

Liliane da Costa Ores

Prevalência de *risco de suicídio* e fatores associados: estudo de base populacional
com jovens entre 18 a 24 anos, Pelotas-RS.

Universidade Católica de Pelotas
Pelotas, Dezembro de 2008

*"De tudo ficaram 3 coisas:
A certeza de que estamos começando,
a certeza de que é preciso continuar e
a certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar.
Fazer da interrupção um caminho novo,
fazer da queda um passo de dança,
do medo uma escada,
do sonho uma ponte,
da procura um encontro.
Fica a promessa do reencontro...
Fica o desejo de boa sorte...
Fica a vontade de que lutes e venças."*

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

Quando eu crescer quero ser... Ser pesquisadora para melhorar a saúde das pessoas...

Depois de muito tempo, durante a graduação em Psicologia, iniciou a disciplina sobre orientação em pesquisa quantitativa. Que confusão aquelas primeiras aulas de estatística, a competente professora Elaine Tomasi falava grego! Escolhi como orientador o professor Ricardo Pinheiro, porque admirava sua inteligência e seu trabalho na Universidade.

Entrei para um curso de inglês aos sábados de manhã, afinal pensava em participar da seleção para o mestrado quando concluísse a graduação. Paralelamente, fui voluntária de duas pesquisas no ano de 2003, uma sobre violência doméstica e abuso sexual da professora Liliane Coll e outra sobre saúde dos cuidadores da saúde da professora Elaine Tomasi. Enfim, surgiu um convite inesperado: ser bolsista de iniciação científica da querida, inesquecível, professora Inácia Moraes em uma pesquisa sobre depressão e ansiedade em gestantes de alto risco. Experiência encantadora, onde confirmei a paixão pela pesquisa! Permaneci como sua bolsista até a formatura e tive, então, a oportunidade de conviver com outra pessoa maravilhosa que me ensinou muito do que conheço sobre pesquisa, meu futuro orientador no mestrado, professor Ricardo Silva.

Início de mestrado, muitos professores especiais, colegas e amigos para a vida toda! A estatística foi me conquistando de mansinho... os dias de estudo acompanhados de muito chimarrão e risadas com os amigos Russélia Godoy e Juliano Breünig era um misto de aprendizagem e diversão. E um amigo inesquecível, Dalnei Pereira, coração maior que o mundo. Outra amiga inesquecível nos bons e nos piores momentos, naqueles os quais parece que vai dar tudo errado na pesquisa: Karen Jansen! E a Flávia Jonas e a Roberta Canez, secretárias e amigas infalíveis... o Antonio Augusto permaneceu pouco tempo, mas suficiente para boas recordações. Também não poderia deixar de lembrar todos os entrevistadores, digitadores e colaboradores que de alguma forma contribuíram para o andamento do estudo e dos jovens que consentiram em participar e compartilhar sua vida nas entrevistas. Obrigada professor Sandro Oliveira por revisar minha análise estatística, deixando-me mais tranqüila para a defesa da dissertação.

Obrigada direção e colegas de trabalho do Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente (FURG) pela compreensão e auxílio.

Obrigada aos meus pais, minha base, meu porto seguro, meu tesouro. Meus irmãos, parte da minha vida. Meu namorado, companheiro mesmo nos momentos mais atarefados. Minha família... Obrigada Deus pela proteção e por essa oportunidade de crescimento.

Liliane da Costa Ores

Prevalência de ideação suicida e fatores associados: estudo de base populacional
com jovens entre 18 a 24 anos, Pelotas-RS.

Projeto de pesquisa elaborado para o
Mestrado em Saúde e Comportamento da
Universidade Católica de Pelotas, sob a
orientação do Prof. Dr. Ricardo Azevedo
da Silva.

Universidade Católica de Pelotas
Pelotas, Novembro de 2007

SUMÁRIO

I. IDENTIFICAÇÃO	06
1.1. Título	06
1.2. Mestranda	06
1.3. Orientador	06
1.4. Instituição	06
1.5. Data	06
II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	07
2.1. Introdução	07
2.2. Objetivo	08
2.3. Hipóteses	08
III. REVISÃO DE LITERATURA	09
IV. MATERIAIS E MÉTODOS	17
3.1. Delineamento	17
3.2. Variáveis	17
3.3. Amostra	17
3.4. Estudo piloto	19
3.5. Coleta dos dados	19
3.6. Critérios de inclusão e de exclusão	20
3.7. Instrumentos e escalas	20
3.8. Equipe de trabalho	21
3.9. Processamento e análise dos dados	21
3.10. Aspectos éticos	22
3.11. Divulgação dos resultados	23
3.12. Material	23
3.13. Cronograma	24
V. REFERÊNCIAS	25
VI. ANEXOS	27

I. IDENTIFICAÇÃO

Título: Prevalência de ideação suicida e fatores associados: estudo de base populacional com jovens entre 18 a 24 anos, Pelotas-RS.

Mestranda: Liliane da Costa Ores.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva.

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento - Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

Data: Novembro de 2007.

II. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Introdução:

O comportamento suicida vem ganhando impulso em termos numéricos, segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹:

- na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte;
- as taxas de suicídio no Brasil variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004 – como se trata de um país populoso, está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.987 em 2004);
- embora a mortalidade no sexo masculino seja mais elevada (3,7:1 – dados de 2004), o aumento proporcional das taxas, no período, foi de 16,4% para os homens e de 24,7% nas mulheres;
- os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio – estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes.

Além disso, a ocorrência do comportamento suicida entre jovens aparenta estar aumentando nas últimas décadas, e a adolescência destaca-se como o período mais relacionado à morte por causas externas. ^{2,3}

Nos Estados Unidos, o Centers for Disease Control and Prevention – CDC monitora anualmente o comportamento de jovens norte-americanos por entender que a possível intervenção e mudança de determinadas condutas poderiam ter impacto positivo no quadro de saúde da juventude e dos adultos. ⁴

Comportamento suicida envolve, esporádica ou freqüentemente, idéias, desejos e manifestações da intenção de querer morrer, planejamento de como, quando e onde fazer isso, além do pensamento de como o suicídio irá impactar os outros, muitas vezes, como solução para algo insuportável e insolúvel. Constitui, portanto, uma tendência autodestrutiva a qual se apresenta em um gradiente de gravidade que pode variar da ideação ao suicídio. As auto-ameaças podem ser expressas tanto verbalmente, como por comportamentos, embora o indivíduo ainda não tenha realizado um ato concreto.^{5,6}

A presença de ideação suicida tem sido vista como um relevante valor preditivo na avaliação do risco para o suicídio, portanto avaliar o potencial suicida constitui uma possibilidade de se utilizar algum recurso de prevenção.^{5,6}

Ideação, gestos e tentativas de suicídio estão freqüentemente associados com transtornos depressivos, e esses fenômenos suicidas, em particular, na juventude, são problemas públicos crescentes na área da saúde mental.

Estudos com ideação suicida evidenciam uma prevalência variando entre 10% e 41,5%.^{5,6,7,8,9,10,11}

Na juventude, estruturam-se a identidade e a coerência de comportamentos, sendo assim, uma etapa do desenvolvimento que exige mudanças nos níveis sociais, familiares, físicos e afetivos. Essas mudanças, embora normais, fazem com que o jovem experimente níveis crescentes de ansiedade e angústia, aumentando o risco de problemas emocionais, entre os quais sintomas depressivos e ideação suicida parecem estar entre os mais preocupantes.^{5,6,12,13}

A depressão^{2,6} e o fato de o jovem conhecer alguém que tenha tentado suicídio⁶ são apontados como fatores de risco para a presença de ideação suicida. Consideram-se ainda, como fatores de risco para comportamento suicida nesta faixa etária: idade, presença de tentativas anteriores, história familiar de transtornos psiquiátricos, ausência de apoio familiar,

presença de arma de fogo em casa, doença física grave e/ou crônica, comorbidade com transtornos de conduta e abuso de substâncias.²

Baseado neste contexto, o presente estudo pretende estudar a prevalência de ideação suicida e alguns dos indicadores associados.

Objetivo:

Estudar a prevalência de ideação suicida e sua associação com faixa etária, gênero e depressão entre jovens de 18 a 24 anos, na zona urbana da cidade de Pelotas, R.S., em 2007.

Hipóteses:

- A prevalência de ideação suicida é maior entre jovens na faixa etária de 20 a 24 anos do que naqueles de 18 a 19 anos.
- A prevalência de ideação suicida é maior entre adultos jovens do sexo feminino do que naqueles do sexo masculino.
- A prevalência de ideação suicida é maior nos adultos jovens com depressão do que naqueles que não têm depressão.

III. REVISÃO DE LITERATURA

Resgatando alguns teóricos importantes, em uma perspectiva psicológica, referente ao modelo psicanalítico, na análise de alguns casos clínicos, Freud identificou manifestações de desejo suicida e procurou compreendê-los em associação com os sintomas dos pacientes. Percebeu ainda, ser necessária uma explicação para os aspectos mais destrutivos do funcionamento psíquico.^{3,14,15}

O psicanalista acreditava que a energia necessária para tirar-se a vida precisa estar vinculada, simultaneamente, com o desejo de matar um objeto com o qual o eu já se identificou, assim como com a volta contra si de um desejo de morte antes orientado para outra pessoa. Freud reconheceu a existência da agressão e da destrutividade nos seres humanos, introduzindo o dualismo pulsão de vida e pulsão de morte. A pulsão de morte foi destacada como força dominante nos organismos vivos a qual está ligada à compulsão à repetição e à ausência de excitação.^{3,14,15}

Em uma perspectiva sociológica, Durkheim definiu suicídio todo caso de morte que resulte de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora que devia produzir esse resultado. Para o sociólogo, se considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos em uma sociedade em um espaço de tempo, iremos verificar que o total não é a soma de unidades independentes, mas que constitui por si um fato que é novo e *sui generis*, com unidade e individualidade, de natureza eminentemente social.¹⁶

O resultado de um ato suicida depende de uma multiplicidade de variáveis e nem sempre envolve planejamento. Entre alguns fatores de risco para o suicídio são citados¹:

⇒ Transtornos mentais (em participação decrescente nos casos de suicídio)

- transtornos do humor (ex.: depressão) – 35,8%;

- transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex.: alcoolismo) – 22,4%;

⇒ Sociodemográficos

- sexo masculino;
- faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos;
- estratos econômicos extremos;
- residentes em áreas urbanas;
- desempregados (principalmente perda recente do emprego);
- solteiros ou separados;

⇒ Psicológicos

- perdas recentes;
- perdas de figuras parentais na infância;
- dinâmica familiar conturbada;
- personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil;

⇒ Condições clínicas incapacitantes

- doenças orgânicas incapacitantes;
- dor crônica.

Existem três características próprias do estado em que se encontra a maioria das pessoas sob risco de suicídio. A ambivalência é uma atitude interna característica das pessoas que pensam em ou que tentam o suicídio que quase sempre querem, simultaneamente, alcançar a morte, mas também viver. O predomínio do desejo de vida sobre o desejo de morte é o fator que possibilita a prevenção do suicídio. Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nesta luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá.^{1,3}

A impulsividade é outra evidente característica, pois o suicídio pode ser também um ato impulsivo. Como qualquer outro impulso, o impulso de cometer suicídio pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas. Normalmente, é desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. Acalmando a crise e ganhando tempo, o profissional da saúde pode ajudar a diminuir o risco suicida. ^{1,3}

Além disso, o estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de rigidez, de constrição. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, os sentimentos e as ações estão constrictos, quer dizer, constantemente pensam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Pensam de forma rígida e drástica: “O único caminho é a morte”; “Não há mais nada o que fazer”. Análoga a esta condição é a “visão em túnel”, que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar. ^{1,3}

A maioria das pessoas com idéias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas. Elas, freqüentemente, dão sinais e fazem comentários sobre “querer morrer”, “sentimento de não valer pra nada”, e assim por diante. Esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados, visto que por trás das frases de alerta estão os sentimentos de pessoas que podem estar pensando em suicídio. ^{1,3}

São quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar: depressão, desesperança, desamparo e desespero. Nestes casos, com frases de alerta e presença destes sentimentos, é preciso investigar cuidadosamente o risco de suicídio. ^{1,3}

Existem algumas idéias equivocadas sobre o suicídio como “Se eu perguntar sobre suicídio poderei induzir a pessoa a isso”. Ao contrário, questionar sobre idéias de suicídio, de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com a pessoa que se sente acolhida por alguém que se interessa pelo seu sofrimento. ^{1,3}

Outras idéias que podem levar ao erro “Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular” – alguém que chega a este tipo de recurso está sofrendo e necessita de ajuda; “Quem quer se matar, se mata mesmo” – não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados; “Quem quer se matar não avisa” – pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos; e “O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)”- o que dirige a ação é uma dor psíquica insuportável.^{1,3}

Portanto, *“A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não inocula a idéia na cabeça das pessoas. Elas até ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e as questões com as quais estão se debatendo”.*¹

Em relação às pesquisas atuais, estudos relevantes sobre o tema foram identificados nas seguintes bases de dados eletrônicas com as respectivas estratégias:

▪ *Pubmed em 03/07/2007:*

1 - suicide OR (suicidal AND ideation) OR (suicide AND attempt): 44126 artigos

2 - (suicidal AND ideation) OR (suicide AND attempt): 4612 artigos

3 - (suicidal AND ideation): 2152 artigos

4 - # 1 AND (young adult): 1485 artigos

5 - # 2 AND (young adult): 280 artigos

6 - # 3 AND (young adult): 133 artigos

▪ *Pubmed em 20/08/2007:*

1 - Search (attempted suicide) and depression and ideation and epidemiology

Limits: published in the last 5 years, Adult: 19-44 years – 114 artigos

- *Medline 1997-2007 em 09/08/2007:*

1 - (suicidal AND ideation): 1435 artigos

2 - # 1 AND (young): 134 artigos

3 - # 1 AND (adult): 94 artigos

- *Lilacs em 09/08/2007:*

1 - (attempted suicide): 302 artigos

2 - (suicidal ideation): 21 artigos

3 - # 1 and ideation: 15 artigos

2 - # 1 and epidemiology: 69 artigos

Após as estratégias eletrônicas supracitadas, as referências bibliográficas de estudos afins serão verificadas com o objetivo de captar estudos não identificados nas bases de dados. Um total de 183 estudos pertinentes ao tema foi encontrado. Destes, 51 foram considerados relevantes. Os principais estudos analisados até o momento são os seguintes:

A fim de examinar fatores de risco para ideação suicida na população, um estudo transversal, parte de um estudo maior, The Outcome of Depression International Network (ODIN), envolvendo cinco países da Europa entrevistou jovens e adultos entre 18 e 64 anos. Foi utilizado o Beck Depression Inventory (BDI), referente à depressão, e a questão nove do BDI, referente à ideação suicida. Nos resultados, destacou-se a prevalência de ideação suicida na faixa etária de 15-29 anos nos seguintes países: 22,4% na Irlanda, 2,3% na Espanha, 10,4% na Grã-Bretanha, 10,1% na Finlândia e 9,6% na Noruega. O risco para ideação suicida foi aumentado pela depressão, mas reduzido quanto maior a faixa etária.⁷

Em um estudo populacional em Campinas foram entrevistados 515 indivíduos maiores de 14 anos, utilizando-se a entrevista padronizada da OMS sobre comportamento suicida (SUPRE-MISS). Encontrou-se uma prevalência de 17,1% para ideação suicida, 4,8 % para planos e 2,8% para tentativas. A ideação suicida foi mais freqüente em mulheres (RC=1,7), adultos jovens (RC 20-29 anos=2,9, quando comparados com a faixa etária de 14-19 anos), entre os que vivem sozinhos (RC=4,2) e nos indivíduos que apresentaram indicadores de transtorno mental (RC entre 2,8 e 3,8).⁸

Com a finalidade de identificar variáveis associadas com ideação suicida durante 12 meses prévios na cidade de Campinas, a partir do estudo referido no parágrafo anterior, foi realizado um caso-controle de base populacional com um subgrupo de 29 indivíduos dentre os 515 entrevistados durante a SUPRE-MISS os quais responderam “sim” às duas questões referentes à ideação suicida. Um total de 29 casos de ideação e de 166 controles (não apresentaram pensamento suicida nos últimos 12 meses) foi selecionado aleatoriamente.⁹

De acordo com os resultados, indivíduos qualificados como positivos pelo SRQ-20 apresentaram quatro vezes mais chance para ideação do que seus controles. Indivíduos que referiram falta de energia, humor depressivo e pensamento depressivo tiveram mais chance para ideação (OR=4,78; 4,38; 4,99). Dificuldades emocionais, tentativa de suicídio na vida e uso de calmantes nos últimos três meses foram estatisticamente significativos quando relacionados à ideação.¹⁰

Um estudo longitudinal de base populacional realizado na Inglaterra investigou se a orientação do papel de gênero apresenta relação com ideação suicida em três gerações (idade adulta inicial, e início e fim da meia-idade). Concluiu-se que a prevalência de sérios pensamentos suicidas foi mais alta na idade adulta inicial (10% em homens, 15% em mulheres) do que no início (4% em homens, 8% em mulheres) e no fim (6% em homens, 5% em mulheres) da meia-idade. Na idade adulta inicial, apenas sexo foi significativamente

relacionado com pensamentos suicidas, com mulheres em maior risco (ajustado OR 1.74, 95% CI 1.01-3.00).⁹

Em Nicarágua, foi realizado um estudo de base populacional com 278 jovens de 15 a 24 anos (145 homens e 133 mulheres), utilizando-se o instrumento Attitudes Towards Suicide (ATTS). Os resultados evidenciaram que a prevalência de ideação suicida na faixa etária de 15-19 anos foi de 16,7% e de 20-24 anos, 22,6%. Em relação ao gênero, em jovens de 15-24 anos, a prevalência de ideação suicida foi de 20% nos homens e de 19,5% nas mulheres.¹¹

Nesse sentido, conclui-se que realizar pesquisas sobre ideação suicida é um recurso a fim de obterem-se informações que possam orientar a detecção precoce de certas condições associadas ao comportamento suicida. Os quadros apresentados a seguir, sintetizam aspectos importantes dos principais estudos analisados até o momento:

Referência	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
Casey et al. (2006)	Examinar fatores de risco para ideação suicida na população.	Estudo transversal, parte de um estudo maior, The Outcome of Depression International Network (ODIN), envolvendo 5 países da Europa. Adultos entre 18 e 64 anos; Beck Depression Inventory (BDI); Ideação Suicida – questão 9 do BDI.	A prevalência de ideação suicida na faixa etária de 15-29 anos foi de: 22,4% Irlanda; 2,3% Espanha; 10,4% Grã-Bretanha; 10,1% Finlândia; 9,6% Noruega; O risco para ideação suicida foi aumentado pela depressão, mas reduzido quanto maior a faixa etária.	Limitado número de variáveis relacionadas à ideação suicida; estudo transversal não permitiu demonstrar se as variáveis que se mostraram associadas com ideação suicida são fatores de risco ou se elas representam alguma outra relação; tamanho pequeno de amostra para o subgrupo com séria ideação suicida.

Referência	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
Botega et al. (2005)	Estimar a prevalência de ideação suicida, planos e tentativas de suicídio e verificar variáveis associadas à ideação suicida.	Estudo populacional (Campinas); 515 indivíduos maiores de 14 anos; Entrevista padronizada da OMS sobre comportamento suicida (SUPRE-MISS); Self Report Questionnaire (SRQ-20); Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).	Ideação suicida - 17,1%; planos - 4,8 %; tentativas - 2,8%; A ideação suicida foi mais frequente em mulheres (RC=1,7), adultos jovens (RC 20-29 anos=2,9, quando comparados com a faixa etária de 14-19 anos), entre os que vivem sozinhos (RC=4,2) e nos indivíduos que apresentaram indicadores de transtorno mental (RC entre 2,8 e 3,8).	O número de indivíduos foi pequeno em algumas categorias de respostas; alta taxa de ideação suicida, acompanhada por sofrimento mental, na população estudada – contexto sociocultural de estresse.

Referência	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
Silva et al. (2006)	Identificar variáveis associadas com ideação suicida durante 12 meses prévios na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil.	Caso-controle de base populacional; Subgrupo de 29 indivíduos dentre os 515 entrevistados durante o SUPRE-MISS, que responderam “sim” às duas questões referentes à ideação suicida; 29 casos de ideação e 166 controles (não apresentaram pensamento suicida nos últimos 12 meses) selecionados aleatoriamente; SRQ-20; AUDIT.	Indivíduos qualificados como positivos pelo SRQ-20 apresentaram quatro vezes mais chance para ideação do que seus controles. Indivíduos que referiram falta de energia, humor depressivo e falta de pensamento depressivo tiveram mais chance para ideação (OR=4,78; 4,38; 4,99). Dificuldades emocionais, tentativa de suicídio na vida e uso de calmantes nos últimos 3 meses foram estatisticamente significativos quando relacionados à ideação.	SUPRE-MISS – foi avaliada apenas a equivalência semântica; possível viés de memória; renda = em dólares; instrumentos específicos para ideação suicida.

Referência	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
Hunt et al. (2006)	Investigar se a orientação do papel de gênero apresenta relação com ideação suicida em três gerações (idade adulta inicial, e início e fim da meia-idade) em uma amostra da comunidade.	Estudo longitudinal de base populacional realizado na Inglaterra; fatores sociais e de saúde; 653 homens e 754 mulheres com idade ao redor de 23 anos, 754 ao redor de 43 anos, 722 ao redor de 63 anos).	A prevalência de sérios pensamentos suicidas foi mais alta na idade adulta inicial (10% em homens, 15% em mulheres) do que no início (4% em homens, 8% em mulheres) e no fim (6% em homens, 5% em mulheres) da meia-idade. Na idade adulta inicial, apenas sexo foi significativamente relacionado com pensamentos suicidas, com mulheres em maior risco (ajustado OR 1.74, 95% CI 1.01-3.00).	Mensuração de sérios pensamentos suicidas por apenas uma questão.

Referência	Objetivo	Método	Resultados	Limitações
Rodríguez et al. (2006)	Estudar ideação suicida e atitudes em relação ao gênero.	Estudo de base populacional realizado em Nicarágua; 278 jovens de 15 a 24 anos (145 homens e 133 mulheres); Atitudes Towards Suicide (ATTS).	A prevalência de ideação suicida na faixa etária de 15-19 anos foi de 16,7% e de 20-24 anos, 22,6%. Em relação ao gênero, em jovens de 15-24 anos, a prevalência de ideação suicida foi de 20% nos homens e de 19,5% nas mulheres.	Estima-se que 85% da população viva em condições de pobreza; questionários não-anônimos; cultura da masculinidade em Nicarágua.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento:

Estudo transversal de base populacional.

Variáveis:

Variável dependente: ideação suicida (dicotômica).

Variáveis independentes:

- sexo (dicotômica);
- idade (dicotômica);
- depressão (dicotômica).

Amostra:

Dos 448 setores censitários da cidade de Pelotas 79 serão selecionados aleatoriamente. O tamanho da amostra foi estabelecido utilizando-se o Epi-Info, considerando-se a população de 39.667 jovens entre 18 e 24 anos (IBGE)¹⁷, com parâmetros de confiabilidade de 95% e poder de 80%. Incluiu-se mais 30% do valor amostral para compensar as perdas e recusas, assim como para controlar fatores confundidores.

Portanto, a amostra do estudo será constituída por 2.131 adultos jovens, residentes na zona urbana de Pelotas.

Tabela 1 – Cálculo de tamanho da amostra para prevalência de ideação suicida, considerando-se um erro de 2,0%.

Autor	Prevalência Ideação Suicida (%)	Erro (%)	População	N	10 % Perdas/Recusas
Botega (2005)	17,1	2,0	Populacional Campinas	1.316	1.448
Hunt (2006)	12,5	2,0	Populacional Inglaterra	1.023	1.126
Rodríguez (2006)	10,0	2,0	Populacional Nicarágua	846	1.536
Casey (2006)	22,4 (Irlanda)	2,0	Populacional Europa	1.602	1.763

* 39.667 jovens de 18 a 24 anos na cidade de Pelotas – Censo 2000 IBGE

Tabela 2 – Cálculo de tamanho da amostra para prevalência de ideação suicida, considerando-se um erro de 2,5%.

Autor	Prevalência Ideação Suicida (%)	Erro (%)	População	N	10 % Perdas/Recusas
Botega (2005)	17,1	2,5	Populacional Campinas	853	939
Hunt (2006)	12,5	2,5	Populacional Inglaterra	661	728
Rodríguez (2006)	10,0	2,5	Populacional Nicarágua	546	601
Casey (2006)	22,4 (Irlanda)	2,5	Populacional Europa	1.040	1.144

* 39.667 jovens de 18 a 24 anos na cidade de Pelotas – Censo 2000 IBGE

Tabela 3 - Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados à ideação suicida.

	Prevalência Não-Expostos (%)	Razão de Prevalências (IC 95%)	N	30% Perdas/Recusas Fatores de Confusão
Sexo*				
<i>Masculino</i>	13,3	1,7 (1,1-2,5)	864	1.124
Idade**				
<i>18-19 anos</i>	16,2	1,36 (0,8-2,2)	1.639	2.131
Depressão				
(10 a 30%)***	0,8	16,32 (13,0-20,4)	350	455
<i>Não</i>				

* Cálculo baseado em Botega (2005) et al.

** Cálculo baseado em Rodríguez (2006) et al.

*** Cálculo baseado em Casey (2006) et al., em relação à Espanha.

Estudo-Piloto:

Será realizado treinamento da equipe de auxiliares de pesquisa e de entrevistadores, por meio de um manual de instruções do trabalho de campo. O estudo-piloto será realizado, em outubro de 2007, em um setor da cidade sorteado. Os dados obtidos no mesmo, não serão incluídos na amostra final.

Coleta de Dados:

A coleta de dados irá ocorrer nos meses de outubro de 2007 a março de 2008. Serão sorteados 79 setores da zona urbana de Pelotas, de acordo com os dados do IBGE do último censo, realizado em 2000.

Realizado o sorteio, os auxiliares de pesquisa identificarão as casas com adultos jovens em cada setor. Com a informação da esquina e da casa de início, o auxiliar de pesquisa deverá andar pela direita deixando um intervalo (pulo) de duas casas, sendo que a terceira casa deverá ser escolhida, até que sejam obtidos 100 jovens em cada setor.

Em seguida, ocorrerão visitas domiciliares pelos entrevistadores, buscando-se os adultos jovens identificados a fim de convidá-los a participar da pesquisa.

CrITÉrios de Inclusão e de Exclusão

Serão incluídos no estudo todos os indivíduos encontrados nos domicÍlios na faixa etária entre 18 e 24 anos, durante o mês de outubro de 2007 a fevereiro de 2008, que consentirem em participar do estudo.

Serão excluídos aqueles que residirem na zona não-urbana de Pelotas, que forem analfabetos ou tiverem baixa escolaridade, apresentando dificuldade em responder o instrumento ou jovens que manifestarem incapacidade de compreender e responder o questionário.

Instrumentos e Escalas:

Na visita domiciliar serão utilizados dois instrumentos auto-aplicáveis, validados para o contexto brasileiro, a fim de analisar a presença de ideação suicida a Beck Scale for Suicidal Ideation (BSI) (Anexo 1) e, para identificar a depressão, o Beck Depression Inventory (BDI) (Anexo 2).¹⁸

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) é uma medida escalar de auto-relato, que objetiva a identificação da presença de ideação suicida, além de avaliar os planos, comportamentos e atitudes que podem ser encontrados no paciente, para que cometa o suicídio.¹⁸

É constituída por 21 itens, cada um com três alternativas de resposta, que variam de 0 a 2, quanto à gravidade. O escore total é obtido pela soma dos primeiros dezenove itens. Os dois primeiros não entram na contagem, estando reservados para levantamento de informações sobre tentativas prévias de suicídio. Se, nos cinco primeiros itens, o sujeito não admite qualquer idéia relacionada ao suicídio, deixa de responder os restantes, exceto ao 20 e 21.¹⁸

Em estudo para investigar a fidedignidade e validade da BSI em adolescentes em um contexto não-clínico, foi possível verificar que todas as correlações estimadas no item-total corrigidos variam de 0,43 a 0,74, com um nível de significância de $p < 0,001$. O coeficiente de fidedignidade estimado de 0,94 pode ser considerado excelente. A estabilidade temporal foi examinada, sendo estimado um coeficiente de correlação de 0,75 ($p < 0,001$), o que denota que o instrumento permite a obtenção consistente de resposta ao longo do tempo.³

Na correlação entre a BSI e o item 9 do BDI (referente a idéias suicidas), para verificar a validade convergente, encontrou-se um coeficiente estimado de correlação de 0,59 ($p < 0,001$), interpretado como indicador de uma correlação moderada. Para verificar a

validade de constructo, utilizou-se a estimativa dessa escala com o BDI (excluindo o item 9 do cálculo), que foi de 0,61 ($p < 0,001$), revelando uma correlação forte.³

O Inventário de Depressão de Beck (BDI), para avaliar a presença e a intensidade de sintomas depressivos, consiste em uma escala de 21 itens, cada um com escolha múltipla de resposta, com quatro alternativas, às quais são atribuídos escores de 0 a 3. A soma dos escores fornece um escore total, que corresponde à intensidade da depressão, classificada nos níveis mínimo, leve, moderado e grave. Este, já foi utilizado anteriormente como medida padrão de sintomatologia depressiva em outros trabalhos com o mesmo tipo de população.¹⁸

A avaliação econômica dos participantes será realizada pela classificação da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, que se baseia na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família (Anexo 3). Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D, ou E), a partir dos escores alcançados. A letra A refere-se à classe social mais alta e a E a mais baixa.¹⁹

Serão ainda investigadas questões sócio-demográficas como idade, estado civil e escolaridade.

Equipe de Trabalho

O presente trabalho faz parte de um estudo maior do Mestrado em Saúde e Comportamento que tem como objetivo avaliar a eficácia de dois modelos breves de psicoterapia como tratamento para episódio depressivo em adolescentes do gênero masculino entre 18 e 24 anos.

Os auxiliares de pesquisa e os entrevistadores serão alunos da Escola de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas.

Os auxiliares de pesquisa e os entrevistadores selecionados passarão por um treinamento que terá como objetivo sua familiarização com o questionário e suas fases de aplicação (com a participação do entrevistador e sem seu auxílio).

Processamento e análise:

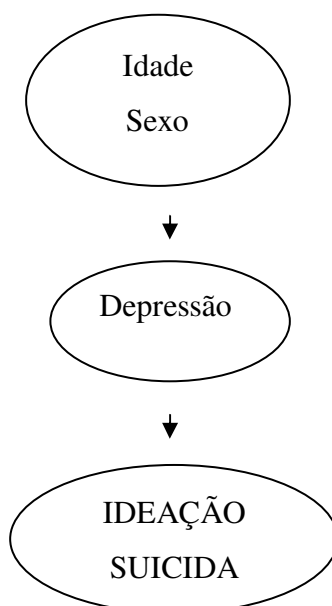
Após a codificação e a revisão dos questionários, os mesmos serão duplamente digitados no programa EPI-INFO.

Com o programa SPSS for Windows, serão calculadas as razões de prevalência com intervalos de confiança de 95%.

Serão realizadas as análises, comparando-se a ocorrência de ideação suicida em adultos jovens, de acordo com a faixa etária, o sexo e a presença de depressão.

Em seguida que forem obtidas as frequências simples de todas as variáveis na análise exploratória dos dados, serão procedidas as análises bivariada e multivariada.

Na análise multivariada, será utilizada a técnica da regressão de Poisson, de acordo com o seguinte modelo hierárquico:



Aspectos Éticos:

Todos os adultos jovens receberão esclarecimentos sobre os aspectos éticos da pesquisa, como confiabilidade dos dados obtidos.

Asseguraremos a autonomia do entrevistado em participar do estudo, tendo liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento. Será dever de o entrevistado assinar um consentimento informado caso queira participar do estudo (Anexo 4).

Aqueles adultos jovens nos quais for diagnosticada depressão serão convidados a participar do ensaio-clínico, referido anteriormente em “Equipe de trabalho”, onde receberão tratamento adequado na Clínica Psicológica.

Nos demais jovens, caso haja a identificação de outro quadro clínico, inclusive o risco de suicídio, estes serão encaminhados para o Campus da Saúde da UCPel, com exceção aos usuários de álcool e drogas, encaminhados para o CAPS-AD.

Divulgação dos resultados:

Os resultados do estudo serão divulgados à instituição responsável (mediante apresentação de relatórios), comunidade científica (através da produção de artigos sobre o tema), autoridades de saúde da cidade (através de relatórios descritivos), população participante e comunidade em geral (através da publicação dos resultados em veículos de comunicação de massa).

Material:

Material de consumo:

- vale-transporte;
- folhas de papel A4;
- cartuchos para impressora;
- material de escritório.

Material Bibliográfico:

- artigos científicos;
- dissertações e teses não publicadas;
- livros.

Recursos Humanos:

- bolsistas de iniciação científica;
- entrevistadores.

Cronograma:

	2007										2008				
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Revisão de Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Revisão do Projeto	x	x	x	x	x	x	x	x							
Preparação do Instrumento	x	x	x	x	x	x	x								
Treinam. Entrevistadores						x	x								
Estudo-Piloto							x	x							
Coleta de Dados									x	x	x	x	x		
Processamento dos Dados									x	x	x	x	x		
Análise dos Dados													x	x	
Preparação da Tese													x	x	
Defesa da Tese															x

V. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). (2006). Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
2. Bahls, S. (2002). Aspectos Clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria, 78 (5): 359-66.
3. Werlang, B. G.; Botega, N. J. (2004). Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed Editora.
4. Centers for Disease Control and Prevention. (2006) Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report, vol. 55 (SS5):1-112.
5. Werlang, S. G.; Borges, V. R.; Fensterseifer, L. (2005). Indícios de potencial suicida na adolescência. Psic. Rev., nº. 14 (1): 41-57.
6. Werlang, S. G.; Borges, V. R.; Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco e de Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. Rev. Interamericana de Psicologia, vol. 39, nº. 2 (1): 259-266.
7. Casey, P. R. et al. (2006) Factors associated with suicidal ideation in the general population: five-centre analysis from the ODIN study. Br J Psychiatry, 189:410-415.
8. Botega, N. J. et al. (2005) Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 27, n. 1.
9. Silva, V. F. et al. (2006) Factors associated with suicidal ideation in the community: a case-control study. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(9): 1835-1843.
10. Hunt, K. et al. (2006) Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 41: 641-647.

11. Rodríguez, A. H. et al. (2006) Suicidal expressions among young people in Nicaragua: A community-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 41: 692-697.
12. Kaplan, H.; Sadock, B. F.; Grebb, J. A. (1997). Transtornos do Humor e Suicídio. (7ª ed.) Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. (p. 1043-1045). Porto Alegre: Artes Médicas.
13. Kaplan, H.; Sadock, B. F.; Grebb, J. A. (1997). Emergências Psiquiátricas. (7ª ed.) Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. (p. 753-760). Porto Alegre: Artes Médicas.
14. Freud, S. (1974a). Luto e Melancolia. In: Strachey (Ed. E Trad.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 14, (p. 271-291). Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1915).
15. Freud, S. (1974b). O mal-estar na civilização. In: Strachey (Ed. E Trad.), Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 21, (p. 75-171). Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1929).
16. Durkheim, E. (1982). O Suicídio – Um Estudo Sociológico. Rio de Janeiro: Zahar.
17. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/> Acesso em: 08/08/2007.
18. Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.
19. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa [ABEP]. Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. Acessado em 30/06/2007.

VI. ANEXOS

▪ Anexo 1 – *Escala de Ideação Suicida de Beck*

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

(1) 0 Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.

1 Tenho um desejo fraco de viver.

2 Não tenho desejo de viver.

(2) 0 Não tenho desejo de morrer.

1 Tenho desejo fraco de morrer.

2 Tenho um desejo de morrer que é moderado a forte.

(3) 0 Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.

1 Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.

2 Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.

(4) 0 Não tenho desejo de me matar.

1 Tenho um desejo fraco de me matar.

2 Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.

(5) 0 Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.

1 Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.

2 Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

Se tu fizeste um círculo nas afirmações “zero”, em ambas nas questões 4 e 5, passe para a questão 20. Se tu marcaste “um” ou “dois”, na questão 4 ou na 5, então siga respondendo.

(6) 0 Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.

1 Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.

2 Tenho longos períodos com idéias de me matar.

(7) 0 Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.

1 Tenho idéias freqüentes de me matar.

2 Penso constantemente em me matar.

(8) 0 Não aceito a idéia de me matar.

1 Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar.

2 Aceito a idéia de me matar.

(9) 0 Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

1 Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

2 Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

(10) 0 Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.

1 Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.

2 Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida etc.

(11) 0 Minhas razões para querer cometer um suicídio têm em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim etc.

1 Minhas razões para querer cometer um suicídio não têm em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.

2 Minhas razões para querer cometer um suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.

(12) 0 Não tenho plano específico sobre como me matar.

1 Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.

2 Tenho um plano específico para me matar.

(13) 0 Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.

1 O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.

2 Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.

(14) 0 Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.

1 Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.

2 Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.

(15) 0 Não espero fazer uma tentativa de suicídio.

1 Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

2 Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

(16) 0 Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.

1 Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.

2 Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.

(17) 0 Não escrevi um bilhete suicida.

1 Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.

2 Tenho um bilhete suicida pronto.

(18) 0 Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

1 Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

2 Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

(19) 0 Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.

- 1 Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.
- 2 Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.

(20) 0 Nunca tentei suicídio.

1 Tentei suicídio uma vez.

2 Tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se tu tentaste suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

(21) 0 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.

1 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.

2 Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

▪ Anexo 2 – *Inventário de Depressão de Beck*

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler com cuidado cada grupo, faz um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que tu tens te sentido na **última semana, incluindo hoje.**

(0) Não me sinto triste.

(1) Eu me sinto triste

(2) Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.

(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

(0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

(1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

(2) Acho que nada tenho a esperar.

(3) Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar.

(0) Não me sinto um fracasso.

(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

(0) Tenho tanto prazer em tudo como antes.

(1) Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

(2) Não encontro um prazer real em mais nada.

(3) Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

(0) Não me sinto especialmente culpado.

(1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.

(2) Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

(3) Eu me sinto sempre culpado.

(0) Não acho que esteja sendo punido.

(1) Acho que posso ser punido.

(2) Creio que vou ser punido.

(3) Acho que estou sendo punido.

(0) Não me sinto decepcionado comigo.

(1) Estou decepcionado comigo mesmo.

(2) Estou enojado de mim.

(3) Eu me odeio.

(0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

(1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.

(2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.

(3) Eu culpo por tudo de mal que acontece.

(0) Não tenho quaisquer idéias de me matar.

(1) Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

(2) Gostaria de me matar.

(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.

(0) Não choro mais que o habitual.

(1) Choro mais agora do que costumava.

(2) Agora, choro o tempo todo.

(3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

(0) Não sou mais irritado agora do que já fui.

(1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.

(2) Agora, me sinto irritado o tempo todo.

(3) Não me irrita mais por coisas que costumavam me irritar.

(0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.

(1) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.

(2) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.

(3) Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

(0) Tomo decisões tão bem quanto antes.

(1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.

(2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.

(3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

(0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.

(1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.

(2) Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.

(3) Acredito que pareço feio.

(0) Posso trabalhar tão bem quanto antes.

(1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.

(2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.

(3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

(0) Consigo dormir tão bem quanto antes.

(1) Não durmo tão bem como costumava.

(2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.

(3) Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.

(0) Não fico mais cansado que o habitual.

(1) Fico cansado mais facilmente do que costumava.

(2) Fico cansado em fazer qualquer coisa.

(3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

(0) O meu apetite não está pior do que o habitual.

(1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.

(2) Meu apetite é muito pior agora.

(3) Absolutamente não tenho mais apetite.

(0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.

(1) Perdi mais do que 2 quilos e meio.

(2) Perdi mais do que 5 quilos.

(3) Perdi mais do que 7 quilos.

Eu estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____ Não_____.

(0) Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

(1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.

(2) Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

(3) Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

(0) Não notei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.

(1) Estou menos interessado por sexo do que costumava.

(2) Estou muito menos interessado por sexo agora.

(3) Perdi completamente o interesse por sexo.

▪ Anexo 3 – ABEPE

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Qual a escolaridade do chefe da família?

(0) Analfabeto / Primário incompleto

(1) Primário completo / Ginásial incompleto

(2) Ginásial completo / Colegial incompleto

(3) Colegial completo / Superior incompleto

(5) Superior completo

- Anexo 4 – *Consentimento livre e esclarecido*

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente estudo será realizado com jovens de 18 a 24 anos e tem como objetivo estudar comportamentos de saúde nesta faixa etária.

Entre os meses de outubro de 2007 a março de 2008 serão sorteados alguns locais da cidade Pelotas, e nestes locais, serão sorteadas algumas casas. Em seguida, os auxiliares da pesquisa identificarão as pessoas que moram nestas casas através de visitas nos domicílios. A partir disso, os jovens serão convidados a participar da pesquisa pelos entrevistadores também através de visitas domiciliares. Os jovens serão entrevistados por meio de um questionário com dados sobre comportamentos de risco à saúde, aspectos psicológicos e sociais.

Os jovens que forem diagnosticados com depressão serão convidados a participar da segunda parte da pesquisa, sendo oferecido tratamento na Clínica Psicológica da UCPel. Caso haja a identificação de outro quadro clínico sem a presença de depressão, ou o diagnóstico de risco de suicídio (com ou sem sintomas depressivos), estes jovens serão encaminhados para o Campus da Saúde da UCPel, para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Em relação aos usuários de álcool e drogas, serão encaminhados para o CAPS-AD.

Ideação suicida está frequentemente associada com transtornos depressivos, e esses fenômenos suicidas, em particular, na juventude, são problemas públicos crescentes na área da saúde mental.

A pesquisa justifica-se pela necessidade de prever a incidência de comportamentos que coloquem em risco a saúde dos jovens, assim como promover a melhora da sintomatologia depressiva.

A presença de ideação suicida tem sido vista como um relevante valor preditivo na avaliação do risco para o suicídio, portanto avaliar o potencial suicida constitui uma possibilidade de se utilizar algum recurso de prevenção.

Em caso de dúvidas sobre o estudo, maiores informações poderão ser obtidas com os coordenadores do projeto, através do número 2128-8404.

O jovem é livre para abandonar o estudo em qualquer momento de seu desenvolvimento e sem maiores prejuízos.

Os dados obtidos serão analisados, sem a perda de seu caráter confidencial.

Eu, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa e estou ciente das informações referidas.

Nome do Entrevistado:

Nome do Responsável pela Entrevista:

Data:

- Anexo 5 – Encaminhamento psicológico

ESTUDO SOBRE COMPORTAMENTO DE SAÚDE EM JOVENS DE 18 A 24 ANOS

ENCAMINHAMENTO PSICOLÓGICO

Pelotas, ____ de _____ de 200 ____.

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para psicoterapia no ***Campus II*** da UCPel, localizado na Rua Alm. Barroso, nº. 1202. Tel.: 2128-8404. Em breve, o terapeuta entrará em contato por telefone para marcar consulta.

Ciente de que meus horários de atendimento serão acordados entre meu terapeuta e eu.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

- Anexo 6 – Encaminhamento psiquiátrico

ESTUDO SOBRE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM JOVENS DE 18 A 24 ANOS

ENCAMINHAMENTO

Pelotas, ____ de _____ de 200__ .

Eu, _____, declaro ter recebido informações sobre os meus sintomas e por isso fui encaminhado (a) para atendimento psiquiátrico no Campus da Saúde da UCPel (antigo Hospital Psiquiátrico Olivé Leite), localizado na Av. Fernando Osório, nº. 1586.

Horários de atendimento: Terças e quintas-feiras, das 15 às 16 horas.

Assinatura da Paciente

Assinatura do Pesquisador

Observação:

Nota: A presente dissertação aborda variável de desfecho diferente entre o projeto qualificado e o artigo. O projeto inicial refere-se ao estudo de ideação suicida aferida por meio da Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), enquanto que o artigo final trata de *risco de suicídio*, através da Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A mudança foi realizada, em virtude das morbidades incluídas na análise, retiradas da entrevista diagnóstica padronizada breve MINI, a fim de que fossem utilizados os mesmos parâmetros de medida, e não de diferentes instrumentos, visto que esta entrevista contém o *risco de suicídio* em um dos seus módulos diagnósticos.

**Prevalência de *risco de suicídio* e fatores associados: estudo de base populacional
com jovens entre 18 a 24 anos, Pelotas-RS.**

**Prevalence of suicide risk and factors associated: population-based study
with young people aged 18 to 24 years, Pelotas-RS.**

Liliane da Costa Ores,

Karen Jansen,

Sandro Schreiber de Oliveira,

Ricardo Tavares Pinheiro,

Ricardo Azevedo da Silva,

Instituição: Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica
de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil

Correspondente:

Liliane da Costa Ores

Rua Almirante Barroso, 1202. Centro. Pelotas-RS, Brasil.

E-mail: lilianeores@hotmail.com

Telefone: (53) 2128.8404 ou (53)3232.4737

Fontes de auxílio à pesquisa: O estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), edital MCT/CNPq/MS- SCTIEDECIT, 26/2006- Estudo de Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina, de acordo com o processo 409739/2006-5.

RESUMO

OBJETIVO: Estudar a prevalência de risco de suicídio e fatores associados entre jovens de 18 a 24 anos, na zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional no qual foram entrevistados, em seus domicílios, 1291 jovens de novembro de 2007 a novembro de 2008. O questionário utilizado abordou dados sócio-econômico-demográficos, variáveis psicológicas, consumo de substâncias psicoativas e comportamentos de risco à saúde. Além deste questionário, foi utilizada uma entrevista diagnóstica padronizada breve - Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI).

RESULTADOS: A prevalência de adultos jovens com *risco de suicídio* foi de 8,0%. Na análise multivariada, evidencia-se que conhecer alguém que tentou suicidar-se ($p=0,02$) e/ou que se suicidou ($p>0,001$), apresentar Episódio Depressivo Maior Atual ($p>0,001$) e/ou Episódio (Hipo)Maníaco ($p>0,001$) aumenta em, aproximadamente, duas vezes o *risco de suicídio*, e, ter transtornos ansiosos ($p>0,001$), em três vezes. Ressalta-se ainda que ser do gênero feminino ($p=0,005$), baixo nível socioeconômico ($p=0,02$) e consumo substâncias psicoativas ilícitas ($p=0,006$) também se apresentaram associados estatisticamente ao *risco de suicídio*.

CONCLUSÕES: Conclui-se que a alta prevalência de *risco de suicídio* na faixa etária de 18 a 24 anos é um dado consideravelmente importante e que, em especial, conhecer alguém que tentou suicidar-se e/ou que se suicidou (respectivamente entre família nuclear e amigos ou conhecidos) e a presença de transtornos mentais, principalmente, transtornos ansiosos, são fatores potencializadores deste *risco*. Baseado neste contexto, construir estratégias de prevenção e avaliação que fortaleçam os serviços de atenção primária à saúde mental torna-se essencial.

PALAVRAS-CHAVE: suicídio, adulto, prevalência, fatores de risco, estudos transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To study the prevalence of suicide risk and factors associated between young people with 18 to 24 years in Pelotas-RS, Brazil.

METHODS: A cross-sectional household in which they were interviewed in their homes, 1291 young people from November 2007 to November 2008. The questionnaire addressed figures used socio-economic, demographic, psychological variables, consumption of psychoactive substances and behaviors of risk to health. In addition to this questionnaire, was used a standardized diagnostic interview short - 5.0 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

RESULTS: The prevalence of young adults at risk of suicide was 8.0%. In multivariate analysis, it becomes clear that know someone who tried to kill themselves ($p=0.02$) and / or who committed suicide ($p>0.001$), Major Depressive Episode submit current ($p>0.001$) and / or Episode (Hypo)Maniac ($p>0.001$) increased by approximately twice the risk of suicide, and have anxiety disorders ($P>0.001$), on three occasions. It is also clear that being female ($p = 0.005$), low socioeconomic status ($p = 0.02$) and consumption illicit psychoactive substances ($p = 0.006$) also showed statistically linked to the risk of suicide.

CONCLUSION: It was concluded that the high prevalence of risk of suicide at the age of 18 to 24 years is a considerably important and, in particular, know someone who tried to kill themselves and / or who committed suicide and the presence of mental disorders are factors potentiators this risk. Based in this context, building strategies for prevention and evaluation to strengthen the services of primary care to mental health becomes essential.

KEYWORDS: suicide, adult, prevalence, risk factors, cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

As taxas de suicídio no Brasil variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004, estando entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.987 em 2004).¹ Na faixa etária entre 15 e 35 anos, o suicídio está entre as três maiores causas de morte.^{1,2,3} A ocorrência do comportamento suicida entre jovens parece estar aumentando nas últimas décadas, e este se destaca como o período da vida mais relacionado à morte por causas externas.^{1,2,3,4}

Comportamento suicida envolve, esporádica ou frequentemente, idéias, desejos e manifestações da intenção de querer morrer, planejamento de como, quando e onde fazer isso, além do pensamento de como o suicídio irá impactar os outros, muitas vezes, como solução para algo insuportável e insolúvel. Constitui, portanto, uma tendência autodestrutiva a qual pode se apresentar como um gradiente de gravidade variando da ideação ao suicídio. As auto-ameaças podem ser expressas tanto verbalmente, como por comportamentos, embora o indivíduo ainda não tenha realizado um ato concreto.^{2,3}

O “adulterecer” contempla a estruturação da identidade, a coerência de comportamentos, a busca de independência, autonomia e intimidade, sendo uma etapa do desenvolvimento a qual exige mudanças no âmbito biopsicossocial. Essas mudanças, embora comuns, tornam o jovem mais suscetível a problemas emocionais, como o risco de suicídio.^{2,3, 5,6,7}

Estudos sobre risco de suicídio em relação a adultos jovens, englobando ideação, planos e tentativas, evidenciam prevalências bastante variadas, provavelmente, em virtude das diversidades metodológicas, tais como, diferentes instrumentos, amplitude do tempo de aferição (último mês ou 12 meses prévios à entrevista e uma vez ao longo da vida), tamanho da amostra e fatores culturais.

Em estudo com 253 pacientes na faixa etária de 18 anos ou mais, internados em um hospital geral universitário de Campinas, 23,0% apresentaram risco de suicídio avaliado pelo Mini International Neuropsychiatric Interview.⁸ Também em Campinas, um inquérito domiciliar com 515 indivíduos na faixa etária de 14 anos ou mais, realizado por meio de uma entrevista padronizada da Organização Mundial de Saúde sobre comportamento suicida (SUPRE-MISS) encontrou uma prevalência de 17,1% de ideação suicida, 4,8% para planos e 2,8% para tentativas de suicídio.⁹

Em Nicarágua foram entrevistados 278 jovens de 15 a 24 anos por meio do questionário Attitudes Towards Suicide (ATTS), encontrando-se uma prevalência de expressões suicidas e de tentativas de suicídio no último ano de 44,8% e 2,1% entre os homens e 47,4% e 1,5% entre as mulheres.¹⁰ Uma coorte na Escócia (N=653) encontrou uma prevalência de adultos jovens com sérios pensamentos suicidas de 10% em homens e 15% em mulheres.¹¹

Nos Estados Unidos, 11,1% dos 729 adultos jovens apresentaram ideação suicida no último mês prévio à entrevista e 16,5% tentaram suicídio ao longo da vida ou teve comportamentos de risco à saúde.¹² Estudo na Nigéria com 6752 pessoas na faixa etária de 18 anos ou mais, através do Composite International Diagnostic Interview (CIDI), a prevalência de ideação, planos e tentativas de suicídio foi de 3,2%, 1,0% e 0,7% ao longo da vida.¹³ Em Nova Zelândia, também por meio do CIDI, jovens a partir de 16 anos (N=12992) apresentaram uma prevalência de 15,7% para ideação, 5,5% para planos e 4,5% para tentativas de suicídio ao longo da vida e de 3,2%, 1,0% e 0,4%, respectivamente, nos prévios 12 meses à entrevista.¹⁴

Por fim, na Áustria, uma pesquisa com 40 jovens de 14 a 23 anos, através da Structured Clinical Interview for DSM-IV (SKID-I), encontrou uma prevalência de 57,5% de história de comportamentos de risco e 25% de pelo menos uma tentativa de suicídio.¹⁵

Deve-se lembrar ainda que transtornos de humor, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias psicoativas, o fato de o jovem conhecer alguém que tenha tentado suicídio, faixa etária entre os 15 e 35 anos, cor da pele branca, estratos econômicos extremos, desempregados, solteiros ou separados e perdas são apontados como fatores de risco para o suicídio. Além disso, embora os homens cometam suicídio com maior frequência, as mulheres são mais propensas a tentar.^{1,2,4,6,8, 16,17}

Concluindo-se, avaliar o potencial suicida constitui uma possibilidade de se utilizar recurso de prevenção.^{2,3} Baseado neste contexto, o presente estudo tem o objetivo de estudar o risco de suicídio e indicadores associados.

MÉTODOS

Esta investigação consiste em um estudo transversal de base populacional sobre comportamentos de saúde dos jovens e sua relação com depressão, realizado de novembro de 2007 a novembro de 2008. O estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), edital MCT/CNPq/MS- SCTIEDECIT, 26/2006- Estudo de Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina, de acordo com o processo 409739/2006-5.

O universo estudado correspondeu à população de 39.667 jovens (IBGE), na faixa etária compreendida entre os 18 e 24 anos de idade, residentes nos 448 setores censitários da zona urbana da cidade de Pelotas, localizada no Rio Grande do Sul, Brasil.

Para tal, o desenho amostral adotado foi o de amostragem por conglomerados; para a qual foram sorteados 79 setores para a identificação dos jovens. A seleção dos domicílios nos setores sorteados foi realizada segundo uma amostragem sistemática, sendo o primeiro domicílio a residência da esquina pré-estabelecida pelo IBGE como início do setor, o intervalo de seleção foi determinado por um pulo de dois domicílios entre os sorteados. Os aplicadores foram orientados a seguir o percurso da contagem dos domicílios aleatoriamente em qualquer uma das ruas pertencentes ao setor censitário em questão, respeitando-se o intervalo de seleção previamente estabelecido.

Para a identificação dos jovens e aplicação dos instrumentos foram selecionados 20 acadêmicos do Centro de Ciência da Vida e da Saúde da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Toda equipe recebeu treinamento para homogeneizar os procedimentos de abordagem das residências, assinatura do termo de consentimento, após esclarecimentos sobre o estudo para os jovens identificados, e aplicação dos instrumentos.

O questionário utilizado abordou dados sócio-econômico-demográficos, variáveis psicológicas, consumo de substâncias e comportamentos de risco à saúde.

A avaliação econômica dos participantes foi realizada pela classificação da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), que se baseia na acumulação de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. Essa classificação enquadra as pessoas em classes (A, B, C, D, ou E), a partir dos escores alcançados. A letra A refere-se à classe social mais alta e a E a mais baixa.¹⁸

As informações sobre consumo de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos, e opiáceos) foram obtidas por meio do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST) validado para o Brasil pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).¹⁹

Além deste questionário, foi utilizada uma entrevista diagnóstica padronizada breve - Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI). Esta entrevista é de curta duração – 15 a 30 minutos – destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa classificação diagnóstica de forma compatível com os critérios do DSM-IV e CID-10, compreendida de 19 módulos que avaliam 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, *risco de suicídio* e transtorno de personalidade anti-social. Os índices psicométricos do MINI foram satisfatórios, de acordo com o estudo de validação da entrevista para diagnóstico de transtornos mentais.²⁰

O programa Epi-Info 6.04d foi utilizado para dupla digitação dos dados e na checagem automática da amplitude e consistência. As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa Stata 9.0. Após a obtenção de frequência simples de todas as variáveis, procedeu-se à análise bivariada através do teste Qui-quadrado. Na análise multivariada, utilizou-se Regressão de Poisson para avaliar a razão de prevalência das variáveis independentes em

relação ao desfecho (*risco de suicídio*). As variáveis em estudo que obtiveram $p=0,20$ na análise bruta foram incluídas na análise ajustada, para qual foi considerado estatisticamente significativo $p=0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

O modelo hierárquico constitui-se de variáveis demográficas e socioeconômicas no *primeiro nível* – sexo, cor da pele, idade, classificação socioeconômica, situação conjugal, estudo, trabalho e religião; variáveis sociais relacionadas à separação dos pais ou idéias de morte ou suicídio – alguém próximo falecido e conhecer alguém que tentou ou conseguiu suicidar-se, no *segundo nível*; consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas nos últimos três meses prévios à entrevista e morbidades no *terceiro nível* – transtornos de humor (Episódio (Hipo)Maníaco e Episódio Depressivo Maior Atual) e transtornos ansiosos (Transtorno de Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa e Transtorno de Ansiedade Generalizada).

Conceitualmente, considera-se assim que as variáveis demográficas e socioeconômicas têm relação entre si; estas influenciam o “estado civil” (pais separados) e também o círculo social das pessoas (conhecer pessoas que se suicidaram ou tentaram), e, por fim, exercem influência sobre o consumo de substâncias e sobre morbidades, que embora se relacionem, não há certeza sobre a temporalidade destes eventos.

Os jovens que apresentaram *risco de suicídio e/ou* depressão grave na entrevista padronizada breve (MINI) e/ou outros quadros clínicos receberam atendimento no ambulatório de psiquiatria do Campus da Saúde. Enquanto, aqueles diagnosticados com depressão leve ou moderada, foram convidados a participar de um ensaio clínico, aninhado a este estudo, que visa avaliar dois modelos de tratamento psicoterapêutico breve cognitivista para depressão. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, de acordo com o protocolo 2006/96.

RESULTADOS

A amostra deste estudo transversal constitui-se de 1291 adultos jovens de 18 a 24 anos os quais 57,0% (N=735) do gênero feminino, 73,5% (N=946) brancos, 48,3% (N=623) pertenciam à situação socioeconômica C, 71,4% (N=891) não viviam com companheiro, 47,8% (N=616) eram estudante, 79,5% (N=1022) trabalharam recebendo dinheiro em troca alguma vez na vida, 60,6% (N=781) possuíam religião, 34,5% (N=443) eram filhos de pais separados, 36,3% (N=501) e 32,7% (N=440), respectivamente, conheciam alguém que tentou suicidar-se e/ou que se suicidou e 75,8% (N=976) tinham alguém próximo falecido (Tabela 1).

Destes 36,3% os quais tentaram suicídio, 31,6% eram amigos ou conhecidos e 4,7%, pai, mãe ou irmão. Dos 32,7% que se suicidaram, 32,2% eram amigos ou conhecidos e 0,5%, pai, mãe ou irmão.

Além disso, do total da amostra, 32,5% (N=419) consumiu tabaco, 26,1% (N=334) ingeriu bebida alcoólica semanalmente ou diariamente, 14,9% (N=193) utilizou substâncias psicoativas ilícitas nos três meses prévios à entrevista e 12,3% (N=156), 12,1% (N=153) e 23,0% (N=289) apresentou, respectivamente, Episódio Depressivo Maior Atual, Episódio (Hipo)Maníaco e transtornos de ansiedade (Tabela 2).

A prevalência de jovens com *risco de suicídio* foi de 8,0%, sendo que, com maior frequência no gênero feminino (9,8%), em mulatos, amarelos ou indígenas (12,2%), entre 18 e 19 anos (9,4%), naqueles que pertenciam à classificação socioeconômica D ou E (12,3%), não estudavam atualmente (9,2%), não tinham religião (8,8%), eram filhos de pais separados (9,5%), tinham pai, mãe ou irmão que tentou ou conseguiu suicidar-se (16,7%) e tinham alguém próximo falecido (9,0%) (Tabela 1).

Em relação às comorbidades, a prevalência de *risco de suicídio* foi maior entre aqueles que consumiam tabaco (11,8%), ingeriam bebida alcoólica semanalmente ou diariamente (10,8%), utilizavam substâncias psicoativas ilícitas nos 3 meses prévios à entrevista (21,9%) e apresentavam Episódio Depressivo Maior Atual (33,8%), Episódio (Hipo)Maníaco (32,7%) e transtornos de ansiedade (24,6%) (Tabela 2).

Na análise bivariada, encontrou-se significativamente associado ao *risco de suicídio*, ser do gênero feminino ($p=0,006$), pertencer a um baixo nível socioeconômico ($p=0,003$), conhecer alguém que tentou suicidar-se ($p>0,001$) e/ou que se suicidou ($p>0,001$) e ter alguém próximo falecido ($p=0,02$) (Tabela 1). Em relação às comorbidades, constatou-se que consumir tabaco ($p=0,001$), utilizar substâncias psicoativas ilícitas ($p>0,001$), apresentar Episódio Depressivo Maior Atual ($p>0,001$), Episódio (Hipo)Maníaco ($p>0,001$) e/ou transtornos de ansiedade ($p>0,001$) também são fatores associados ao *risco de suicídio* (Tabela 2).

Na análise multivariada, no primeiro nível hierárquico, ressalta-se que gênero feminino ($p=0,005$) e baixo nível socioeconômico ($p=0,02$) apresentaram-se associados estatisticamente ao *risco de suicídio*. No segundo nível, evidencia-se uma associação de forma significativa entre tal *risco* e conhecer alguém que tentou suicidar-se ($p=0,02$) e/ou que se suicidou ($p>0,001$). E no terceiro, houve associação estatística entre *risco de suicídio* e consumo substâncias psicoativas ilícitas ($p=0,006$), Episódio Depressivo Maior Atual ($p>0,001$), Episódio (Hipo)Maníaco ($p>0,001$) e/ou transtornos de ansiedade ($p>0,001$) (Tabela 3).

Neste modelo, apresentar Episódio Depressivo Maior Atual (RP=2,36, IC95%=1,53; 3,66) e/ou Episódio (Hipo)Maníaco (RP=2,29, IC95%=1,53; 3,43) aumenta em, aproximadamente, duas vezes o *risco de suicídio*, e, ter transtornos ansiosos (RP=3,33, IC95%=1,93; 5,72), em três vezes.

Observa-se ainda, que as mulheres (RP=1,79, IC95%=1,19; 2,69) demonstraram um *risco de suicídio* 79,0% maior do que os homens. Jovens pertencentes à classificação socioeconômica “D ou E” (RP=1,84, IC95%=1,06; 3,20) e “C” (RP=1,34, IC95%=0,85; 2,11) têm um *risco de suicídio* 84,0% e 34,0% maior, respectivamente, do que os pertencentes às classes “A ou B”.

Ter um conhecido ou amigo (RP=1,68, IC95%=1,13; 2,52), bem como pai, mãe ou irmão (RP=1,87, IC95%=0,96; 3,63) que tentou suicidar-se aumenta a probabilidade de suicídio, de forma semelhante a ter um conhecido ou amigo (RP=2,53, IC95%=1,69; 3,79), como também pai, mãe ou irmão (RP=2,16, IC95%=0,28; 16,60) que se suicidou. Por fim, jovens os quais utilizaram substâncias psicoativas ilícitas nos três meses prévios à entrevista (RP=1,69, IC95%=1,16; 2,46) apresentaram um *risco de suicídio* 69,0% maior do que quem não utilizou.

Sendo assim, a prevalência de *risco de suicídio* na faixa etária de 18 a 24 anos é um dado consideravelmente importante e que, em especial, conhecer alguém que tentou suicidar-se e/ou que se suicidou e a presença de transtornos mentais são fatores potencializadores deste *risco*.

DISCUSSÃO

Adulto, significa crescido, desenvolvido, entretanto, o ingresso na adultez implica aquisições, metas, mas também perdas, separações e dor. A conflitiva básica do adulto jovem é centrada em escolhas conjugal e profissional, porém cada escolha pode corresponder a renúncias, promover conflitos, crises de identidade o que depende dos recursos internos de cada um, das exigências externas do ambiente e das questões orgânicas, determinando-se uma saída mais ou menos saudável.⁵

Nesta fase, as principais causas de morte são violentas e poderiam ser evitadas, tais como acidentes automobilísticos, AIDS, homicídios, suicídio – *suicídios inconscientes*.^{5,21} Tais estatísticas poderiam representar desistência pela vida, tentativa suicida, deixar-se morrer, uma identidade, uma escolha ou uma melhor garantia de ser reconhecido do que estar vivo.⁵

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 877.000 de pessoas morem por suicídio a cada ano. Nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio tiveram um aumento de 60% em todo o mundo. Além disso, o suicídio está entre as três primeiras causas de morte na faixa etária de 15 a 44 anos, para ambos sexos. As taxas de suicídio entre adultos jovens têm aumentado, estando entre o terceiro grupo de maior risco nos países em geral.²²

No Brasil, o Rio Grande do Sul é o Estado do país com maiores taxas de mortalidade por suicídio tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. O percentual de internações por suicídio é maior, no sexo masculino na faixa etária de 20 a 24 anos e, no sexo feminino, de 15 a 19 anos. Contextualizando, uma prevalência neste estudo de 8,0% de *risco de suicídio* em uma população de 39.667 adultos jovens de Pelotas é algo bastante expressivo. Em 2005, na mesma cidade, a mortalidade por suicídio na população geral por cada 100.000 habitantes foi de 9,6%.²³

Há semelhanças entre os achados da presente investigação e a revisão de literatura em diversos aspectos, além da prevalência de adultos jovens com *risco de suicídio*, já referida em outros estudos na introdução.^{8,9,10,11,12,13,14,15}

Na análise multivariada, evidencia-se que ser do gênero feminino ($p=0,005$) e pertencer a um baixo nível socioeconômico ($p=0,02$) demonstra associação significativa com risco de suicídio; em contrapartida, não houve associação com cor da pele ($p=0,1$) e estudar atualmente ($p=0,3$). A coorte realizada na Escócia, a investigação da Nova Zelândia e o estudo em Campinas mostraram resultados semelhantes quanto ao sexo.^{11,14,9} Assim, embora sejam estudos com métodos e instrumentos diferentes, estes apontaram uma probabilidade maior para mulher em relação ao risco.

A investigação na Nova Zelândia encontrou, como em nosso estudo, associação com baixa renda. Em ambos os estudos, após o ajustamento para fatores sociodemográficos, não houve associação entre diferenças étnicas e *risco de suicídio*.¹⁴

Em relação à idade, a restrita faixa etária utilizada em nossa investigação não permite comparações. Não obstante, o estudo em Campinas de base populacional demonstrou ideação suicida ao longo da vida mais freqüente em adultos jovens entre 20 a 29 anos comparados com a faixa etária entre 14 a 19 anos.⁹ O estudo em Campinas em um hospital geral universitário concluiu que adultos jovens internados devem receber atenção especial em virtude de seu potencial suicida.⁸ A coorte da Escócia ressaltou as altas taxas de pensamentos suicidas na idade adulta jovem como importante para o entendimento dos problemas de saúde mental desta etapa.¹¹

Ressalta-se ainda que conhecer alguém que tentou suicidar-se ($p=0,02$) e/ou que se suicidou ($p>0,001$) aumenta em, aproximadamente, duas vezes o *risco de suicídio*. Uma das maiores contribuições desta investigação é o aumento da probabilidade quando esta pessoa conhecida é da família nuclear em relação a um amigo ou conhecido. A literatura descreve

que o fato de conhecer alguém que tenha tentado ou cometido o suicídio como predisponente à autodestruição por meio de identificação do indivíduo com o suicida, de repetição de seu ato.²

Nos estudos de Campinas e Porto Alegre, outros fatores como ter pais separados, ter perdido um dos pais por morte e residir com familiares não indicaram risco ou proteção, como em nossos achados.^{9,2}

Dessa forma, percebe-se que há divergências entre as pesquisas quando se trata de cor da pele, situação socioeconômica, situação conjugal, nível de escolaridade, separação dos pais e ter alguém próximo falecido, instigando mais estudos a fim de esclarecer o tema. Logo, parece que o *risco de suicídio* dependa, fundamentalmente, da associação com transtornos mentais e, em menor proporção, de fatores demográficos e sociais.

Neste estudo, apresentar Episódio Depressivo Maior Atual ($p > 0,001$) e/ou Episódio (Hipo)Maníaco ($p > 0,001$) aumenta em, aproximadamente, duas vezes o *risco de suicídio*, e, ter transtornos ansiosos ($p > 0,001$), em três vezes. Investigação na Nigéria, em Campinas, na Nova Zelândia e em Porto Alegre apontaram transtornos mentais, especialmente, transtornos de humor como significativamente relacionados a desfechos suicidas.^{13,9,14,2} Reconhece-se que mais de 90% das pessoas que se suicidam têm um transtorno mental.²⁴ Pesquisas demonstram e a experiência clínica confirma que, nos transtornos de humor, a idade média para o primeiro episódio maníaco ocorre logo após os 20 anos e também nos primeiros anos da adultez jovem que se dá o início ou o agravamento da dependência química, reafirmando assim, a importância de estudar a faixa etária do presente estudo.⁵

Um dos principais achados deste estudo é o fato de que apresentar transtornos de ansiedade evidencia uma maior probabilidade de *risco de suicídio* do que episódios depressivos e/ou (hipo)maníacos, embora em geral exista uma tendência a associar-se suicídio, especialmente, à depressão. Além disso, é necessário frisar o principal achado

clínico da pesquisa de que a comorbidade entre transtornos de ansiedade e transtornos de humor aumenta em 19 vezes a probabilidade de apresentar *risco de suicídio*.

Convém lembrar que foram considerados “Episódio” Depressivo Maior Atual e “Episódio” (Hipo)maníaco, ao invés de, transtornos de humor.

Outra variável que se manteve associada ao *risco de suicídio* na análise ajustada foi consumo substâncias psicoativas ilícitas ($p=0,006$). Na Nova Zelândia, *risco de suicídio* também esteve associado abuso de substâncias.¹⁴ Este achado corrobora a idéia de que a dependência química é uma manifestação suicida que busca resolver a dificuldade do adicto de tornar-se um adulto independente.⁵

Este estudo é caracterizado pela representatividade da amostra, ao contrário da maioria das pesquisas, desenvolvidas em serviços de atendimento à saúde, que podem ocasionar um viés de seleção. Deve-se lembrar inclusive, que o MINI consiste em uma valiosa ferramenta para diagnóstico clínico. Com a finalidade de reduzir as limitações metodológicas, foi realizado treinamento com a equipe da pesquisa, estudo-piloto e controle de qualidade das entrevistas.

Apesar do relevante tamanho amostral ($N=1291$), algumas categorias das variáveis estudadas ficaram restritas a um pequeno número de pessoas, visto que embora 8,0% de *risco de suicídio* seja bastante preocupante, o mesmo corresponde a 101 jovens; assim, a divisão deste contingente entre categorias pode subestimar a associação de alguma variável analisada.

Sugere-se estudos longitudinais a fim de se observar a relação temporal e causal entre exposição e doença. Estes possibilitariam maior conhecimento sobre o *risco de suicídio* em cada localidade e um contínuo acompanhamento, pois questionar sobre idéias de suicídio faz com que o indivíduo sinta-se acolhido por alguém interessado pelo seu sofrimento, além do fato de que a maioria das pessoas com idéias de morte comunica seus pensamentos e intenções suicidas.

Conclui-se que a prevalência de *risco de suicídio* na faixa etária de 18 a 24 anos é um dado consideravelmente importante e que, em especial, conhecer alguém que tentou suicidar-se e/ou que se suicidou e a presença de transtornos mentais são fatores potencializadores deste *risco*. Baseado neste contexto, construir estratégias de prevenção e avaliação que fortaleçam os serviços de atenção primária à saúde mental torna-se essencial, especialmente no que se refere aos transtornos de ansiedade e do humor e uso de substâncias.

Por fim, o Ministério da Saúde do Brasil, a partir de 2006, devido à grande proporção com que o suicídio vem acontecendo no país, vem organizando com o apoio da Organização Mundial da Saúde, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio a qual busca reduzir as taxas de suicídios e tentativas e os danos associados com os comportamentos suicidas, como o impacto traumático do suicídio na família, entre amigos e companheiros, no trabalho e nas escolas. Uma das principais estratégias é capacitar os profissionais da saúde com informações básicas, orientação para a detecção precoce de condições mentais associadas ao comportamento suicida, o manejo inicial de pessoas que se encontrem sob risco suicida e medidas de prevenção.¹

Sendo assim, faz-se necessária a qualificação permanente das equipes de saúde para a detecção precoce do *risco de suicídio* a partir de, por exemplo, treinamentos sobre como abordar o paciente e lidar com ele, avaliar o *risco*, utilizar entrevistas diagnósticas estruturadas como o MINI, além de conhecer quais os procedimentos e o tratamento apropriado nessas situações.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a equipe de pesquisa e todos os colaboradores os quais de alguma forma contribuíram para o andamento do estudo e aos jovens que consentiram em participar do estudo. Agradecemos também, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo financiamento da pesquisa e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado disponibilizada.

REFERÊNCIAS

1. Ministério Da Saúde (BR). Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em: 02 Dez. 2008.
2. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *R. Interam. Psicol.* 2005; v. 39, n. 2 (1): 259-66.
3. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L. Indícios de potencial suicida na adolescência. *Psic. Rev.* 2005; São Paulo, n. 14 (1): 41-57.
4. Bahls S. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *J. Pediatr. (Rio J.)* [serial on the Internet]. 2002 Oct [cited 2008 Dec 03] ; 78(5): 359-366. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000500004&lng=en. doi: 10.1590/S0021-75572002000500004.
5. Santos SMV, Castilhos BLB de, Cardoso LS. Quando a dor vence o prazer. In.: Outeiral J, Moura L, Santos S dos. *Adulterar - A Dor e o Prazer de Tornar-se Adulto*. Rio de Janeiro: Revinter; 2008. p. 196-205.
6. Kaplan H, Sadock B, Grebb JA. Emergências Psiquiátricas. In.: *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 753-60.
7. Kaplan H, Sadock B, Grebb JA. Transtornos do Humor e Suicídio. In.: *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 1043-45.

8. Ferreira MHF, Colombo ES, Guimarães PS, Soeiro RE, Dalgalarrrondo P, Botega NJ. Suicide risk among inpatients at a university general hospital. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [serial on the Internet]. 2007 Mar [cited 2008 Dec 03] ; 29(1): 51-54. Available from:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462007000100015&lng=en>.
9. Botega NJ, Barros MB de A, Oliveira HB de, Dalgalarrrondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [serial on the Internet]. 2005 Mar [cited 2008 Dec 03] ; 27(1):45-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462005000100011&lng=en. doi: 10.1590/S1516-44462005000100011.
10. Rodríguez AH, Caldera T, Kullgren G, Renberg ES. Suicidal expressions among young people in Nicaragua: A community-based study. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006; 41: 692-97.
11. Hunt K, Sweeting H, Keogh M, Platt S. Sex, gender role orientation, gender role attitudes and suicidal thoughts in three generations. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006; 41: 641-47.
12. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, Nemeroff CB. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety.* 2008; v. 25(6): 482-88.
13. Gureje O, Kola L, Uwakwe R, Udofia O, Wakil A, Afolabi E. The profile and risks of suicidal behaviours in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine.* 2007; 37: 821-30.

14. Beautrais Al, Wells Je, Mcgee Ma, Oakley Browne Ma. Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006; 40: 896-904.
15. Aichhorn W, Santeler S, Stelzig-Schoeler R, Kemmler G, Steinmayr-Gensluckner M, Hinterhuber H. Prevalence of psychiatric disorders among homeless adolescents. *Neuropsychiatr*. 2008; 22(3):180-188.
16. Turecki G, Lalovic A. Biologia e genética da suicidalidade. In.: Licinio J, Wong M. *Biologia da Depressão*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 244-266.
17. Pfeffer CR. Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. In.: Licinio J, Wong M. *Biologia da Depressão*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 244-66.
18. Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em: <http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf>. Acesso em: 30 Jun. 2007.
19. Silva HIF, De Micheli D, Lacerda RB de, Lacerda LA de, Formigoni MLO de S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev. Assoc. Med. Bras.* [serial on the Internet]. 2004 Apr [cited 2008 Dec 03] ; 50(2): 199-206. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200039&lng=en. doi: 10.1590/S0104-42302004000200039.
20. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [periódico na Internet]. 2000 Set [citado 2008 Dez 03]; 22(3): 106-115. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000300003&lng=pt>. doi: 10.1590/S1516-44462000000300003.
21. Cassorla, RMS. Suicídio e autodestruição humana. In.: Werlang BSG, Botega NJ.

Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p. 21-34.

22. http://www.who.int/mental_health/en/ (acessed 06 Feb 2009)

23. <http://datasus.gov.br> (acessed 06 Feb 2009)

24. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global.

In.: Werlang BSG, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p. 35-44.

ANEXO A

Tabela 1. Distribuição da amostra e análise bruta das variáveis sócio-demográficas em relação ao *risco de suicídio*.

Características da amostra	N	%	Prevalência de <i>risco de suicídio</i>	Razões de Prevalência não ajustadas (IC 95%)	Valor <i>p</i>
Gênero					
Feminino	735	57,0	9,8	1,77 (1,17; 2,68)	0,006
Masculino	555	43,0	5,5	1,00	
Cor da pele					
Branca	946	73,5	7,2	1,00	0,1
Preta	190	14,8	8,6	1,18 (0,70; 1,99)	
Mulata, amarela ou indígena	151	11,7	12,2	1,69 (1,03; 2,77)	
Idade					
18 a 19 anos	273	21,4	9,4	1,25 (0,81; 1,93)	0,3
20 a 24 anos	1004	78,6	7,5	1,00	
Situação socioeconômica					
A + B	486	37,7	5,6	1,00	0,003
C	623	48,3	8,6	1,53 (0,97; 2,40)	
D + E	180	14,0	12,3	2,18 (1,28; 3,74)	
Vive com companheiro					
Não	891	71,4	8,0	0,99 (0,65; 1,51)	0,9
Sim	357	28,6	8,0	1,00	
Estudando atualmente					
Não	673	52,2	9,2	1,39 (0,94; 2,04)	0,09
Sim	616	47,8	6,6	1,00	
Trabalho remunerado					
Não	263	20,5	8,1	1,03 (0,65; 1,63)	0,8
Sim	1022	79,5	7,9	1,00	
Ter religião					
Não	508	39,4	8,8	1,16 (0,79; 1,70)	0,4
Sim	781	60,6	7,5	1,00	
Filho de pais separados					
Não	841	65,5	6,9	1,00	0,1
Sim	443	34,5	9,5	1,37 (0,93; 2,01)	
Conheces alguém que tentou suicidar-se					
Não	818	63,8	5,6	1,00	<0,001
Sim - conhecido ou amigo	405	31,6	11,4	2,03 (1,37; 3,02)	
Sim - pai, mãe ou irmão	60	4,7	16,7	2,97 (1,58; 5,60)	
Conheces alguém que se suicidou					
Não	865	67,3	5,0	1,00	<0,001
Sim - conhecido ou amigo	414	32,2	14,1	2,84 (1,94; 4,15)	
Sim - pai, mãe ou irmão	6	0,5	16,7	3,34 (0,54; 20,54)	
Alguém próximo falecido					
Não	312	24,2	4,9	1,00	0,02
Sim	976	75,8	9,0	1,84 (1,08; 3,13)	
Total	1291	100	8,0		

ANEXO B

Tabela 2. Distribuição da amostra e análise bruta das comorbidades em relação ao *risco de suicídio*.

Características da amostra	N	%	Prevalência de <i>risco de suicídio</i>	Razões de Prevalência não ajustadas (IC 95%)	Valor <i>p</i>
Consumo de tabaco					
Não	872	67,5	6,2	1,00	0,001
Sim	419	32,5	11,8	1,90 (1,31; 2,77)	
Consumo de álcool					
Nunca	339	26,5	9,0	1,00	0,4
Mensalmente	605	47,3	5,9	0,64 (0,40; 1,03)	
Semanalmente ou diariamente	334	26,1	10,8	1,19 (0,74; 1,89)	
Consumo de substâncias ilícitas					
Não	1098	85,1	5,6	1,00	<0,001
Sim	193	14,9	21,9	3,93 (2,73; 5,67)	
Episódio Depressivo Maior Atual					
Não	1108	87,7	4,3	1,00	<0,001
Sim	156	12,3	33,8	7,78 (5,46; 11,09)	
Episódio (Hipo)Maníaco					
Não	1110	87,9	4,5	1,00	<0,001
Sim	153	12,1	32,7	7,24 (5,08; 10,32)	
Transtornos de ansiedade					
Não	970	77,0	2,9	1,00	<0,001
Sim	289	23,0	24,6	8,50 (5,60; 12,90)	
Total	1291	100	8,0		

ANEXO C

Tabela 3. Análise ajustada das variáveis independentes em relação ao desfecho (*risco de suicídio*), de acordo com o modelo hierárquico.

Características da amostra	RP ajustadas (IC 95%)	Valor p
Primeiro nível hierárquico		
Gênero		
Feminino	1,79 (1,19; 2,69)	0,005
Masculino	1,00	
Cor da pele		
Branca	1,00	0,1
Preta	1,00 (0,58; 1,73)	
Mulata, amarela ou indígena	1,59 (0,96; 2,62)	
Situação socioeconômica		
A + B	1,00	0,02
C	1,34 (0,85; 2,11)	
D + E	1,84 (1,06; 3,20)	
Estudando atualmente		
Não	1,22 (0,82; 1,79)	0,3
Sim	1,00	
Segundo nível hierárquico		
Filho de pais separados		
Não	1,00	0,4
Sim	1,15 (0,78; 1,68)	
Conheces alguém que tentou suicidar-se		
Não	1,00	0,02
Sim - conhecido ou amigo	1,68 (1,13; 2,52)	
Sim - pai, mãe ou irmão	1,87 (0,96; 3,63)	
Conheces alguém que se suicidou		
Não	1,00	<0,001
Sim - conhecido ou amigo	2,53 (1,69; 3,79)	
Sim - pai, mãe ou irmão	2,16 (0,28; 16,60)	
Alguém próximo falecido		
Não	1,00	0,1
Sim	1,50 (0,88; 2,55)	
Terceiro nível hierárquico		
Consumo de tabaco		
Não	1,00	0,7
Sim	1,06 (0,73; 1,51)	
Consumo de substâncias ilícitas		
Não	1,00	0,006
Sim	1,69 (1,16; 2,46)	
Episódio Depressivo Maior Atual		
Não	1,00	<0,001
Sim	2,36 (1,53; 3,66)	
Episódio (Hipo)Maníaco		
Não	1,00	<0,001
Sim	2,29 (1,53; 3,43)	
Transtornos de ansiedade		
Não	1,00	<0,001
Sim	3,33 (1,93; 5,72)	

ANEXO D

Prevalence of suicide risk and associated factors: a population-based study among young people aged 18 to 24 years, Pelotas-RS, Brazil.

Introduction

Between 1994 and 2004, suicide rates in Brazil ranged from 3.9 to 4.5 for each 100 thousand inhabitants at each year, being one of the ten countries with higher absolute numbers of suicide (7,987 in 2004) (1). Between 15 and 35 years of age suicide appears among the three major causes of death (1,2,3). The occurrence of suicidal behavior among young people seems to be increasing in the last decades and stands out as the period of life more related to death for external causes (1,2,3,4).

Suicidal behavior involves frequent or occasional ideas, wishes or manifestations about the intention to die, planning on how, when and where to do it, as well as the thought about the effect that suicide would have over others, several times as the solution to something unbearable and unsolvable. Thus, it consists in a self destructive tendency which may be presented as a gravity gradient ranging from ideation to suicide. The self menaces can be expressed verbally or through behavior, even though the person didn't commit a real act yet (2,3).

Growing up contemplates the structuring of identity, coherence of behavior, seeking for independence, autonomy and intimacy, consisting in a development stage that demands changes in biopsychological and social environment. Although these changes are common they make the young more susceptible to emotional problems such as risk of suicide (2,3,5,6,7). Studies about suicide risk concerning young adults that include ideation, planning and attempts, revealed varied prevalence rates probably due to methodological diversities used such as different instruments, verification time amplitude (last month or 12 months prior to the interview and once through lifetime), sampling size and cultural factors.

A study with 253 patients aged 18 years or more, admitted at a university general hospital in Campinas city, revealed a prevalence of 23.0% of suicide risk according to Mini International Neuropsychiatric Interview (8). Also in Campinas a domiciliary inquiry with 515 individuals aged 14 years or more used a standard interview from Health World Organization about suicidal behavior (SUPRE-MISS) and revealed a prevalence of 17.1% for

suicidal ideation, 4.8% for planning suicide and 2.8% for suicide attempts (9). In Nicaragua 278 young people aged 15-24 years were interviewed with the Attitudes Towards Suicide questionnaire (ATTS) revealing a prevalence of suicide expressions of 44.8% and suicide attempts in the last year of 2.1% among men and 47.4% of suicide expressions and 1.5% of suicide attempts in the last year among women (10). A cohort study in Scotland ((N=653) found a prevalence of young adults with serious suicidal thoughts of 10.0% among men and 15.0% among women (11).

In United States 11.1% of 729 young people presented suicidal ideation in the month prior to the interview and 16.5% tried suicide at least once in their lives or had health risk behaviors (12). A study in Nigeria with 6752 people aged 18 years or more used the Composite International Diagnosis Interview (CIDI) and revealed a prevalence of 3.2% for suicidal ideation, 1.0% for planning suicide and 0.7% for suicide attempts through lifetime (13). In New Zealand a study with people aged 16 years or more (N=12992) also using CIDI, revealed a prevalence of 15.7% for suicidal ideation, 5.5% for planning suicide and 4.5% for suicide attempts, all of those considered through lifetime. When assessed for the previous 12 months, the prevalence rates found were 3.2% for suicidal ideation, 1.0% for planning suicide and 0.4% for suicide attempts (14). At last, a research in Austria interviewed 40 young people aged 14-23 years using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SKID-I). They found a prevalence of 57.5% for history of risk behaviors and 25.0% for at least one suicide attempt (15).

Humor and anxiety disorders, psychoactive substances abuse, knowing someone who tried to commit suicide, being from 15 to 35 years of age, being Caucasian, contrasting economic statuses, unemployment, being single or separated and personal losses are pointed as risk factors for suicide. In addition, although men commit suicide more often women tend more to attempt it (1,2,4,6,8,16,17). A possibility of using prevention resources consists on evaluating the suicide potential (2,3). Based on this context the present study aims to investigate the risk of suicide and associated factors.

Material and methods

This investigation is a cross-sectional population-based study about health behavior in young people and its association with Depressive disorder. It occurred from November 2007 to November 2008 and was sponsored by Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico

e Tecnológico (CNPQ), edital MCT/CNPq/MS- SCTIEDECIT, 26/2006- Study of Health Determinants, Health of the Special Need Carrier, Health of African American population, Health of masculine population, according to the process 409739/2006-5.

The studied universe consisted of 39.667 young people (according to IBGE) aged 18-24 years, domiciled in the 448 censorial sections of urban Pelotas, located at the State of Rio Grande do Sul, Brazil.

For sampling design we used cluster sampling; 79 censorial sections were randomly selected for the identification of the participants. For the domicile selection we used a systematic sampling, considering the first residence as the one in the corner established by IBGE as the beginning of that section. The interval selection was determined by a two-residence skip between the selected residences. The interviewers were trained to follow randomly the counting course of the residences in any of the streets belonging to that section, respecting the established interval selection.

For the identification and interview of the participants, we selected 20 students from the Health and Life Science Center of the Catholic University of Pelotas. All interviewers were trained in order to homogenize the procedures such as the approach of residences, signing the consent form after explaining about the study and use of the instruments.

The questionnaire contained socioeconomic and demographic data, psychological variables, substances use and health risk behaviors.

To assess the economic status of the participants it was used the ABEP's (Population Studies Brazilian Association) classification which is based on the accumulation of material assets and on the educational level of the head of the family. This classification categorizes people into classes (A, B, C, D or E) according to the obtained scores. The letter A refers to the highest social class and the letter E to the lowest social class (18).

Information about psychoactive substances use (tobacco, alcohol, cannabis, cocaine, stimulants, sedatives, inhalants, hallucinogens and opium) were gathered with the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) validated to Brazil by the Brazilian Information Center about Psychotropic Drugs (CEBRID) (19).

In addition to this questionnaire we also used the Mini-International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI), a short structured diagnostic interview. This interview is short – 15 to 30 minutes – and can be used for clinical practice or research with aims of diagnostic classification according to the criteria established by DSM-IV and CID-10. It comprehends 19 modules assessing for 17 Axis I disorders from DSM-IV, suicide risk and anti-social

personality disorder. The MINI psychometric parameters were satisfying according to the interview's validation study for mental disorders diagnosis (20).

Data were inputted in the software Epi-Info 6.04d with double typing and automatic checking for consistence and amplitude. For statistical analysis we used the software Stata 9.0. After obtaining simple frequencies for all variables we continued to the bivariate analysis through chi-square test. For the multivariate analysis the Poisson Regression was used in order to assess the prevalence ratio of independent variables in relation to the outcome (*suicide risk*). The studied variables that obtained $p=0,20$ in the crude analysis were included in the adjusted analysis. We considered $p=0,05$ as a statistically significant result and used a 95% confidence interval.

The hierarchic model consisted of demographic and socioeconomic variables in the *first level* – gender, color of the skin, age, socioeconomic classification, marital status, educational level, work and religious belief; social variables related to separated parents or suicidal or death ideas – a close person decease and knowing someone who tried to or actually committed suicide. The variables in the *second level* were licit or illicit psychoactive substance use in the three months prior to the interview as well as morbidities. In the *third level* the variables were Humor Disorders [(Hypo)maniac Episode and current Major Depressive Episode] and Anxiety Disorders [Panic Disorder, Agoraphobia, Social Phobia, Obsessive-Compulsive Disorder, Bulimia, Anorexia, Generalized Anxiety Disorder].

It is considered that demographic and socioeconomic variables are conceptually related; both of them have influence over “marital status” (separated parents) and over social support (knowing someone who tried to or committed suicide). They also have influence over substance use and morbidities which despite being related it is difficult to determine the temporality of these events.

The participants who presented suicide risk and/or severe depression according to the MINI structured interview (MINI) were enrolled for medical attention at the Health Campus Psychiatry Polyclinic. The same procedure was adopted for the participants who presented any other condition. On the other hand the participants who were diagnosed with mild or moderate depression were invited to be attended in a clinical trial parallel to this study. This clinical trial aims to evaluate two brief cognitive psychotherapy models in the treatment of depression. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Catholic University of Pelotas, according to the protocol 2006/96.

Results

The sample of this cross-sectional study consisted of 1291 young adults aged 18-24 years from which 57.0% (N=735) were women, 73.5% (N=946) Caucasian, 48.3% (N=623) belonged to the socioeconomic classification C, 71.4% (N=891) didn't live with partner, 47.8% (N=616) students, 79.5% (N=1022) had worked for money at some point of their lives, 60.6% (N=781) had a religious belief, 34.5% (N=443) had separated parents, 36.3% (N=501) knew someone who tried to commit suicide, 32.7% (N=440) used to know someone who committed suicide and 75.8% (N=976) had a close person decease (Table 1).

From the 36,3% who tried to commit suicide, 31,6% were friends or "someone I know" and 4,7% were father, mother or brother; from the 32,7% that committed suicide, 32,2% were friends or "someone I know" and 0,5% were father, mother or brother.

From the 1291 interviewed people, 32.5% (N=419) had used tobacco, 26.1% (N=334) had weekly or daily alcohol intake, 14.9% (N=193) used illicit psychoactive substances in the three months prior to the interview. For humor and anxiety disorders 12.3% (N=156) presented current Major Depressive Episode, 12.1% (N=153) presented (Hypo)maniac Episode and 23.0% (N=289) presented anxiety disorders (Table 2).

The prevalence of suicide risk among young people was 8.0% specially occurring among women (9.8%), mulatto, Asian or indigenous (12.2%), people aged 18-19 years (9.4%), who belonged to the socioeconomic classification D or E (12.3%), who were not currently studying (9.2%), didn't have religious belief (8.8%), had separated parents (9.5%), had father, mother or brother who tried or actually committed suicide (16.7%) and had a close person deceased (9.0%), (Table 1).

For comorbidities, the prevalence of suicide risk was higher among the ones who used tobacco (11.8%), illicit psychoactive substances 3 months prior to the interview (21.9%), had weekly or daily alcohol intake (10.8%) and presented current major depressive episode (33.8%), (hypo)maniac episode (32.7%) and anxiety disorders (24.6%) (Table 2).

In the bivariate analysis suicide risk was associated with feminine gender ($p=0.006$), low socioeconomic class ($p=0.003$), knowing someone who tried to commit suicide ($p>0.001$) and/or who committed suicide ($p>0.001$), a close person decease ($p=0.02$) (Table 1). For comorbidities suicide risk was associated with using of tobacco ($p=0.001$) and illicit psychoactive substances ($p>0.001$), presenting current major depressive episode ($p>0.001$), (hypo)maniac episode ($p>0.001$) and/or anxiety disorders ($p>0.001$) (Table 2).

In the first level of multivariate analysis suicide risk was associated with feminine gender ($p=0.005$) and low socioeconomic class ($p=0.02$). In the second level, suicide risk was strongly associated with knowing someone who tried to commit suicide ($p=0.02$) and/or who committed suicide ($p>0.001$). In the third level suicide risk was associated with illicit psychoactive substances use ($p=0.006$), current major depressive episode ($p>0.001$), (hypo)maniac episode ($p>0.001$) and/or anxiety disorders ($p>0.001$) (Table 3).

In this model, presenting major depressive episode ($PR=2.36$, $CI95\%=1.53$; 3.66) and/or (hypo)maniac episode ($PR=2.29$, $CI95\%=1.53$; 3.43) duplicates the risk for suicide and triplicates the risk for anxiety disorders ($PR=3.33$, $CI95\%=1.93$; 5.72).

The results revealed a suicide risk 79.0% higher among women ($PR=1.79$, $CI95\%=1.19$; 2.69), 84.0% and 34.0% higher among socioeconomic classification “D or E” ($PR=1.84$, $CI95\%=1.06$; 3.20) and “C” ($PR=1.34$, $CI95\%=0.85$; 2.11), respectively, and 69.0% higher among those who used illicit psychoactive substances in the three months prior to the interview ($PR=1.69$, $CI95\%=1.16$; 2.46).

To know someone or having a friend who tried to commit suicide ($PR=1.68$, $CI95\%=1.13$; 2.52) such as father, mother or brother ($PR=1.87$, $CI95\%=0.96$; 3.63) increases the probability of suicide. In the same way knowing someone or having a friend who committed suicide ($PR=2.53$, $CI95\%=1.69$; 3.79) such as father, mother or brother ($PR=2.16$, $CI95\%=0.28$; 16.60).

Therefore suicide risk between people aged 18-24 years is an important data. To know someone who tried to commit suicide and/or who committed suicide and the presence of mental disorders are potentializing factors for suicide risk.

Discussion

Being an adult means being grown up, developed. Becoming an adult involves acquisitions and goals, but also losses, separation and pain. The basic young adult conflict is focused on professional and marital choices and every choice corresponds to renunciation, conflicts, identity crisis which depends on the individual internal resources, environment external demands and organic issues. Thus, the way out of this conflict might be more or less healthy (5).

In this life period the major causes of death are brutal and could be prevented, such as automobilist accidents, AIDS, homicide, suicide – *unconscious suicide* (5,21). Such statistic

could represent giving up on life, suicidal attempt, self letting death, an identity, a choice or a guarantee to be recognized better than being alive (5).

According to the World Health Organization, almost 877,000 people die by suicide every year. In the last 45 years suicide rates have increased by 60% worldwide. Suicide is now one of the three leading causes of death among those aged 15-44 years (both sexes). Suicide rates among young adults have been increasing to such an extent that they are now the group at highest risk in a third of countries, in general (22).

In Brazil, the state of Rio Grande do Sul is the state with the higher rates of mortality by suicide for both men and women. The percentage of hospital admissions due to suicide is higher among men between 20 and 24 years and women between 15 and 19 years old. In this context, the 8.0% prevalence of suicide risk found in a sample of 39667 young people in the city of Pelotas is a very expressive data. In 2005, the rate of mortality by suicide in Pelotas' general population was 9.6% for each 100000 inhabitants (23).

There are several similarities among the results of our investigation and literature review along with the prevalence of suicide risk in young adults, also related in another studies (8,9,10,11,12,13,14,15).

In the multivariate analysis suicide risk was associated with feminine gender ($p=0.005$) and belonging to a low socioeconomic class ($p=0.02$). There was no association between suicide risk and color of the skin ($p=0.1$) or being currently studying ($p=0.3$). The cohort study in Scotland, the investigation in New Zealand and the Campinas study revealed similar results about gender (9,11,14). Thus, they indicated a higher probability for women to present risk of suicide, despite the different instruments used in these studies.

The New Zealand investigation found similar results as ours about low family income. In both studies even after the adjustment for sociodemographic factors there was no association between ethnical differences and suicide risk (14).

The variable age couldn't be compared with another studies results due to the restrict age group. The Campinas study indicated that suicidal ideation through lifetime is more common among women and young adults aged 20-29 years when compared to the age group 14-19 years (9). The study in a Campinas' general hospital concluded that young adults admitted should receive special attention due to the suicidal potential (8). The Scotland cohort results comprehend the high rates of suicidal thoughts in young adult life as an important issue to the understanding of mental health problems at this period (11).

It is important to stand out the association between knowing someone who tried to commit suicide ($p=0.02$) and/or who committed suicide ($p>0.001$) and the increase of suicide

risk (two times higher). One of the major contributions of this investigation is the probability boost when this known person belongs to the nuclear family other than being a friend or “someone I know”. Literature describes the fact of knowing someone who tried to commit suicide as predictor for self-destruction due to identification with the suicidal individual, repeating his act (2).

There was no association found between suicide risk and the variables separated parents and close person decease. The Campinas and Porto Alegre studies didn't find the variables separated parents, death of one parent and living with family as protective or risk factors for suicide risk, such as our findings (2,9).

Thus, there are divergences about color of the skin, socioeconomic status, marital status, educational level, separation of parents and close person decease, indicating the need for further studies to clarify this subject. Consequently, the risk of suicide may depend fundamentally from the association with mental disorders and less proportionally from demographic and social factors.

In this study, presenting Current Major Depressive Episode ($p > 0.001$) and/or (Hypo)Maniac Episode ($p > 0.001$) duplicates the risk of suicide and triplicates the risk of anxiety disorders ($p > 0.001$). The research in Nigeria, the Campinas study and the New Zealand investigation revealed a strong association between suicidal outcomes and mental disorders, especially mood disorders (2,9,13,14). It is acknowledged that over 90% of people who committed suicide had a mental disorder predicting for it (24). Researches demonstrate and clinical practice confirms that the onset for mood disorders is frequently right after 20 years of age and also on the early years of adult life when chemical dependence begins or becomes more severe, corroborating with the importance of studying the age group in the present study (5).

One of the most important findings of this investigation is that presenting anxiety disorders appears to have a higher probability for suicide risk than depressive and/or (hypo)maniac episodes, although in general bases there is a tendency of associating suicide with depression, specially. In addition, it is important to stand out the main finding of this study witch reveals that the comorbidity between anxiety disorders and humor disorders increases in 19 times the probability of presenting risk of suicide.

It is important to remember that the study considered current Major depressive “episode” and (Hypo)Maniac “Episode” instead of humor disorders.

Another variable associated with suicide risk even after adjusted analysis is illicit psychoactive substance use ($p = 0.006$). In New Zealand, there was association between risk of

suicide and substance abuse.¹⁴ Some authors consider chemical dependence as a suicidal manifestation, a fake solution intending to solve the addicted's conflict about being or not an independent adult (5).

The present study is characterized for the sample representivity diverging from most researches developed on health attending services in which can occur a selection bias. The instrument MINI consists on a valuable tool for clinical diagnosis. With aims of reducing methodological limitations the research, pilot-study and interview quality control team were trained.

Despite the relevant sample size (N=1291) some aspects of the studied variables were restricted to a small number of people because although 8,0% of suicide risk is a preoccupant prevalence it corresponds to 101 young people. Thus, the division of this contingent in categories may underestimate the association to some analyzed variable.

It is also suggested longitudinal studies in order to determine the time and cause relation between exposure and disease. The results would bring further knowledge about suicide risk in each region and a continuous follow-up. It is known that questioning about suicidal ideas makes the individual feel sheltered for someone who has interest in his suffering. Also, most people with death ideas communicate their suicidal thoughts and intention.

It is possible to conclude that suicide risk on the age group 18-24 years is an important data. Knowing someone who tried to commit suicide and/or who committed suicide and the presence of mental disorders are potentializing factors for such risk. Thus, it is essential to create prevention and assessment strategies that strengthen the primary mental health services. Since 2006 the Health Ministry of Brazil with help from the World Health Organization has organized the National Strategy for Preventing Suicide, due to the increasing of suicide rates in this country. Such strategy aims to reduce the suicide rates and attempts and also the damage caused by suicidal behavior within family, friends and colleagues at work and school. One of the main strategy is to capacitate health professionals with basic information about early detection of mental conditions associated with suicidal behavior, how to initially manage people with suicidal risk and prevention measures (1).

Based in this context, it is necessary to permanently qualify health teams for early diagnosis of suicide risk using, for example, trainings about approaching and managing the patient, risk assessment, using of structured diagnostic interviews such as MINI and knowing which procedures and treatment are more appropriated in this situation.

Acknowledgment

We thank the research team, the young people who consented in participating in this study and all those who somehow collaborated to the progress of this work. We also thank the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) for financing the research and the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) for the available mastery scholarship.

Table 1. Sample distribution and crude analysis of sociodemographic variables in relation to suicide risk.

Sample characteristics	N	%	Prevalence of suicide risk	Non-adjusted Prevalence Rates (95% CI)	<i>p</i> Value
Gender					
Feminine	735	57.0	9.8	1.77 (1.17; 2.68)	<i>0.006</i>
Masculine	555	43.0	5.5	1.00	
Skin color					
Caucasian	946	73.5	7.2	1.00	<i>0.1</i>
African american	190	14.8	8.6	1.18 (0.70; 1.99)	
Mulatto, asian or indigenous	151	11.7	12.2	1.69 (1.03; 2.77)	
Age					
18-19 years	273	21.4	9.4	1.25 (0.81; 1.93)	0.3
20-24 years	1004	78.6	7.5	1.00	
Socioeconomic status					
A + B	486	37.7	5.6	1.00	<i>0.003</i>
C	623	48.3	8.6	1.53 (0.97; 2.40)	
D + E	180	14.0	12.3	2.18 (1.28; 3.74)	
Lives with partner					
No	891	71.4	8.0	0.99 (0.65; 1.51)	0.9
Yes	357	28.6	8.0	1.00	
Currently studying					
No	673	52.2	9.2	1.39 (0.94; 2.04)	<i>0.09</i>
Yes	616	47.8	6.6	1.00	
Working for money					
No	263	20.5	8.1	1.03 (0.65; 1.63)	0.8
Yes	1022	79.5	7.9	1.00	
Religiousness					
No	508	39.4	8.8	1.16 (0.79; 1.70)	0.4
Yes	781	60.6	7.5	1.00	
Separated parents					
No	841	65.5	6.9	1.00	<i>0.1</i>
Yes	443	34.5	9.5	1.37 (0.93; 2.01)	
Knowing someone who tried to commit suicide					
No	818	63.8	5.6	1.00	< <i>0.001</i>
Yes - "someone I know" or friend	405	31.6	11.4	2.03 (1.37; 3.02)	
Yes - father, mother or brother	60	4.7	16.7	2.97 (1.58; 5.60)	
Knowing someone who committed suicide					
No	865	67.3	5.0	1.00	< <i>0.001</i>
Yes - "someone I know" or friend	414	32.2	14.1	2.84 (1.94; 4.15)	
Yes - father, mother or brother	6	0.5	16.7	3.34 (0.54; 20.54)	
Close person decease					
No	312	24.2	4.9	1.00	<i>0.02</i>
Yes	976	75.8	9.0	1.84 (1.08; 3.13)	
Total	1291	100	8.0		

CI = confidence interval

Table 2. Sample distribution and crude analysis of comorbidities in relation to suicide risk.

Sample Characteristics	N	%	Prevalence of Suicide risk	Non-adjusted Prevalence Rates (95% CI)	Value
Tobacco Use					
No	872	67.5	6.2	1.00	<i>0.001</i>
Yes	419	32.5	11.8	1.90 (1.31; 2.77)	
Alcohol Intake					
Never	339	26.5	9.0	1.00	<i>0.4</i>
Monthly	605	47.3	5.9	0.64 (0.40; 1.03)	
Weekly or daily	334	26.1	10.8	1.19 (0.74; 1.89)	
Illicit Substances Use					
No	1098	85.1	5.6	1.00	<i><0.001</i>
Yes	193	14.9	21.9	3.93 (2.73; 5.67)	
Current Major Depressive Episode					
No	1108	87.7	4.3	1.00	<i><0.001</i>
Yes	156	12.3	33.8	7.78 (5.46; 11.09)	
(Hypo)Maniac Episode					
No	1110	87.9	4.5	1.00	<i><0.001</i>
Yes	153	12.1	32.7	7.24 (5.08; 10.32)	
Anxiety Disorders					
No	9	77.0	2.9	1.00	<i><0.001</i>
Yes	70	23.0	24.6	8.50 (5.60; 12.90)	
	289				
Total	1291	100	8.0		

CI = confidence interval

Table 3. Adjusted analysis of independent variables in relation to the outcome (suicide risk), according to the hierarchical model.

Sample Characteristics	Adjusted Prevalence Rates (95% CI)	p Value
First Hierarchical Level		
Gender		
Feminine	1.79 (1.19; 2.69)	0.005
Masculine	1.00	
Skin Color		
Caucasian	1.00	0.1
African American	1.00 (0.58; 1.73)	
Mulatto, asian or indigenous	1.59 (0.96; 2.62)	
Socioeconomic Status		
A + B	1.00	0.02
C	1.34 (0.85; 2.11)	
D + E	1.84 (1.06; 3.20)	
Currently Studying		
No	1.22 (0.82; 1.79)	0.3
Yes	1.00	
Second Hierarchical Level		
Separated Parents		
No	1.00	0.4
Yes	1.15 (0.78; 1.68)	
Knowing someone who tried to commit suicide		
No	1.00	0.02
Yes - “someone I know” or friend	1.68 (1.13; 2.52)	
Yes - father, mother and brother	1.87 (0.96; 3.63)	
Knowing someone who committed suicide		
No	1.00	<0.001
Yes - “someone I know” or friend	2.53 (1.69; 3.79)	
Yes - father, mother and brother	2.16 (0.28; 16.60)	
Close person decease		
No	1.00	0.1
Yes	1.50 (0.88; 2.55)	
Third Hierarchical Level		
Tobacco use		
No	1.00	0.7
Yes	1.06 (0.73; 1.51)	
Illicit substances Use		
No	1.00	0.006
Yes	1.69 (1.16; 2.46)	
Current Major Depressive Episode		
No	1.00	<0.001
Yes	2.36 (1.53; 3.66)	
(Hypo)Maniac Episode		
No	1.00	<0.001
Yes	2.29 (1.53; 3.43)	
Anxiety Disorders		
No	1.00	<0.001
Yes	3.33 (1.93; 5.72)	

CI = confidence interval