



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE HUMANIDADES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**SYLVIA MARIA ULISSES**

**RELIGIOSIDADE, SAÚDE GERAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA: UMA ANÁLISE  
DA DIMENSÃO RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA**

**FORTALEZA**

**2012**

SYLVIA MARIA ULISSES

RELIGIOSIDADE, SAÚDE GERAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA: UMA ANÁLISE DA  
DIMENSÃO RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA

Monografia apresentada ao curso de  
Psicologia da Universidade Federal do Ceará  
como requisito para aprovação na disciplina de  
Monografia em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos

FORTALEZA

2012

SYLVIA MARIA ULISSES

RELIGIOSIDADE, SAÚDE GERAL E SATISFAÇÃO COM A VIDA: UMA ANÁLISE DA  
DIMENSÃO RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA

Monografia apresentada ao curso de  
Psicologia da Universidade Federal do Ceará  
como requisito para aprovação na disciplina de  
Monografia em Psicologia.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Sylvia Maria Ulisses

---

Média

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Nota

---

Prof. Dr. João Ilo Coelho Barbosa  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Nota

---

Prof. Dr. Fábio Gomes de Matos e Souza  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Nota

À minha Mãe,

*Pelo apoio incondicional aos meus estudos,  
como também pelo incentivo, companheirismo,  
amor e suporte emocional, além dos  
sacrifícios e concessões.*

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço a **Deus**, que é a minha verdadeira força motivadora para continuar batalhando em busca dos meus objetivos e sonhos.

Especialmente, agradeço ao meu orientador **Prof. Dr. Walberto Silva dos Santos** pelo seu incentivo, dedicação e confiança. O seu apoio e colaboração foram essenciais para a construção desse projeto.

Agradeço aos integrantes da banca avaliadora **Prof. Dr. João Ilo Coelho Barbosa e Prof. Dr. Fábio Gomes de Matos e Souza** pela disponibilidade em ler e contribuir com a avaliação dessa monografia. Sinto-me honrada em tê-los como avaliadores.

Ao **Laboratório Cearense de Psicometria – LACEP**, especialmente aos integrantes **Emanuela Maria Possidônio de Sousa, Guilherme Lopes Sobreira e Alex Sandro de Moura Grangeiro** pela disponibilidade e apoio concedido no desenvolvimento desse trabalho.

Ao **Projeto de Apoio à Vida – PRAVIDA**, por ter me acolhido como integrante no início do curso e ter me possibilitado estudar o comportamento suicida, assim como entrar em contato com pacientes com histórico de ideações/tentativas suicidas, desenvolvendo um trabalho de prevenção e promoção da saúde no Hospital Universitário Walter Cantídio.

Às queridas **amigas e companheiras** de turma, **Emanuela Maria Possidônio de Sousa, Erlane Sousa Farias, Lara Rodrigues Queiroz, Marina Rocha Soares, Samara Silva Silveira e Tauanaiaara Nogueira de Moraes** por estarem sempre presentes nos momentos de alegria e angústia ao longo desses quatro anos e meio de graduação.

À minha **Mãe** e exemplo de dedicação, **Sylvania Ramos Ulisses Pessoa da Silva**, pelos ensinamentos e esforços dedicados a minha educação, além de seu carinho e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. Ao meu **Pai, José Ulisses da Silva**, pela dedicação e confiança depositadas em mim durante todos os meus anos de existência. Ao meu **irmão** mais velho e exemplo de superação e perseverança, **José Ulisses da Silva Júnior**, por ter me incentivado e apoiado durante todo o meu percurso acadêmico. Ao meu **irmão Ulisses Alfredo da Silva Netto**, pelo cuidado, paciência e compreensão.

Finalmente, mas não menos importante, ao meu **Amor, Daniel Pedrosa Gonçalves**, por seu apoio, companheirismo, atenção, dedicação, paciência e, principalmente, pelo incentivo e por ter acreditado no meu potencial. Eu considero a minha formatura uma conquista nossa.

“Assim, na medida em que apenas o homem é capaz de refletir sobre sua própria existência e de tomar a decisão de prolongar ou de colocar um ponto final, parece que há um problema especificamente humano, esse é o da morte voluntária.”

*Diana Cohen*

## RESUMO

O presente estudo teve por objetivo conhecer em que medida a satisfação com a vida, a saúde geral (ansiedade e depressão) e a religiosidade podem influenciar a ideação suicida. Especificamente, pretendeu-se averiguar a relação existente entre esses fatores, bem como investigar o poder preditivo dessas três variáveis sobre os domínios da ideação suicida. Para tanto, contou-se com uma amostra composta por 257 pessoas com idades variando entre 18 e 56 anos ( $m = 22,9$ ;  $dp = 6,76$ ), a maioria solteira (91,8%) e do sexo feminino (62,6%). Os participantes confessaram pertencer às religiões: católica (50,6%), evangélica (12,9%), espírita (3,5%) e de outros grupos religiosos (6,3%), tendo 26,7% declarado não ter religião. Durante a coleta dos dados, os participantes foram solicitados a responder de forma individual a um “livreto” composto por questões de caráter sociobiodemográficas e por cinco instrumentos: (1) Questionário de Saúde Geral de Goldberg - QSG-12; (2) Escala de Satisfação com a Vida - ESV; (3) Escala de Práticas Religiosas; (4) Escala de Crenças Religiosas; (5) Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio – EMTAS. A partir dos resultados obtidos, verificaram-se correlações significativas entre os domínios da EMTAS com as três variáveis estudadas no presente estudo. No que diz respeito ao poder preditivo dessas variáveis, foi possível comprovar que as alterações nos principais domínios da ideação suicida foram explicadas satisfatoriamente pela satisfação com a vida, depressão e compromisso religioso. Assim, conclui-se a depressão, a satisfação com vida e o compromisso religioso podem atuar como importantes antecedentes da ideação suicida. Dessa forma, uma vez que tais variáveis são de fácil avaliação, é possível concluir que, em novos estudos, podem ajudar na identificação de pacientes em risco, na construção de novas propostas de intervenções, na prevenção do comportamento suicida, assim como, também, na promoção da saúde.

**Palavras-Chaves:** Ideação Suicida, Satisfação com a Vida, Saúde Geral, Religiosidade, Risco e Proteção.

## ABSTRACT

The present study was aimed at understanding and determining the extent to which life satisfaction, general health (anxiety and depression) and religiosity may influence suicidal ideation. Specifically, we sought to investigate how these factors relate and to investigate the predictive power of these three variables on suicidal ideation. To do so, relied on a sample of 257 people aged between 18 and 56 years ( $M = 22.9$ ,  $SD = 6.76$ ), mostly single (91.8%) and females (62, 6%). Participants confessed to belong to religions: catholic (50.6%), evangelical (12.9%), spiritualist (3.5%) and other religious groups (6.3%) and 26.7% did not declare religion. During data collection, participants were claimed to respond individually to a "booklet" consisting of questions related to socio-bio-demographic and five instruments: (1) General Health Questionnaire of Goldberg - GHQ-12, (2) Scale Satisfaction with Life - ESV, (3) Religious Practices Scale, (4) Religious Beliefs Scale, (5) Attitudinal Scale Multi-Trend Suicide - EMTAS. From the results obtained, there were significant correlations between EMTAS and three variables in this study. Regarding the predictive power of these variables, we can prove that the changes in key areas of suicidal ideation were explained by satisfaction with life, depression and religious commitment. Thus, we conclude depression, satisfaction with life and religious commitment can act as important antecedents of suicidal ideation. Thus, since these variables are easily to evaluated, can be conclude that, in future, studies may help identify patients at risk in the construction of new proposals for interventions in the prevention of suicidal behavior, and also in health promotion.

**Key Words:** Suicidal Ideation, Life Satisfaction, General Health, Religion, Risk and Protection.



## SUMÁRIO

---

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 SUICÍDIO</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 Desenvolvimento Conceitual</b> .....	<b>17</b>
<i>2.1.1 Perspectiva Sociológica</i> .....	<b>18</b>
<i>2.1.2 Perspectiva Psicológica</i> .....	<b>19</b>
<i>2.1.3 Perspectiva Nosológica e Fisiológica do Suicídio</i> .....	<b>21</b>
<b>3 DIMENSÃO RISCO E PROTEÇÃO</b> .....	<b>24</b>
<b>3.1 Mitos e Verdades sobre o suicídio</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2 Fatores de Risco e de Proteção</b> .....	<b>26</b>
<b>3.3 Ideação Suicida</b> .....	<b>28</b>
<i>3.3.1 Operacionalização da Ideação Suicida</i> .....	<b>29</b>
<b>3.4 Satisfação com a vida</b> .....	<b>31</b>
<b>3.5 Saúde Mental</b> .....	<b>34</b>
<b>3.6 Compromisso Religioso</b> .....	<b>36</b>
<i>3.6.1 Religiosidade e Suicídio</i> .....	<b>37</b>
<b>4 MÉTODO</b> .....	<b>40</b>
<b>4.1. Delineamento e Hipóteses</b> .....	<b>41</b>
<b>4.2. Amostra</b> .....	<b>41</b>
<b>4.3. Instrumentos</b> .....	<b>42</b>
<i>4.3.1 Questionário de Saúde Geral</i> .....	<b>42</b>
<i>4.3.2 Escala de Satisfação com a Vida – ESV</i> .....	<b>42</b>
<i>4.3.3 Escala de Práticas Religiosas</i> .....	<b>43</b>
<i>4.3.4 Escala de Crenças Religiosas</i> .....	<b>43</b>
<i>4.3.5 Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio – EMTAS</i> .....	<b>44</b>
<i>4.3.6 Questões de caráter sóciobiodemográfico</i> .....	<b>44</b>
<b>4.4. Procedimentos</b> .....	<b>44</b>
<b>4.5. Análise dos Dados</b> .....	<b>45</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>46</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>60</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>68</b>



Apesar de ser um ato individual, o suicídio deve ser analisado como um processo que envolve diversos aspectos. A OMS (2000a) o compreende como um transtorno multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos e genéticos. Segundo Kovács (2002), o suicídio inclui uma gama de situações muito complexas, cujos contornos são vagos e indefinidos; para essa autora, ter clareza quando se trata efetivamente de suicídio, ou de acidentes, homicídio, doença ou quaisquer outros atos destrutivos é muito difícil. Botega *et al* (2006, p. 215) apontam que:

Abordar a temática da morte envolve, por si só, muita complexidade. Quando a atenção se volta para fenômenos humanos ainda mais desafiadores e instigantes do que a morte que ocorre como consequência natural da vida, adentram, no campo de estudo, fatores de maior complexidade, inevitavelmente. Exercer uma atividade profissional na área da saúde mental e/ou desenvolver estudos com comportamento suicida faz com que o profissional/pesquisador se depare com uma situação em que o ser humano busca uma ruptura radical para se livrar de uma situação de dor psíquica insuportável.

O comportamento suicida é classificado, com frequência, em três categorias diferentes: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005). Peña *et al* (2002) afirma que o comportamento suicida costuma ser concebido como variando em um *continuum* que se inicia com ideias de suicídio, ou seja, pensamentos de acabar com a própria vida; se esse processo avança, surge o planejamento suicida, que é a etapa em que o sujeito estabelece quando, onde e como fará para levar avante a conduta de autodestruição, a partir daí, poderá ocorrer à tentativa de suicídio, resultando ou não em morte.

Segundo a OMS (2000b) o número de suicídios é frequentemente subestimado. As principais causas para essa subestimação incluem estigmas, fatores políticos sociais e culturais e regulações de agências seguradoras, o que significa que alguns suicídios podem ser registrados como acidentes ou mortes por causa indeterminada. Afere-se que o suicídio é subestimado numa taxa de 20-25% no idoso e de 6-12% em outras faixas etárias. Essa taxa pode variar de acordo com cada país, dependendo principalmente da maneira como o suicídio é registrado.

Com base nesses dados, é possível compreender tal fenômeno como um sério problema de saúde pública. A OMS (2000a) aponta que o comportamento suicida exerce considerável impacto nos serviços de saúde. As estatísticas de suicídio se distribuem desigualmente pelo mundo, dentro dos países, entre os sexos e entre os grupos de idade,

porém, pode-se estimar que, em números absolutos, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos (MINAYO; CAVALCANTE, 2010).

Os dados da OMS, de acordo com o Ministério da Saúde (2006), revelam em termos globais que: (a) Na maioria dos países, o suicídio está entre as dez causas mais frequente de morte e entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens (entre 15 e 35 anos); (b) Do ano de 1955 a 2000, a mortalidade por suicídio aumentou 60%, nesse período os maiores coeficientes mudaram da faixa mais idosa da população para as faixas mais jovens; (c) O suicídio vitima cerca de um milhão de pessoas no mundo por ano; (d) Para cada óbito por suicídio há, pelo menos, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que são profundamente afetadas emocionalmente e economicamente; (e) Os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio, porém, estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o de suicídio em pelo menos 10 vezes; (f) O comportamento suicida exerce considerável impacto nos serviços de saúde e calcula-se que 1,4% do ônus global ocasionado por doenças, no ano de 2002, foi devido a tentativas de suicídio, estima-se que esse índice chegará aos 2,4% em 2020.

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2006), por ser um país populoso, o Brasil atingiu o nono lugar em números absolutos de suicídio - 7987 mil mortes por suicídio - no ano de 2004, porém, encontra-se no grupo de países com baixa taxa de suicídio, com uma média de 4,5 a cada cem mil habitantes. Embora o Brasil apresente uma taxa geral considerada baixa pela OMS, alguns estados brasileiros - como, por exemplo, Amapá, Ceará, Paraná e Mato Grosso do Sul - já apresentam taxas comparáveis aos países apontados como de frequência de média a elevada. De acordo com Aquino (2009), registrou-se no Brasil um aumento de 35,1% da taxa de suicídio na população geral entre os anos de 1994 a 2004. Nesse mesmo período, dentre as regiões do país, a região Norte obteve o maior aumento (86%), seguido da região Nordeste (79,3%). O referido autor ainda destaca que alguns estados chegaram a triplicar o seus índices nesse período, tais como os estados do Amapá, Tocantins, Ceará, Maranhão e Piauí.

Na cidade de Fortaleza, capital do Ceará, por exemplo, as estatísticas do Instituto Médico Legal sobre óbitos, indicam que no período de 2000 a 2009, ocorreram 2.643 mil mortes por suicídio. Sobre esse aspecto, é preciso observar que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), Fortaleza de configura como a quinta cidade mais populosa do país, com 2,5 milhões de habitantes. Dentre os métodos mais utilizados constam o enforcamento (47,33%), o envenenamento (26,63%) e a arma de fogo (9,64%). Destaca-se o

crescimento do número de casos, se no ano de 2000 o total de óbitos por suicídio foi de 150, em 2005 foi de 379, o que significa um aumento de 152%.

A partir do que foi exposto, é possível evidenciar a importância e a relevância de pesquisas sobre suicídio, e de modo mais específico sobre a ideação suicida, uma vez que essa pode se constituir como uma variável importante em ações nesse contexto, possibilitando o desenvolvimento de estratégias e programas de prevenção, que possam impactar na redução dos índices de suicídio (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005). Para tanto, torna-se necessário que as pesquisas empíricas não se restrinjam apenas fatores desencadeantes do suicídio (fatores de risco), mas também naqueles que impeçam uma pessoa de optar pela própria morte (fatores de proteção).

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo principal identificar algumas variáveis que possam atuar na dimensão de risco e proteção frente à ideação suicida. Especificamente, busca-se conhecer em que medida a Satisfação com a Vida, a Saúde Geral (Ansiedade e Depressão) e o Compromisso Religioso atuam como variáveis preditoras da Ideação Suicida. Para alcançar seu objetivo, a presente monografia está dividida em três partes. A primeira envolve a revisão da literatura e está dividida em dois capítulos: (1) Suicídio, que aborda o conceito de suicídio e o seu histórico, traçando uma conexão com a ideação suicida; (2) Dimensão risco e proteção, em que se destacam os mitos, os estudos atuais e os principais fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da ideação suicida. Na segunda parte, apresentam-se o estudo empírico, descrevendo o método com o seu delineamento e hipóteses, as especificidades da amostra, os instrumentos, os procedimentos e análises dos dados. Finalmente, na terceira parte, expõem-se os resultados, seguidos das discussões e conclusões do estudo.



De acordo com Lobo (2009), o suicídio é um fenômeno universal, presente em todos os períodos da história, tendo sido identificado em diferentes culturas. Minois (2001) revela que no decorrer da história o suicídio tem sido tratado como uma questão inquietante, isso se deve a uma postura de perplexidade e estranhamento em relação aos mistérios da morte, mas, sobretudo, e de forma indissociável, ao questionamento do sentido da própria vida. Tais questões se revelaram ao longo do tempo nos discursos religiosos, filosóficos, legais e, mais tarde, científicos. De fato, o suicídio atravessou a história da civilização humana, refletindo sobre os aspectos morais, religiosos, legais e pessoais, sendo compreendido, quer no âmbito acadêmico quer na cultura popular, por meio de um conjunto de significações inerentes ao conceito de morte voluntária.

Kalina e Kovadloff (1983) indicam que na antiguidade, tanto nas sociedades consideradas bárbaras pelos gregos, como na egípcia e na hindu, ocorria uma indução franca ao suicídio, pois havia um sentido cultural e religioso legítimo e benfeitor para o ato suicida. Segundo Lobo (2009), isso acontecia, pois era comum para esses povos preconizar a morte violenta, de preferência no campo de batalha, ou por meio do suicídio para conquistar um lugar especial na vida após a morte; era a valorização do espírito guerreiro do povo. Nessas civilizações, também havia o incentivo ao suicídio para a população idosa, pois além de ser extremamente penoso suportar as aflições da velhice, eles também não eram valorizados culturalmente.

Na Grécia Antiga, havia uma grande diversidade de opiniões acerca do suicídio, variando conforme local e época. Alvarez (1999), afirma que em alguns locais houveram períodos em que o suicídio era um fenômeno bem tolerado, desde que obedecesse a certos critérios políticos e éticos, assim como também, houveram períodos em que era considerado abominável, e por conta disso os corpos dos suicidas sofriam algumas penalidades. Já na civilização romana, Alvarez (1999) aponta que, segundo código Justiniano, qualquer cidadão poderia se matar, sem qualquer punição para o corpo do suicida e sua família, desde que o suicídio fosse um ato justificado, seja por dor, doença, fastio da vida, loucura ou desonra, porém, não era aceito o suicídio que não tivesse clara a sua causa, ou seja, o ato suicida irracional era considerado crime.

Sob a ótica dos filósofos clássicos, Lobo (2009) aponta que o suicídio foi analisado de forma racional e equilibrada, tendo como preceito a moderação e a nobreza de princípios. Nas palavras de Cohen, Ferraz e Segre (1996), Platão entendia o homem como um ser livre para escolher, sendo responsável pelos seus atos. Assim, ele considerava o suicídio como um ato covarde e passível de punição, que se evidenciava com a alteração do ritual de

sepultamento do corpo do suicida. Por sua vez, Aristóteles enfatizava a importância do conhecimento das consequências de uma ação, para que assim o ser humano tivesse responsabilidade pelos seus atos, pois, para ele, é por meio da experiência que se adquire o conhecimento (DIAS, 1999). Nessa perspectiva, o suicídio era considerado um ato de fraqueza contra a pátria, uma renúncia aos direitos civis. Com o médico Hipócrates houve uma mudança significativa em relação ao entendimento acerca do suicídio, uma que vez que para ele o suicídio era um ato de loucura, sendo essa um desarranjo de natureza orgânica do homem (BERCHERIE, 1989).

Na Idade Média, a loucura, assim como o suicídio, foi associada à possessão diabólica. O Cristianismo compreendia e compreende o suicídio como um ato proibido, pois para os cristãos, somente Deus possui o direito de tirar aquilo que deu ao homem, a sua vida (LOBO, 2009). O quinto mandamento da igreja católica, “não matarás”, de acordo com Dias (1999), expressa também o “não matarás a si mesmo”. Assim, na idade média cristã o suicídio era considerado um sacrilégio, sendo um ato extremamente repudiado e punido. Segundo Alvarez (1999), em toda a Europa os corpos dos suicidas eram publicamente humilhados e seus familiares perseguidos. Porém, Minois (1998) ressalta que, nesse período, ainda ocorriam maneiras diferentes de lidar com o corpo do suicida, variando de acordo com o motivo e a posição social, enquanto alguns eram severamente punidos, outros, que enfatizavam a honra cavaleiresca e a fé inabalável até o martírio, eram admiráveis.

Com o advento da era Moderna, houve uma transformação na forma de se compreender o homem e o mundo, a igreja não detinha mais o total saber e o poder perante a sociedade. Após a reforma protestante, os casos de suicídios não podiam ser mais julgados pela igreja, passando a esfera civil e assim quaisquer punições aos atos suicidas passaram a ser compreendidas como gestos bárbaros e estúpidos. Segundo Coelho (1997, p. 50):

Essa liberalização em relação aos suicidas foi uma das consequências da desvinculação entre a igreja e o estado. Este último com ascendência da ideologia liberal, que preservava os assuntos privados, sentia-se cada vez mais intimidado para tomar resoluções contra o indivíduo, à medida que sua ação fosse um ato isolado que não afetasse os poderes do estado. A igreja, no entanto, continuou a condenar o suicida, abrandando, entretanto, a condenação em relação aos familiares.

Alvarez (1999) ressalta que, nesse período, a ênfase sobre o individualismo, tornaram os problemas da vida, da morte e da responsabilidade mais fluidos e complexos do que antes, abrindo espaço para vários questionamentos. Segundo Bonaldi (2004), foi no século XVII que surgiram as primeiras literaturas opostas aos dogmas da idade média. A partir de então, iniciaram-se os debates sobre a legitimidade de alguns tipos de morte



voluntária. De acordo com Cohen (2000), no ano de 1621 surgiu a primeira explicação de cunho científico acerca do suicídio, quando o médico Robert Burton apontou a melancolia como causa. Em 1642, o médico e filósofo Sir Thomas Browne criou o termo "suicídio", em seu livro *Religio Medici*, baseado nas palavras latinas *sui* (si próprio) e *caedere* (matar), seu intuito era distinguir entre o homicídio contra si próprio e contra outra pessoa (OMS, 2002).

Em relação ao pensamento filosófico desse período, Aquino (2009) aponta que o filósofo Immanuel Kant (1724 - 1804) coloca a questão do suicídio como um fato moral. Desta forma, esse filósofo alemão se opõe ao suicídio, pois para ele essa ação suicida, para escapar de uma situação dolorosa, fere o imperativo categórico, pois torna o ser humano como um meio. Jakobs (2003) analisa que Kant concebe o suicídio como uma infração moral, pois há um rompimento de um dever contra si mesmo.

No que se refere a David Hume (1711-1771), Aquino (2009) revela que, em sua obra *Enssay on suicide*, levanta a questão da ética estoica, quando considera que o ser humano tem direito de dar fim a sua própria existência, quando esta não lhe proporciona nada mais do que sofrimento. Este filósofo legitima sua teoria a partir de três argumentos: a de que o suicídio não é uma transgressão a lei divina; que não causa danos à sociedade e não atenta aos interesses do próprio indivíduo. Para Cohen (2000), a questão fundamental de Hume é a incompatibilidade da *providência divina* e a *liberdade humana*.

Já o filósofo Arthur Schopenhauer (1788-1860), de acordo com Aquino (2009), em sua obra *Die Welt als wille und Vorsterllung*, interpreta o suicídio como um ato de ausência da vontade, pois, para ele, a negação da vontade consistiria em negar os prazeres e não os males da vida. Assim, para este pensador, o suicídio se constitui como um ato insensato, tendo em vista que tanto o querer viver quanto o sofrimento são inerentes à vida.

A partir do exposto, pode-se afirmar que da idade média à moderna, o suicídio fora tratado, principalmente, como uma questão moral. Entretanto, segundo Nunes (1998) e Cohen (2000), entre os séculos XVIII e XIX, foi sendo gradativamente descriminado, passando de um problema moral para um problema social e/ou psicológico. Nesse sentido, constata-se que a ênfase dada antes, no indivíduo e na moral, passa agora a ser interpretada por meio dos problemas inerentes à própria sociedade (ALVAREZ, 1999; AQUINO, 2009). Destacam-se no século XIX os estudos do sociólogo francês Émile Durkheim na obra *O suicídio*.

No século XX, o suicídio surge como uma das características das sociedades industriais e das sociedades bélicas. Na segunda guerra mundial, por exemplo, o fenômeno camicase, ou os homens bomba em atos terroristas eram considerados como atos de honra,

fenômeno ainda presente nos dias atuais (AQUINO, 2009). Em outros contextos, o suicídio ainda se configura como um tabu, provavelmente, uma tentativa de negação, um tema evitado, difícil de lidar, uma vez que gera sentimentos de vergonha e culpa nas pessoas próximas ao suicida (HUTZ, 2002).

De acordo com Ribeiro (2006) e Bastos (1995), somente na década de 1950, o suicídio passou a ser tratado como um problema de saúde pública, quando foi criada uma subespecialidade da psiquiatria denominada Suicidologia. Nesse período iniciaram as primeiras contribuições da comunidade científica acerca da temática do suicídio, estudos bioquímicos, farmacológicos, psiquiátricos e atualmente, com o avanço da medicina, os estudos genéticos. Atualmente, com o desenvolvimento da neurociência e a procura da base bioquímica do comportamento, o suicídio deixa de ser analisado como um crime moral e passa a ser um ato involuntário, que vai além do controle individual (AQUINO, 2009).

## **2.1 Desenvolvimento Conceitual**

A partir do exposto, pode-se inferir que, historicamente, o significado do suicídio tem sido determinado pelos valores normativos e culturais e, dependendo da época, pode-se encontrar um simbolismo diferente para o ato suicida (BOLDT, 1982). Assim, quando se trata do suicídio, não há apenas uma resposta, ou definição, pois, citando Silva (1992), “o caminho do suicídio é o da ambiguidade”. Existem diversas definições acerca do suicídio, estas além de variarem no decorrer da história, são discutidas a partir de diferentes áreas do conhecimento, como: Filosofia, Sociologia, Psicologia, Epidemiologia e Medicina (RIBEIRO, 2006).

De acordo com Minayo (1998), como acontece no estudo de qualquer fenômeno complexo, do qual as ciências modernas se aproximam, as mais diversas áreas do saber acabam reduzindo o problema do suicídio a sua própria visão. Assim, cada especialidade tende a criar uma teoria e a se fechar na sua própria verdade, gerando uma visão reducionista do fenômeno. Porém, os fatos mostram que o suicídio é um fenômeno resultante de uma combinação de diversos fatores. Sua natureza é simultaneamente histórica, cultural e individual, expressando-se nos indivíduos, numa síntese biopsicossocial.

Aquino (2009) e Souza, Minayo e Malaquias (2002) apontam que, o suicídio pode ser analisado a partir de três modelos: o sociológico, o psicológico e o nosológico. O Sociológico trata da influência das estruturas sociais e culturais sobre o comportamento

suicida, o Psicológico enfatiza os aspectos psíquicos que motivam tal ação. Por outro lado, o Nosológico investiga o suicídio como um transtorno psiquiátrico. Uma breve exposição desses modelos pode ser contemplada a seguir.

### ***2.1.1 Perspectiva Sociológica***

Na perspectiva sociológica, merece destaque a obra do sociólogo francês, Émile Durkheim, que trata o suicídio como fenômeno social. Para Durkheim (2000) o termo suicídio pode ser aplicado a todos os casos de morte resultantes, direta ou indiretamente, de um ato, positivo ou negativo, da própria vítima, em que ela saiba que produzirá tal resultado. Em seu livro, “O Suicídio”, escrito em 1897, o autor tem como objetivo principal comprovar sua tese de que o suicídio é um fato social, uma forma de coerção exterior e independente do indivíduo, estabelecida em toda a sociedade e que, portanto, deve ser tratado como assunto sociológico. Para embasar sua teoria, Durkheim (2000) utiliza estatísticas relacionadas a sociedade religiosa, política e doméstica. Ele afirma que esses três grupos possuem uma característica em comum, “uma forte integração”, e revela que o suicídio está associado inversamente a essa integração dentro dos grupos. Com relação à influência da integração social, pode-se utilizar como exemplo as crises e guerras nacionais que surpreendentemente são momentos em que os índices de suicídio diminuem, o que ele atribui a uma excitação de sentimentos coletivos que, ao menos momentaneamente, aumentam a integração social. Outro exemplo seria a menor incidência de suicídios em famílias mais densas e por isso, mais integradas. Durkheim (2000) classifica as causas do suicídio, de acordo com as suas características, em três tipos:

*Egoísta*, pode ocorrer quando a sociedade se encontra desintegrada, o indivíduo então se isola da vida social e seus fins próprios se tornam preponderantes aos fins sociais. O vínculo que liga o indivíduo à causa comum é que também o liga à vida, não como necessidade de uma imortalidade ilusória, mas como uma razão de ser. Então o estado de egoísmo seria uma falha na integração, uma individualização excessiva com o meio social: o que há de social no sujeito fica desprovido de qualquer fundamento objetivo. Para o indivíduo que se encontra nessa situação nada mais resta para justificar os seus esforços e pouco importa o fim de sua vida, já que ele se encontra pouco integrado com o seu meio social.

*Altruísta*, difere-se do tipo egoísta por acontecer em caso de individualização insuficiente. Esse tipo de suicídio pode ocorrer em sociedades em que os indivíduos

encontram-se tão fortemente integrados que são sobrepostos pelo coletivo e por vezes sentem que têm o dever de se matar. Para o indivíduo que se sente coagido a tomar tal atitude, há certo heroísmo que a sociedade espera dele. Nesse contexto, Durkheim aponta o alto índice de mortes voluntárias entre militares e conclui que esses homens se encontram tão fortemente integrados ao meio em que vivem e se sentem tão responsáveis pelo restante da população que se desprendem da própria vida sem dificuldades, pois aquilo que possui valor é exterior a eles.

*Anômico*, difere-se dos dois tipos anteriores por acontecer quando o indivíduo não encontra razão nem em si mesmo nem em algo exterior a ele e a sociedade, por algum motivo, não está em condições de controlá-lo. É chamado de anômico porque ocorre em um estado excepcional que só acontece quando há uma crise doentia, seja dolorosa ou não, mas de maneira súbita, tornando a sociedade incapaz, provisoriamente, de exercer seu papel de reguladora. Pois, para Durkheim, é preciso que a sociedade exerça uma força reguladora diante das necessidades morais, caso isso não ocorra, os desejos tornam-se ilimitados no indivíduo e a insaciabilidade se torna um indício de morbidez. Ele considera o Suicídio anômico a expressão mais evidente da crise da sociedade moderna, definida pela desintegração social e pela debilidade dos laços que prendem o indivíduo ao grupo. Para embasar sua teoria, aponta vários exemplos, dentre eles, as crises econômicas e suas influências no índice de suicídio. Segundo Durkheim, os suicídios ocorrem por serem tais crises perturbações de ordem coletiva, não pelas consequências em si, como a pobreza etc. Pelo contrário, no meio industrial, por exemplo, a prosperidade traz uma ilusão de autossuficiência e insaciabilidade e a falta de um órgão regulador torna inevitável o alto índice de suicídio.

### ***2.1.2 Perspectiva Psicológica***

Certamente, a partir de uma visão sociológica, Durkheim contribuiu de maneira significativa para a compreensão do comportamento suicida, porém, faz-se necessário uma compreensão do problema na relação particular da história de vida de cada indivíduo que tenta suicídio e das contingências envolvidas em cada caso (MINAYO, 1998), ou seja, a perspectiva psicológica *do* suicídio. A psicologia se caracteriza como um campo amplo de conhecimento, dividindo-se em diferentes perspectivas teóricas, com bases epistemológicas distintas (MEYER, 1997). Nesse sentido, no campo psicológico, é possível encontrar diferentes explicações para o mesmo fenômeno. No presente estudo, em função de sua

parcimônia e do foco de análise, o comportamento, optou-se por utilizar o referencial teórico Analítico Comportamental.

A Análise do Comportamento é uma ciência do comportamento fundamentada no Behaviorismo Radical, formulado por Burrhus Frederic Skinner, e tem como objeto de estudo a interação do indivíduo com o ambiente. Para Skinner (1990), não há como justificar a mente, mas sim o comportamento como objeto de estudo da psicologia. “A ciência do comportamento tem como interesse principal analisar as causas do comportamento humano, ou seja, saber por que os homens se comportam de determinadas maneiras” (SKINNER, 1998).

De acordo com Moreira e Medeiros (2007), existem três níveis de causalidade do comportamento: filogenético (evolução biológica), ontogenético (história particular de cada um) e o sociocultural. Para se explicar, prever e controlar o comportamento, é necessário analisá-lo funcionalmente, buscando no ambiente externo e interno os determinantes do comportamento, considerando-se sempre a tríplice contingência. Dessa forma, para se analisar o comportamento, faz-se necessário identificar as situações em que ele ocorre e quais as variáveis que o controlam (BAUM 1999). Quando o indivíduo se comporta em função de eventos futuros, na verdade, ele está inclinado a se comportar de maneira semelhante ao que no passado produziu resultados satisfatórios, daí a importância de se avaliar a história de vida de cada indivíduo (BAUM, 1994; CAMESCHI, ABREU-RODRIGUES, 2005).

Partindo dessa perspectiva, o suicídio, pode ser concebido como um comportamento em sua interação com o ambiente, e como em todo comportamento, existe a possibilidade de sua predição e prevenção. Mas para compreender quais causas levariam as pessoas a tentarem o suicídio, é necessário, antes de tudo, considerar um tipo de comportamento característico de nossa espécie – o comportamento verbal. Pois, segundo Banaco (2001), a perspectiva analítico-comportamental apresenta o suicídio como sendo um comportamento que não pode ser previamente experienciado pelo indivíduo, mas verbalmente induzido.

Nesse contexto, este autor afirma que o comportamento suicida pode ser emitido frente a algumas auto regras pessoais, nas quais o indivíduo formula a consequência para a sua morte (BANACO, 2001). Essa regra descreve uma consequência caso a pessoa venha a morrer, podendo ser seguida se o pensamento relacionado ao ‘não sofrimento’ adquirir funções positivas. Sidman (2001, p. 132) define o comportamento suicida como sendo uma “fuga última das garras de necessidades e coação repentinamente esmagadora, ou uma vida dominada por reforçamento negativo e punição”.

Em um estudo descritivo, realizado com pacientes em um hospital geral, Botega *et al* (1995) destacaram os principais eventos de vida antecedentes a tentativa de suicídio. Foram discriminados brigas com alguém próximo, problemas familiares, perda de alguém significativo, separação ou abandono, dificuldades nos relacionamentos familiares, problemas financeiros, problemas com a justiça, dificuldades com a saúde, gravidez indesejada, aborto e inconstância religiosa. Adicionalmente, Peruche (2006) observou que o comportamento suicida pode surgir quando há alguma dificuldade sendo vivenciada e não há estratégias no repertório do indivíduo que sejam capazes de resolver o problema. A baixa eficácia na resolução de problemas e ausência de reforçadores para desenvolver um repertório verbal mais adequado, pode gerar uma condição aversiva e incontrolável vivenciada pelo sujeito, o que pode levar ao comportamento suicida como uma forma de tentativa de fuga e/ou esquivada.

Nesses casos, a sentença ‘se eu morresse, então não teria sofrimento’ pode se configurar como uma resposta. Porém, deve-se ponderar que ninguém passou pela morte para saber se, de fato, ela cessará o sofrimento. Contudo, pode-se aprender socialmente que a morte pode proporcionar um melhor status emocional. Assim, segundo Banaco (2001), para a análise do comportamento, o suicídio seria uma forma de fuga ou esquivada de situações aversivas (reforçamentos negativos, punições), sendo analisado como um comportamento governado por regras, baseado na construção de consequências imaginárias. Além disso, Peruche (2006) afirma que, geralmente, a tentativa de suicídio é reforçada com atenção e mudança no ambiente anteriormente aversivo, podendo essa resposta ter sido aprendida também por modelagem ou por aprendizagem social.

### ***2.1.3 Perspectiva Nosológica e Fisiológica do Suicídio***

A OMS (2002) destaca os transtornos mentais psicológicos e condições clínicas incapacitantes como fatores de risco para o comportamento suicida. No que se refere aos transtornos mentais, há prevalência dos transtornos de humor, seguidos por transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex: alcoolismo), transtornos de personalidade, esquizofrenia e transtornos de ansiedade; quanto às condições clínicas incapacitantes destacam-se: doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, neoplasias malignas e AIDS.

Estudos que utilizam uma técnica de reconstrução diagnóstica, chamada autópsia psicológica, indicam que o transtorno psiquiátrico é um dos maiores fatores de risco para o suicídio (TURECKI, 1999). Uma revisão sistemática de 31 artigos científicos publicados

entre 1959 e 2001, envolvendo 15.629 casos de suicídio na população em geral, revelou que em 98% dos casos caberia um diagnóstico de transtorno mental na ocasião do ato fatal, e que em 47,5% (7.424) dos casos foram admitidos, ao menos uma vez, em um hospital psiquiátrico (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002). Segundo Mann (2002) e Stephenson (2002), mais de 90% dos suicidas apresentam um diagnóstico de transtorno psiquiátrico, dentre esses, a depressão se apresenta como o transtorno de maior incidência, seguida pelos transtornos de personalidade, o uso abusivo de substâncias e outros transtornos psiquiátricos, como a esquizofrenia. Entre as pessoas diagnosticadas com transtorno de humor, estima-se que 15 a 20% morrerão por suicídio, sendo que o risco maior está no transtorno bipolar e depressão (BOTEGA; RAPELI; FREITAS, 2004).

Pilowsky, Wu, & Anthony (1999) realizaram um estudo em que foram associados a história de ataque de pânico, a depressão maior, os pensamentos suicidas e tentativas de suicídio. Esse estudo contou com a participação de 1580 adolescentes com idades entre 13 e 14 anos, sendo 767 do sexo masculino e 813 do sexo feminino. Os resultados indicaram que adolescentes que possuíam história de ataques de pânico apresentavam cerca de três vezes mais pensamentos suicidas e duas vezes mais tentativas de suicídio do que os adolescentes que não possuíam. Já com relação aos adolescentes com histórico de depressão maior, essa relação foi ampliada seis vezes mais para os pensamentos suicidas e cinco vezes para as tentativas em relação aos adolescentes sem histórico.

Baggio, Palazzo e Aerts (2009), analisando uma amostra representativa de adolescentes escolares de um município de Porto Alegre, com idades entre 12 e 18 anos, constataram que o comportamento suicida ocorre, em muitos casos, como reflexo de conflitos internos, sentimentos de depressão e ansiedade, aspectos que, normalmente, acompanham a reorganização física, psíquica e social decorrente desse período do desenvolvimento humano. Segundo esse estudo, há uma forte relação entre depressão e suicídio, pois entre os adolescentes que se sentiam mais sozinhos e/ou tristes foi constatado maior prevalência de planejamento suicida, quando comparados com aqueles sem esse tipo de sentimentos.

De acordo com Pirkis *et al.* (2001), também se configura como fator de risco o fato de os pacientes com ideação suicida serem usuários frequentes de serviços ambulatoriais e de internações em saúde geral e mental, com maior demanda para aconselhamento, informações e uso de medicação; assim, os profissionais de saúde devem atentar para a frequência com que determinados pacientes são atendidos nos serviços de saúde, pois uma procura recorrente por diversos tipos de atendimentos pode, também, ser um indicativo de fatores de risco para suicídio.

Por meio do exposto, pode-se constatar que o comportamento suicida pode ser analisado por diferentes perspectivas, destacando-se, na presente monografia, a sociológica, a psicológica e a orgânica (nosológica). Uma vez expostas, ainda que de forma resumida, cada uma dessas perspectivas, torna-se necessário observar de forma mais específica alguns dos principais fatores mencionados na literatura como componente da dimensão risco e proteção frente ao comportamento suicida. Esse tema será abordado no capítulo seguinte.





Grande parte do trabalho de prevenção do suicídio fundamenta-se na identificação dos fatores de risco e de proteção, seja por meio da elaboração de estratégias de base populacional ou de prevenção específicas para grupos específicos. De acordo com Botega *et al* (2005), uma caracterização atenta da parcela da população que manifesta ideação suicida pode revelar especificidades cujo conhecimento auxiliará na compreensão do fenômeno, aumentando o potencial para diagnosticar e prevenir o comportamento suicida. Tal compreensão, entretanto, envolve, antes de tudo, a análise dos mitos e das verdades acerca do suicídio.

### **3.1 Mitos e Verdades sobre o suicídio**

Diante de um tema tão polêmico e temido pela sociedade ao longo da história, surgem certos mitos a respeito do suicídio. Segundo a OMS (2000a), é mito pensar que os pacientes que possuem ideações suicidas raramente o cometem e que perguntar sobre suicídio pode provocar atos suicidas; o que realmente acontece é que os pacientes que cometem suicídio normalmente dão alguma pista ou aviso antecipadamente, e por isso as ameaças devem ser levadas a sério. Por outro lado, perguntar sobre esse assunto frequentemente reduz a ansiedade a respeito deste tema, e com isso, o paciente pode se sentir aliviado e melhor compreendido. Segundo Werlang e Botega (2004), frases como: “quem quer se matar, se mata mesmo”, “quem quer se matar não avisa.”, “o suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)” e “no lugar dele, eu também me mataria”, são mitos que podem dificultar ações preventivas e agravar ainda mais a situação das pessoas que pensam em cometer suicídio, pois diante dessas ideias, elas podem desacreditar ainda mais no sentido e valor de suas vidas.

Portanto, a forma como profissionais de saúde lidam com o tema pode fazer toda a diferença na conduta de uma pessoa que pretende ou já tentou cometer suicídio. Para a OMS (2000a), é importante que perguntas do tipo: “você se sente infeliz ou sem esperança?”; “sente-se desesperado?”; “sente-se incapaz de enfrentar os dias?”; “sente que sua vida é um fardo?”; “acha que não vale a pena viver?”; “pensa em cometer suicídio?”; sejam feitas ao paciente. Contudo, cabe ao profissional saber o momento certo para fazer tais perguntas, pois é preciso que o paciente já tenha estabelecido um bom relacionamento com o profissional, e que se sinta confortável em expressar seus sentimentos.

Para a OMS (2000a), os pacientes que chegam aos serviços de saúde estão emocionalmente perturbados e seus sentimentos, geralmente, são uma tríade: desesperança, desamparo e desespero. Há comumente prevalência de sentimentos de ambivalência, ou seja,

existe uma batalha entre o desejo de viver e o desejo de morrer; impulsividade e rigidez, ou seja, o paciente que tenta suicídio tem seu pensamento e raciocínio inflexíveis e dicotômicos.

No manual de prevenção do suicídio, do Ministério da Saúde (2006), ressaltam-se algumas formas de se manejar/conduzir os pacientes que tentaram suicídio ou que possuem algum tipo de ideação. De acordo com esse manual, cabe ao profissional estabelecer com o paciente, uma relação aberta de aceitação e não julgamento de sua conduta, mostrar preocupação, cuidado, expressar respeito pelas opiniões e pelos valores da pessoa, conversar honestamente e com autenticidade.

Destacam-se algumas maneiras de se abordar o paciente: inicialmente é pertinente que o profissional pergunte como o paciente se sente ultimamente, se existem muitos problemas em sua vida e se ele tem tentado fazer alguma coisa para resolvê-los, diante das respostas do paciente se a pessoa demonstra estar cansada de viver e acha a morte atraente, cabe aos profissionais analisar o estado mental atual do paciente, a existência de um plano suicida e o sistema de apoio social (relacionamentos com amigos, familiares).

Todos esses cuidados devem ser tomados no sentido de classificar o risco à que estão expostos os pacientes, uma vez que a partir disso é possível tomar as atitudes mais coerentes com a situação de cada um. Nesse sentido, as ações dos profissionais e dos familiares podem envolver: apoio emocional, abordar os sentimentos suicidas (falar com o paciente sobre seus sentimentos), falar sobre os aspectos positivos da pessoa, manter um vínculo com o paciente e, se for o caso, encaminhá-la ao psicólogo e/ou psiquiatra.

### **3.2 Fatores de Risco e de Proteção**

A OMS (2002) destaca, além dos transtornos mentais e condições clínicas incapacitantes, algumas variáveis sociodemográficas e aspectos psicológicos como fatores de risco também importantes para o suicídio. A respeito dos fatores sociodemográficos, há maior número de homens, com faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, pessoas de extratos econômicos extremos, residentes em áreas urbanas, aposentados e/ou pessoas que enfrentam o isolamento social (solteiros, divorciados, viúvos, migrantes). Os fatores psicológicos incluem: perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com traços significativos de impulsividade e agressividade.

Segundo o Ministério da Saúde (2006), existem alguns sinais que podem indicar, tanto aos profissionais de saúde quanto aos familiares, se uma pessoa tem risco para o

comportamento suicida, tais como: comportamento retraído, inabilidade para se relacionar socialmente, mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia, uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, e história familiar de suicídio.

Borges e Werlang (2006), ao avaliar a ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos, afirmam que o jovem que pensa, ameaça, tenta ou concretiza o suicídio está revelando, na verdade, um colapso em seus mecanismos adaptativos. Neste sentido, na concepção desses autores, tal situação é percebida não somente na adolescência, mas em qualquer idade, revelando-se como uma tentativa de alívio frente à dor e ao sofrimento. Contudo, é preciso ponderar a forma como esse “colapso” é encarado e resolvido, este é o diferencial e o ponto delicado no qual se deve atentar com cuidado.

Outro fator de risco para o suicídio, destacado por alguns autores, é a prevalência das tentativas de se suicidar, visto que as pessoas que tentam suicídio uma vez provavelmente tentarão outras vezes até que seu objetivo seja consumado; como destaca Werneck *et al* (2006), dentre uma gama muito variada de fatores, a história pregressa de tentativa de suicídio tem sido, como fator de risco, o evento merecedor de maior destaque pelos profissionais de saúde. Segundo Rodrigues *et al* (2006), histórias de tentativas anteriores são um dos principais fatores de risco para o suicídio, em qualquer grupo etário; as tentativas são de 30 a 60 vezes mais frequentes que o suicídio, sendo mais comuns em jovens que em idosos e ocorrendo principalmente no sexo feminino.

Ao realizar um estudo de casos incluindo as tentativas e óbitos por suicídios no município de Independência (CE) em 2005, Pordeus *et al.* (2009) entrevistaram pessoas que tentaram suicídio e famílias de pessoas que tentaram e conseguiram praticar suicídio. Os resultados da pesquisa expõem que ao se evocar a presença de antecedentes suicidas, metade dos familiares das vítimas fatais indicou a presença de histórias prévias de suicídio em suas famílias; deste modo, no contexto familiar, as condições de vida dos indivíduos podem ser indicativos de fatores de risco para suicídio.

Entretanto, no contexto da prevenção, além de conhecer os riscos, torna-se fundamental a compreensão dos fatores de proteção. Tais variáveis atuam reduzindo os efeitos de exposição ao risco, diminuindo a possibilidade de ideação e, conseqüentemente, as tentativas e o suicídio propriamente dito. Nesse contexto, apesar da aparente dicotomia (risco x proteção), deve-se observar que, em muitos casos, um mesmo fator, dependendo da forma como se apresenta, pode assumir tanto o polo do risco como o da proteção. A religiosidade, por exemplo, ganha destaque entre esses fatores, já que o suicídio é visto socialmente como algo proibido, como pecado e fraqueza individual, muitas pessoas que pensam em cometer

suicídio podem se sentir impedidas de cometer o ato de fato. Ao mesmo tempo, dependendo do contexto religioso e cultural, o suicídio pode se configurar como um ato de honra que resulta em benefícios pós-morte.

Ao se fazer um contraponto nesta direção, cabe mencionar que os fatores de risco e de proteção podem se organizar em função de, ao menos, três níveis: macro social, micro social e individual (SANTOS, 2008). No primeiro, encontram-se as variáveis de caráter social amplo, a exemplo daquelas consideradas por Durkheim, dos valores sociais e outros fatores culturais e sociodemográficos. Já o segundo (micro social), envolve situações como a boa relação com os membros da família, o apoio familiar, boas relações com amigos e colegas e apoio de pessoas relevantes. O último, individual, abrange as boas habilidades sociais, o senso de valor pessoal, a abertura para novas experiências e aprendizados, a receptividade com a ajuda dos outros e projetos de vida (estilo cognitivo e personalidade). Além destes fatores, segundo a OMS (2001), ainda podem-se incluir uma dieta saudável, a boa qualidade do sono e a atividade física, considerados fatores ambientais. Ao se estudar o suicídio, é preciso observar que tais fatores atuam, em alguns casos, de forma direta, e em outros, indireta. Com efeito, estes fatores atuam como preditores da ideação suicida, variável que, na maioria das vezes, antecede o suicídio.

### **3.3 Ideação Suicida**

O comportamento suicida é comumente classificado em três categorias distintas: ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio propriamente dito. Dessa forma, o comportamento pode ser definido por meio de um contínuo: os pensamentos de autodestruição, a autoagressão, manifestada por gestos suicidas e tentativas de suicídio, e, finalmente, o próprio suicídio (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005). A ideação suicida, é concebida por Bandim *et al* (1997) como uma ampla gama de pensamentos, englobando desde pensamentos inespecíficos de morte até ideias de suicídio com planos concretos de realização. De acordo com Mann (2002), a ideação suicida sem tentativa de suicídio é bem mais comum do que a tentativa de suicídio e o suicídio.

Goldney *et al* (2000) em pesquisa desenvolvida na Austrália com 2501 pessoas da população geral, observou que 5,6% dos homens e 5,3% das mulheres apresentaram ideação suicida nos 12 meses que antecederam a coleta dos dados. Esse estudo demonstrou a ideação suicida associada à presença de sintomas depressivos e eventos traumáticos (violência doméstica, discriminação, mudança de casa, relação afetiva rompida, e presença de doença

cl clinicamente relevante). Recentemente, no Brasil, um estudo de base populacional identificou uma prevalência de 17,1% para ideação suicida ao longo da vida e 5,3% para ideação no último ano (BOTEGA *et al*, 2005).

Soares (2003), por meio de revisão bibliográfica, constatou que em pacientes psiquiátricos a presença de ideação suicida variou de 37% a 55%, sendo os principais fatores associados a presença de sintomas depressivos, sintomas psicóticos, sintomas ansiosos e uso de substâncias psicoativas. Outros estudos correlacionam a ideação suicida com o maior risco de tentativas de suicídio (KESSLER; BORGES; WALTERS, 1999), estima-se que cerca de 60% dos indivíduos que cometeram suicídio apresentavam, previamente, a ideação suicida (FAWCETT; CLARK; BUSH, 1993). De acordo com Suominen *et al* (2004), a gravidade e a duração dos pensamentos suicidas estão correlacionados com a maior probabilidade de tentativa de suicídio, que é, por sua vez, um dos principais fatores de risco. De fato, a presença de ideação suicida e, principalmente, de uma história positiva de tentativas de suicídio têm sido considerada como um importante valor preditivo na avaliação do risco para suicídio (SOARES, 2003).

Na mesma direção, Pirkis *et al* (2001) constatou em seu estudo que pacientes com ideação suicida possuem maior demanda para aconselhamento, informações e uso de medicação, além de serem usuários frequentes de serviços ambulatoriais e de internações em saúde geral e mental. Além disso, Bruce *et al* (2004) evidencia que os atendimentos clínicos são mais frequentes nos meses precedentes a uma tentativa de suicídio e há evidências de que intervenções específicas, realizadas em serviços de atenção primária podem ser eficazes em reduzir a ideação suicida. Estes estudos relevam, entre outros aspectos, a importância do levantamento de dados acerca, principalmente, da ideação suicida, sobretudo porque, presume-se que mapeando essa variável e seus antecedentes, é possível propor estratégias eficazes de prevenção. Logo, para a efetivação desta proposta, é fundamental a utilização de instrumentos que possam mensurar a ideação.

### **3.3.1 Operacionalização da Ideação Suicida**

Sem deixar de reconhecer a importância de outros instrumentos para avaliação da ideação suicida (por exemplo, entrevistas, técnicas projetivas), na presente monografia a ideação suicida foi operacionalizada por meio da versão brasileira da Escala Multi-attitudinal de Tendência ao Suicídio (EMATS), originalmente proposta por Orbach, *et al* (1991), adaptada ao contexto brasileiro por Aquino (2009). Essa escolha se pauta, fundamentalmente,

nas características do estudo, dado que envolve uma amostra relativamente ampla ( $n > 200$ ) e não permite, em função do tempo limitado, avaliações mais qualitativas como é o caso da análise funcional.

A EMATS tem como base o modelo fenomenológico do comportamento suicida (Orbach, 1988), modelo que se baseia na premissa de que o comportamento suicida evolui em torno de um conflito básico entre atitudes frente à vida e a morte. Nesse modelo, existem quatro tipos de atitudes que envolvem:

*Atração pela vida.* Caracteriza-se pela influência do sentimento de segurança nas relações interpessoais, relacionamentos amorosos, realização e autoestima. Atração para a vida é também determinada por formas de enfrentamento e ajuste. É esta atração para a vida que impede a autodestruição;

*Repulsão pela vida.* Reflete a dor e o sofrimento das experiências individuais: confrontos com problemas não resolvidos, morte de um ente querido, divórcio dos pais, abuso físico e emocional, rejeição, isolamento, alienação, desorganização familiar, pensamentos autodestrutivos. Em geral, a repulsão pela vida pode ser analisada como uma força motivadora do indivíduo em direção à autodestruição;

*Atração à morte.* Incorpora a crença de que a morte é um modo de existência física ou emocional que é superior a, e, portanto, preferível, a vida. Esta atitude inclui crenças tais como a morte em todos os seus desejos sejam cumpridas e que a morte é reversível ou um estado sereno, pacífico e tranquilo. Tais fantasias podem exacerbar a atração para a morte e facilitar o comportamento suicida e se tornar uma força motivadora para a autodestruição;

*Repulsão pela morte.* Pode estar presente mesmo entre pessoas com fortes tendências para a autodestruição, pois decorre da percepção assustadora da morte como a aniquilação da vida de maneira irreversível, mas também pode ser o medo da punição após a morte. Repulsão por morte é uma força que pode impedir o comportamento autodestrutivo.

Deve-se considerar que, segundo a perspectiva de Orbach *et al* (1991), a palavra atitude representa um conjunto de ideias, percepções, crenças e motivações que, juntos, criam uma qualidade de experiência ou de um único estado de espírito sobre a vida e a morte. Orbach *et al* (1991) pressupõem que, durante toda a vida, o equilíbrio entre essas atitudes está em fluxo constante, para eles esse equilíbrio único e específico entre as atitudes é considerado um fator determinante na mudança para o comportamento suicida. Embora as quatro atitudes estejam inter-relacionadas, estes autores afirmam que elas não representam experiências subjetivas similares. Repulsão pela vida reflete experiências de dor e estresse, enquanto a atração da morte representa convicções religiosas ou percepções que a morte é uma forma

superior de ser no sentido mais concreto. Da mesma forma, a atração para a vida e é derivada do grau de satisfação e bem-estar, enquanto que repulsa pela morte reflete vários medos da morte enraizada na pessoa.

Em função dos objetivos dessa pesquisa e da revisão da literatura sobre o tema, espera-se que os fatores da EMATS se apresentem correlacionados com os componentes de risco e proteção aqui considerados, a saber: satisfação com a vida, saúde geral (ansiedade e depressão) e o compromisso religioso. Portanto, antes de apresentar o método utilizado para alcançar os objetivos propostos, faz-se imprescindível discorrer um pouco mais acerca destes construtos, expondo, por meio de estudos empíricos, as suas relações com a ideiação suicida.

### **3.4 Satisfação com a vida**

A satisfação com a vida é considerada um componente do bem-estar subjetivo, que corresponde à avaliação subjetiva de uma pessoa em relação à sua vida, englobando elementos afetivos e cognitivos. Ou seja, refere-se a como uma pessoa se sente e o que pensa sobre a sua vida em determinado momento ou ao longo de um tempo (DIENER, 1985). O componente afetivo (emocional) subdivide-se em afeto positivo e afeto negativo e o componente cognitivo (racional, intelectual) corresponde à satisfação com a vida. Em meio aos diversos estudos sobre felicidade e conceitos afins desenvolvidos nos últimos trinta anos, duas concepções principais tem se destacado acerca dessa temática: a felicidade seria o equilíbrio entre os afetos positivos e os afetos negativos, os quais são diferentes e independentes um do outro; e o principal indicador do bem estar consistiria na satisfação com a vida, que é o componente cognitivo que complementa a felicidade (GIACOMONI, 2004).

Os modelos explicativos do bem estar tem se agrupado, historicamente, em dois blocos denominados *bottom-up* e *top-down*. As teorias *bottom-up* enfatizam os fatores externos ao indivíduo, como situações e variáveis sócio-demográficas, na determinação de seu bem-estar. Segundo esse modelo explicativo, o homem estabelece uma escala de necessidades básicas e universais e o grau de permissão do meio na satisfação ou não das mesmas é que vai definir o seu bem estar (DIENER; SANDVIK; PAVOT, como citado em GIACOMONI, 2004). Nesse sentido, Lyubomirsky (2001) expõe que grande parte das pesquisas sobre felicidade tem investigado o quanto esse construto está relacionado a questões ambientais, culturais ou relativas ao sexo e idade.

Segundo o modelo *bottom-up*, as pessoas que tem renda confortável, um casamento equilibrado e as quais não passaram por nenhuma tragédia ou trauma em suas



vidas é que são felizes. Entretanto, um número crescente de pesquisadores tem demonstrado que todos os fatores demográficos tomados juntos não contam muito para explicar a variância do bem-estar subjetivo. De acordo com Giacomoni, 2004, em extenso estudo realizado, Campbell, Converse e Rodgers encontraram que as variáveis demográficas (por exemplo: sexo, idade, renda, raça, educação e condição civil) explicaram menos do que vinte por cento da variância do bem-estar. Já para Andrews e Whitey a média de variância explicada pelas circunstâncias externas encontradas é de, aproximadamente, dez por cento e de quinze por cento, segundo o estudo de Diener (para uma revisão, ver GIACOMONI, 2004).

Já as teorias *top-down* surgem a partir da afirmação de que o impacto das variáveis demográficas é provavelmente mediado por processos psicológicos. Segundo esse modelo, as pessoas possuem um fator intrínseco que as predispõe a interpretar as situações de maneira positiva ou negativa. O bem estar seria influenciado primariamente pela interpretação subjetiva dos fenômenos e as pessoas seriam consistentes em seu padrão de reação. Atualmente, existem três grandes blocos teóricos que buscam compreender como ocorre a relação da interpretação dos eventos e suas relações com a avaliação da vida: as teorias de personalidade e seus diferentes modelos, as chamadas teorias de discrepância e as teorias relativas aos processos de adaptação e  *coping* (GIACOMONI, 2004).

Esses dois modelos explicativos do bem estar surgem buscando responder aos questionamentos, como “a felicidade é causa ou é efeito?”, “a pessoa aproveita os prazeres porque é feliz ou é feliz porque goza de tais prazeres?”. Entretanto, definir e explicar os componentes do bem-estar subjetivo é uma tarefa demasiadamente complexa, pois esse é um constructo influenciado por diversas variáveis (LYUBOMIRSKY, 2001). Diener, Scollon e Christie (2003) citam metas de vida como uma variável que interfere no bem estar, na medida em que progressos na busca dessas metas são importantes para o bem estar subjetivo. Os mesmo autores sugerem que o temperamento (inato) e a personalidade (construída pelo aprendizado) também estão envolvidos na avaliação de uma pessoa em relação à sua vida. A saúde é outra variável que parece influir no bem estar, uma vez que a satisfação com a vida é menor entre as pessoas com problemas de saúde graves. Além disso, cuidadores dessas pessoas também apresentam níveis mais baixos de satisfação com a vida. Por fim, características culturais parecem intervir nesse quesito. Em nações muito pobres, que estejam em situação de guerra, ou onde ocorram mudanças políticas drásticas, são mostrados níveis mais baixos de bem estar subjetivo.

Diener (1985) define satisfação com a vida como uma avaliação cognitiva global da qualidade de vida de uma pessoa, realizada de acordo com seus próprios critérios. Nesse

sentido, não se considera que seja indicado avaliar a satisfação com a vida a partir da soma de domínios específicos da vida e sim que esse julgamento deva ser feito globalmente. Por outro lado, embora exista certo consenso acerca de características que conferem altos níveis de satisfação com a vida em determinada sociedade, essa avaliação deve ser feita a partir de critérios individuais, pois os indivíduos normalmente dão pesos e significados diferentes a domínios específicos de suas vidas.

### ***3.3.1 Satisfação com a Vida e Suicídio***

A satisfação com a vida também tem sido avaliada como uma dimensão da saúde mental (HEADLE, KELLEY, WEARING, 1993). Além de estar associada negativamente com o diagnóstico de transtornos mentais (KOIVUMAA-HONKANEN *et al*, 1996), também está associada a fatores de risco à saúde, incluindo pobre repertório comportamental e rede de apoio social (KOIVUMAA-HONKANEN, 1998). Baixos níveis de satisfação com a vida é um forte indicativo para morbidade psiquiátrica, e, não é surpreendente que, a insatisfação com a vida é muito mais comum em pacientes psiquiátricos do que na população em geral, independentemente do nível de psicopatologia (KOIVUMAA-HONKANEN *et al*, 2000; KOIVUMAA-HONKANEN *et al*, 1999). Como mencionado, o suicídio é um grave problema de saúde que tem sido associado a vários fatores de risco, mas principalmente aos diagnósticos de transtornos mentais. Tendo a satisfação com a vida correlação significativa com os diagnósticos psiquiátricos, segundo Koivumaa-Honkanen (2001), é importante observar a sua relação com o comportamento suicida.

Em um estudo longitudinal, realizado com uma amostra de adultos, com idades entre 18 a 64 anos, no início do estudo, Koivumaa-Honkanen (2001) analisou o efeito do auto-relato de satisfação com a vida na avaliação de risco para o suicídio durante um período de 20 anos. Os efeitos do estado de saúde, sexo, comportamento, saúde e situação social sobre essa relação também foram examinados. No referido estudo, constatou-se que os baixos índices de satisfação com a vida estão associados com um maior risco de suicídio em todo o período de avaliações, e que homens com baixos níveis de satisfação apresentaram um risco maior para cometer o suicídio, quando comparado com aqueles que apresentaram níveis altos de satisfação. Como se verifica, a ideação suicida se apresenta correlacionadas com indicadores de saúde, sobretudo, aqueles ligados à saúde mental ou geral, como os que propõe Goldberg (1972).

### 3.5 Saúde Mental

A OMS define *saúde* como um completo bem-estar físico, mental e social, ultrapassando a visão de saúde como a ausência de afecções e enfermidades, concebendo saúde como um construto abrangente, que inclui na sua determinação parâmetros biológicos, psicológicos e sociocultural (SEGRE; FERRAZ, 1997). Entretanto, quando se trata dos aspectos relacionados à Saúde Mental, especificamente, a OMS não apresenta uma definição precisa acerca desse tema, mas se admite, ainda, que este conceito seja mais amplo do que o conceito de transtornos mentais (BRASIL, 2012).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) concebe os transtornos mentais como comportamentos ou síndromes que são clinicamente relevantes, que tragam ao sujeito algum sofrimento ou incapacitação, e que não estejam associados a qualquer evento no qual a manifestação de certos padrões comportamentais seja culturalmente compreensível (DSM-IV, 2008). Perpassando esses conceitos e dubiedades, na tentativa de responder questões ligadas à qualidade de vida do indivíduo, alguns autores (BANKS *et al*, 1980; BOYLE *et al*, 1997; GONZÁLEZ E IBÁÑEZ, 2001; GOUVEIA *et al*, 2003; ROMANS *et al*, 2001) realizaram pesquisas relacionadas à qualidade de vida e bem-estar, focando em algumas categorias diagnósticas apresentadas pelos principais manuais de avaliação, o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-IV, além de desenvolver instrumentos válidos para as suas mensurações.

Dentro da diversidade de transtornos apresentados pelos manuais, a depressão e a ansiedade são dois dos mais estudadas no contexto acadêmico, quando se trata da avaliação da qualidade de vida. De acordo com o DSM-IV (2008), a depressão está incluída dentro de uma taxonomia maior, a dos transtornos de humor, e subcategorizada nos transtornos depressivos, que incluem o transtorno depressivo maior, o transtorno distímico e o transtorno depressivo sem outra especificação. Para que o paciente seja diagnosticado dentro de uma dessas classes, é necessário que apresente um conjunto de critérios que exigem a presença e/ou a ausência de determinados episódios do humor, dentro de um espaço temporal mínimo.

Ao se tratar da ansiedade, ela é configurada no DSM-IV (2008) dentro da seção de transtornos ansiosos, juntamente com as fobias, os ataques de pânico, a agorafobia, o transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros. Contudo, há quatro categorias especificamente relacionadas aos quadros mais característicos da ansiedade (preocupações excessivas e recorrentes, que o paciente considera difícil de controlar de forma que não interfiram nas atividades que tem de realizar): o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), o transtorno de

ansiedade devido a uma condição médica geral (TACMG), o transtorno de ansiedade induzido por substância (TAI) e o transtorno de ansiedade sem outra especificação (TASO). Da mesma forma que na depressão, o diagnóstico do paciente se dá pela presença de um número mínimo de sintomas. Entretanto, elas se diferenciam por características tênues como no TAG, que abrange as características supracitadas; o TAI, onde os sintomas proeminentes de ansiedade são considerados resultados de efeito fisiológico direto de uma substância; o TACMG se refere a uma ansiedade clinicamente significativa, decorrentes de um estado fisiológico direto e de uma condição médica (hipoglicemia, condições cardiovasculares, etc); e, por fim, o TASO abarca os pacientes que não se encaixaram em nenhuma outra categoria citada.

Para explorar alguns desses sintomas na população geral, Goldberg (1972), desenvolveu o *Questionário de Saúde Geral*. Esse instrumento é autoaplicável e busca avaliar o nível do mal-estar psicológico do sujeito e detectar doenças mentais não severas, tendo sido construído em 1972 e constituído, originalmente por 60 itens (GONZÁLEZ; IBÁÑEZ, 2001). Posteriormente, foi apresentado em versões mais breves de 30, 28, 20 e 12 itens, sem que houvesse comprometimento na sua confiabilidade (Gouveia, 2003). Esses itens consistem de questões relacionadas às experiências recentes, quanto à existência de um sintoma particular ou de comportamentos que possam afetar a sua saúde, quando emitidos com frequência, e ao se observar o questionário, pode-se perceber facilmente descrições dos principais sintomas que caracterizam o transtorno depressivo e de ansiedade (BANKS *et al*, 1980). O QSG representa na atualidade uma das medidas de *screen* mais utilizadas em todo o mundo. Sua utilização na presente pesquisa, permitirá, entre outros aspectos, sua comparabilidade com outros estudos em que a saúde geral é relacionada com a ideação suicida.

### **3.5.1 Saúde Mental e Suicídio**

A presença de um transtorno mental é um importante fator de risco para o suicídio. De acordo com Botega *et al* (2006), apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, existenciais e ambientais, na maioria dos casos o transtorno mental é o principal fator vulnerabilizador, que necessita estar presente para que, culmine no ato suicida, quando somado a outros fatores. Bertolote e Fleischman (2002) apontam que mais de 90% das pessoas que se suicidaram tinham um diagnóstico psiquiátrico no momento da morte e, ressalta ainda que, a depressão está entre os transtornos mais predominantes em casos de suicídio. Uma vez que a relação entre transtorno mental e suicídio

foi contemplada nas explicações nosológica e fisiológica do suicídio, ter-se-á em conta seguir a exposição do último fator considera no estudo, o compromisso religioso.

### 3.6 Compromisso Religioso

Jung (1964), na sua obra *O homem e os seus símbolos*, afirma que a religião é uma das expressões mais antigas do ser humano, desde a pré-história à modernidade, observam-se atitudes e crenças religiosas e lugares reservados para sua expressão. Aquino (2009) e Ries (1998) concebem que a religiosidade e o espaço para o sagrado podem ser considerados como fenômenos universais e com especificidades culturais e individuais, pois, cada cultura e cada indivíduo apresenta uma visão específica da transcendência com crenças e ritos próprios.

Para Durkheim (2000) a religião é um dos fatores que integra o indivíduo à sociedade. Contudo, para Carranza (2005), além dessa função integradora, a religião pode ajudar o indivíduo a promover uma resposta simbólica e institucional à necessidade de conceber um universo significativo. Jung (1964) compartilha a mesma visão quando afirma que a religião tem como papel principal dar significação à vida do homem, o que para o autor é de fundamental importância:

O homem realmente necessita de ideias gerais e convicções que lhe dêem um sentido a vida e lhe permitam encontrar seu próprio lugar no mundo. Pode suportar as mais incríveis provações se estiver convencido de que elas têm um sentido. (...) É a consciência de que a vida tem uma significação mais ampla que eleva o homem acima do simples mecanismo de ganhar e gastar. Se isto lhe falta, sente-se perdido e infeliz (JUNG, p.89, 1964).

Segundo Aquino (2009), alguns autores, como Koenig, McCullough e Larson (2001), consideram que o conceito de religião difere-se do conceito de espiritualidade. A religião seria todos os sistemas de crenças, ritos e símbolos que apresentam duas funções básicas: aproximar o indivíduo do sagrado e da organização da vida comunitária. Já a espiritualidade estaria relacionada a questões pessoais acerca do sentido da vida, do sagrado e do transcendente, que podem ou não levar a uma religião. Nesse sentido a espiritualidade pode ser compreendida como "a busca pessoal para a compreensão da vida, de questões fundamentais e o significado e propósito de viver" (KOENIG *et al.*, 2004; MOREIRA-ALMEIDA, KOENIG, 2006).

Enquanto construto, a estrutura fatorial da religiosidade se constitui em ponto bastante divergente nas ciências sociais (SANTOS, 2008). Alguns estudos que abordam esta questão, dependendo do propósito e do contexto da pesquisa, reconhecem a religiosidade como fenômeno que pode assumir uma estrutura multidimensional ou unidimensional (Schwartz e Huismans, 1995). Para Roof (1979), a religiosidade deve ser considerada como unidimensional quando (1) a pesquisa busca observar sua relação com atitudes culturais ou valores humanos, (2) há um mesmo set de hipóteses para diferentes religiões e (3) as amostras estudadas são da população geral, que é heterogênea. Já para considerá-la como multidimensional, de acordo com Santos (2008), faz-se necessário identificar seus componentes, conceituá-los e operacionalizá-los. A sistematização deste conjunto de fatores pode ser denominada de compromisso religioso.

Como recomendado por Gorsuch e McFarland (1972) e Santos (2008), na presente monografia o compromisso religioso é avaliado por múltiplas variáveis que envolvem aspectos centrais, como: a) o nível de religiosidade ou a percepção do quanto se é religioso; b) a frequência às reuniões religiosas; c) a afiliação religiosa; e d) as crenças e as práticas religiosas, representadas por um conjunto de pensamentos e ações específicos de cada grupo religioso. A congruência destes indicadores proporciona um índice que, segundo Santos (2008), pode ser considerado fidedigno e parcimonioso do compromisso religioso, permitindo analisar sua relação com a ideação suicida.

Na construção desse índice, Santos (2008) seguiu o procedimento empregado pelas Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde para a elaboração de índices, como o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) (SLIWIANY, 1997; UGÁ *et al*, 2001). Portanto, fixaram-se valores teóricos mínimo e máximo, de acordo com a escala de resposta e/ou pontuação total em cada medida, transformando a pontuação bruta de cada participante, de modo a obter para cada indicador um valor variando de 0 (escasso compromisso religioso) a 1 (total religioso).

### **3.6.1 Religiosidade e Suicídio**

De um modo geral, segundo Botega *et al* (2006), pessoas com maior envolvimento religioso possuem menores taxas de suicídio. Nesta perspectiva, Silva (2006), por exemplo, sugere que a religiosidade, independente da afiliação religiosa, pode assumir função protetora em relação ao suicídio (SILVA, 2006). No entanto, segundo a literatura, a

ideação suicida incide sem diferenças significativas entre as diversas religiões (BRUCES *et al.*, 2004).

No estudo de Silva (2006) não foi encontrada associação entre a religião (filiação religiosa) e a incidência de ideação suicida. Quanto a considerar-se religioso, também não houve diferença significativa entre os grupos, contudo, a menor frequência à igreja (menos de uma vez por mês) esteve associada ao grupo que relatou ideação no último ano. Por outro lado, considerando uma amostra de imigrantes latino-americanos, Hovey (1999) não verificou relações entre religião e ideação suicida, mas observou que a percepção da própria religiosidade e a frequência à igreja se apresentaram negativamente correlacionada com a ideação suicida.

Diversas pesquisas (COLUCCI, MARTIN, 2008; HOVEY, 1999) apontam que a religião e a espiritualidade estão associadas à menores taxas de transtornos mentais e, segundo Koenig *et al.* (2001), entre pessoas religiosas as taxas de suicídio são menores. Por outro lado, são poucas as pesquisas que analisam a associação entre religião, espiritualidade e comportamentos suicidas em pessoas com doença mental, além de serem escassos estudos que analisam a influência do apoio social nessas relações, construto que tem se mostrado fortemente associado com atividades religiosas e espiritualidade (RASIC *et al.*, 2008; GEORGE *et al.*, 2000; SHREVE-NEIGER E EDELSTEIN, 2004).

De fato, alguns autores têm sugerido que o apoio social pode ser o mecanismo pelo qual a religião e a espiritualidade se apresentam associadas com menores chances para o desenvolvimento de doenças mentais e suicídio (MOFIDI *et al.*, 2006; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2006). Segundo Mann (2002), Mann *et al.* (2005) e Rasic *et al.* (2008), estima-se que 90% de suicídios ocorrem no contexto dos transtornos psiquiátricos. Assim, parece inquestionável a importância da doença mental no contexto do comportamento suicida e, conseqüentemente, dada a relação existente, da religião e da espiritualidade. Rasic *et al.* (2008) verificou que pessoas que se identificavam como espiritualizadas apresentaram menores chances para a tentativa de suicídio, sendo esta relação mediada pelo apoio social. Já a participação em reuniões religiosas foi associada à redução das chances para a tentativa de suicídio.

Dervic *et al.* (2004) analisou a prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida em uma população de pacientes deprimidos e revelou que os sujeitos sem uma filiação religiosa haviam aumentado significativamente a probabilidade de suicídio em comparação com aqueles com filiação religiosa. No entanto, ainda não ficou claro se esses achados em uma amostra de pacientes deprimidos são generalizáveis para pacientes com outros

transtornos mentais ou a comunidade em geral. Sendo este um dos aspectos que justificam a realização desta monografia, que tem como principal objetivo a identificação de alguns fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. Para alcançar esse objetivo foi desenvolvido um estudo empírico cujas especificidades são apresentadas no método a seguir.





#### 4.1. Delineamento e Hipóteses

O presente estudo se pauta em delineamento do tipo correlacional, de natureza *ex post facto*, considerando dois conjuntos principais de variáveis: critério (níveis ideação suicida) e antecedentes (saúde geral, satisfação com a vida e compromisso religioso). A partir dos pressupostos teóricos percorridos previamente, as seguintes hipóteses foram estabelecidas:

Hipótese 1. Entre os fatores de tendência ao suicídio, a atração pela vida se correlacionará negativamente com a atração pela morte e a repulsão pela vida.

Hipótese 2. A satisfação com a vida estará associada positivamente com a atração pela vida e negativamente com os fatores atração pela morte e repulsão pela vida.

Hipótese 3. Os indicadores de saúde geral (ansiedade e depressão) se apresentarão diretamente correlacionados com atração pela morte e repulsão pela vida; e inversamente correlacionados a atração pela vida.

Hipótese 4. As pontuações de compromisso religioso irão apresentar uma correlação direta com a atração pela vida e inversa com a repulsão pela vida e atração pela morte.

Hipótese 5. Finalmente, para atender ao principal objetivo da presente monografia, formulou-se, com base na revisão teórica, esta hipótese, que assume a saúde geral (ansiedade e depressão), o compromisso religioso e a satisfação com a vida (variáveis antecedentes) como fatores explicativos da ideação suicida (variável critério).

#### 4.2. Amostra

Participaram do estudo 257 pessoas com idades variando entre 18 e 56 anos ( $m = 22,9$ ;  $dp = 6,76$ ), a maioria solteira (91,8%) e do sexo feminino (62,6%). Quanto a escolaridade os participantes se distribuíram entre os níveis de ensino fundamental (0,8%), médio completo (6,3%) e incompleto (1,2%), superior completo (16,1%) e incompleto (75,7%). Estes confessaram pertencer as religiões católica (50,6%), evangélica (12,9%), espírita (3,5%) e de outros grupos religiosos (6,3%), tendo 26,7% declarado não ter religião.

### 4.3. Instrumentos

Os participantes responderam a um “livreto” composto por seis partes, conforme descrição a seguir:

#### 4.3.1 *Questionário de Saúde Geral*

Produzido originalmente por Goldberg (1972), traduzido para mais de 30 idiomas o QSG é apontado como uma das medidas de *screening* mais eficazes para a utilização em grandes amostras populacionais. Após o desenvolvimento de sua versão original, composta por 60 itens, é possível encontrar diversas versões do QSG. No presente estudo, foi utilizada a versão composta por 12 itens, validada para o Brasil por Gouveia *et al* (2003). Os itens deste questionário são respondidos em função do quanto a pessoa tem experimentado uma série de sintomas descritos. Neste sentido, utiliza-se uma escala de resposta com quatro pontos; para os itens que negam a saúde mental (por exemplo, *Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?; Tem se sentido pouco feliz e deprimido?*), as alternativas de resposta variam entre 1 = *Absolutamente, não* e 4 = *Muito mais que de costume*; no caso de itens afirmativos (por exemplo, *Tem se sentido capaz de tomar decisões?; Tem podido concentrar-se bem no que faz?*), as respostas podem variar de 1 = *Mais que de costume* a 4 = *Muito menos que de costume* (ANEXO B). Portanto, a maior pontuação é indicação de melhor nível de saúde mental.

#### 4.3.2 *Escala de Satisfação com a Vida – ESV*

Elaborada originalmente por Diener *et al* (1985), essa medida tem como propósito avaliar o julgamento que as pessoas fazem acerca do quanto estão satisfeitas com suas vidas. Como os indivíduos provavelmente dão pesos e significados diferentes a domínios específicos de suas vidas, Diener e seus colaboradores (1985) decidiram desenvolver uma medida com independência de domínio, isto é, os itens que compõem sua escala são de natureza global, avaliando o julgamento geral de satisfação com a vida. A ESV (DIENER *et al.*, 1985) é composta por cinco itens que avaliam um componente cognitivo do bem-estar subjetivo (por exemplo, *Estou satisfeito (a) com minha vida*). Os participantes dão suas respostas em uma escala de 7 pontos, com os extremos 1 = *discordo totalmente* e 7 =

*concordo totalmente* (ANEXO C). A média dos seus itens constituem um indicador de Satisfação com a Vida.

#### **4.3.3 Escala de Práticas Religiosas**

Elaborada por Meira *et al* (2001), é composta por 18 itens, esta escala possibilita a mensuração de práticas correspondentes a três grupos religiosos: *católicos* (por exemplo, rezar o terço; assistir à missa), *espíritas* (por exemplo, ler livros psicografados; procurar desenvolver dons mediúnicos) e *protestantes* (por exemplo, pregar o evangelho para outras pessoas; dar o dízimo). Todos os itens são respondidos em escala de cinco pontos, do tipo *Likert*, com os seguintes extremos: **1** = *Nunca* e **5** = *Sempre* (ANEXO D). No estudo de sua validação, este instrumento apresentou parâmetros psicométricos aceitáveis. As análises exploratórias apontaram a existência de três fatores (foram considerados os itens com cargas fatoriais superiores a  $|0,30|$ ) que explicaram conjuntamente 52,5% da variância total, com os seguintes índices de consistência interna (Alfas de Cronbach): 0,93 para as práticas católicas e 0,76 tanto para as espíritas como as protestantes.

#### **4.3.4 Escala de Crenças Religiosas**

Este instrumento foi elaborado por Andrade *et al* (2001) e permite avaliar o quanto o respondente concorda com diferentes crenças religiosas, podendo ser um indicativo do seu grau de religiosidade. Seus 18 itens dividem-se equitativamente entre as crenças *católicas* (por exemplo, imagens de santos devem ser respeitadas; é importante fazer a primeira comunhão), *protestantes* (por exemplo, a vocação para o trabalho é um dom divino; Jesus Cristo é o único intercessor entre Deus e o homem) e *espíritas* (por exemplo, é possível a comunicação com pessoas que já faleceram; Jesus foi um espírito evoluído que passou pela terra). Para respondê-los, o participante utiliza uma escala de sete pontos, do tipo *Likert*, com os seguintes extremos: **1** = *Discordo totalmente* e **7** = *Concordo totalmente* (ANEXO E) Em seu estudo original, foi realizada uma análise de componentes principais (rotação *varimax*) que permitiu identificar claramente os três tipos de crenças (consideraram-se itens com cargas fatoriais superiores a  $|0,30|$ ), que explicaram conjuntamente 61,4% da variância total. Observaram-se os seguintes índices de consistência interna (Alfa de Cronbach): 0,96 (crenças católicas), 0,93 (crenças espíritas) e 0,65 (crenças protestantes).

#### **4.3.5 Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio – EMTAS**

Como já foi mencionado, esse instrumento foi originalmente desenvolvido por Orbach *et al* (1991), a partir da premissa de que comportamento suicida evolui em torno de um conflito básico entre quatro tipos de atitudes diante da vida e da morte. Assim, o instrumento busca avaliar quatro fatores: *Atração pela vida*, *Repulsão pela vida*, *Atração pela morte* e *Repulsão pela morte*. Composto por trinta itens, para respondê-los, o participante utiliza uma escala likert de cinco pontos, variando de **1 = Discordo totalmente** a **5 = Concordo totalmente** (ANEXO F). Na presente monografia foi utilizada a versão EMTAS, adaptada ao contexto brasileiro, composta por vinte itens, divididos de forma equitativa entre os quatro fatores (Aquino, 2009). Quanto à precisão, as subescalas, apresentam Alfas de Cronbach entre 0,71 a 0,85.

#### **4.3.6 Questões de caráter sóciobiodemográfico**

A última parte, denominada Caracterização da Amostra, consta de perguntas como sexo, idade, escolaridade, religião, classe social, etc, além de algumas questões referentes ao poder aquisitivo dos participantes e a questões de religiosidade (como por exemplo: *em que medida você se considera religioso?* e *com que frequência você vai as reuniões da sua religião?*), uma visão mais ampla desses itens pode ser obtida no ANEXO G.

#### **4.4. Procedimentos**

Os participantes responderam ao questionário individualmente. A coleta dos dados foi realizada por aplicadores devidamente instruídos para controlar os fatores que pudessem comprometer as respostas dos participantes. Na ocasião, após o seu consentimento, por meio do termo de consentimento livre e esclarecido, as mesmas instruções foram dadas para todos os respondentes e mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), assegurou-se aos participantes o caráter confidencial de suas respostas e os aplicadores indicaram um endereço onde os mesmos poderiam obter informações sobre os resultados finais do estudo. Após a coleta dos dados, foram excluídos da amostra aqueles questionários que responderam os instrumentos de forma diferente ou utilizando escala distintas da proposta nos questionários.

#### **4.5. Análise dos Dados**

As análises foram efetuadas por meio do software SPSS (versão 19). Além das estatísticas descritivas (tendência central e dispersão), realizaram-se, inicialmente, correlações *r* de *Pearson* para observar as associações entre as variáveis estudadas e, em seguida, análises de regressão múltipla, para avaliar o poder preditivo dos indicadores de satisfação com a vida, saúde geral e compromisso religioso sobre a ideação suicida.



Nesse capítulo, são apresentados os resultados referentes ao teste das hipóteses expostas anteriormente, considerando o objetivo principal do presente estudo, isto é, analisar em que medida a satisfação com a vida, a saúde geral (ansiedade e depressão) e o compromisso religioso se relacionam e atuam como preditores positivos ou negativos (fator de risco ou proteção) da Ideação Suicida. Com esse intuito, e para facilitar a compreensão dos leitores, os resultados obtidos são apresentados em duas partes: primeiramente apresentam-se os coeficientes de correlação ( $r$  de *Pearson*) entre os fatores do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG 12), a Escala de Satisfação com a Vida (ESV), o Índice de Compromisso Religioso (ICR) e as pontuações nos quatro domínios da Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio (EMATS); em seguida, são apresentados os resultados provenientes das análises de regressão múltipla, demonstrando o poder explicativo dos indicadores de saúde geral, satisfação com a vida e compromisso religioso sobre a ideação suicida.

Os primeiros resultados dizem respeito a observação das correlações entre os domínios da EMATS (repulsão pela morte, repulsão pela vida, atração pela vida, atração pela morte; Hipótese 1), bem como da relação destes domínios com satisfação com a vida (Hipótese 2), ansiedade e depressão (Hipótese 3) e compromisso religioso (Hipótese 4). Para tanto, calcularam-se coeficientes de correlação  $r$  de *Pearson*. Os resultados são apresentados na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1. Correlatos da ideação suicida (n = 257).

1. Repulsão pela Morte	1	-	-	-	-	-	-	-
2. Repulsão pela Vida	0,03	1	-	-	-	-	-	-
3. Atração pela Vida	-0,02	<b>-0,43**</b>	1	-	-	-	-	-
4. Atração pela Morte	0,05	<b>0,38**</b>	<b>-0,24**</b>	1	-	-	-	-
5. Satisfação com a Vida	-0,09	<b>-0,39**</b>	<b>0,42**</b>	<b>-0,25**</b>	1	-	-	-
6. Depressão	0,06	<b>0,37**</b>	<b>-0,42**</b>	0,07	<b>-0,41**</b>	1	-	-
7. Ansiedade	<b>0,19**</b>	<b>0,15*</b>	<b>-0,23**</b>	0,01	<b>-0,25**</b>	<b>0,60**</b>	1	-
8. Saúde Geral	0,12	<b>0,33**</b>	<b>-0,40**</b>	0,06	<b>-0,39**</b>	<b>0,95**</b>	<b>0,81**</b>	1
9. Compromisso Religioso	-0,11	<b>-0,24**</b>	<b>0,27**</b>	<b>-0,24**</b>	<b>0,19**</b>	-0,08	0,10	-0,01
	1	2	3	4	5	6	7	8

Notas: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$  (teste uni-caudal; eliminação por pares de itens em branco).

No que diz respeito à relação entre os domínios da Escala Multi-atitudinal de Tendência ao Suicídio, como se observa na tabela 1, o fator Repulsão pela Morte não apresentou nenhuma correlação significativa. Contudo, como esperado na hipótese 1 da



presente monografia, atração pela vida se correlacionou negativa e significativamente com repulsão pela vida ( $r = -0,43$ ) e atração pela morte ( $r = -0,24$ ), sendo que as duas últimas se relacionaram positivamente ( $r = 0,38$ ).

Quanto a Escala de Satisfação com a Vida, pode-se afirmar que, além de apresentar correlações significativas e negativas com a depressão ( $r = -0,41$ ) e o QSG total ( $r = -0,39$ ), também indicou uma relação positiva com o compromisso religioso ( $r = 0,19$ ). Com relação aos domínios da Ideação Suicida, a ESV se correlacionou positivamente com a Atração pela Vida ( $r = 0,42$ ) e negativamente com a repulsão pela vida ( $r = -0,39$ ) e a atração pela morte ( $r = -0,25$ ), o que confirma a Hipótese 2 desse estudo.

Em relação ao Questionário de Saúde Geral (ansiedade e depressão) e aos fatores da EMTAS, de maneira geral, esses resultados indicam uma associação entre os construtos, resultado que corrobora a Hipótese 3. Especificamente, a repulsão pela vida se correlacionou de forma direta e significativa com depressão ( $r = 0,37$ ), ansiedade ( $r = 0,15$ ) e o QSG total ( $r = 0,33$ ); já a atração pela vida correlacionou-se negativamente com depressão ( $r = -0,42$ ), ansiedade ( $r = -0,23$ ) e o QSG total ( $r = -0,40$ ); e a repulsão pela morte apresentou uma correlação significativa apenas com a ansiedade ( $r = 0,19$ ).

No que se refere ao índice de compromisso religioso, pode-se verificar que as suas pontuações se correlacionaram significativa e negativamente com a repulsão pela vida ( $r = -0,24$ ) e atração pela morte ( $r = -0,24$ ); e positivamente com a atração pela vida ( $r = 0,27$ ), como esperado na Hipótese 4.

Dado que as análises anteriores apresentam caráter mais exploratório, buscando conhecer o poder preditivo (explicativo) dos indicadores de satisfação com a vida, saúde geral e compromisso religioso comuns para explicar a ideação suicida (hipótese 5), decidiu-se, para cumprir os objetivos estabelecidos, efetuar análises de regressão múltiplas. Nestas análises, as variáveis depressão e ansiedade do QSG, a satisfação com vida e o índice de compromisso religioso foram identificadas como variáveis antecedentes e a atração pela vida e repulsão pela vida como variável critério. Na presente monografia, optou-se por utilizar como método de entrada para a regressão o *stepwise*, esse método, de acordo com Hair, *et al.* (2009), deve ser utilizado sempre que o relacionamento entre as variáveis é pouco conhecido, pois, identifica no conjunto de variáveis, aquelas que apresentam maior contribuição para explicar a variável critério. Os resultados dessa análise podem ser visualizados na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2. Regressão Múltipla

	Preditores	R <sup>2</sup> <sub>mudança</sub>	β	T	F <sub>mudança</sub>
		R <sup>2</sup> = 0,292; R <sup>2</sup> <sub>Ajustado</sub> = 0,283			
<i>Atração pela vida</i>	Satisfação com a vida	0,18	0,28	4,63*	52,97*
	Depressão	0,70	-0,28	-4,79*	22,14*
	ICR***	0,04	0,20	3,66*	13,39*
		R <sup>2</sup> = 0,237; R <sup>2</sup> <sub>Ajustado</sub> = 0,227			
<i>Repulsão pela vida</i>	Satisfação com a vida	0,16	-0,27	-4,40*	44,61*
	Depressão	0,05	0,24	4,00*	15,65*
	ICR***	0,03	-0,17	-2,89**	8,38*

Nota: \*  $p \leq 0,001$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* Índice de Compromisso Religioso.

Como pode se observar na Tabela 2, a satisfação com a vida ( $\beta = 0,28$ ;  $p \leq 0,001$ ), a depressão ( $\beta = -0,28$ ;  $p \leq 0,001$ ) e o compromisso religioso ( $\beta = 0,20$ ;  $p \leq 0,001$ ) permitiram satisfatoriamente [F (3,236) = 32,46,  $p \leq 0,001$ ; R<sub>múltiplo</sub> = 0,540, R<sup>2</sup><sub>ajustado</sub> = 0,283] a atração pela vida. Tais variáveis, em conjunto, foram responsáveis pela explicação de 29% ( $R^2 = 0,292$ ) da variância total. Cabe destacar que, no modelo testado, a satisfação com a vida, isoladamente, foi responsável por explicar 18,2% ( $R^2 = 0,182$ ) da variância. Quanto ao fator repulsão pela vida, as variáveis: satisfação com a vida ( $\beta = -0,27$ ;  $p \leq 0,001$ ), depressão ( $\beta = 0,24$ ;  $p \leq 0,001$ ) e compromisso religioso ( $\beta = -0,16$ ;  $p \leq 0,01$ ) permitiram explicá-la satisfatoriamente [F (3,236) = 24,45,  $p \leq 0,001$ ; R<sub>múltiplo</sub> = 0,487, R<sup>2</sup><sub>ajustado</sub> = 0,227]. Estas contribuíram para a explicação de 23% ( $R^2 = 0,237$ ) da variância. Nesse caso, a satisfação com a vida, isoladamente, também foi responsável pela maior parte desta explicação 15,8% ( $R^2 = 0,158$ ). Nos dois modelos, por não ter possibilitado ganhos satisfatórios à explicação das variáveis-critério, em função do método (*stepwise*) de entrada da regressão múltipla, a variável ansiedade foi retirada. A direção das relações pode ser observada por meio do valor do *Beta* ( $\beta$ ). Neste sentido, no primeiro modelo, o valor negativo do Beta corrobora a variável depressão como um fator de risco frente à vontade de viver (*atração pela vida*), ao passo que, no segundo, o mesmo sinal indica que a redução da satisfação com a vida e dos níveis de compromisso religioso se configuram como fator de risco para ideação suicida. Tais resultados confirmam a proposta teórica de que muitos dos construtos correlatos da ideação

suicida se apresentam em um *continuum*. Deste modo, baixos níveis de satisfação com a vida atuam, no modelo dimensional, como fator de risco, ao passo que níveis altos o fazem como fator de proteção. As discussões referentes a cada uma dessas hipóteses são apresentadas no próximo capítulo.

No entanto, antes de prosseguir, ainda que não seja o objetivo último dessa monografia, buscou-se analisar de forma descritiva como a ideação suicida e os fatores relacionados se apresentam nas diferentes regionais de Fortaleza, calculando para cada regional as médias e os respectivos desvios padrão. Estes resultados são apresentados na Tabela 3. Ressalta-se que tais análises têm propósito eminentemente exploratório, a efetivação de cálculos mais robustos, como é o caso das análises de variância (ANOVA), ampliariam o espaço da presente pesquisa, devendo, portanto, serem realizadas em futuras publicações. Desta forma, apesar de serem observadas diferenças de médias, por exemplo, entre as regionais III ( $m = 1,66$ ;  $dp = 0,71$ ) e o Centro ( $m = 1,97$ ;  $dp = 0,50$ ) no fator repulsão pela vida, provável indicador de ideação suicida, não se pode afirmar que os respondentes do Centro apresentam maiores níveis de ideação que os da regional III. Para maior consistência das informações seria necessário considerar ao menos dois aspectos básicos, a utilização de uma amostra representativa da população da regional e a distribuição equitativa dos grupos. A discussão desses resultados e algumas considerações acerca de outras prováveis limitações da pesquisa são apresentadas abaixo.

Tabela 3 - Dados descritivos dos fatores em função das regionais (n = 257).

Variável	Regionais													
	I (N = 25)		II (N = 43)		III (N = 29)		IV (N = 58)		V (N = 23)		VI (N = 33)		Centro (N = 13)	
	<i>m</i>	<i>Dp</i>	<i>m</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>dp</i>	<i>m</i>	<i>dp</i>	<i>m</i>	<i>dp</i>
M	2,68	0,89	2,19	1,02	2,48	1,11	2,51	0,92	2,54	1,01	2,82	1,05	2,77	1,08
RV	1,86	0,66	1,81	0,66	1,66	0,71	1,80	0,62	1,90	0,72	1,76	0,55	1,97	0,50
AV	4,06	0,53	4,18	0,51	4,37	0,47	4,20	0,46	4,06	0,60	4,31	0,43	4,24	0,42
AM	2,47	0,75	2,71	1,01	2,12	0,87	2,74	0,92	2,61	0,92	2,56	0,87	2,29	0,72
SV	4,35	1,17	4,52	1,23	4,68	1,22	4,67	1,21	4,10	1,17	4,36	1,05	4,66	0,99
D	1,83	0,49	1,88	0,54	1,87	0,61	1,84	0,58	1,93	0,54	1,97	0,59	1,68	0,39
A	1,32	0,32	1,28	0,31	1,36	0,35	1,32	0,32	1,44	0,28	1,30	0,34	1,28	0,28
ICR	0,45	0,29	0,40	0,30	0,52	0,31	0,41	0,28	,44	0,29	0,39	0,28	0,48	0,32

Nota: RM = Repulsão pela Morte; RV= Repulsão pela Vida; AV= Atração pela Vida; AM= Atração pela Morte; SV= Satisfação com a Vida; D= Depressão; A= Ansiedade; ICR= Índice de Compromisso Religios



A presente monografia teve como objetivo principal avaliar a satisfação com a vida, a saúde geral e o compromisso religioso como componentes da dimensão risco e proteção frente à ideação suicida. Nesta sessão, os resultados obtidos nas análises dos dados serão discutidos a partir da perspectiva teórica anteriormente exposta, bem como de pesquisas previamente realizadas. Como se observou nos resultados, todas as hipóteses apresentadas neste estudo foram confirmadas, de modo compatível com a literatura da área, o que permitiu confirmar o poder explicativo das variáveis estudadas sobre a ideação suicida. A seguir, cada uma das hipóteses será discutida.

A primeira hipótese versou sobre a correlação entre os fatores de tendência ao suicídio. Embora as quatro domínios possam estar inter-relacionadas, Orbach *et al* (1988) afirma que eles não representam experiências subjetivas similares, podendo ou não estarem correlacionados. No estudo de Aquino (2009), constatou-se uma correlação significativa entre eles: a atração para a vida se correlacionou negativamente com repulsão para a vida e atração para a morte; e a repulsão para a vida se correlacionou diretamente com atração para a morte. Esses dados são compatíveis com a Hipótese 1, que foi confirmada a partir dos resultados obtidos na presente monografia, destacando-se a alta correlação positiva entre repulsão pela vida a atração pela morte; e negativa entre repulsão pela vida e atração pela vida.

Especificamente, quanto ao fator repulsão pela morte, por suas particularidades, era esperado que esse fator não se correlacionasse com os outros, uma vez que ele pode estar presente tanto em pessoas com elevadas pontuações em atração pela vida e em repulsão pela vida, o que pode decorrer tanto da percepção assustadora da morte (por ser compreendida como uma aniquilação da vida de maneira irreversível), como também do medo da punição após a morte.

No que diz respeito à relação entre a satisfação com a vida e os domínios da ideação suicida (Hipótese 2), foi possível verificar uma associação negativa entre satisfação com a vida e a repulsão pela vida. Essa relação pode ser compreendida a partir da perspectiva de Orbach *et al* (1991), que aponta que a diminuição do bem estar subjetivo, pode ocasionar uma diminuição da atração para a vida e um aumento na repulsão para a vida e atração para a morte, o que pode vir a desencadear a intenção para cometer o suicídio; e de Koivumaa-Honkanen (2001), que, em seu estudo, constatou que baixos índices de satisfação com a vida foram associados a um maior risco para o comportamento suicida.

No que se refere à Hipótese 3, foi sugerido que os indicadores de ansiedade e depressão estariam diretamente relacionados com os fatores repulsão pela vida e atração pela

morte, e inversamente correlacionado com o fator atração pela vida. Pôde-se confirmar essa hipótese. De fato, as pontuações do QSG total e dos indicadores de ansiedade e depressão se apresentam positivamente correlacionados com os motivadores para a autodestruição (atração para morte e repulsão pela vida), o que segue na direção das publicações mais recentes sobre o tema, que associam a presença de quadros de transtornos mentais e, principalmente, da depressão, ao maior risco para o comportamento suicida (TURECKI, 1999; MANN, 2002; STEPHENSON, 2002; BOTEGA, 2006; BAGGIO, PALAZZO e AERTS, 2009).

Quanto à relação entre ideação suicida e religiosidade, foi observado que as pontuações do Compromisso Religioso se correlacionaram positivamente com o fator atração pela vida e negativamente com os fatores repulsão pela vida e atração pela morte, comprovando a Hipótese 4. Uma vez que, de um modo geral, pessoas com maior envolvimento religioso, sem levar em consideração a filiação religiosa, possuem menores chances de desenvolver o comportamento suicida, como propõem alguns estudos, os resultados aqui encontrados corroboram outros achados publicados na literatura da área (KOENIG *et al*, 2001; HOVEY, 1999; BRUCES *et al*, 2004; SILVA, 2006; BOTEGA *et al*, 2006).

Tomando como ponto de partida o relacionamento mantido entre as dimensões satisfação com a vida, saúde geral e compromisso religioso e os fatores da ideação suicida e considerando o poder explicativo dessas dimensões sobre o comportamento suicida, a Hipótese 5 sugeriu que os índices de satisfação com a vida, saúde geral (ansiedade e depressão) e compromisso religioso explicariam a ideação suicida, da forma como foi operacionalizada no presente estudo. Nestas análises, optou-se por desconsiderar nos modelos os fatores repulsão e atração pela morte. Tal decisão teve por base dois critérios, fundamentalmente empíricos: o primeiro, refere-se à observação de que, nas análises prévias, o fator repulsão pela morte não apresentou correlação significativa com as variáveis antecedentes do modelo; e, o segundo, semelhante ao primeiro, considerou que a atração pela morte não apresentou correlação com uma das variáveis antecedentes (ansiedade e depressão). Ao mesmo tempo, a decisão por analisar a provável ideação suicida a partir dos fatores atração e repulsão pela vida, também levou em consideração a proposta de um modelo mais parcimonioso.

Apesar de a ansiedade ter apresentado correlações significativas com as variáveis critério, nas análises de regressão ela foi retida do modelo por não contribuir significativamente para a explicação. Esse fato pode ser explicado pelo fato de a ansiedade não está

dentre os transtornos mentais mais associados ao comportamento suicida (OMS, 2002). Uma análise mais aprofundada, nesse caso, ainda pode ser possível por meio da ampliação do tamanho da amostra.

Dessa forma, os resultados obtidos na análise de regressão múltipla, de maneira geral, corroboram a Hipótese 5, confirmando a satisfação com a vida, a depressão e o compromisso religioso como componentes da dimensão risco e proteção frente à ideação suicida. Assim, o presente estudo confirma o comportamento suicida, especificamente a ideação, como um fenômeno cuja explicação se fundamenta em uma proposta multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre diversos fatores de caráter biopsicossocial (MINAYOU, 1998; OMS, 2002).





O presente estudo analisou em que medida a satisfação com a vida, a saúde geral (ansiedade e depressão) e o compromisso religioso podem predizer os níveis de ideação suicida na população geral, bem como especificamente se avaliou a influência destes sobre cada domínio da Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio (EMATS). Nessa sessão, buscou-se apresentar algumas considerações finais acerca dos principais resultados encontrados, das possíveis limitações dos estudos e das suas aplicabilidades.

Tendo em vista que o pesquisador nunca consegue apreender a totalidade do objeto em estudo, algumas limitações podem ser apontadas. No que diz respeito à amostra, por esta ser de conveniência (não probabilística), os resultados encontrados não permitem a generalização. Aponta-se também que teria sido mais adequado trabalhar com uma amostra voltada para o público alvo desse estudo, já que não foram estudadas, especificamente, pessoas com história de tentativas de suicídio, com maior intencionalidade de retirar a própria vida.

Outra provável limitação diz respeito à indicação de que, segundo alguns autores, o apoio social pode ser o mecanismo por meio do qual a religiosidade se apresenta associada às menores chances para o desenvolvimento do comportamento suicida (MOFIDI *et al*, 2006; MOREIRA-ALMEIDA *et al*, 2006). No presente estudo, a religiosidade foi mensurada por meio do índice de compromisso religioso, que se apresentou como um preditor da ideação suicida, apesar disso, não foi analisado a sua relação com o fator de apoio social.

Não obstante as possíveis limitações do estudo, não se pode deixar de reconhecer algumas de suas contribuições para os avanços do conhecimento do comportamento suicida. No entanto, antes de pontuar algumas dessas contribuições, faz-se necessário ressaltar que a variável satisfação com a vida, definida como uma avaliação cognitiva global da qualidade de vida de uma pessoa, de acordo com a perspectiva analítico-comportamental, em baixos níveis, pode ser considerada como um indicador para um maior risco para o comportamento suicida, mas não deve ser tratada como uma variável de causalidade. Para Skinner (2007), o comportamento pode ser explicado apenas em função das variáveis externas. Ou seja, além de considerar a influência dos fatores biológicos, é preciso investigar no ambiente quais situações estão ocasionando os baixos níveis de satisfação com a vida para, então, poder chegar às verdadeiras causas do comportamento suicida.

Assim, fatores como perdas (familiares, materiais), depressão, baixa rede de apoio social, falta de habilidades sociais e de estratégias de enfrentamento adequadas para solução de problemas, assim como também, a ausência de reforçadores para o desenvolvimento de um

repertório mais adequado, entre outros, são considerados como possíveis variáveis explicativas do comportamento suicida. É importante ressaltar que, dentro da perspectiva analítico-comportamental, o comportamento suicida, como todo comportamento, é considerado multideterminado em sua causalidade, assim, vários fatores devem ser analisados no seu estudo. Para isso, faz-se necessário, por meio da análise funcional, identificar as situações em que ele ocorre e quais as variáveis o controlam. Daí a importância de pesquisas clínicas, voltadas para a análise funcional de casos individuais, como em Peruche (2006).

Concomitantemente, é preciso dar mais atenção ao fenômeno suicídio, desmistificando esse tema na sociedade e desenvolvendo estratégias de prevenção. A melhoria do tratamento e prevenção dos transtornos mentais, a capacitação dos profissionais da saúde nos três níveis de atenção e o desenvolvimento e melhoria da reforma psiquiátrica, podem contribuir inicialmente para a prevenção do suicídio.

Ainda que a presente pesquisa não tenha caráter eminentemente aplicado, deve-se reconhecer que os resultados encontrados poderão, com certa probabilidade, contribuir na orientação de programas de prevenção voltados, especificamente, para a população de Fortaleza, sobretudo quando se considera que a amostra, mesmo sem ser representativa, envolve sujeitos das diferentes regionais da cidade. Dessa maneira, o estudo também pode contribuir para a elaboração de estratégias de prevenção para o comportamento suicida, ajudando no direcionamento de quais fatores podem, nessa população, atuar como risco ou proteção.

Em síntese, pode-se afirmar que as constatações obtidas são de grande valor para profissionais da área da saúde, especialmente, em nível de atenção primária, em que o acompanhamento do indivíduo deve ser realizado de forma contínua. As três variáveis estudadas (satisfação com a vida, saúde geral, e compromisso religioso) são de fácil reconhecimento, por meio de questionários de autorrelato, e podem ajudar na identificação de pessoas em risco e, assim, realizar intervenções no intuito de desenvolver a prevenção do comportamento suicida, assim como também, a promoção da saúde.

Finalmente, como direções futuras, apontam-se: a possibilidade de se realizar análises mais específicas, incluindo novas variáveis no modelo, como é o caso do apoio social; a realização de novas pesquisas, envolvendo amostras mais amplas que garantam representatividade e generalização dos resultados para população; e, ao mesmo tempo, a utilização de grupos específicos, a exemplo de amostras clínicas, incluindo pacientes com

tentativas prévias de suicídio. Deste modo, seria possível verificar se, de fato, os fatores aqui considerados atuam como componentes capazes de explicar a ideação suicida.

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, A. **O Deus selvagem: um estudo do suicídio**. São Paulo: Cia das Letras, 1999.
- ANDRADE, J. M. *et al.* **Escala de crenças religiosas: Elaboração e validação de construto**. [Resumo]. 231 Em Conselho Regional de Psicologia – 13ª Região PB/N (Org.), 1º Encontro Paraibano de Avaliação e Medida em Psicologia (p. 14). João Pessoa, PB: CRP, 2001.
- AQUINO, T. A. A. de. **Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos**. 2009. Tese de Doutorado, UFPB e UFRN, João Pessoa, 2009.
- BAGGIO, L. PALAZZO, L. S. AERTS, D. R. G. de C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(1):142-150, jan, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/15.pdf>>
- BASTOS, O. Suicídio e Depressão. **Revista de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia**, 58-37-44, 1995.
- BANACO, R.A. **Um levantamento de fatores que podem levar ao suicídio**. Em GUILHARDI, H.J (org). Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade.(p.210-217). Santo André: ESETEC, 2001.
- BANDIM, J. M.; FONSECA, L.; LIMA, J. M. A. Prevalência da ideação suicida numa população de escolares do Nordeste brasileiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 46: 447-481, 1997.
- BANKS, M.H.; CLEGG, C.W.; JACKSON, P.R.; KEMP, N.J.; STAFFORD, E.M.; WALL, T.D. The use of the General Health Questionnaire as an Indicator of Mental Health in Occupational Studies. **Journal of Occupational Psychology**, 53, 187-194, 1980.
- BAUM, W. M. **Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura**. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World Psychiatry** - 2002 October; 1(3): 181–185.2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/pdf/wpa010181.pdf>> Acesso em: 15 de fev 2012.
- BOYLE, F.M., DUNNE, M.P., NAJMAN, J.M., WESTERN., J.S, TURRELL, G., WOOD, C., GLENNON, S. Psychological Distress Among Female Sex Workers. **Australia and New Zeland Journal of Public Health**, 21(6), 643-646, 1997.

BOLDT, M. The meaning of suicide implications for research. **Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, 9 (2), 93 -108, 1982.

BONALDI, P. D. **El estudio del suicidio desde una perspectiva sociológica**. In: M. M. CASULLO, M. M; BONALDI, P.D.; LIPORACE, M.F. (Orgs), *Comportamientos suicidas en la adolescencia: Morir antes de la muerte* (pp 49-67). Buenos Aires: Lugar, 2004.

BONNIEC, I. L.; GUILLON, C. **Suicídio: modo de usar**. São Paulo, EMW, 1994.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G.. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia** – 2006 , Vol. 11(3). 345-351. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/261/26111312.pdf> >

BOTEGA, N. J.; CANO, F. O.; KOHN, S. C.; KNOLL, A.I. PEREIRA, W. A. B.; BONARDI, C. M.; Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**; 44 (1); 19-25, jan, 1995.

BOTEGA, N.J.; RAPELI, C.B.; FREITAS, G.V.S. **Perspectiva Psiquiátrica**. In: WERLANG, B.G & BOTEGA, N.J. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOTEGA, N. J.; BARROS, M. B. A.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEÓN, L. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**; 27:45-53, 2005.

BOTEGA, N. J. *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 3, pp. 213-220, set./dez. 2006.

BRASIL, Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Paraná. **Definição de Saúde Mental**. Paraná, 2012

BRUCE, M.L.; TEN HAVE, T.R.; REYNOLDS, C.F.; KATZ, I. I.; SCHULBERG, H. C.; MULSANT, B. H. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. **The Journal of American Medical Association - JAMA**; 291:1081-91, 2004.

CAMESCHI, C. E.; ABREU-RODRIGUES, J. **Contigências Aversivas e Comportamento Emocional**. In: ABREU-RODRIGUES, J.; RIBEIRO, M. R. (Org). *Análise do Comportamento – Pesquisa, Teoria e Aplicação*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CARRANZA , B. Religião e Espiritualidade: Um olhar sociológico. In: AMATUZI, M. M. (Org). **Psicologia e Espiritualidade** (pp 59-81). São Paulo: Paulos, 2005.

COELHO, A. R. Suicídio: um estudo introdutório. **Psicologia e Sociedade**, V.9 n ½, p.47-64, jan/dez, 1997.

COHEN, D. El suicidio condena o defensa? Los argumentos filosóficos en torno de la muerte voluntaria. **AGORA – Papeles de Filosofía**, 19 (2), 107-126, 2000.

COLUCCI, E., MARTIN, G. Religion and spirituality along the suicidal path. **Suicide-Life Threat. Behav.** 38, 229–244, 2008.

- DIAS, M.L. **Suicídio: testemunhos de adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- DIENER, E., EMMONS, R., GRIFFIN, S., LARSEM, R. The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, 49, 1985.
- DIENER, E., & SCOLLON, CHRISTIE N. **Subjective Well-Being Is Desirable, but Not the Summum Bonum**. Paper presented at the , Minneapolis, Minnesota, USA, 2003.
- DURKHEIM, E. **O suicídio: Estudo de sociologia**. (M. Stahel, trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2000 (Trabalho original publicado em 1897).
- FAWCETT, J.; CLARK, D. C.; BUSH, K. A. Assessing and treating the patient at risk for suicide. **Psychiatric annals**, 23:244-56, 1993
- GEORGE, L.K. *et al.* Spirituality and health: what we know, what we need to know. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 19, 102–116, 2000.
- GIACOMONI, C. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia**, 12 (1), 43- 50, 2004.
- GOLDNEY, R. D.; WILSON, D.; GRANDE, E.; FISHER, L. G.; MCFARLANE, A. C. Suicide ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial traumatic events. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 34: 98-106, 2000.
- GOLDBERG, D. **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press. 1972.
- GONZÁLEZ, M.; IBÁÑEZ, I. Cuestionario de Salud General (GHQ-12): Comparación de dos Modelos Factoriales. **Psiquiatria.com**, 5(1), 2001.
- GORSUCH, R. L.; MCFARLAND, S. G. Single vs. multiple-item scales for measuring religious values. **Journal for the Scientific Study of Religion**, 11, 53-63, 1972.
- GOUVEIA, V. V. *et al.* A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 19(3), 241-238, 2003.
- HEADLEY, B. W.; KELLEY, J.; WEARING, A. J. Dimensions of mental health: life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. **Social Indicators Researc**; 29:63–82, 1993.
- HAIR, J. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: ARTMED, 2009.
- HOVEY, J. D. Religion and suicidal ideation in a sample of Latin American immigrants. **Psychological Reports**,; 85:171-7, 1999.
- HUTZ, C. S. (Org) **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico. 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 14 de fev 2012.

JAKOBS, G. **Suicídio, eutanasia e direito penal** (M. A. R. Lopes, trad.). Barueri, SP: Manole, 2003.

JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. RJ: Nova Fronteira, 1964.

LOBO, H. G. **Análise dos casos de suicídio ocorridos em Fortaleza no ano de 2007: abordagem farmacológica e psiquiátrico-legal**. Dissertação de mestrado, UFC, Fortaleza, 2009.

LYUBORNIRSKY, S. Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. **American Psychological Association**, 56 (3), 239 – 249, 2001.

MANN, J.J. A current perspective of suicide and attempted suicide. **Annals of Internal Medicine**. 136(4), 302-311, 2002.

MANN, J.J. *et al.* Suicide prevention strategies. **The Journal of American Medical Association - JAMA**, 24, 2064–2074, 2005.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: **DSM-IV-TRTM**. Texto Revisado. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MEIRA, M., *et al.* **Escala de práticas religiosas: Construção e validação de construto**. [Resumo]. Em Conselho Regional de Psicologia – 13ª Região PB/N (Org.), 1º Encontro Paraibano de Avaliação e Medida em Psicologia (p. 29). João Pessoa: CRP, 2001.

MEYER, S.B. **O conceito de Análise Funcional**. In: DELLITTI, M. (Org). Sobre Comportamento e Cognição (p. 95-98). Santo André: ESETec, 1997.

MINAYO, M.C. A autoviolência, objeto da sociologia e problema para saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, 14, 7-34, 1998.

MINAYO, M. C. de S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, Aug. 2010.

MOFIDI, M. *et al.* Spirituality and depressive symptoms in a racially diverse US sample of community-dwelling adults. **J. Nerv. Ment.** 194, 975–977, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A., NETO, F.L. KOENIG, H.G. Religiousness and mental health: a review. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 28, 242–250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A., KOENIG, H.G. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's “a cross



cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life”. **Social Science & Medicine**, 62 (6), 1486–1497, 2006.

MOREIRA, M.B; MEDEIROS, C.A. **Princípios Básicos de Análise do Comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. **Prevenção do suicídio: manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental**. 2006. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf) >

MINOIS ,G. **History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture**. Cochrane , L.G. Trans. New York: John Hopkins University Press, 2001.

MINOIS, G. **Historia do suicídio**. Lisboa: Teorema, 1998.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KESSLER R.C.; BORGES, G.; WALTERS, E. E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, 56:617-26, 1999.

KOENIG, H.G., GEORGE, L.K. Titus, P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, 52, 554–562, 2004.

KOENIG, H.G., MCCULLOUGH, M., LARSON, D.B. Handbook of religion and health: a century of research reviewed. **Oxford University Press**, New York, 2001.

KOENING, H. G., MCCULLOUGH, M. C., LARSON, D. B. Definitions. In: H. G. KOENING, M. C. MCCULLOUGH & D. B. LARSON (Orgs), **Handbook of religion and health: a century of research reviewed historical context** (pp. 17-23). New York: Oxford University press, 2001.

KOIVUMAA-HONKANEN, H.T.; *et al.* Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 94:372–378,1996.

KOIVUMAA-HONKANEN H, T. *et al.* Self-reported life satisfaction and 20 year mortality in healthy Finnish adults. **American Journal of Epidemiology**; 152:983–991, 2000.

KOIVUMAA-HONKANEN H. T. Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. **Acta Psychiatr Scand**; 99:377–384, 1999.

KOIVUMAA-HONKANEN H. T. Life Satisfaction as a Health Predictor. **Kuopio University Publications D, Medical Sciences** 143. Kuopio, Finland, Kuopio University, 1998.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.

OLIVEIRA, A.; AMANCIO, L.;SAMPAIO, D. Arriscar morrer para sobreviver: olhar sobre o suicídio adolescente. **Análise Psicológica**, out. 2001, vol.19, no.4, p.509-521. ISSN 0870-8231.

ORBACH, I. **Children who don't want to live**. San Francisco: Jossey-Bass, 1988.

ORBACH, I. *et al.* A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for Adolescents. **A Journal of Consulting and Clinical Psychology**. Vol. 3, No. 3,398-404, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamento. **Prevenção de suicídio um manual para médicos clínicos gerais**. 2000a. Disponível em:

<[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_educ\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_educ_port.pdf) >

Acesso em: 13 de fev 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamento. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia**. 2000b. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.2\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.2_por.pdf)

Acesso em: 13 de fev 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . **Prevención del suicidio: Um instrumento para docentes y demás personal institucional**. 2001. [On-line]. Disponível:

[http://www.who.int.mental\\_health/suicide](http://www.who.int.mental_health/suicide). Acesso em 06 de mar 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. 2002a. Disponível em: <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf> Acesso em: 13 de fev 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors – SUPRE-MISS**. 2002b. Disponível em: <

[http://www.who.int.mental\\_health/suicide](http://www.who.int.mental_health/suicide). >

PARENTE, A. da C. M. *et al.* Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [online]. vol.60, n.4, pp. 377-381, 2007.

PEÑA G. L. Y. *et al.* Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. **Revista Cubana de Medicina**.; 31:182-7, 2002.

PERUCHE, L. **Análise funcional de relatos sobre tentativa de suicídio**. 2006. Dissertação de mestrado. PUC- Campinas, 2006.

PIRKIS, J.E.; BURGESS P.M; MEADOWS, G.N.; DUNT, D.R. Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. **Medical Journal of Australia**, 2001; 175:542-5.

PORDEUS, A. M. J. *et al.* Tentativas e óbitos por suicídio no município de Independência, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dec, 2009.

- RIBEIRO, L. P. **Análise funcional de relatos sobre tentativas de suicídio**. Dissertação de Mestrado, PUC-CAMPINAS, Campinas, 2006.
- RODRIGUES, R. S. *et al.* Suicídio em jovens: fatores de risco e análise quantitativa espaço-temporal (Brasil, 1991-2001). **Revista Brasileira Médica Famaceutica e Comunitaria**, Vol.2 nº7, 2006.
- ROOF, W. C. **Concepts and indicators of religious commitment: A critical review**. In: R. Wuthnow (Org.), *The religious dimension* (pp. 17-45). Nova York: Academic Press, 1979.
- ROMANS, S.E., POTTER, K., MARTIN, J., HERBISON, P. The Mental and Physical Health of Female Sex Workers: a Comparative Study. **Australian and New Zeland Journal of Psychiatry**, 35, 75-80, 2001.
- SANTOS, W. S. **Explicando comportamento socialmente desviantes: uma análise do compromisso convencional e afiliação social**. Tese de doutorado. UFPB: João pessoa, 2008.
- SCHWARTZ, S. H.; HUISMANS, S. Value priorities and religiosity in four Western religions. **Social Psychological Quarterly**, 58, 88-107, 1995.
- SEGRE, M; FERRAZ, C.F. O Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, 31(5), 538-542, 1997.
- SILVA, M. M. **Suicídio - trama de comunicação**. Dissertação de mestrado, PUC-SP, São Paulo, 1992.
- SILVA, V. F. *et al.* Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(9):1835-1843, set, 2006.
- SIDMAN, M. **Coerção e suas implicações**. São Paulo: Livro Pleno, 2001.
- SHREVE-NEIGER, A.K., EDELSTEIN, B.A. Religion and anxiety: a critical review of the literature. **Clinical Psychology Review**. 24, 379–397, 2004.
- SKINNER, B. F. Can psychology be a science of mind? **American Psychologist**, Vol 45(11), Nov 1990, 1206-1210. doi: 10.1037/0003-066X.45.11.1206.
- SKINNER, B.F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- SOARES, F. N. **Prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da USP, 2003.
- SUOMINEN K.; ISOMETSÄ, E.; SUOKAS, J.; HAUKKA, J.; ACHTE, K.; LÖNNQVIST, J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. **American Journal of Psychiatry**; 161:563-4, 2004.
- SOUZA, E. R., MINAYO, M. C. de S., & MALAQUIAS, J. V. Suicide among young people in selected brazilian state capitals. **Caderno de Saúde Pública**, 18, 673-683, 2002.

STEPHENSON, J. Suicide in China. **The Journal of the American Medical Association**, 287(14), 1794-1796, 2002.

TURECKI, Gustavo. O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria** – vol.21 s.2 São Paulo, 1999.

WERNECK, G. *et al.* Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(10):2201-2206, out, 2006.

WERLANG, Blanca Susana.; BORGES, Vívía Roxo.; FENSTERSEIFER, Liza. Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, Vol. 39, Num. 2 pp. 259-266, 2005.

WERLANG, Blanca Susana.; BOTEGA, Neury José. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.

## ANEXOS

### ANEXO A – Capa do Questionário / Apresentação da Pesquisa



**Universidade Federal do Ceará**  
**Centro de Humanidades**  
**Departamento de Psicologia**  
**Av. da Universidade 2762 - Benfica**  
**60020-181 Fortaleza, CE – Brasil**  
**Tel. 55 85 33667723 / Fax 55 85 33667724**

---

**Prezado (a) colaborador (a),**

Estamos realizando uma pesquisa na cidade de Fortaleza/CE com o propósito de conhecer possíveis fatores contribuintes para a explicação de comportamentos sociais. Por isso, gostaríamos de contar com sua colaboração respondendo este questionário. Contudo, antes de prosseguir, de acordo com o disposto na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário o seu consentimento. Por favor, leia todas as informações constantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e fique à vontade para decidir se deseja ou não participar do estudo.

**Desde já, agradecemos sua colaboração.**

**ANEXO B – Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG-12)**

**INSTRUÇÕES.** Agora, gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um X na resposta que, a seu ver, corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Lembre que queremos conhecer os problemas recentes e atuais, não os que você tenha tido no passado. É importante que você responda a todas as perguntas.

**1 – Tem podido concentrar-se bem no que faz?**

- |                              |                                  |
|------------------------------|----------------------------------|
| (1) Mais do que o de costume | (3) Menos que o de costume       |
| (2) Igual ao de costume      | (4) Muito menos que o de costume |

**2 – Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?**

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não        | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o costume       |

**3 – Tem sentido que tem um papel útil na vida?**

- |                                |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Mais útil que o de costume | (3) Menos útil que o de costume       |
| (2) Igual ao de costume        | (4) Muito menos útil que o de costume |

**4 – Tem se sentido capaz de tomar decisões?**

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume             |
| (2) Igual ao de costume   | (4) Muito menos capaz que o de costume |

**5 – Tem notado que está constantemente agoniado (a) e tenso (a)?**

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não        | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume    |

**6 – Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?**

- |                               |                                       |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não        | (3) Um pouco mais do que o de costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume       |

**7 – Tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?**

- |                           |                                      |
|---------------------------|--------------------------------------|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que de costume             |
| (2) Igual ao de costume   | (4) Muito menos capaz que de costume |

**ANEXO B (cont.) – Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG-12)****8 – Tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?**

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume             |
| (2) Igual ao de costume   | (4) Muito menos capaz que o de costume |

**9 – Tem se sentido pouco feliz e deprimido (a)?**

- |                               |                                 |
|-------------------------------|---------------------------------|
| (1) Absolutamente, não        | (3) Um pouco mais que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

**10 – Tem perdido confiança em si mesmo?**

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não        | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume    |

**11 – Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?**

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não        | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume    |

**12 – Se sente razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?**

- |                           |                                  |
|---------------------------|----------------------------------|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume       |
| (2) Igual ao de costume   | (4) Muito menos que o de costume |

**ANEXO C – Escala de Satisfação com a Vida (ESV)**

**INSTRUÇÕES.** Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de **1** a **7**, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

**7 = Concordo Totalmente**

**6 = Concordo**

**5 = Concordo Ligeiramente**

**4 = Nem Concordo Nem Discordo**

**3 = Discordo Ligeiramente**

**2 = Discordo**

**1 = Discordo Totalmente**

01. \_\_\_\_\_ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.
02. \_\_\_\_\_ As condições da minha vida são excelentes.
03. \_\_\_\_\_ Estou satisfeito (a) com minha vida.
04. \_\_\_\_\_ Dentro do possível, tenho conseguido as coisas importantes que quero na vida.
05. \_\_\_\_\_ Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.



### ANEXO D – Escala de Práticas Religiosas

**INSTRUÇÕES.** Abaixo estão listadas algumas práticas religiosas incentivadas nas diversas religiões, que podem ou não ser importantes para você. Sabendo-se que os dados serão tratados de maneira confidencial, indique com que frequência você as realiza. Para tanto, utilize a escala de resposta abaixo:

<b>1</b> Nunca	<b>2</b> Poucas Vezes	<b>3</b> Algumas Vezes	<b>4</b> Frequentemente	<b>5</b> Sempre	
01. Confesso-me com o padre ou durante a missa.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
02. Assisto à missa.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
03. Dou o dízimo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
04. Oro antes das principais refeições.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
05. Procuo desenvolver meus dons mediúnicos.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
06. Sigo os conselhos do padre.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
07. Tomo água fluidificada (abençoada, purificada).	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
08. Procuo a reforma íntima (reduzir os defeitos e vícios)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
09. Converso com pessoas que já morreram.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
10. Vou aos cultos da igreja.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11. Prego o evangelho a outras pessoas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
12. Participo de eventos profanos (carnaval, boites, etc).	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
13. Participo de procissões ou romarias.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
14. Rezo o terço.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
15. Benzo-me ao passar em frente à igreja.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
16. Leio livros psicografados (escritos por espíritos).	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
17. Vejo a aura (luz, energia) das pessoas..	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
18. Faço uso de bebidas alcoólicas.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### ANEXO E – Escala de Crenças Religiosas

**INSTRUÇÕES.** Considere o conjunto de afirmações abaixo e indique em que medida você concorda ou discorda com cada uma delas. Para tanto, assinale na escala de resposta ao lado o número que melhor expressa sua opinião. Por favor, **NÃO DEIXE DE RESPONDER A NENHUM DOS ITENS.**

1	2	3	4	5	6	7
Discordo Totalmente	Discordo Muito	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Muito	Concordo Totalmente

01. A vocação para o trabalho é um dom divino.	1	2	3	4	5	6	7
02. Imagens de santos devem ser respeitadas.	1	2	3	4	5	6	7
03. Maria, mãe de Jesus, pode interceder entre Deus e o homem.	1	2	3	4	5	6	7
04. A reencarnação é possível.	1	2	3	4	5	6	7
05. É importante fazer a 1ª comunhão.	1	2	3	4	5	6	7
06. É necessário vestir-se de maneira composta.	1	2	3	4	5	6	7
07. As crianças devem ser batizadas preferencialmente ainda bebês.	1	2	3	4	5	6	7
08. Os ensinamentos bíblicos devem ser seguidos à risca.	1	2	3	4	5	6	7
09. O Papa é o representante de Deus na terra.	1	2	3	4	5	6	7
10. É possível a comunicação com pessoas que já faleceram.	1	2	3	4	5	6	7
11. As pessoas não morrem, desencarnam.	1	2	3	4	5	6	7
12. Jesus Cristo é o único intercessor entre Deus e o homem.	1	2	3	4	5	6	7
13. Existem espíritos mais e menos evoluídos.	1	2	3	4	5	6	7
14. Deve-se orar antes das refeições.	1	2	3	4	5	6	7
15. As pessoas sofrem as conseqüências de suas atitudes nas vidas passadas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Os santos atendem às promessas dos fiéis.	1	2	3	4	5	6	7
17. Jesus foi um espírito evoluído que passou pela Terra.	1	2	3	4	5	6	7
18. Não se deve adorar imagens.	1	2	3	4	5	6	7

**ANEXO F - Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS)**

**INSTRUÇÕES** - A seguir, encontra-se uma lista de afirmações sobre a vida e a morte. Não existem respostas certas ou erradas, apenas gostaríamos de saber a sua opinião, o quanto você concorda ou discorda com cada afirmação.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Discordo Totalmente	Discordo	Nem Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente

01. \_\_\_ Sinto-me feliz a maior parte do tempo.
02. \_\_\_ Temo a morte porque toda minha atividade mental e espiritual vai cessar.
03. \_\_\_ Embora as coisas pareçam difíceis às vezes, acho que vale a pena viver.
04. \_\_\_ Pensar na morte me dá calafrios (me faz tremer).
05. \_\_\_ Acho que não sou importante para minha família.
06. \_\_\_ Às vezes sinto que minha família vai estar melhor sem mim.
07. \_\_\_ Tenho medo da morte por que todos os meus planos se acabarão.
08. \_\_\_ Gosto de fazer muitas coisas.
09. \_\_\_ O pensamento de que um dia vou morrer me assusta.
10. \_\_\_ Não gosto de passar o tempo com minha família.
11. \_\_\_ Muitos problemas só podem ser resolvidos com a morte.
12. \_\_\_ Acredito que a morte pode trazer um grande alívio ao sofrimento.
13. \_\_\_ Eu sou uma pessoa muito esperançosa.
14. \_\_\_ Em algumas situações é melhor morrer do que continuar vivendo.
15. \_\_\_ A morte pode ser um estado de repouso e calma.
16. \_\_\_ Gosto de muitas coisas na vida.
17. \_\_\_ A morte me assusta mais do que qualquer outra coisa.
18. \_\_\_ Ninguém me ama de verdade.
19. \_\_\_ Às vezes sinto que meus problemas não podem ser resolvidos.
20. \_\_\_ A morte pode mudar as coisas para melhor.

## ANEXO G – Questões de Caráter Sociobiodemográfico

**Finalmente, gostaríamos de saber alguns dados sobre você:**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos                      2. Sexo:  Masculino                       Feminino
3. Orientação sexual:  Heterossexual                       Homossexual                       Bissexual
4. Estado civil:
- Solteiro (a)                       Casado(a)/convivente                       Viúvo (a)                       Separado (a)
5. Religião:
- Católica                       Evangélica                       Espírita                       Nenhuma                       Outra: \_\_\_\_\_
6. Em que medida você se considera religioso (a)?                      **Nada 0 1 2 3 4 Muito**
7. Com que frequência você vai às reuniões da sua religião?
- Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 Sempre**
8. Qual a sua escolaridade?
- Ensino fundamental completo                       Ensino fundamental incompleto
- Ensino médio completo                       Ensino médio incompleto
- Ensino superior completo                       Ensino superior incompleto
9. Você está trabalhando?  Sim                       Não
10. Em que bairro você mora? \_\_\_\_\_