($n = 46$). Os sujeitos sem risco são preditos corretamente em 95,6% dos casos ($n = 345$) e a porcentagem total de acertos é 86,5% ($n = 366$).

Sumário do Modelo 9

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
------	-------------------	----------------------	---------------------

1	327,564(a)	,272	,422
---	------------	------	------

Tabela 3. 40. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio com as variáveis predictoras Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Reação Negativa ao Tratamento.

Modelo 9	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Depressão e Ideação Suicida	,376	,052	51,253	1	,000	1,456
Ansiedade	-,100	,053	3,603	1	,058	,905
Estado Agudo de Ansiedade	,140	,067	4,287	1	,038	1,150
Reação Negativa ao Tratamento	-,068	,042	2,609	1	,106	,934
Constante	-8,184	,978	70,007	1	,000	,000

O presente modelo composto pelas variáveis Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Reação Negativa ao Tratamento pode ser representado pela equação a seguir. Esta possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir das variáveis predictoras Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Reação Negativa ao Tratamento.

$$\log (p/p-1) = - 8,184$$

+ 0,376. Depressão e Ideação Suicida -

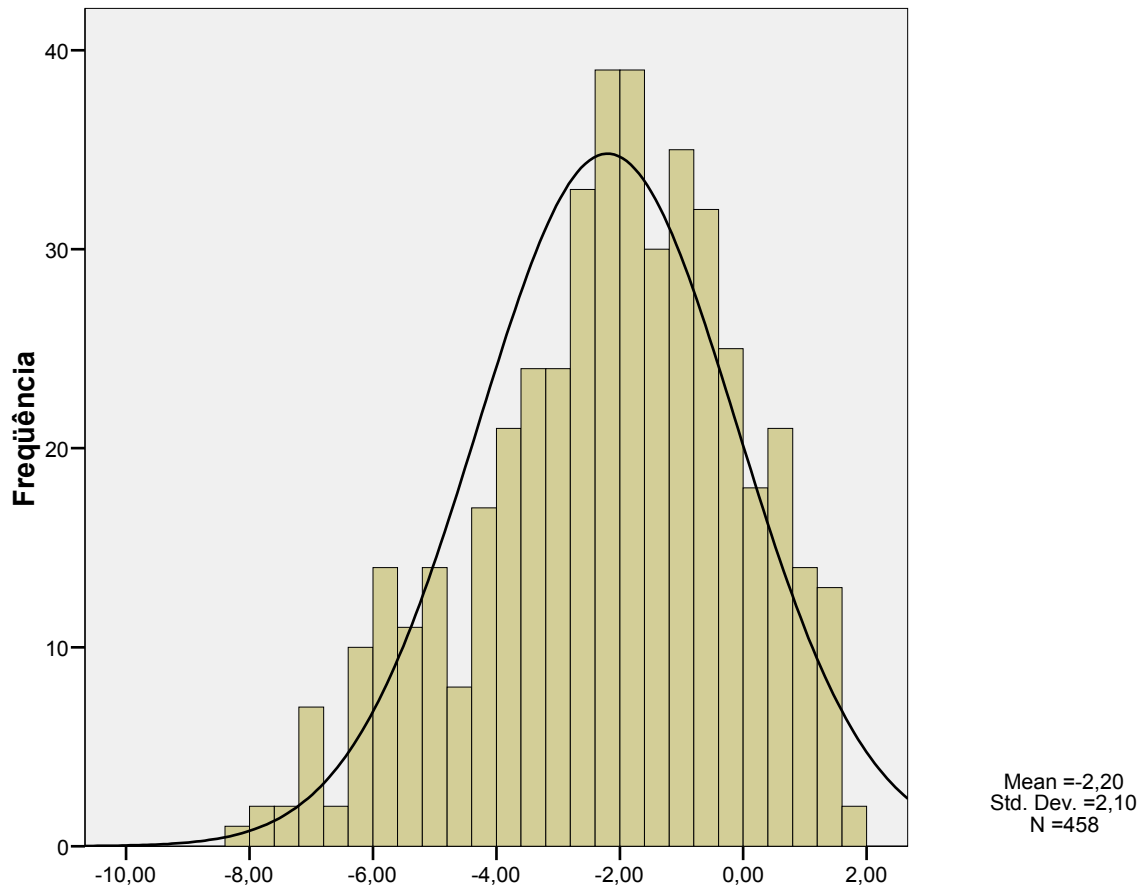
- 0,100. Ansiedade +

+ 0,140. Estado Agudo de Ansiedade -

- 0,068 Reação Negativa ao Tratamento

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo com as variáveis Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Reação Negativa ao Tratamento.

Figura 3. 12 - Distribuição do risco de suicídio a partir do modelo de Regressão Logística com as variáveis predictoras Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade e Reação Negativa ao Tratamento.



III. 7 - MODELO PREDITIVO COM COMBINAÇÃO DAS DIVERSAS ESCALAS

Calculou-se um modelo para prever risco de suicídio considerando todas as variáveis que mostraram bons índices de significância de forma a integrar os modelos anteriores. Tal modelo foi composto pelos indicadores Ideação Negativa, Ideação Positiva, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida, Ansiedade, Estado Agudo de Ansiedade, Reação Negativa ao Tratamento, Negligência Emocional e Eventos Estressores. O modelo explica 55,6% da variância da variável risco de suicídio, prediz corretamente 66,0% dos sujeitos

com risco suicida ($n = 64$) e apresenta 34,0% de falsos negativos ($n = 32$). O percentual de acertos em relação aos sujeitos sem risco é de 94,2% ($n = 340$) e o percentual total de acertos é 88,2% ($n = 404$). Contudo, apenas as variáveis Ideação Negativa, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida e Reação Negativa ao Tratamento mostraram bons índices de significância. As diversas variáveis apresentam elevados níveis de correlação entre si e compartilham a explicação da mesma variância da variável dependente, portanto algumas acabam saindo do modelo por não acrescentarem informação significativa sobre a variância da variável critério.

Sumário do Modelo

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	269,832(a)	,358	,556

Tabela 3.41. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio com as variáveis dos modelos parciais.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ideação Negativa	,127	,024	27,706	1	,000	1,136
Ideação Positiva	-,018	,036	,256	1	,613	,982
Estabilidade Emocional	-,054	,017	10,574	1	,001	,947
Depressão e Ideação Suicida	,175	,065	7,356	1	,007	1,191
Ansiedade	,011	,062	,031	1	,861	1,011
Estado Agudo de Ansiedade	,039	,077	,254	1	,614	1,040
Reação Negativa ao Tratamento	-,088	,050	3,099	1	,078	,916
Negligência Emocional	-,002	,015	,016	1	,900	,998
Eventos Estressores	-,013	,037	,129	1	,719	,987
Constante	-4,556	1,504	9,176	1	,002	,011

Procedeu-se ao cálculo de um novo modelo apenas com as variáveis que mostraram bons índices de significância no modelo anterior: Ideação Negativa, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida e Reação Negativa ao Tratamento. O modelo explica 55,4% da variância da variável risco de suicídio, prediz corretamente 63,9% dos sujeitos com risco suicida ($n = 62$), do que decorrem 36,1% de falsos negativos ($n = 35$). O

percentual de acertos em relação aos sujeitos sem risco é de 94,5 % (n = 341) e o percentual total de acertos é 88,0% (n = 403). Todas as variáveis presentes nesse último modelo mantêm-se com bons índices de significância.

Sumário do Modelo 10

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	270,813(a)	,357	,554

Tabela 3.42. Modelo de Regressão Logística para Risco de Suicídio com as variáveis predictoras Ideação Negativa, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida, Reação Negativa ao Tratamento.

Modelo 10	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Ideação Negativa	,127	,023	29,814	1	,000	1,136
Estabilidade Emocional	-,056	,016	11,842	1	,001	,946
Depressão e Ideação Suicida	,196	,055	12,683	1	,000	1,216
Reação Negativa ao Tratamento	-,079	,048	2,694	1	,101	,924
Constante	-4,876	1,087	20,110	1	,000	,008

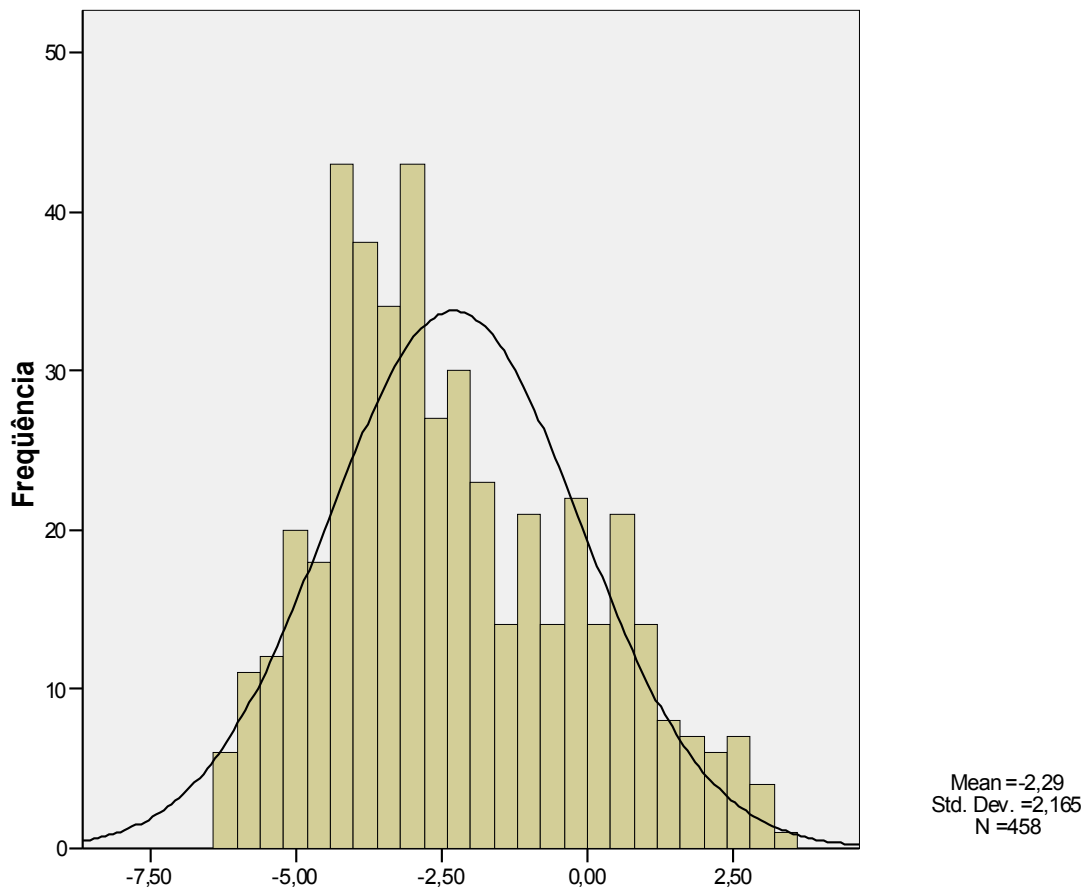
O presente modelo composto pelas variáveis Ideação Negativa, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida e Reação Negativa ao Tratamento pode ser representado pela equação a seguir, derivada dos índices B da tabela 4.25. Essa fórmula possibilita derivar escores de risco de suicídio para cada sujeito da amostra a partir das variáveis predictoras que a compõe.

$$\begin{aligned} \log(p/p-1) = & - 4.876 + 0.127 * \text{Ideação Negativa} - \\ & - 0.056 * \text{Estabilidade Emocional} + \\ & + 0.196 * \text{Depressão e Ideação Suicida} - \\ & - 0.079 * \text{Reação Negativa ao Tratamento}. \end{aligned}$$

Calculando-se os valores preditos por esta equação para cada sujeito da amostra, obtém-se a distribuição da probabilidade do risco de suicídio, que é apresentada no histograma a seguir, considerando o modelo preditivo com as variáveis Ideação Negativa,

Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida e Reação Negativa ao Tratamento.

Figura 3.13 – Distribuição da probabilidade do Risco de Suicídio a partir do Modelo com as variáveis predictoras Ideação Negativa, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida e Reação Negativa ao Tratamento.



III. 8 – SÍNTESE DOS DIVERSOS MODELOS

Os diversos modelos testados estão apresentados de forma sintética na tabela a seguir. É possível verificar que os melhores modelos são os compostos por: Ideação Negativa, Ideação Positiva e Estabilidade Emocional (Modelo 2); Ideação Negativa, Estabilidade Emocional, Depressão e Ideação Suicida e Reação Negativa ao Tratamento (Modelo 10).

O Modelo 1 revela a importância da escala PANSI que sozinha consegue explicar 48,6% da variância da variável dependente, o que denota a importância desse indicador na avaliação do risco de suicídio. Os Modelos 2 e 10 ainda ressaltam a importância do PANSI a partir das suas sub-escalas: Ideação Negativa, presente nos dois modelos, e Ideação Positiva, presente no Modelo 2.

Tabela 3.43 – Síntese dos diversos modelos apresentados comparando explicação da variância, percentual de acertos no grupo de risco e no grupo sem risco e percentual de acertos no total.

Modelo	Variáveis	R ²	Acertos para pertencimento a grupo		Total
			Grupo de Risco	Sem risco	
Zero	Constante		0%	100%	78,8%
1	PANSI Total	48,6%	56,7%	95,0%	86,9%
2	Ideação Negativa + Ideação Positiva + Estabilidade Emocional	52,8%	61,9%	95,3%	88,2%
3	Ideação Positiva + Estabilidade Emocional + Proteção Interna	32,4%	37,1%	94,7%	82,5%
4	Negligência Emocional + Eventos Estressores	9,9%	5,2%	99,2%	79,3%
5	Depressão e Ideação Suicida+ Ansiedade + Estado Agudo de Ansiedade	41,6%	52,6%	95,8%	86,7%
6	Reação Negativa ao Tratamento + Dificuldades de Controle da Raiva	22,3%	18,6%	96,4%	79,7%
7	Confusão Mental	18,7%	18,6%	97,0%	80,3%
8	Alucinações + Idiossincrasias	19,3%	14,7%	98,9%	81,2%
9	Depressão e Ideação Suicida+ Ansiedade + Estado Agudo de Ansiedade + Reação Negativa ao Tratamento	42,2%	52,6 %	95,6%	86,5%
10	Ideação Negativa + Estabilidade Emocional + Depressão e Ideação Suicida + Reação Negativa ao Tratamento	55,4%	63,9%	94,5 %	88,0%.

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.

Modelos	SBQR	PANSI Total	Ideação Negativa	Ideação Positiva	SRI Total	Estabilidade Emocional	Proteção Externa	Proteção Interna
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 Idiossincrasias	,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 Resilience 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.