

Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional

Moisés Ederson da Silva Rodrigues – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Tatiane Brito da Silveira – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Karen Jansen – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Laura Sica Cruzeiro – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Liliane Ores – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Tavares Pinheiro – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Azevedo da Silva – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Elaine Tomasi – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Luciano Dias de Mattos Souza – Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumo

Este estudo teve por objetivo verificar a relação entre a presença de transtornos de ansiedade e risco de suicídio em jovens. Em delineamento transversal de base populacional, os jovens respondiam a um questionário sobre questões sociodemográficas, comportamentais e de saúde. Avaliou-se o bem-estar psicológico através da Escala de Faces de Andrews e consumo de substâncias foi efetuado pelo Teste de Triagem do Envolvimento com Alcool, Cigarro e Outras Substâncias, (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST*). A *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* avaliou transtornos de ansiedade e o risco de suicídio. Dos 1.621 jovens entrevistados, 20,9% apresentaram algum transtorno de ansiedade e 8,6% risco de suicídio. A presença de algum transtorno de ansiedade esteve significativamente associada ao risco de suicídio (RP 6,10 IC95% 3,95 a 9,43). Dessa forma, salienta-se a importância de maior atenção ao risco de suicídio também em pacientes com transtornos de ansiedade.

Palavras-chave: Suicídio; Ansiedade; Distúrbios Mentais.

Suicide risk in young adults with anxiety disorders: population-based study

Abstract

This study aimed at investigating the relationship between the presence of anxiety disorders and suicide risk in young adults. In a cross-sectional population-based design young adults answered a questionnaire about sociodemographic, behavioral and health characteristics. The measure of psychological well-being was made by Faces Scale of Andrews while the substances use evaluation was performed according to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). The Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 evaluated anxiety disorders and suicide risk. Among the 1.621 young adults interviewed, 20.9% had some anxiety disorders and 8.6% suicide risk. After multivariate analysis, the presence of any anxiety disorder was significantly associated with suicide risk (PR 6.10 95% CI 3.95 to 9.43). Thus, it is highlighted the importance of greater attention to suicide risk in those patients with anxiety disorders.

Keywords: Suicide; Anxiety; Mental disorders.

Riesgo de suicidio en jóvenes con trastornos de ansiedad: estudio de base poblacional

Resumen

Este estudio tubo por objetivo verificar la relación entre la presencia de trastornos de ansiedad y riesgo de suicidio en jóvenes. En delineamiento transversal de base poblacional, los jóvenes respondían a un cuestionario sobre cuestiones sociodemográficas, comportamentales y de salud. Se evaluó el bienestar psicológico por medio de la escala de fases de Andrews y consumo de sustancias efectuada por la prueba de detección del involucrimiento con alcohol, cigarrillo y otras sustancias, (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST*). La *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* evaluó trastornos de ansiedad y el riesgo de suicidio. De los 1.621 jóvenes entrevistados, 20,9% presentaron algún trastorno de ansiedad y 8,6% riesgo de suicidio. La presencia de algún trastorno de ansiedad estuvo significativamente asociada al riesgo de suicidio (RP 6,10 IC95% 3,95 a 9,43). De esa forma, se resalta la importancia de mayor atención al riesgo de suicidio también en pacientes con trastornos de ansiedad.

Palabras-clave: Suicidio; Ansiedad; Distúrbios mentales.

O suicídio é algo que vem afligindo a sociedade há muito tempo. A palavra “suicídio” é conhecida desde o século XVI (Botega, 2006). Freud, em seus escritos em 1901, definiu que os danos causados em si mesmo, de forma casual, são referentes a sintomas patológicos nos casos mais graves de psiconeuroses e, sendo assim, não se pode eliminar o suicídio como um provável desfecho do conflito psíquico (Freud, 2006).

Com o passar do tempo e a evolução da sociedade ocorreram grandes mudanças, no cotidiano e na vida

das famílias e do indivíduo. Tais mudanças trouxeram muitas novidades, benefícios, oportunidades, assim como também muitos novos deveres e obrigações. E lidar com essas situações tornou-se extremamente difícil, principalmente para os adolescentes, que, muitas vezes, não conseguindo suportar o sofrimento psíquico, procuram a morte para “fugir” dos desafios da vida (Angerami-Camon, 2004).

Viver em sociedade é uma necessidade do ser humano, porém muitas vezes esta o “adoece” e o

“mata”. A influência da sociedade é intensa, pois ela gera uma enorme pressão no indivíduo, mediante exigências exacerbadas, padrões socioeconômicos ditados e determinações a que todos devem se enquadrar, o que, para muitos, é impossível.

Convém salientar, ainda, que pessoas com baixos escores de autoestima, resiliência e tolerância à frustração são mais vulneráveis, possuindo maior risco de suicídio (Quevedo, Schimidt & Kapczinski, 2008).

O adolescente é um sujeito que se encontra, naturalmente, em fase de transformações e descobrimentos, dentro e fora de si. Em alguns momentos lhe são cobradas atitudes de adulto e, em outros, é tratado como criança. Todavia, todas essas atribuições, internas e externas, exercem uma força sobre ele, gerando ansiedade, que pode ser natural caso saiba como adaptar-se. Alguns adolescentes não possuem essa capacidade e acabam usando como artifício, o que julgam ser a única saída, o suicídio (Oliveira & Amaral, 2007). E este é descrito por alguns adolescentes como algo que traz alívio (Araújo, Vieira & Coutinho, 2010).

Na complexidade do mundo de hoje, pode-se perceber um exacerbado número de casos que envolvem o suicídio. Ainda, sabe-se que os jovens vêm apresentando um índice considerável de tentativas. Podem-se citar estudos de ideação suicida na Austrália, em que se verificou que jovens de 15 a 24 anos apresentam um índice de 22% (McKelvey, Pfaff & Acres, 2001). No contexto nacional, mais pontualmente na cidade de Porto Alegre/RS, jovens de 15 a 17 anos apresentam uma prevalência de 36%. Devido às altas prevalências demonstradas, verifica-se que os jovens estão propensos a cometer tal ato (Borges & Werlang, 2006).

“Risco” é proveniente do latim *risicu*, que significa perigo ou possibilidade de perigo. Suicídio provém do latim *sui*, ‘de si’, + *-cidio*, possuindo o significado de dar a morte a si próprio (Ferreira, 2004).

Os impulsos de vida e impulsos de morte habitam lado a lado dentro de todo ser humano. Em momentos nos quais as pulsões de morte sobrepõem-se às pulsões de vida, o sujeito conjuga o desejo de destruir a si próprio (Zimerman, 2001). Há inúmeras possibilidades de uma pessoa buscar a morte para si mesmo, e essas podem ser decorrentes de variados fatores. Pode-se perceber que alguns transtornos psiquiátricos são fatores principais, muitas vezes presente entre aqueles que possuem o risco de aniquilar a própria vida, ignorando seu próprio instinto de vida (Prieto & Tavares, 2005).

Os riscos de suicídio são inúmeros, desde o pensamento, o planejamento até a tentativa (Seminotti, Paranhos & Thiers, 2006), que pode se manifestar de

várias maneiras, porém a sua avaliação é de extrema importância. Por meio desta, torna-se possível o auxílio preventivo ao sujeito em tal contexto. É notório que, nos casos em que há risco de suicídio, necessita-se o tratamento da ansiedade, muitas vezes com medicações próprias para a redução rápida da ansiedade e agitação (Gould, 2010).

Os transtornos de ansiedade configuram um grupo de desordens dos mais comuns entre as síndromes psiquiátricas, onde uma a cada quatro pessoas possuem critérios suficientes para se enquadrar em pelo menos um transtorno de ansiedade, com prevalências de 12,5% (Andrade, Walters, Gentil & Laurenti, 2002), e 17,7% (Sadock & Sadock, 2007) na população geral. Por tal, percebe-se a ansiedade como um fator iminente de risco de suicídio, pois os transtornos de ansiedade podem estar presentes em sujeitos com tal risco (Gould, 2010).

Estudos realizados na cidade de Piracicaba/SP indicaram que 23,3% das jovens grávidas apresentaram indicativo de ansiedade, 16,7% destas apresentaram ideação suicida. Os mesmos dados revelaram que pensar em suicídio aplica-se especialmente a um subgrupo que manifesta ansiedade (Freitas & Botega, 2002).

Em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade do Recife/PE encontraram-se dados estatísticos de 19,9% com indicativo de ansiedade e 34,3% com a ideação suicida e/ou tentativa de suicídio. Houve associação significativa de ideação suicida com grau moderado de ansiedade, assim como de tentativa e suicídio com sintomas de ansiedade (Jatobá & Bastos, 2007).

A partir dos dados apresentados e escassa bibliografia existente sobre o tema, este estudo tem a finalidade de verificar a relação entre a presença de transtornos de ansiedade e risco de suicídio em jovens de 18 a 24 anos na cidade de Pelotas/RS.

Método

Delineamento e amostra

Foi realizado um estudo transversal de base populacional em jovens entre 18 e 24 anos residentes da zona urbana da cidade de Pelotas/RS entre os meses de novembro de 2007 e junho de 2009. O universo em estudo correspondeu à população de 39.667 jovens (IBGE, 2007) na faixa etária retro citada, residentes nos 448 setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas, localizada no Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Para tal universo, foi calculada a amostra para verificação da prevalência de risco de suicídio, estimando-se a prevalência de 15% (Danel & cols., 2010) com erro 2% e nível de confiança de 95%. Tal cálculo foi realizado por meio do programa Epi-Info

6.04d. Dessa forma, acrescentando 30% para controle de fatores de confusão, perdas e recusas, foi necessária a participação de 15.45 indivíduos. Como este estudo possuía outros objetivos, um total de 1.823 jovens foram convidados a participar, dos quais 202 não aceitaram e 61 não completaram o instrumento de pesquisa e foram considerados perdas nas análises estatísticas associativas (bivariada e multivariada).

O desenho amostral adotado foi de amostragem por conglomerados. Foram sorteados 89 setores para a identificação dos jovens que participaram da investigação. A seleção dos domicílios nos setores sorteados foi realizada segundo uma amostragem sistemática, sendo o primeiro domicílio a residência da esquina pré-estabelecida pelo IBGE como início do setor o intervalo de seleção foi determinado por um pulo de dois domicílios entre os sorteados. Os aplicadores foram orientados a seguir o percurso da contagem dos domicílios aleatoriamente em qualquer uma das ruas pertencentes ao setor censitário em questão, respeitando-se o intervalo de seleção previamente estabelecido (duas casas). Assim, pretendeu-se assegurar a representatividade amostral da presente investigação. Caso fosse encontrado mais de um jovem que preenchesse os critérios para participação no estudo na mesma residência, estes seriam convidados para realização da investigação.

Foram excluídos da amostra aqueles jovens identificados pela equipe de pesquisa que residissem na zona não-urbana de Pelotas ou que apresentassem dificuldade em compreender e/ou responder o questionário.

Aspectos éticos

Neste protocolo de pesquisa foram respeitados todos os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Os jovens receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um "Consentimento livre e esclarecido". O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, que obteve aprovação no protocolo 2006/96. Os jovens que apresentaram risco de suicídio e/ou depressão grave na entrevista padronizada breve receberam encaminhamento e atendimento imediato especializado da UCPel. Da mesma forma, caso o participante apresentasse algum outro transtorno mental, o mesmo foi encaminhado para atendimento no Campus da Saúde da UCPel.

Instrumentos

Para a coleta das informações, foi utilizada uma entrevista estruturada que contém questões referentes à

saúde e comportamento dos jovens. O aplicador seguiu um questionário que abordava itens como: sexo, idade, estado civil, cor, escolaridade, moradia, atividade laboral, religiosidade, história familiar, comportamento no trânsito, comportamentos violentos, condições de saúde, comportamento sexual e outros comportamentos de risco à saúde.

A situação socioeconômica foi medida por meio do instrumento da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ABEP, 2003). Essa classificação discriminou os indivíduos mediante informações sobre a existência de determinados "índices de conforto", como televisão, geladeira, rádio, automóvel e empregado doméstico, além da escolaridade do chefe da família. As variáveis ordinais foram agrupadas referindo-se da seguinte forma: A1, A2, B1 e B2 para as classes mais favorecidas; C para classe média; D e E para as classes menos favorecidas.

A avaliação de bem-estar psicológico foi realizada por meio da Escala de Faces de Andrews (McDowell & Newell, 1996). Essa é uma escala visual que contém sete figuras de faces estilizadas representando expressões que variam de extrema felicidade até extrema tristeza. O jovem entrevistado assinalou aquela figura que mais se assemelhava à maneira como ele se sentia a respeito da sua vida no último mês. A figura que representava extrema felicidade recebeu valor um (1) enquanto a que demonstrava a extrema tristeza o valor sete (7). Ou seja, quanto menor o valor declarado maior o grau de bem-estar psicológico. As variáveis do referido teste agruparam os valores um (1) e dois (2) para indicar elevado bem-estar, os valores três (3), quatro (4) e cinco (5) para indicar de bem-estar mediano e seis (6) e sete (7) para indicar baixo bem-estar.

No instrumento de autorrelato os jovens forneceram informações sobre comportamento sexual e consumo de substâncias. Para avaliação do consumo de substâncias o teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias utilizado foi o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST* (Henrique, Micheli, Lacerda, Lacerda & Formigoni, 2004). Com base em uma questão do referido instrumento, foram considerados o uso, abuso e a utilização das referidas substâncias nos últimos três meses.

Posteriormente, o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático foram avaliados mediante de entrevista diagnóstica padronizada breve *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0 – MINI* (Amorim, 2000). Essa entrevista é de curta duração – 15 a 30 minutos – destinada à

utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa classificação diagnóstica de forma compatível com os critérios do DSM-IV. O desfecho de algum transtorno de ansiedade foi considerado com base na presença de pelo menos um dos transtornos de ansiedade avaliados. A verificação de episódio depressivo maior, episódio maníaco e episódio hipomaniaco (atual e passado) também foram aferidos pelo MINI.

Equipe de pesquisa e treinamento

Para a identificação dos jovens e aplicação dos instrumentos, foram selecionados 20 acadêmicos do Centro de Ciências da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). A equipe de identificação foi responsável por realizar um mapeamento dos setores censitários sorteados com objetivo de identificar residências de jovens com idades entre 18 e 24 anos, coletar dados sobre os moradores do local e agendar dia e horário para realização da aplicação do instrumento de pesquisa. Tal aplicação foi realizada por outra equipe de alunos – equipe de aplicação. Esta recebeu treinamento para homogeneizar os procedimentos de abordagem das residências, assinatura do termo de consentimento após esclarecimentos sobre o estudo para os jovens identificados e aplicação dos instrumentos e entrevista.

Análises estatísticas

As análises estatísticas foram realizadas por meio um pacote estatístico. Após a obtenção de frequência simples de todas as variáveis, ocorreu a análise bivariada por meio do teste de hipótese qui-quadrado com a finalidade de avaliar a associação existente entre variáveis independentes e risco de suicídio da amostra coletada. Na análise multivariada, foi utilizada a regressão logística para avaliar a razão de prevalência das variáveis independentes em relação ao desfecho (risco de suicídio). As variáveis em estudo que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bruta foram incluídas na análise ajustada, para a qual se considerou estatisticamente significativo $p \leq 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Conforme a Tabela 1, a população da faixa etária pesquisada mostrou-se constituída, em sua maioria, por jovens e mulheres que se consideram de cor da pele branca, sem um relacionamento estável, apresentando um considerável índice de pais divorciados e que laboraram alguma atividade remunerada nos últimos doze meses. A condição socioeconômica mostrou-se em um nível mediano, a maioria trabalhou em alguma atividade remunerada dentro do período dos últimos doze meses, tendo uma média de 9 a 11 anos de estudo.

Tabela 1. Descrição dos Jovens Entre 18 e 24 Anos da Cidade de Pelotas (2007/2009) (continua)

Variável		Frequência	Porcentagem
Sexo	Masculino	717	44,2
	Feminino	904	55,8
Cor da Pele*	Branca	1190	73,6
	Não-branca	427	26,4
Relacionamento Estável*	Vive com um companheiro	455	28,1
	Não vive com um companheiro	1164	71,9
Escolaridade*	de 0 à 4 anos	118	7,3
	de 5 à 8 anos	356	22,0
	de 9 à 11 anos	662	41,0
	12 anos ou mais	479	29,7
Condição Socioeconômica	A ou B	608	37,5
	C	780	48,1
	D ou E	233	14,4
Trabalho remunerado nos últimos 12 meses*	Sim	1070	66,9
	Não	530	33,1
Pais divorciados*	Sim	588	36,4
	Não	1026	63,6
Prática Religiosa*	Sim	522	32,3
	Não	1092	67,7
Doença Relevante*	Sim	233	14,4
	Não	1384	85,6

* percentuais válidos de acordo com os valores de perda

** Variáveis aferidas pela entrevista diagnóstica padronizada breve MINI - *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0*

Tabela 1. Descrição dos Jovens Entre 18 e 24 Anos da Cidade de Pelotas (2007/2009) (continuação)

Variável		Frequência	Porcentagem
Fez ou faz algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?*	Sim	223	15,1
	Não	1251	84,9
Usou medicamento nos últimos 30 dias?	Sim	95	5,9
	Não	1516	94,1
Já esteve internado por causa de problemas dos nervos?*	Sim	39	2,4
	Não	1576	97,6
Possui história familiar de casos de transtorno mental?*	Sim	890	55,6
	Não	711	44,4
Ingeriu álcool nos últimos 3 meses*	Sim	1173	73,2
	Não	430	26,5
Fumou nos últimos 3 meses*	Sim	508	31,7
	Não	1095	68,3
Usou drogas ilícitas nos últimos 3 meses*	Sim	203	12,8
	Não	1377	87,2
Risco de suicídio**	Sim	134	8,6
	Não	1426	91,4
Algum Transtorno de Humor**	Sim	244	15,6
	Não	1316	84,4
Algum Transtorno de Ansiedade	Sim	1235	20,9
	Não	326	79,1

* percentuais válidos de acordo com os valores de perda

** Variáveis aferidas pela entrevista diagnóstica padronizada breve MINI - *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0*

Nos últimos três meses, 73,2% dos jovens relataram ter consumido álcool, 31,7% cigarro e 12,8% drogas ilícitas. Do total de entrevistados, 233 jovens apresentaram-se com doenças crônicas, 223 faziam ou já fizeram algum tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico e, nos últimos 30 dias, 95 utilizaram algum tipo de medicamento psiquiátrico. A presença de história prévia de internação psiquiátrica foi de 2,4%, e o histórico familiar de transtornos mentais de 55,6%.

Mostrou-se presente na amostra a prevalência de 20,9% de indivíduos com algum transtorno de ansiedade, bem como foi possível identificar o risco de suicídio presente em 8,6% da população estudada. Na análise bivariada (Tabela 2), não foi possível encontrar diferenças estatísticas significativas do risco de suicídio em relação a atividades laborais e relacionamento estável. Entretanto, a presença do risco de suicídio mostrou-se maior nos indivíduos do sexo feminino, pertencentes à classe social menos favorecida, com baixa escolaridade e filhos de pais separados. O risco de suicídio mostrou-se presente em maior proporção, de forma significativa, nos indivíduos que relataram consumo de tabaco e drogas ilícitas. Da mesma forma, possuir alguma doença importante, ter feito ou fazer algum tratamento psicológico e/ou psiquiátrico, relatar histórico familiar de transtornos mentais e tomar algum "remédio para os nervos" nos últimos trinta dias se apresentaram como fatores associados a maior proporção de risco de suicídio.

Ao relacionar o risco de suicídio com os transtornos de ansiedade, foi possível observar relação estatisticamente significativa entre as variáveis (*p*-valor 0,000). No grupo "jovens que apresentaram critérios diagnósticos para um ou mais transtorno de ansiedade", o risco de suicídio foi identificado em 27%. Mostrou-se assim, uma diferença significativa daqueles jovens que possuíam o risco de suicídio e não apresentaram transtornos de ansiedade (3,7%).

Na análise multivariada, o risco de suicídio não possuiu relação estatisticamente significativa com as variáveis: ter pais separados, tomar "remédio para os nervos" nos últimos 30 dias, fumar nos últimos 3 meses e escolaridade. Contudo, os resultados indicaram prevalência significativamente elevada de risco de suicídio nos jovens que possuíam menos de 4 anos de estudo quando comparados àqueles com 12 anos ou mais de estudo (RP 2,26 IC95% 1,01 s 5,03). A condição socioeconômica mostrou significância linear em relação às proporções do desfecho em questão, ou seja, quanto mais baixo o nível socioeconômico do indivíduo, maior a proporção de risco de suicídio (*p* < 0,050). Os valores significativos com maior prevalência foram apresentados nos indivíduos do sexo feminino, com alguma doença importante, que já fizeram ou faziam tratamento psiquiátrico ou psicológico, com história prévia familiar de transtornos mentais, que utilizaram algum tipo de drogas ilícitas nos últimos três meses. Da mesma forma, aqueles

indivíduos que apresentaram algum transtorno de humor tiveram risco de suicídio em maior proporção ($p < 0,050$).

Tabela 2. Diferenças nas prevalências de risco de suicídio de acordo com as variáveis independentes em estudo na amostra de jovens entre 18 e 24 anos da cidade de Pelotas (RS)

Variável		Frequência (Porcentagem)		Prevalência de Risco de Suicídio (Porcentagem)		p
Sexo	Feminino	879	(56,3%)	94	(10,7%)	0,001
	Masculino	681	(43,7%)	40	(5,9%)	
Condição Socioeconômica	A+B	583	(37,4%)	36	(6,2%)	0,000
	C	750	(48,1%)	61	(8,1%)	
	D+E	226	(14,5%)	37	(16,4%)	
Escolaridade (anos)	0 a 4	115	(7,4%)	16	(13,9%)	0,000
	5 a 8	344	(22,1%)	42	(12,2%)	
	9 a 11	630	(40,5%)	50	(7,9%)	
	12 ou mais	465	(29,9%)	26	(5,6%)	
Tem pais separados	Não	994	(64%)	71	(7,1%)	0,019
	Sim	559	(36%)	60	(10,7%)	
Tem alguma doença importante	Não	1335	(85,8%)	98	(7,3%)	0,000
	Sim	221	(14,2%)	35	(15,8%)	
Fez ou faz tratamento psicoterapêutico com psiquiatra ou psicólogo	Não	1197	(84,4%)	89	(7,4%)	0,000
	Sim	221	(15,6)	37	(16,7%)	
Nos últimos 30 dias, tomou algum tipo de remédio para os nervos	Não	1459	(94,1%)	112	(7,72%)	0,000
	Sim	91	(5,9%)	21	(23,1%)	
História familiar de transtorno mental (pai/mãe)	Não	862	(55,2%)	54	(6,3%)	0,000
	Sim	679	(44,1%)	79	(11,6%)	
Fumou nos 3 últimos meses	Não	1053	(68,2%)	65	(6,2%)	0,000
	Sim	491	(31,8%)	67	(13,6%)	
Usou drogas nos últimos 3 meses	Não	1324	(87%)	87	(6,6%)	0,000
	Sim	197	(13%)	41	(20,8%)	
Possui algum Transtorno de Humor	Não	1426	(91,4)	152	(10,7)	0,000
	Sim	134	(8,6)	77	(57,5)	
Possui algum Transtorno de Ansiedade	Não	1234	(79,1%)	46	(3,7%)	0,000
	Sim	326	(20,9%)	88	(27,0%)	
Total		1560	(100%)*	134	(8,6%)	

* Variáveis aferidas pela entrevista diagnóstica padronizada breve MINI - *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0*

** Apenas os indivíduos que responderam ao Módulo de Risco de Suicídio - MINI

Controlando-se as variáveis independentes anteriormente relatadas, a presença de algum transtorno de ansiedade esteve associada ao risco de suicídio. Nos indivíduos com algum de transtorno de ansiedade, o risco de suicídio foi mais de seis vezes maior do que nos indivíduos sem tal ocorrência (RP 6,10 IC95% 3,95 a 9,43; $p < 0,050$).

Discussão

Os transtornos de ansiedade, geralmente, passam despercebidos como fatores de risco isolados para o comportamento suicida. Contudo, foi possível identificar algumas obras, apesar de raras, nas quais se deram a devida importância para realizar a referida associação, porém, exclusivamente na literatura internacional.

Inicialmente, pode-se dizer que as prevalências encontradas no presente estudo mostram-se concordantes com a literatura. O índice encontrado de pessoas com algum transtorno de ansiedade na cidade de São Paulo é de 12,5% (Andrade & cols., 2002), e na população geral norte-americana observa-se a prevalência de 18,1% (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005), assemelhando-se à detectada em Pelotas (20,9%).

Foi possível, também, perceber na literatura científica o alto índice de ideação suicida, porém sabe-se que os índices de ideação são naturalmente mais elevados que o de risco de suicídio. Não foram encontrados estudos de base populacional que revelem o risco de suicídio, já prevalência de ideação suicida apresenta grande variação, entre 2,3 a 14,6% nos últimos 12 meses, e tem uma ligação estreita com o suicídio consumado (Casey & cols., 2006; Kessler,

Borges & Walters, 1999; Neeleman, Graaf & Vollebergh, 2004; Suominen & cols., 2004), tendo encontrada uma ocorrência de 8,6% para risco na população estudada.

Ao levantar estudos sobre as relações entre as duas variáveis foi possível detectar o parco conhecimento que existe no Brasil. Entretanto, sabe-se na literatura internacional que é importante o conhecimento clínico sobre o impacto dos transtornos de ansiedade no comportamento suicida (Hawgood & De Leo, 2008).

Na Holanda (Sareen & cols., 2005), correlacionou-se a presença de qualquer transtorno de ansiedade com ideação suicida e tentativas de suicídio. Na análise transversal, a ideação suicida apresentou-se duas vezes maior no grupo de indivíduos com algum transtorno de ansiedade quando comparado ao grupo sem transtornos de ansiedade. Relação semelhante foi encontrada para as tentativas de suicídio, 2,48 vezes mais prevalentes nos indivíduos com transtorno de ansiedade. Da mesma forma, o mesmo estudo avaliou os mesmos desfechos após três anos e observou que a presença de pelo menos um transtorno de ansiedade foi fator de risco para ideação suicida (OR 2,32 IC95% 1,31-4,11) e tentativas de suicídio (OR 3,64 IC95% 1,70-7,83).

Nock e cols. (2009) avaliaram dados de diversos países em desenvolvimento de estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e observaram que o transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, fobia específica, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de ansiedade de separação e agorafobia possuem associação independente significativa com ideação e tentativa de suicídio. Outro estudo correlaciona especificamente os transtornos de ansiedade com risco de suicídio, porém com uma amostra de adultos e idosos. Em tal população, os pacientes que tiveram risco de suicídio apresentaram maiores taxas de algum transtorno de ansiedade ao longo do tempo do que pacientes que não demonstraram risco. Tal associação continuou significativa após o controle para características sociodemográficas e outros transtornos mentais (Bolton & cols., 2008).

Assim, é possível que a angústia relacionada aos sintomas da ansiedade possa, direta ou indiretamente, levar a um comportamento suicida. Parece existir um consenso na literatura científica que indivíduos com transtornos de humor apresentam maior risco para comportamentos suicidas (Chabaud & cols., 2010; Souza & cols., 2010), em especial, quando estes ocorrem em comorbidade com alguns transtornos de ansiedade (tenHave & cols., 2009). Os dados

observados na presente investigação, em conjunto com a literatura científica atual, podem sinalizar a elevada intensidade dos estressores presentes nos transtornos de ansiedade, indicando-os como potenciais desencadeantes de ideação suicida e tentativas de suicídio.

Contudo, o delineamento transversal do estudo impede uma explicação profunda do fenômeno existente na relação entre transtornos de ansiedade e risco de suicídio. O estudo apenas evidencia que, de forma independente da relação com as outras características investigadas dos jovens, tal relação existe. Além disso, o delineamento impossibilita a identificação de causalidade entre essas variáveis. Portanto, apesar da maior plausibilidade teórica da inferência de que os transtornos de ansiedade geram o aumento do risco de suicídio (Sareen & cols., 2005), tal afirmativa é apenas uma inferência.

O presente estudo ainda possui outra limitação que deve ser levada em consideração na reflexão de seus achados. Apesar da adequação psicométrica à entrevista MINI, o processo de avaliação pode ter sido influenciado pela brevidade da realização do instrumento, falta de motivação do respondente, entre outras características que divergem da situação ideal do referido processo. Contudo, a originalidade e o rigor metodológico empregados em sua execução dão credibilidade aos achados aqui expostos. Além disso, este é o primeiro estudo nacional que evidencia a relação "transtorno(s) de ansiedade *versus* risco de suicídio" com base populacional. Tal relação pode ser observada independente de variáveis socioeconômicas e da presença de uso de substâncias e de transtornos de humor.

Como indica a literatura científica, jovens do sexo feminino, baixo nível socioeconômico, com histórico de problemas de saúde, histórico familiar de transtorno mental, uso de drogas e presença de transtorno de humor apresentaram maior proporção de risco de suicídio (Adinkrah, 2011; Coêlho, Guarniero & Wang, 2010; Kirkcaldy, Siefen, Urkin & Merrick, 2006; Mulye & cols., 2009; Nordentoft & Pedersen, 2011; Shah, Veledar, Hong, Bremner, & Vaccarino, 2011; Turhan, Inandi, Aslan, & Zeren, 2011). Tais congruências sinalizam a necessidade de maior acurácia na identificação do risco de suicídio, em especial, no serviço de saúde pública, local de maior procura de indivíduos com comorbidades acima destacadas. Da mesma forma, o sexo feminino e a baixa condição socioeconômica podem ser importantes características a serem levadas em consideração na elaboração de estratégias de prevenção ao suicídio e demais condições psiquiátricas de risco.

Considerações finais

Salienta-se a importância de maior atenção direcionada aos pacientes com transtornos de ansiedade, pois tais transtornos podem apresentar-se como fator importante para que o risco de suicídio esteja aumentado nestes pacientes. No tratamento destes, a identificação das primeiras manifestações de risco de suicídio deve ganhar importância para que ações preventivas sejam tomadas, diminuindo consideravelmente as tentativas e até mesmo o suicídio.

Referências

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2003). Critério de classificação econômica Brasil [Electronic Version]. Recuperado: 26/05/2007. Disponível: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCE_B.pdf
- Adinkrah, M. (2011). Epidemiologic characteristics of suicidal behavior in contemporary Ghana. *Crisis, 32*(1), 31-36.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(3), 106-115.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 316-325.
- Angerami-Camon, V. A. (2004). *Tendências em psicologia hospitalar*. (1ª ed.). São Paulo: Thonson Pioneira.
- Araújo, L. C., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF, 15*(1), 47-57.
- Bolton, J. M., Cox, B. J., Afifi, T. O., Enns, M. W., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2008). Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up study. *Depression and Anxiety, 25*(6), 477-481.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia, 11*(3), 195-209.
- Botega, N. J. (2006). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Casey, P. R., Dunn, G., Kelly, B. D., Birkbeck, G., Dalgard, O. S., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J. L., & Dowrick, C. (2006). Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry, 189*, 410-415.
- Chabaud, F., Debarre, J., Serazin, C., Bouet, R., Vaiva, G., & Roelandt, J. L. (2010). Study of population profiles in relation to the level of suicide risk in France: study "Mental health in the general population". *Encephale, 36*(3 suppl), 33-38.
- Coêlho, B. M. A. L., Guarniero, F. B., & Wang, Y. P. (2010). The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo epidemiologic catchment area study, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*(4), 396-408.
- Danel, T., Vilain, J., Roelandt, J. L., Salleron, J., Vaiva, G., Amariei, A., Plancke, L., Plance, L., & Duhamel, A. (2010). Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. *L'Encephale, 36*(5), 39-57.
- Ferreira, A. B. H. (2004). *Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0*. Recuperado: 10/04/2010.
- Freitas, G. V. S., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira, 48*(3), 245-249.
- Freud, S. (2006). *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1ª ed., vol. 6). São Paulo: Imago. (Original publicado em 1901).
- Gould, J. E. (2010). *Avaliando o risco de suicídio em pacientes com transtorno bipolar: entrevista com o especialista Dr. Jan A. Fawcett*. Recuperado: 17/04/2010. Disponível: www.medcenter.com/medscape/Content.aspx?id=6967
- Hawgood, J., & De Leo, D. (2008). Anxiety disorders and suicidal behavior: an update. *Current Opinion in Psychiatry, 21*(1), 51-64.
- Henrique, I. F. S., Micheli, D. D., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira, 50*(2), 199-206.

- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2007). Version. Recuperado: 26/05/2008. Disponível: <http://www.ibge.gov.br>.
- Jatobá, J. D. A. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-626.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kirkcaldy, B. D., Siefen, G. R., Urkin, J., & Merrick, J. (2006). Risk factors for suicidal behavior in adolescents. *Minerva Pediatrica*, 58(5), 443-450.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires* (2ª ed.). Nova Iorque: Oxford university Press.
- McKelvey, R. S., Pfaff, J. J., & Acres, J. (2001). The relationship between chief complaints, psychological distress, a suicidal ideation in 15-24-year-old patients presenting to general practitioners. *Medical Journal of Australia*, 175(10), 550-552.
- Mulye, T. P., Park, M. J., Nelson, C. D., Adams, S. H., Irwin, C. E., & Brindis, C. D. (2009). Trends in adolescent and young adult health in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 45(1), 8-24.
- Neeleman, J., Graaf, R., & Vollebergh, W. (2004). The suicidal process: prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 43-52.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., Girolamo, G., Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M. C., & Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6(8), 1-17.
- Nordentoft, M. M. P., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- Oliveira, A., & Amaral, V. (2007). Análise factorial de correspondências na investigação em psicologia: uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análises Psicológicas*, 25(2), 271-293.
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativas de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 146-154.
- Quevedo, J., Schmidt, R., & Kapczinski, F. (2008). *Emergências psiquiátricas* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Graaf, R., Asmundson, G. J. G., Have, M., & Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1249-1257.
- Seminotti, E. P., Paranhos, M. E., & Thiers, V. O. (2006). *Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados*. Recuperado: 17/04/2010. Disponível: www.psicologia.com.pt
- Shah, A. J., Veledar, E., Hong, Y., Bremner, J. D., & Vaccarino, V. (2011). Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1135-1142.
- Souza, L. D. M., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., & Horta, B. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 286-292.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562-563.
- TenHave, M., Graaf, R., Dorsselaer, S., Verdurmen, J., Land, H., Vollebergh, W., & Beekman, A. (2009). Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(12), 824-833.

Turhan, E., Inandi, T., Aslan, M., & Zeren, C. (2011). Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences (Riyadh)*, 16(4), 347-352.

Zimmerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de Psicanálise* (1ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Recebido em 14/03/2011
Reformulado em 09/02/2012
Aprovado em 12/03/2012

Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Sobre os autores:

Moisés Ederson da Silva Rodrigues possui graduação em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), com atuação clínica.

Tatiane Brito da Silveira é psicóloga, graduada pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), pós-graduanda da especialização em Estratégia da Saúde da Família do Instituto Educar Brasil, cursa residência multiprofissional na Universidade Federal de Pelotas (UFPe) \ Fundação de Apoio Universitário (FAU).

Elaine Tomasi possui graduação em Serviço Social pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), mestrado e doutorado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPe). Atualmente é professora adjunta I da UFPe.

Ricardo Tavares Pinheiro possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Pelotas (UFPe), é psiquiatra, com mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade de Coimbra (Portugal) e doutorado em Ciências Médicas pela Universidade do Porto (Portugal). É professor adjunto da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), atuando como docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da mesma instituição.

Ricardo Azevedo da Silva é graduado em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), mestre em Saúde e Comportamento pela mesma Universidade e doutor em Psicologia Clínica pela Universidade do Minho (Portugal). Membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel, é psicólogo clínico da Pró-Reitoria de Assistência Estudantil da Universidade Federal de Pelotas (UFPe).

Ana Laura Sica Cruzeiro é psicóloga graduada pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), mestre em Saúde e Comportamento pela UCPel. Atualmente é doutoranda no mesmo programa de pós-graduação desta instituição e faz parte do corpo docente do curso de graduação em Psicologia da mesma.

Liliane da Costa Ores é psicóloga graduada pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), mestre e doutora em Saúde e Comportamento pela UCPel. É coordenadora de Projetos do Instituto Federal Sul-rio-grandense (IFSul).

Karen Jansen é graduada em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), mestre e doutora em Saúde e Comportamento pela UCPel. É docente do curso de graduação em Psicologia e membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel.

Luciano Dias de Mattos Souza é graduado em Psicologia pela Universidade Católica de Pelotas (UCPel), especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pelo Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA), mestre em Saúde e Comportamento pela UCPel e doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Atualmente é professor do curso de graduação em Psicologia e membro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel e possui atuação clínica.

Contato com os autores:

Rua Almirante Barroso, nº 1202, Bloco G109, CEP 96010-280. Pelotas-RS
Email: luciano.dms@gmail.com