



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E  
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Esquemas disfuncionais em tentativa de suicídio: análise de sobreviventes por intoxicação exógena de um hospital público do Recife.

Mestranda: Marília Suzi Pereira dos Santos

Orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Recife, 2011.

**Esquemas disfuncionais em tentativa de suicídio: análise de sobreviventes por intoxicação exógena de um hospital público do Recife.**

Dissertação apresentada pela aluna Marília Suzi Pereira dos Santos, sob orientação do Professor Doutor Everton Botelho Sougey, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco.

Área de concentração: neuropsicopatologia.  
Orientador: Everton Botelho Sougey.

Recife, 2011.

Santos, Marília Suzi Pereira dos

Esquemas disfuncionais em tentativa de suicídio: análise de sobreviventes por intoxicação exógena de um hospital público do Recife / Marília Suzi Pereira dos Santos. – Recife: O Autor, 2011.

98 folhas: il., fig., gráf.; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Suicídio e esquemas. 2. Vulnerabilidade cognitiva para o suicídio. 3. Tentativa de suicídio e estressores. I. Sougey, Everton Botelho. II. Título.

616.852

UFPE  
CDD (20 .ed.) CCS2011-118



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E  
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Esquemas disfuncionais em tentativa de suicídio: análise de sobreviventes por intoxicação exógena de um hospital público do Recife.

Comissão examinadora

---

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey  
Presidente

---

Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas  
Examinador interno

---

Prof. Dr. Hugo Martins  
Examinador externo

Recife, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
 Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria  
 e Ciências do Comportamento

114ª DEFESA

## RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DA MESTRANDA MARÍLIA SUZI PEREIRA DOS SANTOS

No dia 06 de maio de 2011, às 14h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Valdenilson Ribeiro Ribas, Doutor Professor do Núcleo de Pesquisa das Faculdade Integrada de Vitória do Santo Antão/FAINTVISA, Hugo André de Lima Martins, Doutor Pesquisador do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas/UFPE e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Mestranda MARÍLIA SUZI PEREIRA DOS SANTOS, sobre a sua Dissertação intitulada **“ESQUEMAS DISFUNCIONAIS EM TENTATIVA DE SUICÍDIO: ANÁLISE DE SOBREVIVENTES POR INTOXICAÇÃO EXÓGENA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO RECIFE”**, orientada pelo professor Everton Botelho Sougey. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Mestranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

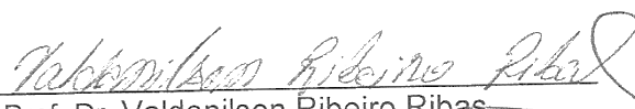
Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas

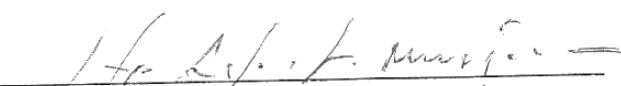
Dr. Hugo André de Lima Martins

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

APROVADA  
APROVADA  
APROVADA

  
 Prof. Dr. Everton Botelho Sougey  
 Presidente da Banca Examinadora

  
 Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas

  
 Dr. Hugo André de Lima Martins

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**REITOR**

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

**VICE-REITOR**

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

**PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DIRETOR**

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

**COORDENADOR**

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

**CORPO DOCENTE**

Prof. Dr. Adelson Antônio as Silva Santos

Prof. Dra. Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Prof. Dr. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

Prof. Dr. João Ricardo Mendes de Oliveira

Prof. Dr. Luís Ataíde Júnior

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Othon Coelho Bastos Filho

Prof. Dr. Raul M. de Castro

Profa. Dra. Sheva Maia da Nóbrega

Profa. Dra. Sílvia Regina de Moraes

## Agradecimentos

Apesar de o presente trabalho ser atribuído ao meu nome, muitos o compuseram e até mesmo colaboraram para o seu desenvolvimento e conclusão, o que me solicita a difícil tarefa de corresponder aos esforços de tantos, na tentativa de delinear um conhecimento científico capaz de promover a saúde humana e prevenir sua autodestruição.

Gostaria então de inicialmente agradecer aos pacientes internados no Hospital da Restauração do Recife e seus familiares que de forma tão generosa contribuíram com seus relatos, permitindo expressar a um estranho, conteúdos íntimos e, boa vontade em um momento inóspito. Minha eterna gratidão.

À equipe de profissionais do Hospital da restauração do Recife por tamanha dedicação, responsabilidade e acolhimento.

Ao professor Dr. Everton Sougey pelo incentivo à inserção na pesquisa acadêmica, sua ajuda no estabelecimento do tema a ser estudado e orientações que direcionaram este trabalho com bases éticas, rigor científico e qualidade acadêmica.

A Nathália Della Santa, querida aluna de iniciação científica, que contribuiu com a coleta de dados e me ofereceu a honra de orientá-la.

Aos professores da pós-graduação pelos novos conhecimentos e as eficientes secretárias Solange e Dayane por facilitar a minha vida na pós-graduação.

Ao CAPES que proporcionou a bolsa para o desenvolvimento e estudo desta pesquisa.

Aos colegas da pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, que contribuíram com suas sugestões no projeto, estudos teóricos e companheirismo. Em especial a Alexandre Medeiros, Rafael Castro, Cláudia Pires, Marcellus Almeida, , Reginete Cavalcanti e Laila Kurtinaitis.

A essa última gostaria de agradecer pela presença constantemente amigável, seu apoio e conselhos que tornaram esse trabalho mais agradável e sofisticado.

Aos demais amigos, que de alguma maneira contribuíram para a realização deste empreendimento: Fatinha, Adriana, Rafael, Karol, Lívia, Juliana, Deborah, Karine, Tatiana e Rosana.

À Gildo Angelotti pelo companheirismo, parceria intelectual e colaboração.

Aos meus pais e irmãos por me ajudar a ser forte.

A minha família.

O mundo é uma representação minha.  
Schopenhauer

## SUMÁRIO

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| Agradecimentos -----                 | 6  |
| Dedicatória -----                    | 8  |
| Lista de Abreviaturas e siglas ----- | 11 |
| Lista de tabelas-----                | 12 |
| Lista de gráficos -----              | 12 |
| Resumo -----                         | 13 |
| Abstract -----                       | 14 |
| 1. Introdução -----                  | 15 |
| 2. Revisão da literatura -----       | 20 |
| 2.1 Suicídio -----                   | 20 |
| 2.2 Esquemas e suicídio -----        | 34 |
| Perguntas condutoras -----           | 48 |
| Objetivos -----                      | 48 |
| Objetivo Geral -----                 | 48 |
| Objetivos Específicos -----          | 48 |
| Descrição do estudo -----            | 48 |
| 3. Métodos -----                     | 49 |
| Locais do estudo -----               | 49 |
| Amostra -----                        | 49 |
| Critérios de inclusão -----          | 49 |
| Critérios de exclusão -----          | 49 |
| Instrumentos -----                   | 50 |
| Procedimentos -----                  | 50 |
| Fase pré-operacional -----           | 50 |
| Fase operacional -----               | 51 |
| Análise dos resultados -----         | 52 |
| 4. Resultados -----                  | 53 |
| 5. Discussão -----                   | 68 |
| 6. Conclusões -----                  | 81 |
| Referências -----                    | 82 |
| Anexos -----                         | 90 |

## Lista de abreviaturas e siglas

CEATOX – Centro de Assistência Toxicológica

CID-10 – 10ª edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DSM-IV: 4ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da *American Psychiatric Association*

ISRS: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

MINI: Entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais

EIDs – Esquemas Iniciais Desadaptativos

OMS – Organização Mundial de Saúde

TAG – Transtorno de ansiedade generalizada

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Procedência da população estudada.

Tabela 2 - Estatísticas da idade na população estudada.

Tabela 3 – Distribuição em categorias da faixa etária da população do estudo.

Tabela 4 – Estado civil da população do estudo.

Tabela 5 – Escolaridade dos participantes.

Tabela 6 – Religião dos participantes.

Tabela 7 – Situação trabalhista dos participantes.

Tabela 8 – Identificação da renda financeira dos participantes.

Tabela 9 – Identificação das condições de moradia da população da pesquisa.

Tabela 10 – Avaliação das condições de moradia através do número de cômodos existentes na residência.

Tabela 11 – Avaliação das condições de moradia através do número de residentes no lar.

Tabela 12 – Descrição do grau de parentalidade das pessoas com quem os pacientes residiam.

Tabela 13 – Número de filhos dos participantes.

Tabela 14 – Avaliação da presença de estressores na população estudada.

Tabela 15 – Identificação de estressores apresentados nos dois grupos pesquisados.

Tabela 16 – Avaliação de antecedentes familiares segundo os grupos estudados.

Tabela 17 – Avaliação da curva de vida e antecedentes pessoais dos grupos estudados.

Tabela 18 – Avaliação de possíveis condições psiquiátricas presentes na população estudada.

Tabela 19 – Avaliação do questionário de Esquemas de Young (YSQ-S2).

Tabela 20 – Avaliação dos dados relacionados à tentativa de suicídio avaliada no grupo experimental.

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição do sexo da população estudada.

Gráfico 2 – Principal motivo informado para a tentativa de suicídio.

## Resumo

Todos os anos aproximadamente um milhão de pessoas comete suicídio no mundo e 10 a 20 milhões empreendem tentativas de suicídio. Dentre os métodos utilizados nas tentativas de suicídio com sobrevivência, o mais comum são as intoxicações exógenas. Estudos preliminares sugerem aspectos cognitivos semelhantes em indivíduos com comportamentos suicidas, mas não estabelecem ainda as características dos pensamentos mais freqüentes nesses tipos de processamento cognitivo. Diante disso, o objetivo geral do presente estudo foi identificar as instâncias anteriores ao pensamento (esquemas), que estivessem possivelmente associados à tentativa de suicídio. A amostra foi constituída por 240 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 18 a 68 anos, 120 pacientes estavam internados no Hospital da Restauração, mediante atendimento clínico (grupo controle) e outros 120 foram admitidos mediante tentativa de suicídio (grupo experimental). Os instrumentos utilizados foram um questionário sóciobiodemográfico, o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) e o questionário de esquemas de Young. Os resultados foram processados e analisados estatisticamente através de técnicas de estatística descritiva, além dos testes estatísticos Qui-quadrado de McNemar, Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas (técnicas de estatística inferencial). A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi 5,0%. Os principais resultados encontrados demonstram semelhança entre os grupos estudados quanto ao perfil sóciobiodemográfico, maior presença de estressores no grupo experimental, sendo os principais a vivência de uma separação afetiva e a existência de conflitos familiares, a condição psiquiátrica mais identificada na população foi o transtorno de ansiedade generalizada e a mais associada ao comportamento suicida foi a depressão maior. Os esquemas mais associados à tentativa de suicídio foram *abandono, padrões inflexíveis, privação emocional, vulnerabilidade a dores e doenças, autocontrole e autodisciplina insuficientes, desconfiança e abuso, isolamento social, fracasso, dependência e incompetência, merecimento, defectividade e vergonha e inibição emocional*. A presente pesquisa conclui que o aspecto mais associado ao comportamento suicida na população estudada foi a presença de determinados esquemas disfuncionais.

**Palavras-chave:** suicídio e esquemas; vulnerabilidade cognitiva para o suicídio; tentativa de suicídio e estressores.

## Abstract

Every year throughout the world, approximately one million people commit suicide and 10 to 20 millions make attempts to do that. Among the methods used in suicide attempts, the most common is the exogenic poisoning. Previous studies suggest similar cognitive aspects in individuals with suicide behavior. On the other hand, these studies do not yet characterize the most frequent thoughts of people who have these types of cognitive processing. Given this, the main goal of the present study was to identify the dysfunctional schemes which were probably associated to the suicide attempts. The sample was 240 patients of both gender, between 18 and 68 years of age. 120 patients were admitted at 'Hospital da Restauração' by clinical attendance (control group) and the others 120 were admitted by suicide attempt (experimental group). The instruments used were a sociobiodemographic questionnaire, the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.N.I) and the Young's schemes questionnaire. The results were processed and statistically analyzed using descriptive statistical techniques. Besides this, the Chi-square Mc-Nemar and the Pearson's Chi-square test were used. The Fisher Exact test was employed when the conditions for using the chi-square test were not verified (techniques of inferential statistics). The margin of error used on the decision of the statistical test was 5,0%. The main outcome showed a similar picture regarding the sociobiodemographic profile in both of the groups studied. In addition, there were more stressors on the experimental group than the control group. Among these stressors, the main ones were the experience of an affective separation and the existence of family conflicts. The psychiatric condition most identified in the population was the TAG, and major depression was the most one associated with suicidal behavior. The schemes most related to suicide attempts were abandon, uncompromising standards, emotional deprivation, vulnerability to pain and to sickness, insufficient self-control and self-disciplin, distrust and abuse, social isolation, failure, dependence and incompetence, deserving, defectiveness and shame, emotional inhibition. The present research conclude that the aspect most associated with suicidal behavior in the studied population was the presence of such dysfunctional schemes.

Key words: suicide and squemes; cognitive vulnerability to the suicide; suicide attemp and stressors

## 1. Introdução

O suicídio é caracterizado como a morte causada por danos auto-inflingidos diante da presença de qualquer grau de intenção para a morte (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

O suicídio está entre as dez principais causas de morte em todo o mundo e entre as três principais em jovens com idade entre 15 e 34 anos, aproximadamente 815 mil pessoas cometeram suicídio apenas no ano 2000, o que representa uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2000).

Em 2001, o suicídio representou 1,4% do fardo global de doenças, e as projeções indicam que atingirá 2,4% no ano de 2020 (BERTOLOTE, FLEISCHMANN, 2004).

No panorama brasileiro, as taxas de mortalidade por suicídio oscilam entre 3,5 e 4,6 óbitos por 100 mil habitantes. Entre os anos de 1998 e 2000, houve um aumento de 32,8% no índice de suicídio em homens, considerando-se todas as faixas etárias (BARROS *et al.*, 2004).

Para alguns autores, o crescimento das taxas de suicídio nos últimos vinte anos aumentou entre 200% a 400%, sobretudo em jovens e, independente da delimitação precisa desse índice, sabe-se que ele está aumentando consideravelmente. O mais preocupante é que embora tais números sejam alarmantes, a quantidade de tentativas de suicídio é cerca de 10 a 20 vezes maior que o suicídio consumado (MELLO, 2000).

As tentativas de suicídio diferem dos suicídios exitosos, por apresentar um comportamento não fatal, porém potencialmente danoso, apesar de não resultar necessariamente em algum tipo de ferimento. Esse último elemento é importante, pois ao considerar que alguém tente matar-se com uma arma, por exemplo, e esta tenha todas as condições necessárias para realizar o disparo, caso venha a travar e assim, não consumir o ato suicida, houve nessa circunstância o empreendimento de uma tentativa de suicídio, qualquer que tenha sido o grau de sua intenção de morte (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas (BOTEGA *et al.*, 2006).

Nos suicídios exitosos o método mais utilizado no Brasil é o enforcamento, seguido da morte por projétil de arma de fogo. Já nas tentativas de suicídio com sobrevivência, o mais comum são as intoxicações exógenas, onde se encontram a ingestão de inseticidas, superdosagem de medicamentos e ingestão de produtos para limpeza doméstica, dentre outros (VIANA *et al.*, 2008).

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) afirma que dos 107.958 casos de intoxicação humana registrados no ano de 2006, 23.089 foram atribuídos à tentativa de suicídio e dos 488 óbitos registrados no mesmo ano, 63,1% foram por suicídio. O SINITOX é composto atualmente por uma rede de 37 Centros de Informação e Assistência Toxicológica localizados em 19 estados brasileiros, dentre eles o CEATOX-PE que funciona no Hospital da Restauração em Recife (FIOCRUZ, 2008).

Estudos associam pensamentos (ideação) suicidas ao risco de tentativas de suicídio e estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidam tinham, previamente, ideiação suicida. A gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio, que é, por sua vez, o principal fator de risco para o suicídio. Evidenciam-se, então, relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas (DALGALARRONDO *et al.*, 2006).

Beck *et al.* realizaram uma pesquisa prospectiva, em um período de 5 a 10 anos, acompanhando 207 pacientes internados que apresentavam ideiação suicida, mas que nunca tentaram suicídio. Destes, 6,7% (14 pacientes) empreenderam o ato e consumaram suas mortes, o que ratifica a presença da associação entre pensamento e comportamento e a importância do primeiro para determinação deste (BECK *et al.*, 1985).

Contudo, vale ressaltar que apesar de haver uma singular relação entre ideiação suicida e ato suicida, estes diferem entre si. O primeiro refere-se a quaisquer pensamentos ou demais elementos cognitivos como imagens, vozes que apresentem ou mantenham a idéia de morte intencional. O ato suicida, diferentemente, está associado ao comportamento auto-infligido, com qualquer variação na intenção de morte, mas que resulta ou não nesta propriamente dita. Se culminar na morte do indivíduo, é considerado suicídio (CROSBY, 2007).

Como a ideação suicida é um importante fator de vulnerabilidade ao suicídio, nos últimos anos estudos sobre vulnerabilidade cognitiva e pensamentos associados ao suicídio têm sido considerados indispensáveis não apenas para conhecer as possíveis bases etiológicas do fenômeno, mas, sobretudo, para alcançar medidas profiláticas que interrompam os altos índices de morte.

Na Europa, cerca de 14,7% da população geral que nunca tentou suicídio, apresentou idéias suicidas, esse índice parece aumentar a cada ano, com taxas de incidência de 4,6% (HINTINKKA *et al.*, 2001).

Na Austrália, em entrevista realizada com 2501 pessoas, 5,6% dos homens e 5,3% das mulheres apresentaram ideação suicida (GOLDNEY, 2000).

A ideação suicida é uma variável psicológica que além de caracterizar eventuais crises suicidas está também associada ao grau de letalidade, assim é um componente cognitivo com grande potencial preditor para a morte por suicídio.

Outra variável psicológica associada à ideação suicida e tentativas de suicídio é a desesperança ou expectativas negativas para o futuro. A desesperança é conceituada como uma distorção cognitiva caracterizada pela ausência de controle sobre os eventos futuros ou pelas expectativas de conseqüências negativas sobre o futuro (DONALDSON *et al.*, 2000).

A intensidade das idéias de morte foi mais correlacionada com a desesperança que com os sintomas da depressão. Estudo realizado em 384 pacientes hospitalizados por tentativa de suicídio identificou 76% de associação entre desesperança e o ato suicida (BECK, KOVACS, WEISSMAN, 1975; MINKOFF, BERGMAN, BECK, 1973; WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

A desesperança chega a aumentar em pelo menos três vezes mais a probabilidade de um comportamento suicida. Quanto maior a desesperança, independentemente de outros fatores como depressão, por exemplo, maior o nível de intenção suicida (MCMILLAN *et al.*, 2007).

O pensamento de perfeccionismo também aparece como um correlato das tentativas de suicídio e predispõe o indivíduo para a ideação suicida, sobretudo a dimensão do perfeccionismo intitulado *socialmente prescrito*. Este é considerado em relação a um âmbito interpessoal, que envolve percepções

da própria necessidade em comparação a possibilidade de atender às expectativas dos outros (HUNTER, O'CONNOR, 2003).

As variáveis psicológicas fornecem um importante conhecimento acerca desse fenômeno, por explicar em partes por que pessoas com aspectos demográficos ou diagnósticos psiquiátricos considerados de risco para o comportamento suicida, nunca cometeram tal ato.

O modelo cognitivo, proposto por Aaron Beck, afirma que as variáveis cognitivas, motivacionais e vegetativas de transtornos psíquicos podem ser causadas e mantidas por distorções na cognição. O indivíduo com algum transtorno psiquiátrico apresenta assim uma percepção distorcida de si, do mundo e dos outros e do futuro, que são advindas das crenças e esquemas e se manifestam sob a forma de pensamentos automáticos distorcidos, o que foi denominado por Beck de Tríade Cognitiva (BECK *et al.*, 1967).

Os conteúdos das representações simbólicas, que direcionam a tríade cognitiva, serão os responsáveis pela formação da estrutura organizacional do pensamento. Esta é formada por pensamentos automáticos, crenças intermediárias, centrais e esquemas (CAMINHA *et al.*, 2003).

Os pensamentos automáticos distorcidos são instâncias mais superficiais da organização cognitiva e surgem em decorrência de situações do cotidiano, na maioria das vezes de forma não consciente, de maneira rápida e involuntária (WONG, 2008).

As crenças são idéias rígidas, globais e supergeneralizadas, construídas para obter um sentido de organização e linearidade das experiências e ambiente, de maneira coerente, a fim de propiciar um funcionamento adaptativo (BECK, J., 1997).

O esquema é a esfera mais anterior do pensamento e constitui uma estrutura relativamente coesa e persistente que tem como função filtrar, codificar e avaliar os estímulos aos quais o organismo é submetido, direcionando a percepção e avaliação. Com base nessa matriz esquemática, o indivíduo orienta-se no tempo e espaço e pode vir a categorizar e interpretar experiências de forma significativa (YOUNG, 2003).

Identificar traços cognitivos e comportamentais peculiares as pessoas que efetivamente tentaram suicídio, bem como relacionar a maior frequência desse comportamento a variáveis sóciobiodemográficas torna viável a

construção e desenvolvimento de uma intervenção terapêutica específica para o indivíduo que vivenciou a tentativa e para aqueles que apresentam pensamentos suicidas em níveis que inspiram cuidados.

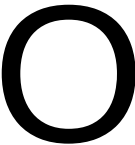
Além disso, estudar esferas de variáveis psicológicas do comportamento suicida, com o menor tempo possível entre a tentativa e a avaliação pode conferir maior acurácia na identificação dos fatores associados ao ato empreendido.

Diante disso, a presente pesquisa pretendeu identificar os pensamentos e esquemas manifestados por indivíduos que tentaram suicídio e diferenciá-los daqueles indivíduos que nunca empreenderam tal ato.

A produção dessa dissertação pretende propiciar dados relevantes quanto à temática referida, possibilitando o conhecimento de pensamentos que possam ser reconhecidos como fator de vulnerabilidade para a tentativa de suicídio, e assim ajudar a refinar o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil, delineando estratégias preventivas, que possam identificar precocemente o risco e propiciar a intervenção antes mesmo de uma crise, diminuindo o alto custo individual e social, como assistência a saúde mental do paciente e dos familiares, hospitalização, medicamentos, perda ou dificuldades nas atividades laborais, entre outras implicações.

## 2. Revisão da literatura

### 2.1 Suicídio

 O comportamento suicida é retratado desde a mitologia grega. Hércules, herói grego, usou o fogo para pôr fim a sua vida e Narciso recorreu ao instrumento para admiração de si mesmo, atirando-se à água que refletia a sua própria imagem. Aristóteles e Demóstenes no século IV a. C. puseram fim às respectivas existências através de intoxicações exógenas, ingerindo cicuta. Durante a era Cristã, Judas Iscariotes utiliza-se do enforcamento para matar-se (BAPTISTA, 2004).

Apesar da sua longínqua existência, o fenômeno do suicídio dificilmente é incorporado ao imaginário das pessoas como uma ação pertinente ao comportamento humano. Contrários à legitimação de tal ato, a sociedade inclusive já tentou contê-lo através das décadas, punindo a ação suicida.

Nas épocas remotas a morte voluntária foi considerada um crime, onde era negado inclusive o direito a ritos fúnebres e sepultamentos junto aos que morreram involuntariamente. No início do século XIX, na Inglaterra e País de Gales, os suicidas eram penalizados através do confisco dos bens e dos bens de seu cônjuge (JAMISSON, 2002).

Ainda no século XVIII a Europa já empreendia tentativas de sobrepujar a manifestação de idéias suicidas, mesmo em obras literárias. Goethe, escritor alemão, publicou em 1774 o seu primeiro livro intitulado *Os sofrimentos do jovem Werther*, obra que com rápida e grande repercussão, foi responsabilizada pelo aumento do número de suicídios da época, despertando repugnância em grande parte dos europeus. A história versa sobre uma possível autobiografia, Goethe apaixona-se por Charlotte Buff, que tinha um noivo com quem se casou. O livro mantém o nome de Charlotte à jovem por quem se apaixona o personagem principal, Werther. Este escreve cartas que descrevem desde o encantamento por Charlotte e reflexões acerca dos conflitos de uma época, até seu sofrimento e desfecho pelo amor não correspondido, o suicídio (GOETHE, 2010).

Os relatos mais antigos acerca do primeiro uso da palavra suicídio datam de 1642, quando Thomas Browne a utilizou em sua obra, *Religio Médici*,

para designar a morte voluntária. As palavras são oriundas do latim (*SUI* – si mesmo; *CAEDES* - morte) e significam morte de si mesmo (JAMISSON, 2002).

Apesar da extensa especulação sobre a referida temática, contida em textos literários, relatos de caso e manifestações artísticas, uma obra dedicada integralmente ao estudo e explanação científica do assunto obteve expoência quanto aos conceitos abordados e seu alcance no tempo. *O suicídio* obra de Émile Durkheim busca explicações para o comportamento suicida a partir da perspectiva sociológica.

O sociólogo Durkheim definiu em 1897 o suicídio como:

Todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado (1986, p. 10).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000) o suicídio é caracterizado por um ato de violência auto-infligida, onde o indivíduo é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto do fenômeno complexo que o conduz à violência máxima, o assassinato de si mesmo.

Apesar da intenção letal não ser ainda considerada determinante para a definição do comportamento suicida, a consciência dos possíveis danos que esse comportamento possa ocasionar é algo indispensável para a sua definição, como também pode ser observado na definição proposta pela OMS (2001), “o suicídio é um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (p. 66).

Anualmente cerca de um milhão de pessoas cometem suicídio no mundo e aproximadamente 10 a 20 milhões tentam o suicídio. O Brasil apresenta em média quatro a seis óbitos por suicídio em 100.000 habitantes e se encontra entre os 10 países com maiores índices de suicídio no mundo (VIANA *et al.*, 2008; LOVISI *et al.*, 2009).

Em 2000 o suicídio foi a quarta maior causa de morte no mundo, entre pessoas com idades de 15 e 44 anos, constituindo uma média de 14,5 óbitos em cada 100.000 habitantes. No ano de 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que cerca de um milhão de mortes aconteceu devido ao

suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos em todo o mundo (TUREKI *et al.*, 2007).

Em seu primeiro relatório sobre mortes violentas, a OMS afirmou que no ano de 2000 cerca de 815.000 pessoas morreram por suicídio, enquanto a soma de mortes por homicídio foi de 520.000 e a por conflitos 310.000. O preocupante nesses números além do alto índice é que as duas últimas taxas vêm sendo reduzidas enquanto a primeira apenas aumenta (LAURANCE, 2002).

Estima-se que os coeficientes das tentativas de suicídio sejam cerca de dez vezes superiores aos do suicídio exitoso, esse índice é ainda mais preocupante ao considerar que entre 15% e 25% das pessoas que tentaram suicídio e não conseguiram, tentarão se matar no próximo ano e 10% o consumará nos próximos dez anos (BOTEGA, RAPELLI, 2002).

Segundo a OMS (2001) a tentativa de suicídio é definida como:

Todo ato com um desfecho não fatal, quando o indivíduo deliberadamente inicia um comportamento não habitual, que sem a intervenção de outros, poderá lhe causar lesão física ou uma excessiva ingestão de substância, cujo objetivo do sujeito é o desejo expresso de obter uma real consequência física (p. 10).

As tentativas de suicídio aparecem mais associadas ao sexo feminino, enquanto ao sexo masculino se atribui um maior índice de suicídios exitosos, devido a facilidade de acesso a meios letais, bem como pela influência do aprendizado cultural sobre a relação entre o gênero masculino e a violência. Nos Estados Unidos, aproximadamente quatro vezes mais homens morrem por suicídio que mulheres, embora as mulheres tentem cometer suicídio de duas a três vezes mais que os homens. (TUREKI *et al.*, 2007; SUOKAS *et al.*, 2001; OQUENDO *et al.*, 2001; ROY, JANAL, 2006).

O único país que relata taxas de morte maiores em mulheres é a China, onde a probabilidade de mulheres cometerem suicídio é quase quatro vezes maior que os homens. Tal dado parece estar associado a conflitos de gênero, que são evidenciados nessa sociedade pela menor importância social atribuída

à mulher e pela grande disparidade econômica existente entre o sexo masculino e feminino (PHILLIPS *et al.*, 2002).

Dube *et al.* (2001) encontraram em uma amostra de 9.000 pessoas cerca de 400 que relataram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida, sendo três vezes maior o número de mulheres.

Quanto à associação entre risco de suicídio e orientação sexual, como ela não é identificada nas certidões de óbito, os resultados são ainda imprecisos. Contudo, alguns estudos indicam que homens que têm parceiros do mesmo sexo, são 2,4 vezes mais vulneráveis ao comportamento suicida que aqueles que têm parceiras do sexo oposto. Essa diferença não é significativa quanto ao sexo feminino (GILMAN *et al.*, 2001).

As diferenças entre o sexo masculino e feminino também se apresentam quanto às faixas etárias, o método mais comumente utilizado e as razões expostas para o suicídio, dentre outras.

A maioria das mulheres que tenta suicídio são mulheres asiáticas, têm idade abaixo dos 30 anos, apresentam baixo nível socioeconômico e utilizam como principal método para o suicídio a intoxicação exógena, sobretudo remédios e veneno (WERLANG; KELLER, 2005).

Apesar do aumento do número de tentativas de suicídio em mulheres idosas, a faixa etária mais freqüente em mulheres ainda é a que vai de 15 a 19 anos (BAPTISTA, 2004).

A morte por suicídio em homens é mais comum indivíduos brancos, não hispânicos, índios americanos, entre as pessoas com mais idade, com menor condição socioeconômica que a média da sua cultura, solteiros, divorciados ou viúvos e veteranos de guerra (LOEBEL, 2005; KAPLAN *et al.*, 2007; WENZEL, BROWN, BECK, 2010; OLSON, WAHAB, 2006).

A morte em idosos é ainda pouco considerada em sua importância, sobretudo porque as taxas de suicídio em países industrializados têm aumentado com a idade, sobretudo em homens idosos, além disso, o comportamento suicida em pessoas idosas é mais efetivo, com maior taxa de mortalidade que em pessoas mais jovens (CATTELL, 2000).

Estudos realizados, principalmente na Europa e Ásia, afirmam um aumento na taxa de suicídio entre idosos em ambos os sexos na Dinamarca,

nos homens em Israel e nas mulheres na França, Bulgária, Islândia e Malta (SHAH *et al.*, 2008).

O problema do suicídio na população de idosos tem sido mais sério na Ásia, sobretudo no Japão. Esse fato é agravante porque o japonês tem a perspectiva de vida mais longa do mundo e neste país as taxas de suicídio tem sido maiores em indivíduos com mais de 65 anos que em outras faixas etárias, configurando 29% de todas as mortes por suicídio (OYAMA *et al.*, 2004).

Embora nos EUA apenas 13% da população seja constituída por idosos, 18% das mortes por suicídio na década de 90 estão relacionados com os idosos. Entre todos os grupos de idade, o suicídio efetivo está mais presente em homens brancos com idade igual ou acima de 75 anos. Alguns estudos prevêem que os índices de suicídio em idosos acima de 65 anos chegarão a 35% em 2030 (MITTY; FLORES, 2008).

Os homens idosos apresentam maior eficácia no comportamento suicida que em mulheres da mesma faixa etária. Na maioria dos países industrializados, essa taxa é de duas a quatro vezes maior. Acima dos 85 anos esse índice chega a ser 53:1 (POWER; BROPHY, 2008).

Já no período da adolescência é o sexo feminino que apresenta maior taxa de ideação e tentativa suicida em comparação com o sexo masculino. A proporção estimada é de quatro vezes mais ideação suicida e três vezes mais tentativa de suicídio nas garotas que em garotos. Tal fenômeno parece estar também associado ao fato de que as meninas apresentam maiores índices de depressão que os meninos, aumentando assim a probabilidade de ideação e tentativa de suicídio (BORGES, 2006).

Em uma pesquisa realizada com doze adolescentes, com faixa etária entre treze e dezenove anos, que tentaram suicídio no Brasil foi identificado, como principal motivo para a tentativa de suicídio, os rompimentos de namoros (VIEIRA *et al.*, 2009).

A avaliação de componentes de risco para o comportamento suicida na adolescência proporciona o que se considera um modelo de risco acumulativo. Este afirma que adversidades na infância, como fome, violência doméstica, abuso, ausência de figuras de segurança; problemas de saúde mental, dentre eles a exposição ao estresse podem se combinar e influenciar o risco para o suicídio (FERGUSON *et al.*, 2003).

Há um amplo conjunto de fatores de risco para o comportamento suicida, dentre eles os mais freqüentemente apontados para todas as faixas etárias são a existência de transtornos mentais, sobretudo depressão e alcoolismo, perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, conflitos familiares, marcados principalmente pelo desamparo, personalidade com traços intensos de impulsividade e agressividade, ter acesso a meios letais e determinadas circunstâncias clínicas como doenças crônicas incapacitantes (BOTEGA *et al.*, 2006; PRIETO, TAVARES, 2005).

Dentre as doenças orgânicas que se relacionam com o comportamento suicida, aquelas que afetam diretamente o sistema nervoso são as mais determinantes, tais como a AIDS, doença de Huntington, traumatismo de crânio e encéfalo, epilepsia e acidentes vasculares cerebrais (SHER *et al.*, 2001).

Além destas, doenças como o câncer, transtornos neurológicos severos, doença pulmonar obstrutiva crônica e doença renal fora de possibilidade terapêutica para cura, bem como dor crônica são identificadas em cerca de 30% a 40% dos indivíduos que morreram por suicídio, tentaram suicídio ou apresentam ideação suicida (HUGHES, KLEESPIES, 2001).

Apesar de algumas doenças clínicas estarem associadas ao risco de morte voluntária, o início ou agravamento de transtornos psiquiátricos, sobretudo depressão, esquizofrenia, transtorno de personalidade borderline e abuso ou dependência de substâncias químicas, estão presentes em mais de 90% dos indivíduos que morrem por suicídio (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2004., 2003; SHER *et al.*, 2001).

Cerca de 10% de todas as pessoas com algum transtorno psiquiátrico cometem suicídio e em cerca de 90% dos casos de suicídios as pessoas apresentavam alterações psicopatológicas no âmbito do pensamento e vontade, além de transtornos mentais no momento do ato suicida. Geralmente, tais pessoas são portadoras de mais de um tipo de transtornos mentais (PRIETO, TAVARES, 2005; TURECKI, 2001).

Dados da WHO (2000) afirmam que os transtornos de humor são os mais relacionados ao comportamento suicida, apresentando-se em cerca de 30% dos casos. Em segundo lugar, posicionam-se os transtornos relacionados às substâncias químicas, com 17,6% dos casos, seguidos pela esquizofrenia, com 14,1% e, por último, os transtornos de personalidade, com 13% dos casos.

Aproximadamente 15% dos pacientes com depressão realizaram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida e cerca de 10% morreram por suicídio. Em média 50% das pessoas que se suicidaram foram diagnosticados com depressão maior, transtorno que aumenta em 20 vezes o risco de morte por suicídio quando comparado a pessoas sem depressão (WENZEL, BROWN, BECK, 2010).

Prieto e Tavares (2005) afirmam que as características cognitivas identificadas nos indivíduos com depressão maior e que tentaram suicídio são diferentes das características cognitivas de pessoas com o mesmo transtorno, mas que não tentaram tirar sua própria vida. As pessoas com história pregressa de suicídio manifestavam a presença de muitos pensamentos de desesperança.

Ainda na esfera dos transtornos afetivos, o transtorno bipolar também tem sido considerado um importante preditor para a tentativa de suicídio. Pessoas com depressão como primeiro episódio do transtorno bipolar têm maior possibilidade de cometer suicídio. Um estudo também constatou que existe uma maior associação entre pessoas que possuem o transtorno bipolar tipo II (no qual não há intervalos entre depressão e mania e sim oscilações entre quadros de depressão e hipomania) e o suicídio (NEVES *et al.*, 2009).

Ter transtorno bipolar aumenta em média 15 vezes o risco de morte por suicídio que em pessoas sem esse diagnóstico, sobretudo se o indivíduo estiver na fase depressiva da doença (HAWTON, HARRISS, 2006).

A esquizofrenia e os transtornos do espectro psicótico são também diagnósticos freqüentes entre as pessoas que tentaram ou morreram por suicídio, ser acometido por uma dessas doenças aumenta cerca de 8% o risco de comportamento suicida em comparação com pessoas sem síndromes psicóticas. Cerca de 40% das pessoas com esquizofrenia já empreenderam pelo menos uma tentativa de suicídio (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2004; MELTZER, 2003).

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias, sobretudo o álcool, aumenta cerca de seis vezes o risco no envolvimento de comportamentos ou idéias de morte voluntária. Em média 7% a 8% das pessoas que morreram por suicídio dependiam do álcool (WENZEL, BROWN, BECK, 2010).

Os transtornos de ansiedade são as entidades nosológicas mais conflitantes quanto à relação com a tentativa e comportamento suicida. Em revisão de meta-análise, realizada por Harris e Barraclough (1997) o transtorno de ansiedade generalizada foi associado a seis vezes mais risco de suicídio, seguido do transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de pânico.

Contudo, Wenzel et al. (2003) não encontraram em seus estudos evidências significativas para a associação entre os transtornos de ansiedade e o suicídio, sugerindo que os sintomas experimentados seriam fator de risco indireto para a ideação suicida.

Os diagnósticos do eixo II são também estudados na associação com o risco de morte voluntária. Aproximadamente 20% dos pacientes com transtorno de personalidade borderline empreenderam alguma tentativa de suicídio em um período de dois anos e a maioria dos pacientes relata em média já ter realizado cerca de três tentativas ao longo da vida (LINEHAM, 2010).

O número de tentativas de suicídio empreendidas ao longo da vida do indivíduo é um aspecto relevante, pois tem sido considerado o mais importante preditor para o suicídio, aumentando em média 40 vezes uma eventual morte por suicídio, além de apresentar relação significativa com a gravidade da ação letal (BEAUTRAIS, 2001; OQUENDO *et al.*, 2001; SUOKAS *et al.*, 2001; BROWN *et al.*, 2000).

Alguns estudos consideram que as múltiplas tentativas de suicídio estão relacionadas à presença de abusos físicos ou sexuais ocorridos na infância, diferindo significativamente daquelas pessoas que empreenderam apenas uma tentativa (TALBOLT *et al.*, 2004).

O aumento da probabilidade de uma nova tentativa de suicídio, diante de uma anteriormente empreendida, também pode estar associado à aprendizagem de comportamentos ou padrões de pensamentos aprendidos na família. A presença de histórico familiar de suicídio ou tentativas suicidas está significativamente relacionada a múltiplas tentativas efetivadas pelos descendentes quando comparados aos indivíduos que realizaram apenas uma (CHENG *et al.*, 2000; FORMAN *et al.*, 2004).

Além de efetuar mais tentativas de suicídio, as pessoas com história familiar neste ato apresentam também níveis elevados de depressão e

desesperança quando comparados aos indivíduos sem história familiar ou pregressa de tentativas (BECK *et al.*, 2005).

Alguns estudos mencionam que mesmo considerando a variável do aprendizado de comportamentos e variáveis psicológicas advindos da família, haveria a possibilidade de transmissão genética para o comportamento suicida (BRENT, 2002).

Os parentes biológicos de indivíduos que cometeram suicídio apresentam taxas maiores de comportamento suicida que parentes de indivíduos não-suicidas. Dentre os pacientes psiquiátricos com histórico familiar de suicídio, verificou-se que 48,6% destes tentaram suicídio, em comparação com 21,8% de pacientes com o mesmo transtorno psiquiátrico, mas sem história familiar de suicídio (LALOVIC *et al.*, 2007).

Nesse cenário, o polimorfismo do promotor da proteína transportadora da Serotonina (5-HTTLPR) parece ser um dos mais envolvidos, sendo apontado por estudos multicêntricos como o principal fator de risco genético relacionado com os transtornos afetivos e suas conseqüências, como o suicídio, principalmente quando associados a eventos estressores (SEGAL, 2009; OLIVEIRA, 2000; FERTUZHINHOS *et al.*, 2004; CASPI *et al.*, 2003).

Os baixos níveis de serotonina, também provocados pela presença do 5-HTTLPR, podem estar associados com o suicídio por apresentar relação com a impulsividade, a instabilidade e a tendência de reagir exageradamente às situações. Levando em consideração que o ato de se matar é muitas vezes configurado com um ato impulsivo, pode-se pensar na influência dos níveis de serotonina à decisão (BARLOW, DURANT, 2008).

Pesquisa com adolescentes que tentaram suicídio encontrou medidas significativamente maiores de agressividade e tendência a violência impulsiva ao longo de suas vidas em comparação com adolescentes do grupo controle não-suicida. Essa diferença foi atribuída a uma desregulação encontrada no sistema serotoninérgico da população que tentou suicídio (LALOVIC *et al.*, 2007).

Modelos recentes de processamento da informação sugerem que uma importante ação na manifestação de sintomas psicopatológicos é desenvolvida pelas associações rápidas realizadas na evocação automática da memória. Nesse sentido, essas associações automáticas podem ocupar um lugar

importante na orientação de comportamentos impulsivos, espontâneos e incontroláveis que estão de alguma forma associados a fenômenos psicopatológicos. Pacientes que tentaram suicídio relatam freqüentemente a dificuldade em controlar pensamentos suicidas e de impedir que os mesmos entrem repetidamente em sua consciência (GLASHOUWER *et al.*, 2009; WENZEL, HAUGEN, SCHMUTZER, 2003).

Em indivíduos deprimidos, foi constatado que o nível de atenção encontrava-se alterado, com presença de hiperfoco ou atenção difusa, o que pareceu associado aos comportamentos suicidas. Nesse estudo o prejuízo na atenção presente nos pacientes deprimidos que apresentaram comportamentos suicidas no passado era mais evidente que em pessoas deprimidas que nunca tentaram suicídio (O'CONNOR *et al.*, 2007).

O hiperfoco também pode estar associado à presença de uma variável psicológica, geralmente presente na depressão e que é determinante na ideação e tentativas de suicídio, o perfeccionismo. O perfeccionismo é o esforço para obter resultados elevados nas suas realizações, dividindo-se em perfeccionismo adaptativo, que orienta e proporciona a obtenção de prazer relacionada às realizações pessoais difíceis e perfeccionismo mal adaptativo, quando as expectativas e os padrões são muito altos e não conseguem ser alcançados (DONALDSON *et al.*, 2000).

O perfeccionismo inclui duas variações, o socialmente prescrito trata da relativização entre as próprias expectativas e necessidades quanto às expectativas de outros, enquanto que o perfeccionismo voltado para si refere-se às próprias motivações para alcançar metas irrealísticas, que culminam em pensamentos dicotômicos (ver página 26) e atenção seletiva para falhas e defeitos (WENZEL, BROWN, BECK, 2010).

O perfeccionismo tem sido mencionado em alguns estudos como a variável que diferencia as pessoas com e sem ideação suicida independente da depressão e desesperança. A presença do perfeccionismo parece estar associada ao desencadeamento de estresse ou intolerabilidade a este, o que comumente aumenta o foco de atenção fornecido a falhas, erros, fracassos ou infortúnios (HEWITT *et al.*, 2006; O'CONNOR *et al.*, 2007).

Outros padrões de pensamentos também presentes nas síndromes depressivas são considerados fator de vulnerabilidade ao suicídio, o

departamento de Psiquiatria da Universidade de Toronto desenvolveu uma pesquisa que revelou uma associação entre a história pregressa de ideação suicida e determinados padrões cognitivos, e que estes podem ser reativados a partir de alterações do humor. A pesquisa afirma que pacientes deprimidos apresentam reincidência ao episódio depressivo diante do aumento da reatividade cognitiva, ou seja, uma maior facilidade na emergência de pensamentos ou estilos cognitivos inadequados na presença de leves flutuações do humor (WILLIAMS *et al.*, 2008).

Os pensamentos inadequados ou disfuncionais são também denominados, no âmbito da psicoterapia cognitiva, distorções cognitivas. As distorções são vieses sistemáticos que orientam a interpretação das experiências. Essas distorções podem levar o indivíduo a conclusões equivocadas por tornar os pensamentos mais rígidos, sobremaneira generalizáveis e inflexíveis (KNAPP, 2004).

Estudos têm apontado características cognitivas semelhantes em indivíduos com comportamento suicida, marcadas principalmente por tendências a pensamentos perseverativos, rigidez cognitiva, pensamento dicotômico e dificuldade de solucionar problemas de modo efetivo (WERLANG; KELLER, 2005).

Diversas pesquisas sugerem que indivíduos que tentam suicídio são desprovidos cognitivamente e emocionalmente de estratégias de enfrentamento de situações problemáticas. Pesquisas que investigaram aspectos neuropsicológicos de sujeitos com depressão e que tentaram suicídio, quando comparados com aqueles que têm depressão, mas não tentaram suicídio, indicam que nos primeiros há uma maior rigidez cognitiva (HARTWELL, 2001).

A capacidade de solucionar problemas é uma habilidade cognitiva complexa que pressupõe a aquisição do maior número de informações relevantes possível, sua posterior organização em estruturas de conhecimento, as quais serão armazenadas na memória e direcionarão a atenção do indivíduo, seu raciocínio, juízo e percepção (LENT, 2001).

A capacidade de resolução de problemas em indivíduos que tentaram suicídio é rigidamente organizada, estes apresentam dificuldade em conceber e testar novas idéias ou encontrar novas alternativas diante das dificuldades

emocionais. Assim, a ansiedade experimentada torna-se intolerável a tal ponto que o leva a considerar a própria morte. (WERLANG, KELLER, 2005).

Segundo Williams et al. (2008) essa rigidez cognitiva ou inabilidade na resolução de problemas resulta de uma possível associação de fatores, entre eles a desesperança e a falsa convicção de que não se pode fazer nada para mudar o futuro, o que suscita o indivíduo ao sentimento de ser indefeso e coagido pelas circunstâncias.

A desesperança é caracterizada pela ausência de controle sobre os eventos futuros ou pelas expectativas de consequências negativas sobre o futuro (DONALDSON *et al.*, 2000).

A desesperança é apontada como um importante fator de risco, sendo apresentado em diversos estudos como elemento preditivo do suicídio. Leahy (2002) em um estudo longitudinal, afirmou que a associação entre o suicídio e a desesperança é mais forte e mais estável que a associação com a depressão e uso de substâncias. Esse estudo mostra que a desesperança é um fator que influencia tanto o comportamento suicida como a ideação suicida.

De uma forma geral, antes da consumação do ato suicida, o paciente apresenta ideações suicidas, que são prioritariamente caracterizadas por perda da vontade de viver, desejo de estar morto ou acabar com a própria vida e autodestruição (KAPCZINSKI *et al.*, 2001).

O comportamento suicida, caracterizado pela intencionalidade do indivíduo na agressão auto-infligida, pode ocorrer em vários níveis, segundo um continuum de severidade que é constituído pela ideação suicida, ameaça suicida, gesto suicida, tentativa de suicídio e suicídio exitoso (WERLANG, BOTEAGA, 2004).

O suicídio é assim um ato complexo, que pode se apresentar em diferentes âmbitos, mas que resulta, sobretudo, de alterações no conteúdo do pensamento e na conduta do indivíduo, sendo entendido por estes como a única forma efetiva de lidar com os conflitos, sofrimento, sentimentos de desesperança e desamparo, além de estar associado às necessidades ou anseios frustrados ou que não foram satisfeitos (VIANA *et al.*, 2008; VOYER, CAPPELIEZ, 2002; RATNASINGAM, BISHOP, 2007; LOHR, TEGLASI, FRENCH, 2004; CALVETE, ESTEVEZ, CORRAL, 2007; SPECHT, CHAPMAN, CELLUCCI,

2009; CLARK, BECK, ALFORD, 1999; MOORHEAD, SAMARASEKERA, TURKINGTON, 2005; WRIGHT, CRAWFORD, DEL CASTILLO, 2009).

A desesperança, assim como a percepção de inutilidade, auto-crítica exacerbada e perfeccionismo aparecem em diversos estudos associados ao comportamento suicida e a um outro tipo de distorção também presente nesse fenômeno, denominado pensamento dicotômico (COLEMAN; CASEY, 2007).

A dicotomização do pensamento consiste em uma forma extremista de avaliar os fenômenos. A permanência no eixo negativo do pensamento dicotômico pode ser letal por diminuir a possibilidade de percepção de alternativas, o que aumenta a dificuldade de solucionar problemas, e reforçar a desesperança (WERLANG; KELLER, 2005).

Assim, a desesperança que acomete as pessoas que tentam suicídio é compreendida como uma inflexibilidade cognitiva, por se tratar de uma dificuldade em acreditar que existem alternativas não-suicidas para os problemas do cotidiano. Ocorreria então, pela rigidez cognitiva, um estreitamento de opções para solucionar problemas e, pela desesperança, uma falta de otimismo para continuar investindo na solução de determinada dificuldade, o que parece gerar idéias de morte (HARTWELL, 2001).

A ideação suicida é um dos principais preditores do comportamento suicida. Tais pensamentos são advindos de axiomas mais anteriores, denominados esquemas, os quais direcionam o funcionamento de estruturas cognitivas como a atenção, memória e percepção, orientando assim vieses de interpretação dos fatos. Esquemas disfuncionais podem causar crenças negativas sobre si mesmo, os outros e, sobretudo, o futuro, o que faz emergir pensamentos desesperançosos (GLASHOUWER *et al.*, 2009).

Segundo o modelo da terapia cognitiva proposto inicialmente por Aaron Beck, as distorções cognitivas ou erros cognitivos, que produzem pensamentos disfuncionais, como a desesperança ocorre no âmbito dos esquemas e direcionam a emergência de padrões cognitivos, que se manifestam, sobretudo, através dos pensamentos automáticos distorcidos (WONG, 2008).

Voyer e Cappeliez (2002) em seu estudo consideram que um evento adverso é mais ameaçador e potencialmente agressor se sua temática estiver relacionada a algum esquema disfuncional do paciente, tal proposição é denominada hipótese de congruência e foi reafirmada em estudos

desenvolvidos por diversos teóricos, inclusive na tradicional pesquisa de Beck et al. (1979).

Tal dado parece explicar por que embora haja relação entre transtornos psiquiátricos e suicídio, a maioria dos indivíduos diagnosticados com transtornos afetivos não comete suicídio. Esse dado indica e sugere que deve haver determinada vulnerabilidade cognitiva ou predisposição para o suicídio além da doença psiquiátrica por si (LALOVIC *et al.*, 2007).

Nesse sentido, a vulnerabilidade cognitiva e a resiliência surgem como dois fatores diferenciais. A vulnerabilidade potencializando o efeito adverso e a resiliência com o efeito contrário, fortalecendo o indivíduo através da habilidade de ser flexível e tolerante (FERGUSSON, 2003).

Isso não implica na afirmação de que doenças psiquiátricas estão desvinculadas do comportamento e idéias de morte, mas que a presença de algum transtorno específico não é suficientemente determinante para prever o comportamento suicida.

Porém, o conhecimento sobre esses fatores de risco não é suficiente para prever a ideação e o comportamento suicida. Identificar pacientes com risco de suicídio é uma difícil avaliação, pois vários fatores clínicos podem se correlacionar ou apenas estar associados ao risco de suicídio. Então, o ponto alto da avaliação é identificar os fatores que podem aumentar ou diminuir o nível de risco de tentativa de suicídio, para estimar, de uma maneira geral, o risco de suicídio e assim possibilitar o desenvolvimento de programas de tratamento que possibilitem maior segurança dos pacientes e modifiquem, quando possível, os fatores que contribuem para essa problemática.

## 2.2 Esquemas e suicídio

A psicoterapia cognitiva constitui uma abordagem psicoterápica, que se baseia na importância das variáveis cognitivas para o funcionamento saudável e patológico do indivíduo, bem como na influência que exerce para sua modificação.

Os pressupostos que embasam as abordagens cognitivo-comportamentais remontam ao início deste século, desenvolvendo-se primeiramente a partir dos estudos acerca do aprendizado animal. Tais estudos encontram na teoria darwiniana, que pressupõe a tese da continuidade entre os homens e os animais não humanos, as bases para o desenvolvimento de pesquisas com modelos animais, cujos resultados poderiam ser generalizados ao homem (HAWTON *et al.*, 1997).

A partir da década de 50, no século passado (XX), alguns trabalhos realizados no âmbito da psicologia comportamental começavam a reconhecer a importância de variáveis cognitivas na explicação dos “comportamentos encobertos” (CABALLO, 2008).

Ainda no século XX, os estudos que não se baseavam no pressuposto behaviorista e estavam relacionados à aquisição e uso da linguagem como expressão e organização da mente humana, bem como sua constituição, propostos pelo psicólogo russo Vygotsky e pelo antropólogo Lévi-Strauss, também estimularam a um novo Zeitgeist<sup>1</sup> que estava por vir (STERNBERG, 2000).

Nesse contexto, ao final da década de 50, uma revolução começou a se instaurar no âmbito da ciência psicológica visando devolver o fenômeno da mente ao estudo no campo das ciências humanas, a esse movimento se deu o nome de *Revolução Cognitiva*. Esta apresentava como objetivo primeiro o estabelecimento da questão do significado como o conceito central a ser estudado na psicologia. Segundo Bruner (p. 16, 1997):

---

<sup>1</sup> Zeitgeist - Palavra alemã que designa espírito de uma época (STERNBERG, 2000).

Sua meta era descobrir e descrever formalmente os significados que os seres humanos criavam a partir de seus encontros com o mundo e então levantar hipóteses sobre que processos de produção de significado estavam implicados. Ela (Revolução Cognitiva) focalizou as atividades simbólicas que os seres humanos empregavam para construir e extrair significado não apenas do mundo, mas de si mesmos.

A Revolução Cognitiva possibilitou o avanço de pesquisas experimentais sobre os fenômenos mentais e discussões acerca da relação mente e cérebro. Segundo Gardner (2003) a ciência cognitiva se baseia no pressuposto que é válido falar em representação interna, em um nível distinto entre as células nervosas e as normas comportamentais de uma determinada cultura.

O livro de Ulric Neisser, *Cognitive Psychology*, publicado em 1967, foi decisivo para o conhecimento do campo de saber denominado cognitivismo. Nesse livro a psicologia cognitiva é definida como o estudo da maneira como as pessoas aprendem, estruturam, armazenam e usam o conhecimento. Dentre as ciências cognitivas, a psicologia cognitiva busca estudar a natureza e função dos aspectos cognitivos, o ato de atribuir significado, a natureza de conceitos, a forma como as pessoas percebem, recordam, selecionam e pensam sobre a informação (STERNBERG, 2000).

Distintamente, mas não diametralmente oposta à psicologia cognitiva, a psicoterapia cognitiva constitui uma abordagem psicoterápica, que se baseia na importância das variáveis cognitivas para o funcionamento saudável e patológico do indivíduo, bem como na influência que exerce para sua modificação.

Assim, considera o destaque conferido ao papel mediacional da cognição em relação à avaliação de eventos internos e externos, além de se dispor à possibilidade de avaliar, medir e monitorar a atividade cognitiva, bem como a mudança comportamental que pode ser mediada pela mudança cognitiva (DOBSON; DOZOIS, 2006).

A unidade fundamental do conhecimento simbólico é o conceito, que é definido como uma idéia sobre algo, o qual possibilitará o processamento da informação e, por conseguinte, o ato de atribuir significado a algo. O conhecimento da natureza de conceitos disfuncionais, envolvidos em

determinadas psicopatologias, é estudado na psicoterapia cognitiva como uma forma de fornecer estratégias capazes de corrigir tais conceitos (BAHLS, NAVOLAR, 2004).

A psicoterapia cognitiva acredita que os indivíduos atribuem significados a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida e, com base nisso, comportam-se de determinada maneira, construindo diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. Assim, as pessoas reagem de diversas formas a uma situação específica, podendo chegar a conclusões variadas (BECK, 1987).

Segundo Judith Beck (1997), a psicopatologia é resultante de significados mal-adaptativos que o sujeito constrói em relação a si, ao contexto ambiental (experiência) e ao futuro (objetivos), que juntos formam a tríade cognitiva. Aaron Beck verificou então que alguns tipos de pensamentos automáticos distorcidos ou disfuncionais tinham uma associação específica com determinados transtornos psiquiátricos.

As distorções cognitivas ou erros cognitivos, que produzem pensamentos disfuncionais podem ocorrer no âmbito das crenças ou esquemas e se manifestam, sobretudo, através dos pensamentos automáticos distorcidos, assim os processamentos das informações realizados acerca do mundo se estruturam progressivamente, constituindo uma instância maior de crenças ou esquemas, as quais orientarão demais processamentos (WONG, 2008).

As crenças centrais ou nucleares são concepções fundamentais acerca de si, dos outros e futuro, têm caráter inflexível e diz respeito a um determinado conteúdo. Já as crenças intermediárias são regras de comportamento e pressupostos sobre a forma de se comportar, baseados na existência dos conteúdos das crenças nucleares (WENZEL, BROWN, BECK, 2010; BECK, J., 1997; BECK *et al.*, 1967).

Os esquemas são estruturas internas duráveis que se destinam a armazenar e organizar idéias, experiências, para que venham a ter significado, determinando assim a percepção e conceitualização dos fenômenos (BECK *et al.*, 1964; 1967).

O termo esquema não é exclusivo das ciências cognitivas. Durante o estoicismo, os filósofos se utilizaram dessa nomenclatura na designação de um

dos princípios da lógica, o esquema de inferência. Kant também fez uso dessa palavra, assim como a geometria, a educação, a análise literária, programas de computadores, entre outros, que utilizavam o conceito de esquema em referência a uma estrutura, uma armação ou conformação (YOUNG et al., 2008).

A noção de esquema como um constructo cognitivo passou a ser difundida por Bartlett há mais de 80 anos, foi utilizada por Piaget na década de 30, no século passado, continuou a ser utilizada extensamente durante 1970 pela psicologia cognitiva e social e também foi restabelecida ao uso por Beck a partir de 1964 (LEAHY, 2002).

Segundo Beck et al. (1967, p. 283):

Um esquema é uma estrutura cognitiva que filtra, codifica e avalia os estímulos aos quais o organismo é submetido... Com base na matriz de esquemas, o indivíduo consegue orientar-se em relação ao tempo e espaço e categorizar e interpretar experiências de maneira significativa.

Para Eysenck e Keane (2007) os esquemas são representações únicas construídos na interação do indivíduo com o ambiente, que podem conter conjuntos sobrepostos, o que pode ocasionar a ativação de vários esquemas a partir do input de um único esquema, além disso a ativação de uma parte do esquema implica na manifestação de toda a sua totalidade.

Por orientar a percepção dos indivíduos de maneira consistente, regular e perpetuadora, Beck et al. (1967) considera que os esquemas favorecem a emergência de psicopatologias por orientar uma tendenciosidade na interpretação errônea dos eventos, atitudes disfuncionais e metas pouco realistas.

Apesar de Aaron Beck trazer à psicoterapia cognitiva o conceito de esquemas, foi Young e seus colaboradores (1990) que desenvolveram tal noção, no âmbito cognitivo comportamental.

A contribuição da teoria do apego, da gestalt, da teoria construtivista e psicanalítica orientou Jeffrey Young e colaboradores a desenvolverem por volta de 1990 a teoria do esquema e, por conseguinte, uma proposta psicoterápica

cognitivo-comportamental baseada nesse pressuposto, a terapia do esquema (YOUNG *et al.*, 2008).

Segundo Young *et al.* (2008, p. 22):

Um esquema é um padrão imposto à realidade ou à experiência para ajudar os indivíduos a explicá-la, para mediar a percepção e para guiar suas respostas. Esquema é uma representação abstrata das características distintivas de um evento, uma espécie de esboço de seus elementos de maior destaque.

Em uma nova revisão realizada por Jeffrey Young sobre a teoria dos esquemas, ele aponta como características principais desse constructo a presença de um tema amplo e difuso, composto por memórias, emoções e sensações somáticas, que orientam percepções sobre si e sobre outros, os quais foram desenvolvidos na infância e adolescência e que continuam a ser elaborados ao longo da vida do indivíduo com relativa compatibilidade com os esquemas iniciais (YOUNG *et al.*, 2008).

Segundo Young (2003) a razão da estabilidade dos esquemas está associada à necessidade de evitar uma possível perturbação na organização cognitiva, a qual pode vir a ameaçar a estabilidade do indivíduo. Assim, para manter o que Young denomina “coerência cognitiva”, o indivíduo pode inclusive produzir distorções no pensamento para manter a legitimidade do esquema e com isso manter uma perspectiva estável, mesmo que imprecisa, sobre si, os outros e o mundo.

Os esquemas não são necessariamente distorcidos ou disfuncionais, apenas alguns deles são compostos por conteúdos mnemônicos produzidos sem alguma relação com a realidade (ver falsas memórias) ou que foram distorcidos e posteriormente utilizados. Estes são denominados Esquemas Iniciais Desadaptativos ou EIDs (YOUNG *et al.*, 1990).

Segundo Young *et al.* (2008) os esquemas iniciais desadaptativos resultariam de necessidades emocionais fundamentais não-satisfeitas na infância, sendo elas: vínculos seguros com outros indivíduos, autonomia, competência, senso de identidade, liberdade de expressão, espontaneidade, lazer, limites estabelecidos e autocontrole; Além disso, as primeiras experiências infantis (influência ambiental), bem como aspectos emocionais

orientados segundo o temperamento do indivíduo também convergem para a emergência de EIDs.

Os esquemas iniciais desadaptativos identificados até então são 18: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento social/alienação, dependência/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento/self subdesenvolvido, fracasso, merecimento/grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficientes, subjugação, auto-sacrifício, busca de aprovação/busca de reconhecimento, negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/crítica exagerada e caráter punitivo (YOUNG *et al.*, 2003).

O quadro a seguir apresenta os 18 esquemas disfuncionais e suas principais características, segundo YOUNG *et al.* (2008).

| Esquemas desadaptativos disfuncionais |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Abandono e Instabilidade</i>       | Orienta à percepção que as pessoas são indignas de confiança e suas relações serão instáveis. Constroem-se baseados na incapacidade das pessoas importantes continuarem a lhe proporcionar apoio emocional, vinculação afetiva, proteção seja por serem emocionalmente instáveis, por imprevisibilidade ou por decisão deliberada. |
| <i>Desconfiança e Abuso</i>           | Refere-se à expectativa que os outros a irão agredir, abusar, humilhar, mentir, manipular, baseada na percepção de que tudo aquilo que a causa incômodos é realizado de maneira intencional e extrema por outras pessoas e que, por isso a maioria das pessoas que se                                                              |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                  | aproximam a provocação prejuízos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>Privação emocional</i>        | Relaciona-se a perspectiva de não ser apoiada emocionalmente se assim fosse necessário. A privação emocional pode se referir a falta de atenção, afeto, companheirismo (âmbito do cuidado), a falta de compreensão, da necessidade não satisfeita de se sentir ouvido e de compartilhar com outrem uma auto-revelação (âmbito da empatia) ou pela ausência de direcionamento, orientação (âmbito de proteção). |
| <i>Defectividade e Vergonha</i>  | Está relacionado à auto-percepção de imperfeição, inadequação, inferioridade, sentir-se má ou indesejada, o que implica em uma hipersensibilidade à crítica, à rejeição, gerando desconforto, comparações, sensação de culpa, insegurança em relação a outros e vergonha.                                                                                                                                      |
| <i>Isolamento e Alienação</i>    | Orienta o indivíduo a se basear na percepção de ser inadequado, diferente de todas as outras pessoas e de se sentir isolada ou não pertencida a algum grupo ou comunidade.                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Dependência/Incompetência</i> | Noção de incapacidade quanto a atividades cotidianas, crença de não conseguir lidar com responsabilidades de forma competente, considerando que não obterá ajuda de outros, o que                                                                                                                                                                                                                              |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             | remete a uma sensação de desamparo.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Vulnerabilidade</i>                      | É constituído por um estado de ansiedade quanto à expectativa de eventos adversos, o indivíduo acredita estar prestes a um desastre sem ser capaz de evitá-lo.                                                                                                                                                                    |
| <i>Emaranhamento e Self subdesenvolvido</i> | Refere ao incomodo gerado pela dificuldade de individuação, o indivíduo acredita não poder continuar a viver satisfatoriamente sem a presença de outrem que está excessivamente próximo. Pode ocasionar sentimentos de vazio e dificuldade de direccionar sua própria vida, o que pode vir a desencadear um questionamento vital. |
| <i>Fracasso</i>                             | Está relacionado à percepção de ser inferior, detentor de menos sucesso que outros por não ser competente quanto a realizações, relata fracassos ocorridos e têm expectativa quanto a outros eventos que ele venha a fracassar.                                                                                                   |
| <i>Merecimento/Grandiosidade</i>            | Pensar ser superior e com isso merecedor de privilégios especiais. Espera que as regras sociais sejam adaptadas as suas necessidades, independente do que é razoável, não se preocupa com os prejuízos que pode vir a causar a outrem e gosta de exercer posição de superioridade, como se relacionar com pessoas que             |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   | detém poder ou declarar seu poder pela imposição de pontos de vista, controle de comportamentos alheios, entre outros.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Autocontrole e Autodisciplina insuficiente</i> | Dificuldade expressa quanto à tolerância de frustração ou evitação exagerada de desconforto por problemas quanto ao exercício de autocontrole.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>Subjugação</i>                                 | Caracterizado por uma submissão excessiva, composta pela omissão de preferências, desejos, emoções para evitar retaliações, abandono e raiva. No desenvolvimento desse esquema há o pressuposto que as próprias necessidades emocionais não são válidas ou importantes, o que pode desencadear uma hipersensibilidade quando se percebe questionada, gerando comportamentos agressivos bruscos, sintomas psicossomáticos, retraimento, dramatizações e abuso de substâncias. |
| <i>Auto-sacrifício</i>                            | Orienta ao estabelecimento de um foco de atenção exacerbado à necessidade de outros e à busca de atender essas necessidades em detrimento de sua satisfação ou bem-estar pessoal. Tal esquema é baseado na finalidade de evitar culpa e na percepção que os outros são mais carentes. Pode ocasionar insatisfações pelo sentimento de não                                                                                                                                    |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   | ser adequadamente atendido nas suas necessidades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Busca de aprovação/Busca de reconhecimento</i> | Consiste em uma procura excessiva de aprovação, reconhecimento e atenção das outras pessoas, o que faz a auto-estima estar intimamente associada às reações das outras pessoas. Conduz o indivíduo a uma preocupação com a aparência, aceitação social, ganho de dinheiro e reconhecimento profissional para enfatizar o recebimento de aprovação social, admiração e atenção.                                                         |
| <i>Negativismo/Pessimismo</i>                     | Percepção de aspectos negativos de maneira ampla e difusa, assim a pessoa potencializa os fenômenos ou acontecimentos ruins e minimiza ou negligencia os aspectos positivos, o que gera uma perspectiva pessimista do futuro e dos problemas. Envolve um medo excessivo de cometer erros, lidar com perdas, humilhações, perder o controle, o que gera comportamentos de hipervigilância, pessimismo, queixas e preocupação excessiva. |
| <i>Inibição emocional</i>                         | Constitui a premissa da necessidade de segurança e previsibilidade por receio da desaprovação dos outros, medo de cometer erros e com isso ocasionar graves problemas, medo de perder o controle, o que detém uma comunicação e expressão                                                                                                                                                                                              |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | espontânea. O excesso de controle pode estar associado à inibição da raiva, estabelecimento de ordem e planejamentos excessivos, inibição de comportamentos positivos (alegria), preocupação com a rotina, dificuldade em expressar vulnerabilidades, ênfase na racionalidade e minimização de necessidades emocionais, entre outros.                    |
| <i>Padrões inflexíveis e crítica exagerada</i> | Necessidade de alcançar padrões altos em diferentes âmbitos da vida pelo medo de se expor a críticas. O indivíduo comumente apresenta foco de atenção excessivo em detalhes, perfeccionismo, regras inflexíveis, preocupação com tempo e eficiência, desempenho, a custo de possíveis prejuízos na saúde, relaxamento, auto-estima e em relacionamentos. |
| <i>Caráter punitivo</i>                        | Percepção de ser punido de maneira agressiva mediante a presença de erros, o que orienta a comportamentos de raiva, intolerância punição e impaciência consigo e com outros que cometam erros. Predispõe o indivíduo a dificuldade em perdoar, atenuar situações conflituosas e empatizar com os outros.                                                 |

Esses esquemas pressupõem e compõem um conjunto de estratégias cognitivas, comportamentais, experienciais e interpessoais compatíveis e peculiares a cada esquema. Estes foram descritos e agrupados ainda em cinco

domínios ou categorias mais amplas, os *Domínios do Esquema* (SALKOVSKIS, 2004).

O primeiro domínio é designado *Desconexão e Rejeição* e compreende os esquemas de abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação. O agrupamento desses esquemas disfuncionais converge à necessidade de segurança, estabilidade, cuidado, empatia, legitimação de sentimentos, aceitação, respeito e estabilidade ou constância nessas posturas e ações, que não foram supridas na infância (YOUNG *et al.*, 2003).

O desenvolvimento de EIDs nesse domínio refere-se à vivência de experiências familiares de cunho rejeitador, explosivo, imprevisível, abusivo, os quais remetem a um ambiente familiar com pouca vinculação e instável. Indivíduos que desenvolvem esquemas nesse domínio apresentam dificuldades para estabelecer vínculos seguros e satisfatórios com outros e têm a percepção que as necessidades de amor, segurança, cuidado e estabilidade não serão correspondidas (YOUNG *et al.*, 2008).

O segundo domínio estabelecido por Young e colaboradores (2008) é o de *Autonomia e Desempenho prejudicados*, os esquemas que compõem esse domínio são dependência/incompetência, vulnerabilidade, emaranhamento/self subdesenvolvido e fracasso. O domínio de autonomia e desempenho prejudicados é caracterizado por uma dificuldade na separação com membros da família, o que implica em deficiências no desempenho de competências de forma independente. As pessoas com EIDs nesse domínio se percebem intimamente vinculadas às figuras paternas e maternas, prejudicando o seu funcionamento independente e sua autoconfiança.

O aparecimento de esquemas nesse domínio está associado à presença de pais superprotetores ou a uma família intrusiva, que não se responsabiliza pelos cuidados com a criança e assim impedem o desenvolvimento da confiança da criança em si mesma (SALKOVSKIS, 2004).

O terceiro domínio é o de *Limites prejudicados*, este é composto por dois esquemas disfuncionais: merecimento/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes. A característica principal desse domínio é a dificuldade em obedecer a limites, o que foi provavelmente desenvolvido a partir de um ambiente com privação emocional. Por não haver

cuidados e interesse legítimo nas necessidades da criança, os cuidadores acabam por não delimitar regras, desenvolvendo um ambiente familiar extremamente permissivo, o que impede as crianças de desenvolver autocontrole e restringir impulsos para alcançar benefícios futuros (YOUNG et al., 2008).

Nesses casos, os indivíduos comumente apresentam dificuldades para respeitar direitos alheios, cooperar, manter compromissos ou cumprir objetivos, na maioria das vezes também apresentam traços de personalidade associados ao egoísmo, narcisismo e irresponsabilidade (SALKOVISKIS, 2004).

O quarto domínio foi denominado *Direcionamento para o outro*, este é geralmente construído a partir de um ambiente que oferece condições para a aceitação da criança, na maioria das vezes os pais orientam-se mais sobre as suas necessidades que as da criança, assim a estas são impostas restrições quanto a aspectos importantes no seu desenvolvimento para o recebimento de amor e aprovação. Os esquemas que compõem esse domínio são os de subjugação, auto-sacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento. Tais esquemas pressupõem um foco de atenção nos desejos, sentimentos e necessidades das outras pessoas em detrimento das suas próprias, que por vezes não detêm consciência do que seja, buscam por aprovação e tendem a evitar retaliações, sem com isso tentar conciliar as suas preferências (YOUNG et al., 2008).

O quinto e último domínio descrito por Jeffrey Young em colaboração com colegas foi o de Supervigilância e Inibição. Os indivíduos que possuem esquemas nesse domínio tendem a reprimir seus sentimentos para cumprir regras pré-estabelecidas por si mesmos, a fim de não comprometer seu desempenho, o que restringe sua possibilidade de relaxamento, auto-expressão, conservação da saúde e busca por realização e felicidade (YOUNG et al., 2003).

Tal necessidade se origina geralmente de vivências rígidas na infância, ambiente familiar rígido e impositivo, com predominância do autocontrole sobre a espontaneidade e o prazer. Essas pessoas têm déficits quanto à busca e aproveitamento de momentos bons, normalmente não têm situações prazerosas e permanecem hipervigilantes quanto a eventos negativos, potencializam a ocorrência deste para evitar outras situações adversas,

apresentando-se muito preocupado e pessimista. Os esquemas relacionados ao domínio V são negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/crítica exagerada e caráter punitivo (YOUNG *et al.*, 2008).

Para melhor entendimento a tabela seguinte apresenta a relação entre domínios de esquema e esquemas iniciais desadaptativos.

Tabela 2 – Domínios e Esquemas Iniciais Desadaptativos.

| <b>Domínios</b>                                | <b>Esquemas Iniciais Desadaptativos</b>                                                                                                       |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1 - Desconexão e Rejeição</b>               | <b>1-Abandono e instabilidade, 2-Desconfiança e abuso, 3-Privação emocional, 4-Defectividade e vergonha, 5-Isolamento social e alienação.</b> |
| <b>2 - Autonomia e desempenho prejudicados</b> | <b>6-Dependência e incompetência, 7-Vulnerabilidade ao dano ou doença, 8-Emaranhamento e self subdesenvolvido, 9-Fracasso.</b>                |
| <b>3 – Limites prejudicados</b>                | <b>10-Arrogo e grandiosidade, 11-autocontrole e autodisciplina insuficientes.</b>                                                             |
| <b>4 – Direcionamento para o outro</b>         | <b>12-Subjugação, 13-auto-sacrifício, 14-busca de aprovação e reconhecimento.</b>                                                             |
| <b>5 – Supervigilância e Inibição</b>          | <b>15-Negativismo e pessimismo, 16-inibição emocional, 17-padrões inflexíveis e postura crítica exagerada, 18-caráter punitivo.</b>           |

## **Perguntas condutoras**

- 1 Quais esquemas mais freqüentes entre as pessoas que tentam suicídio?
- 2 Há diferença entre os esquemas de pessoas que tentaram suicídio e o de pessoas que nunca empreenderam tal comportamento?
- 3 Há relação entre aspectos sóciobiodemográficos e tentativa de suicídio?
- 4 As pessoas que tentam suicídio apresentam alguma condição psiquiátrica associada?
- 5 Se existem condições psiquiátricas associadas à tentativa de suicídio, quais são?

## **Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Identificar os esquemas disfuncionais mais freqüentes entre as pessoas que tentaram suicídio por envenenamento.

### **Objetivos Específicos**

- 1 Descrever o perfil sóciobiodemográfico da população do estudo;
- 2 Identificar e descrever os esquemas disfuncionais dos participantes;
- 3 Avaliar a freqüência e distribuição das possíveis condições psiquiátricas associadas;

## **Descrição do estudo**

A presente pesquisa constitui um estudo descritivo, observacional e transversal sobre esquemas disfuncionais de pessoas que tentaram suicídio por envenenamento.

### 3. Método

#### Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital da Restauração, um hospital público da cidade do Recife-PE, que consta de uma das unidades do CEATOX (Centro de Assistência Toxicológica), o qual compõe uma rede brasileira de assistência a cuidados e pesquisas na área de intoxicação, o SINITOX (Sistema Nacional de Intoxicação).

#### Amostra

A amostra foi constituída por 240 indivíduos, 89 do sexo masculino e 151 do sexo feminino, com idade entre 18 e 60 anos que foram admitidos no Hospital da Restauração ao longo do ano de 2009, mediante atendimento clínico (grupo controle) ou diante de uma tentativa de suicídio, que aceitaram participar da referida pesquisa, mediante autorização conferida através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### Critérios de inclusão da amostra

1 Indivíduos que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1).

2 Pacientes de ambos os sexos, internados no Hospital da Restauração por tentativa de suicídio ou outros atendimentos clínicos, que no momento da entrevista não apresentavam risco de morte.

3 Pacientes que apresentaram condições cognitivas de lucidez e entendimento das questões relacionadas à pesquisa.

4 Indivíduos que compreendiam o idioma da língua portuguesa.

#### Critérios de exclusão da amostra

1 Pessoas que não apresentavam os requisitos para os critérios de inclusão;

2 Pacientes internados no CEATOX por envenenamento, mas cuja tentativa de suicídio não foi expressamente declarada pelo paciente.

3 Pacientes internados mediante atendimento clínico, mas que já realizaram alguma tentativa de suicídio.

4 Pacientes que manifestaram comprometimento cognitivo para o entendimento das questões referentes à pesquisa ou que não apresentaram condições clínicas para participar.

5 Pacientes que tentaram suicídio, com quadro clínico estável, mas se encontravam na UTI ou CTI.

## Instrumentos

A fim de caracterizar a amostra, foi utilizado um questionário sóciobiodemográfico (anexo 2). Para avaliar a presença de condições psiquiátricas associadas foi utilizado a MINI - Mini International Neuropsychiatric Interview na versão brasileira 5.0.0 (anexo 3). Para a identificação de pensamentos e padrões cognitivos, o questionário de esquemas de Young – versão curta (anexo 4) pareceu o mais adequado instrumento. São ainda instrumentos do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como já referido, que se encontra no anexo 1.

## Procedimentos

### Fase Pré-operacional

1 A coordenadora do CEATOX foi contatada sobre a intenção de desenvolver a pesquisa no referido local. Após o seu consentimento foi solicitada uma carta de anuência (anexo 5) para formalizar o pedido e aceite.

2 O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa do hospital da Restauração de Pernambuco (anexo 6).

3 Após a autorização do Comitê de Ética em questão, foi realizada exposição do projeto aos funcionários do CEATOX, no local do estudo, a fim de informar e solicitar colaboração para o estudo.

## Fase Operacional

1 Inicialmente foi realizado um estudo piloto com 10 participantes de cada grupo, sendo ao todo 20 indivíduos. Os dados advindos dessa etapa foram analisados, a fim de minimizar as dificuldades metodológicas e realizar as modificações necessárias.

2 O estudo foi desenvolvido no período de um ano com indivíduos que tentaram suicídio e, aqueles internados no local do estudo mediante atendimento clínico. Os indivíduos foram abordados através do encaminhamento do CEATOX, que informava diariamente sobre a entrada de pacientes que haviam tentado suicídio. Já os pacientes internados por atendimento clínico, eram abordados aleatoriamente, desde que houvesse condições clínicas e compatibilidade quanto ao sexo e faixa etária dos entrevistados no grupo experimental.

3 A fim de identificar com maior precisão possível as contingências específicas a cada grupo entrevistado, o sexo e a faixa etária dos participantes do grupo controle foram selecionados de forma não aleatória para corresponder com os sujeitos do grupo que tentaram suicídio e assim, poder entender melhor as variáveis associadas significativamente com o comportamento suicida.

4 No que se refere ao grupo experimental, a coleta de dados foi realizada em um hospital até dois dias após a tentativa de suicídio e entrada na Unidade de Emergência do Hospital da Restauração do Recife, a fim de investigar e analisar o fenômeno o mais próximo possível da sua ocorrência.

5 Ao abordar o paciente era explicado sobre o que se tratava a entrevista, a importância do presente estudo e como ele poderia colaborar com este se assim o desejasse. Após a manifestação do interesse em participar era apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido, que após devidamente lido e assinado foi conferido pela equipe de profissionais de plantão.

6 Os demais instrumentos de pesquisa, citados anteriormente, foram aplicados.

7 Os pacientes que apresentaram condições psiquiátricas associadas foram encaminhados aos serviços de assistência à saúde do seu distrito sanitário ou referência da localidade em que reside.

8 O (s) acompanhante (s) dos pacientes foram orientados e esclarecidos sobre a pesquisa, instruídos sobre os aspectos relacionados ao ato suicida e orientados sobre algumas ações de cuidados.

9 No que se refere à revisão da literatura, a metodologia utilizada envolveu a pesquisa de artigos publicados entre os anos de 2000 e 2010, nas bases de dados de psiquiatria e psicologia do Portal CAPES e da Biblioteca Virtual em Saúde, livros textos clássicos ou considerados relevantes para a temática estudada, além dos estudos citados na referências dos artigos e livros estudados. Os descritores utilizados foram “Suicide and psychiatry”; “Risk factors suicide”; “Attempty suicide and psychiatry” e “Vulnerability suicide”.

#### Análise dos resultados

Para a análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, as quais possibilitaram a obtenção de distribuições absolutas e percentuais. A fim de comparar os dois grupos para cada uma das variáveis analisadas, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Mc-Nemar, Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas (técnicas de estatística inferencial). A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi 5,0%.

Para a digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi empregado o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 15.

## 4 Resultados

Inicialmente serão apresentados nas tabelas a seguir os resultados dos aspectos demográficos e sócio-econômicos coletados nos dois grupos.

**Tabela 1 – Procedência da população estudada.**

| Variáveis | Grupo experimental |       | Grupo Controle |       | Valor de p   |
|-----------|--------------------|-------|----------------|-------|--------------|
|           | N                  | %     | N              | %     |              |
| Recife    | 31                 | 25,8% | 31             | 25,8% | p(1) = 0,187 |
| RMR       | 60                 | 50%   | 48             | 40%   |              |
| Interior  | 29                 | 24,2% | 41             | 34,2% |              |
| TOTAL     | 120                | 100%  | 120            | 100%  |              |

O maior percentual em cada grupo era procedente da Região Metropolitana do Recife (RMR).

**Tabela 2 - Estatísticas da idade na população estudada.**

| Estatísticas  | Grupo        |          | Valor de p               |
|---------------|--------------|----------|--------------------------|
|               | Experimental | Controle |                          |
| Média         | 31,52        | 31,28    | p <sup>(1)</sup> = 0,546 |
| Mediana       | 28,50        | 29,00    |                          |
| Moda          | 18,00        | 18,00    |                          |
| Desvio padrão | 11,60        | 11,49    |                          |
| Mínimo        | 18           | 18       |                          |
| Máximo        | 66           | 65       |                          |

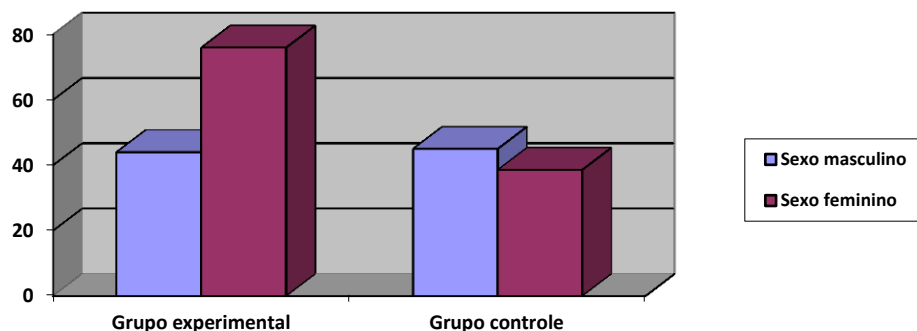
**Tabela 3 – Distribuição em categorias da faixa etária da população do estudo.**

| Variáveis       | Grupo experimental |       | Grupo Controle |       | Valor de p               |
|-----------------|--------------------|-------|----------------|-------|--------------------------|
|                 | N                  | %     | N              | %     |                          |
| Até 29 anos     | 62                 | 51,7% | 65             | 54,2% | p <sup>(1)</sup> = 0,469 |
| 30 a 39 anos    | 28                 | 23,3% | 28             | 23,3% |                          |
| 40 anos ou mais | 30                 | 25%   | 27             | 22,5% |                          |
| Total           | 120                | 100%  | 120            | 100%  |                          |

(1): Através do teste t-Student Pareados.

As idades entre grupos não apresentaram diferença estatisticamente significativa por ter sido assim deliberadamente selecionadas, fundamental em estudos com grupo controle.

**Gráfico 1 – Distribuição do sexo da população estudada.**



No que se refere ao sexo, a maioria (63,3% do grupo experimental e 62,5% do grupo controle) foi composta por mulheres.

**Tabela 4 – Estado civil da população do estudo.**

| Variáveis     | Grupo experimental |       | Grupo Controle |       | Valor de p        |
|---------------|--------------------|-------|----------------|-------|-------------------|
| Estado Civil  | N                  | %     | N              | %     |                   |
| Solteiros     | 56                 | 46,7% | 48             | 40%   |                   |
| Casados       | 29                 | 24,2% | 29             | 24,2% | $p^{(1)} = 0,303$ |
| União estável | 14                 | 11,7% | 24             | 20%   |                   |
| Divorciado    | 14                 | 11,7% | 16             | 13,3% |                   |
| Viúvo         | 7                  | 5,8%  | 3              | 2,5%  |                   |

(1): Através do teste de McNemar.

O maior percentual correspondeu aos pesquisados solteiros (quase 50% da amostra). Não houve diferença significativa entre os dois grupos quanto ao estado civil.

**Tabela 5 – Escolaridade dos participantes.**

| <b>Variáveis</b>    | <b>Grupo experimental</b> |             | <b>Grupo Controle</b> |             | <b>Valor de p</b> |
|---------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------|
| <b>Escolaridade</b> | <b>N</b>                  | <b>%</b>    | <b>N</b>              | <b>%</b>    |                   |
| Analfabeto          | 11                        | 9,2%        | 5                     | 4,2%        |                   |
| Ensino fundamental  | 64                        | 53,8%       | 68                    | 57,1%       | $p^{(1)} = 0,158$ |
| Ensino médio        | 35                        | 29,4%       | 41                    | 34,5%       |                   |
| Ensino superior     | 10                        | 7,6%        | 6                     | 4,2%        |                   |
| Total               | <b>120</b>                | <b>100%</b> | <b>120</b>            | <b>100%</b> |                   |

**(1): Através do teste de McNemar.**

No que se refere à escolarização, também não houve diferença significativa entre o grupo experimental e controle. A maioria em cada grupo possuía ensino fundamental.

**Tabela 6 – Religião dos participantes.**

| <b>Variáveis</b> | <b>Grupo experimental</b> |          | <b>Grupo Controle</b> |          | <b>Valor de p</b> |
|------------------|---------------------------|----------|-----------------------|----------|-------------------|
| <b>Religião</b>  | <b>N</b>                  | <b>%</b> | <b>N</b>              | <b>%</b> |                   |
| Não possui       | 30                        | 25%      | 28                    | 23,3%    |                   |
| Católico         | 55                        | 45,8%    | 57                    | 47,5%    | $p^{(1)} = 0,904$ |
| Protestantes     | 31                        | 25,8%    | 33                    | 27,5%    |                   |
| Espíritas        | 4                         | 3,3%     | 2                     | 1,7%     |                   |
| TOTAL            | 120                       | 100%     | 120                   | 100%     |                   |

**(1): Através do teste de McNemar.**

O item que avaliou a presença da adesão a uma religião revela que o maior percentual era de pessoas católicas. Nesse aspecto, também não foi encontrada diferença estatística relevante entre os dois grupos.

**Tabela 7 – Situação trabalhista dos participantes.**

| Variáveis            | Grupo experimental |             | Grupo Controle |             | Valor de p        |
|----------------------|--------------------|-------------|----------------|-------------|-------------------|
| Situação trabalhista | N                  | %           | N              | %           |                   |
| Autônomo             | 37                 | 30,8%       | 37             | 30,8%       |                   |
| Registro formal      | 26                 | 21,7%       | 32             | 26,7%       |                   |
| Aposentado           | 4                  | 3,3%        | 1              | 0,8%        | $p^{(1)} = 0,194$ |
| Benefício            | 4                  | 3,3%        | 11             | 9,2%        |                   |
| Outros               | 49                 | 40,8%       | 39             | 32,5%       |                   |
| <b>TOTAL</b>         | <b>120</b>         | <b>100%</b> | <b>120</b>     | <b>100%</b> |                   |

(1): Através do teste de McNemar.

A maior frequência em cada grupo quanto à situação trabalhista correspondeu aos que tinham outras situações trabalhistas, como trabalhos aperiódicos - “biscaites” - ou atuar pedindo nas ruas.

**Tabela 8 – Identificação da renda financeira dos participantes.**

| Variáveis     | Grupo experimental |             | Grupo Controle |             | Valor de p        |
|---------------|--------------------|-------------|----------------|-------------|-------------------|
| Renda         | N                  | %           | N              | %           |                   |
| Até 1 salário | 86                 | 72,4%       | 96             | 81%         | $p^{(1)} = 0,184$ |
| > 1 salário   | 34                 | 27,6%       | 24             | 19%         |                   |
| <b>TOTAL</b>  | <b>120</b>         | <b>100%</b> | <b>120</b>     | <b>100%</b> |                   |

(1): Através do teste de McNemar.

Dentro da população estudada, o maior percentual tinha renda menor ou igual a um salário mínimo.

**Tabela 9 – Identificação das condições de moradia da população da pesquisa.**

| <b>Variáveis</b>            | <b>Grupo experimental</b> |             | <b>Grupo Controle</b> |             | <b>Valor de p</b> |
|-----------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------------|-------------------|
| <b>Condições de moradia</b> | <b>N</b>                  | <b>%</b>    | <b>N</b>              | <b>%</b>    |                   |
| Própria                     | 68                        | 56,7%       | 63                    | 52,5%       |                   |
| Alugada                     | 21                        | 17,5%       | 12                    | 10%         | **                |
| Terceiros                   | 31                        | 25,8%       | 43                    | 35,8%       |                   |
| Outros                      | -                         |             | 2                     | 1,7%        |                   |
| Total                       | <b>120</b>                | <b>100%</b> | <b>120</b>            | <b>100%</b> |                   |

(\*\*): Não foi possível determinar devido a não coincidência no número de categorias.

Um pouco mais da metade dos participantes residia em casa própria e não se comprova diferença significativa em quaisquer dessas variáveis citadas.

**Tabela 10 – Avaliação das condições de moradia através do número de cômodos existentes na residência.**

| <b>Variáveis</b>         | <b>Grupo experimental</b> |          | <b>Grupo Controle</b> |          | <b>Valor de p</b> |
|--------------------------|---------------------------|----------|-----------------------|----------|-------------------|
| <b>Número de cômodos</b> | <b>N</b>                  | <b>%</b> | <b>N</b>              | <b>%</b> |                   |
| 1 a 2                    | 13                        | 10,8%    | 7                     | 5,8%     | p(1) = 0,048*     |
| 3 a 4                    | 60                        | 50%      | 46                    | 38,3%    |                   |
| 5 ou mais                | 47                        | 39,2%    | 67                    | 55,8%    |                   |
| TOTAL                    | 120                       | 100%     | 120                   | 100%     |                   |

(1): Através do teste de McNemar.

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

Em relação ao número de cômodos existente na residência, destaca-se que metade dos pesquisados no grupo experimental morava em lares com 3 a 4 cômodos enquanto que no grupo controle um pouco mais da metade tinham casa com mais cômodos, diferença esta que se revela significativa entre os grupos.

**Tabela 11 – Avaliação das condições de moradia através do número de residentes no lar.**

| Variáveis            | Grupo experimental |       | Grupo Controle |       | Valor de p   |
|----------------------|--------------------|-------|----------------|-------|--------------|
| Número de residentes | N                  | %     | N              | %     |              |
| 1 a 3                | 58                 | 48,3% | 51             | 42,5% | p(1) = 0,420 |
| 4 a 5                | 43                 | 35,8% | 48             | 40%   |              |
| 6 ou mais            | 19                 | 15,8% | 21             | 17,5% |              |
| TOTAL                | 120                | 100%  | 120            | 100%  |              |

(1): Através do teste de McNemar.

Quanto ao número de pessoas que residiam nos lares junto com os entrevistados, também não houve diferença significativa entre grupos. A maioria residia com até três pessoas.

**Tabela 12 – Descrição do grau de parentalidade das pessoas com quem os pacientes residiam.**

| Variáveis        | Grupo experimental |       | Grupo Controle |       | Valor de p    |
|------------------|--------------------|-------|----------------|-------|---------------|
| Com quem residem | N                  | %     | N              | %     |               |
| Pai(2)           | 43                 | 35,8% | 21             | 17,5% | p(1) = 0,001* |
| Mãe(2)           | 16                 | 13,3% | 29             | 24,2% | p(1) = 0,047* |
| Irmãos(2)        | 33                 | 27,5% | 35             | 29,2% | p(1) = 0,883  |
| Cônjuge(2)       | 42                 | 35%   | 54             | 45%   | p(1) = 0,126  |
| Filhos(2)        | 47                 | 39,2% | 59             | 49,2% | p(1) = 0,111  |
| Avós(2)          | 11                 | 9,2%  | 6              | 5%    | p(1) = 0,302  |
| Sobrinhos(2)     | 8                  | 6,7%  | 7              | 5,8%  | p(1) = 1,000  |
| Tios(2)          | 6                  | 5%    | 1              | 0,8%  | p(1) = 0,063  |
| Amigos(2)        | -                  | -     | 2              | 1,7%  | **            |
| Outros(2)        | 20                 | 5%    | 19             | 15,8% | p(1) = 1,000  |

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(\*\*): Não foi possível determinar devido a não coincidência no número de categorias.

(1): Através do teste de McNemar.

Em comparação com o grupo controle, o dobro de pessoas no grupo experimental revelou morar com o pai, enquanto que aproximadamente duas

vezes mais pessoas do grupo controle, em comparação com o grupo experimental, referiram morar com a mãe.

**Tabela 13 – Número de filhos dos participantes.**

| Variáveis        | Grupo experimental |       | Grupo Controle |       | Valor de p   |
|------------------|--------------------|-------|----------------|-------|--------------|
| Número de filhos | N                  | %     | N              | %     |              |
| Nenhum           | 55                 | 46,2% | 41             | 33,6% |              |
| Um               | 25                 | 20,2% | 26             | 21,8% |              |
| Dois             | 16                 | 13,4% | 18             | 15,1% | p(1) = 0,356 |
| Três             | 15                 | 12,6% | 20             | 16,8% |              |
| Quatro ou mais   | 9                  | 7,6%  | 15             | 12,6% |              |
| Total            | 120                | 100%  | 120            | 100%  |              |

**(1): Através do teste de McNemar.**

O maior percentual nos dois grupos correspondeu aos pesquisados sem filhos, sendo esse índice um pouco mais acentuado no grupo experimental.

De uma forma geral, os dados sócio-econômicos e demográficos foram semelhantes entre os dois grupos.

Na tabela 14 descrita a seguir serão apresentados os dados referentes à presença de estressores na população estudada, que pretendeu entender se a presença destes poderia ser considerada um fator diferencial entre os dois grupos quanto à manifestação de tentativa de suicídio.

Os estressores avaliados foram àqueles mencionados na literatura científica como capazes de provocar crises ou dificuldade de adaptação nos seres humanos, na cultura do grupo estudado.

Tabela 14 – Avaliação da presença de estressores na população estudada.

|                         | Grupo        |       |          |       |                           |
|-------------------------|--------------|-------|----------|-------|---------------------------|
| Variável                | Experimental |       | Controle |       | Valor de p                |
| Presença de estressores | n            | %     | n        | %     |                           |
| Sim                     | 116          | 96,7  | 91       | 75,8  | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Não                     | 4            | 3,3   | 29       | 24,2  |                           |
| TOTAL                   | 120          | 100,0 | 120      | 100,0 |                           |

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste de McNemar.

Tabela 15 – Identificação de estressores apresentados nos dois grupos pesquisados.

| Variáveis                              | Grupo experimental |       | Grupo Controle |       | p                   |
|----------------------------------------|--------------------|-------|----------------|-------|---------------------|
|                                        | N                  | %     | N              | %     |                     |
| <b>Tipos de estressores</b>            |                    |       |                |       |                     |
| Dívidas <sup>(2)</sup>                 | 46                 | 38,3% | 40             | 33,3% | $p^{(1)} = 0,542$   |
| Desemprego <sup>(2)</sup>              | 29                 | 24,2% | 26             | 21,7% | $p^{(1)} = 0,500$   |
| Doença entre familiares <sup>(2)</sup> | 25                 | 20,8% | 32             | 26,7% | $p^{(1)} = 0,090$   |
| Separação afetiva <sup>(2)</sup>       | 43                 | 35,8% | 7              | 5,8%  | $p^{(1)} < 0,001^*$ |
| Problemas com a justiça <sup>(2)</sup> | 4                  | 3,3%  | 2              | 1,7%  | $p^{(1)} = 1,000$   |
| Conflitos familiares <sup>(2)</sup>    | 59                 | 49,2% | 13             | 10,8% | $p^{(1)} < 0,001^*$ |
| Morte de entes queridos <sup>(2)</sup> | 20                 | 16,7% | 28             | 23,3% | $p^{(1)} = 0,090$   |
| Doença própria <sup>(2)</sup>          | 25                 | 20,8% | 45             | 37,5% | $p^{(1)} = 0,001^*$ |
| Decepção <sup>(2)</sup>                | 13                 | 10,8% | --             | --    | **                  |
| Falência <sup>(2)</sup>                | 2                  | 1,7%  | --             | --    | **                  |
| Outros <sup>(2)</sup>                  | 9                  | 7,5%  | 3              | 2,5%  | $p^{(1)} = 0,289$   |

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(\*\*): Não foi possível determinar devido a não coincidência no número de categorias.

(1): Através do teste de McNemar.

(2): Só foram as frequências das respostas citadas.

(3): Considerando que um mesmo pesquisado poderia citar mais de uma alternativa registra-se apenas a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

As tabelas 14 e 15, anteriormente apresentadas, demonstram que a presença de estressores foi significativamente mais elevada no grupo experimental que no grupo controle.

No grupo de pessoas que tentou suicídio, os maiores percentuais de estressores mencionados foram à presença de conflitos familiares, dívidas e separação afetiva, respectivamente.

Já o grupo controle apresentou como estressores mais freqüentes, a presença de doença própria e ocorrência de dívidas.

A décima sexta tabela, que consta abaixo, revela a existência de antecedentes familiares para o suicídio e doenças psiquiátricas e a existência de genitores vivos na população estudada.

Tabela 16 – Avaliação de antecedentes familiares segundo os grupos estudados

|                                | Grupo        |       |          |       |                           |
|--------------------------------|--------------|-------|----------|-------|---------------------------|
| Variável                       | Experimental |       | Controle |       | Valor de p                |
|                                | n            | %     | n        | %     |                           |
| Suicídio na família            |              |       |          |       |                           |
| Sim                            | 25           | 21,0  | 10       | 8,4   | p <sup>(1)</sup> = 0,008* |
| Não                            | 94           | 79,0  | 109      | 91,6  |                           |
| TOTAL                          | 119          | 100,0 | 119      | 100,0 |                           |
| Doença psiquiátrica na família |              |       |          |       |                           |
| Sim                            | 81           | 69,2  | 68       | 58,1  | p <sup>(1)</sup> = 0,111  |
| Não                            | 36           | 30,8  | 49       | 41,9  |                           |
| TOTAL                          | 117          | 100,0 | 117      | 100,0 |                           |

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste de McNemar.

No estudo dos antecedentes familiares se destaca que o percentual com tentativa de suicídio na família foi mais elevado no grupo experimental que no grupo controle.

No que se refere a antecedentes psiquiátricos em familiares de primeiro e segundo grau, não houve diferença significativa entre os grupos.

A tabela 17, apresentada a seguir, revela dados acerca da curva de vida e antecedentes pessoais da população examinada.

Tabela 17 – Avaliação da curva de vida e antecedentes pessoais dos grupos estudados

|                                       | Grupo        |       |          |       |                           |
|---------------------------------------|--------------|-------|----------|-------|---------------------------|
| Variável                              | Experimental |       | Controle |       | Valor de p                |
|                                       | n            | %     | n        | %     |                           |
| • Agravos ou traumas na infância      |              |       |          |       |                           |
| Sim                                   | 88           | 73,3  | 75       | 62,5  | p <sup>(1)</sup> = 0,098  |
| Não                                   | 32           | 26,7  | 45       | 37,5  |                           |
| TOTAL                                 | 120          | 100,0 | 120      | 100,0 |                           |
| • Tipos de agravo                     |              |       |          |       |                           |
| Perda parental precoce <sup>(2)</sup> | 48           | 40,0  | 42       | 35,0  | p <sup>(1)</sup> = 0,442  |
| Violência doméstica <sup>(2)</sup>    | 33           | 27,5  | 10       | 8,3   | p <sup>(1)</sup> = 0,263  |
| Abuso sexual <sup>(2)</sup>           | 22           | 18,3  | 9        | 7,5   | p <sup>(1)</sup> = 0,052  |
| Doença grave <sup>(2)</sup>           | 20           | 16,7  | 23       | 19,2  | p <sup>(1)</sup> = 0,832  |
| Cirurgia <sup>(2)</sup>               | 7            | 5,8   | 4        | 3,3   | p <sup>(1)</sup> = 1,000  |
| Gravidez <sup>(2)</sup>               | 1            | 0,8   |          |       | **                        |
| Aborto <sup>(2)</sup>                 | 4            | 3,3   |          |       | **                        |
| Mudança de lar <sup>(2)</sup>         | 7            | 5,8   | 3        | 2,5   | p <sup>(1)</sup> = 0,219  |
| Abandono do pai <sup>(2)</sup>        | 5            | 4,2   | 15       | 12,5  | p <sup>(1)</sup> = 0,344  |
| Fome <sup>(2)</sup>                   |              |       | 3        | 2,5   | **                        |
| Trabalho na infância <sup>(2)</sup>   |              |       | 2        | 1,7   | **                        |
| BASE <sup>(2)</sup>                   | 120          |       | 120      | 100,0 |                           |
| • Tratamento psiquiátrico             |              |       |          |       |                           |
| Sim                                   | 38           | 31,9  | 10       | 8,4   | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Não                                   | 81           | 68,1  | 109      | 91,6  |                           |
| TOTAL                                 | 119          | 100,0 | 119      | 100,0 |                           |

(\*): Diferença significativa ao nível de 5%.

(\*\*): Não foi possível determinar devido a não coincidência no número de categorias.

(1): Através do teste de McNemar.

(2): Só foram as frequências das respostas citadas.

(3): Considerando que um mesmo pesquisado poderia citar mais de uma alternativa registra-se apenas a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

Os tipos de agravos mais citados no grupo experimental foram perda parental precoce, violência doméstica, abuso sexual e doença grave, respectivamente. No grupo controle foram mais citados perda parental precoce e doença grave.

Dentre as pesquisadas que revelaram ter vivenciado algum aborto, houve percentual mais elevado no grupo das que tentou suicídio que no grupo controle.

Quanto ao fato de já ter realizado algum tratamento psiquiátrico, o percentual foi mais elevado no grupo experimental que no grupo controle, com diferença significativamente estatística.

A presença de possíveis condições psiquiátricas, avaliadas durante a entrevista, também serão analisadas no presente trabalho e podem ser observados os resultados na tabela 18 adiante.

Tabela 18 – Avaliação de possíveis condições psiquiátricas presentes na população estudada.

| MINI                                                                        | Grupo        |      |          |      | Valor de p                |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|------|----------|------|---------------------------|
|                                                                             | Experimental |      | Controle |      |                           |
|                                                                             | n            | %    | n        | %    |                           |
| • Episódio depressivo maior <sup>(2)</sup>                                  | 36           | 55,4 | 11       | 16,9 | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| • Episódio depressivo maior com características melancólicas <sup>(2)</sup> | 5            | 7,7  | 2        | 3,1  | p <sup>(1)</sup> = 0,453  |
| • TAG <sup>(2)</sup>                                                        | 37           | 56,9 | 37       | 56,9 | p <sup>(1)</sup> = 1,000  |
| • TEPT <sup>(2)</sup>                                                       | 4            | 6,2  | 2        | 3,1  | p <sup>(1)</sup> = 0,687  |
| • Transtorno distímico <sup>(2)</sup>                                       | 3            | 4,6  | 4        | 6,2  | p <sup>(1)</sup> = 1,000  |
| • Episódio hipomaníaco <sup>(2)</sup>                                       | 2            | 3,1  | 1        | 1,5  | p <sup>(1)</sup> = 1,000  |
| • Síndrome psicótica <sup>(2)</sup>                                         | 7            | 10,8 | 2        | 3,1  | p <sup>(1)</sup> = 0,125  |
| • Dependência de álcool <sup>(2)</sup>                                      | 6            | 9,2  | 11       | 16,9 | p <sup>(1)</sup> = 0,267  |
| • Abuso de álcool <sup>(2)</sup>                                            | 7            | 10,8 | 13       | 20,0 | p <sup>(1)</sup> = 0,210  |
| • Dependência de alucinógenos <sup>(2)</sup>                                | 2            | 3,1  | 4        | 6,2  | p <sup>(1)</sup> = 0,687  |
| • Dependência de canabinóides <sup>(2)</sup>                                | 2            | 3,1  | 3        | 4,6  | p <sup>(1)</sup> = 1,000  |
| • Esquizofrenia <sup>(2)</sup>                                              | 3            | 4,6  |          |      | **                        |
| • Dependência de solventes                                                  | 2            | 3,1  | 2        | 3,1  | p <sup>(1)</sup> = 1,000  |
| • Risco de suicídio                                                         | 1            | 1,5  |          |      | **                        |

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(\*\*): Não foi possível determinar devido a não coincidência no número de categorias.

(1): Através do teste de McNemar.

(2): Só foram as frequências das respostas citadas.

A Tabela 18 mostra que os dois tipos de transtornos mais frequentes entre os pesquisados foram o transtorno de ansiedade generalizada e o episódio

depressivo maior, sendo este o único transtorno com diferença significativa entre os grupos.

No que se refere à identificação dos esquemas nas amostras estudadas, a tabela 19 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 19 – Avaliação do questionário de Esquemas de Young (YSQ-S2).

| Variável                                     | Grupo        |       |          |       | Valor de p                |
|----------------------------------------------|--------------|-------|----------|-------|---------------------------|
|                                              | Experimental |       | Controle |       |                           |
|                                              | n            | %     | n        | %     |                           |
| TOTAL                                        | 120          | 100,0 | 120      | 100,0 |                           |
| • Privação emocional                         |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 97           | 80,8  | 36       | 30,0  |                           |
| Sem disfunção                                | 23           | 19,2  | 84       | 70,0  |                           |
| • Abandono                                   |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 110          | 91,7  | 29       | 24,2  |                           |
| Sem disfunção                                | 10           | 8,3   | 91       | 75,8  |                           |
| • Desconfiança e abuso                       |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 72           | 60,0  | 23       | 19,2  |                           |
| Sem disfunção                                | 48           | 40,0  | 97       | 80,8  |                           |
| • Isolamento social                          |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 70           | 58,3  | 14       | 11,7  |                           |
| Sem disfunção                                | 50           | 41,7  | 106      | 88,3  |                           |
| • Defectividade e vergonha                   |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 52           | 43,3  | 13       | 10,8  |                           |
| Sem disfunção                                | 68           | 56,7  | 107      | 89,2  |                           |
| • Fracasso                                   |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 70           | 58,3  | 23       | 19,2  |                           |
| Sem disfunção                                | 50           | 41,7  | 97       | 80,8  |                           |
| • Dependência e incompetência                |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 57           | 47,5  | 17       | 14,2  |                           |
| Sem disfunção                                | 63           | 52,5  | 103      | 85,8  |                           |
| • Vulnerabilidade a dores e doenças          |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 97           | 80,8  | 58       | 48,3  |                           |
| Sem disfunção                                | 23           | 19,2  | 62       | 51,7  |                           |
| • Emaranhamento                              |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> = 0,079  |
| Com disfunção                                | 38           | 31,7  | 25       | 20,8  |                           |
| Sem disfunção                                | 82           | 68,3  | 95       | 79,2  |                           |
| • Merecimento                                |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Com disfunção                                | 55           | 45,8  | 14       | 11,7  |                           |
| Sem disfunção                                | 65           | 54,2  | 106      | 88,3  |                           |
| • Autocontrole e autodisciplina insuficiente |              |       |          |       | p <sup>(1)</sup> = 0,001* |
| Com disfunção                                | 75           | 62,5  | 49       | 40,8  |                           |
| Sem disfunção                                | 45           | 37,5  | 71       | 59,2  |                           |

|                              |     |      |     |      |                           |
|------------------------------|-----|------|-----|------|---------------------------|
| <b>• Subjugação</b>          |     |      |     |      |                           |
| Com disfunção                | 47  | 39,2 | 43  | 35,8 | p <sup>(1)</sup> = 0,659  |
| Sem disfunção                | 73  | 60,8 | 77  | 64,2 |                           |
| <b>• Auto-sacrifício</b>     |     |      |     |      |                           |
| Com disfunção                | 64  | 53,3 | 54  | 45,0 | p <sup>(1)</sup> = 0,245  |
| Sem disfunção                | 56  | 46,7 | 66  | 55,0 |                           |
| <b>• Inibição emocional</b>  |     |      |     |      |                           |
| Com disfunção                | 40  | 33,3 | 16  | 13,3 | p <sup>(1)</sup> = 0,001* |
| Sem disfunção                | 80  | 66,7 | 104 | 86,7 |                           |
| <b>• Padrões inflexíveis</b> |     |      |     |      |                           |
| Com disfunção                | 102 | 85,0 | 27  | 22,5 | p <sup>(1)</sup> < 0,001* |
| Sem disfunção                | 18  | 15,0 | 93  | 77,5 |                           |

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste de McNemar.

Nessa ilustração da tabela 19 pode ser verificado que o percentual com esquemas iniciais desadaptativos foi mais elevado no grupo experimental que no grupo controle em cada um dos esquemas.

Houve diferença significativa entre grupos nos seguintes esquemas, onde pelo menos a metade dos pesquisados no grupo experimental apresentaram disfunção “*Privação emocional*”, “*Abandono*”, “*Desconfiança e abuso*”, “*Isolamento social*”. *Fracasso*, “*Vulnerabilidade a dores e doenças*”, “*Auto controle e auto-disciplina insuficiente*”, “*Auto-sacrifício*” e “*Padrões inflexíveis*”. Para a margem de erro de 5,0%, com exceção de “*Emaranhamento*”, “*Subjugação*” e “*Auto-sacrifício*”, para os demais esquemas, comprovam-se diferenças significativas entre os dois grupos.

Por fim, na tabela 20 serão demonstrados os resultados relacionados à tentativa de suicídio coletados no grupo experimental.

Tabela 20 – Avaliação dos dados relacionados à tentativa de suicídio avaliada no grupo experimental

| Variável                                               | N          | %            |
|--------------------------------------------------------|------------|--------------|
|                                                        |            |              |
| <b>TOTAL</b>                                           | <b>120</b> | <b>100,0</b> |
| <b>• Agente utilizado para a tentativa de suicídio</b> |            |              |
| Agrotóxico                                             | 10         | 8,3          |
| Remédios                                               | 35         | 29,2         |
| Carbonato                                              | 25         | 20,8         |
| Chumbinho                                              | 30         | 25,0         |
| Veneno de rato                                         | 12         | 10,0         |

|                                                      |    |      |
|------------------------------------------------------|----|------|
| Água sanitária                                       | 1  | 0,8  |
| Acido muriático                                      | 1  | 0,8  |
| Crack                                                | 1  | 0,8  |
| Bebida alcoólica                                     | 1  | 0,8  |
| Veneno de plantas                                    | 1  | 0,8  |
| Medicamentos Psiquiátricos                           | 1  | 0,8  |
| Ignorado                                             | 2  | 1,7  |
|                                                      |    |      |
| <b>• Tentativas anteriores</b>                       |    |      |
| Sim                                                  | 42 | 35,0 |
| Não                                                  | 78 | 65,0 |
|                                                      |    |      |
| <b>• Número de tentativas de suicídio anteriores</b> |    |      |
| Nenhuma                                              | 78 | 65,0 |
| Uma                                                  | 21 | 17,5 |
| Duas                                                 | 10 | 8,3  |
| 3 ou mais                                            | 11 | 9,2  |

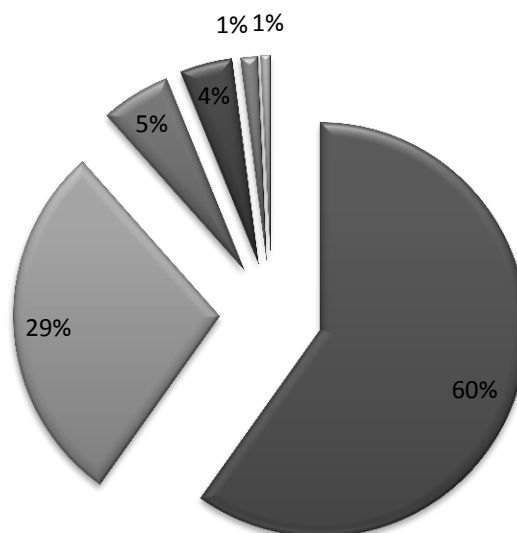
Na Tabela 20 foram apresentados os dados relativos à tentativa de suicídio. Nessa tabela se destaca que os agentes mais freqüentemente utilizados foram remédios, chumbinho e carbonato.

No que se refere à existência de ocorrências anteriores de suicídio, aproximadamente 1/3 da amostra relatou haver tentado suicídio anteriormente, sendo este percentual mais freqüente com uma tentativa.

No que se refere ao principal motivo manifesto para o comportamento suicida, o gráfico (2) apresentado a seguir na próxima página, informará ao leitor sobre a freqüência e o tipo de respostas avaliadas na amostra estudada.

### Principal motivo informado para a tentativa de suicídio

■ Separação afetiva      ■ Conflitos familiares  
■ Perda de entes queridos      ■ Dívidas



A seguir os dados expostos serão analisados e discutidos com base na literatura científica vigente, bem como serão realizadas também possíveis inferências acerca de novos dados encontrados.

## 5 Discussão

A maioria dos dados sócio-demográficos dos pacientes entrevistados que tentaram suicídio corresponde de uma forma geral ao que foi apresentado na revisão da literatura, corroborando com os delineamentos já propostos para as características mais freqüentes em pessoas que tentaram suicídio.

No que se refere ao sexo, mais de 60% da amostra foi constituída por mulheres, com idade menor de 30 anos. A população de mulheres que tentou suicídio apresentou diferença significativa em relação ao grupo controle quanto a estar vivenciando alguma separação afetiva, sobretudo do atual companheiro ou marido. Tal condição também foi mencionada pela maioria como principal motivo que as levou à tentativa de suicídio.

Esse dado remete a um fator de risco já expresso na literatura, o rompimento de relacionamentos afetivos. Contudo, para melhor interpretação desse fenômeno é necessário considerar a sua complexidade, já que essa condição pode estar atrelada à vivência concomitante de outros aspectos associados ao risco de suicídio e que emergem na condição de uma separação afetiva como estresse atual, percepção catastrófica destes, baixa auto-estima ou suporte social deficitário entre familiares e amigos (BAPTISTA, 2004; BRENT, 2002; POWELL *et al.*, 2001; CONNER *et al.*, 2001).

Estar solteiro foi o estado civil mais freqüente entre as pessoas que tentaram suicídio. Apesar dos dados nacionais e internacionais afirmarem e discutirem sobre a vulnerabilidade de pessoas divorciadas, viúvas ou solteiras ao suicídio (AGERBO *et al.*, 2002; IKEDA, 2001; SIMON *et al.*, 2001; SWAHN, POTTER, 2001), o presente estudo não encontrou diferença significativa entre o estado civil de pessoas que tentaram suicídio e o grupo controle, já que a maioria das pessoas deste grupo também revelou estar solteiro.

Esse dado pode estar associado à faixa etária dos participantes e uma tendência contemporânea a retardar a vivência conjugal e, não necessariamente, a dificuldades em encontrar parceiros, seja por déficit em habilidades sociais ou tendência a isolamento social. A maioria das pessoas que referiu estar solteira nos dois grupos tinha menos que 25 anos, assim estar solteiro por si só em uma faixa etária que é considerada promissora para novos

relacionamentos não designa necessariamente uma vivência de solidão duradoura, e assim, não parece determinar idéias ou atos de morte voluntária.

A maioria dos participantes morava em casa própria, com diferença significativa quanto ao número de cômodos na residência, quando comparado o grupo de pessoas que tentou suicídio e os que não tentaram. Esse dado pode remeter tanto a uma melhor condição social do grupo controle quanto à possibilidade de ter espaços utilizados de forma mais individualizada, que venham a preservar e respeitar a autonomia e independência do indivíduo.

Um dado relevante é que houve diferença entre os grupos quanto a morar com o pai ou mãe. A diferença revela que a maioria das pessoas que tentou suicídio morava com o pai sem contar com a figura materna em casa, o que pode indicar a existência de suporte familiar deficitário, sobretudo, ao considerar que culturalmente o papel de acolhimento e supressão de necessidades afetivas é atribuído à mãe (GRAY *et al.*, 2002).

O'conner (2007) afirma que o aumento do risco de suicídio está associado a ter nascido de uma mãe adolescente ou com baixa escolaridade, provavelmente por não possuírem maturidade e responsabilidade suficientes para compreender e suprir as necessidades afetivas de uma criança. Além disso, poucas aspirações da mãe em relação ao futuro do filho, abuso verbal, abandono e ausência de cuidados maternos aparecem significativamente associados ao risco de morte por suicídio.

Ter crianças em casa ou filhos não foi significativamente associado à tentativa de suicídio na amostra estudada, já que não houve diferença com o grupo controle. Contudo, a maioria das pessoas que tentou suicídio revelou não ter algum filho e o número de pessoas que efetivou a tentativa foi inversamente proporcional ao número de filhos, ou seja, quanto mais filhos menor o número de pessoas que empreendeu o ato suicida na população estudada.

Em revisão sistemática da literatura acerca dos fatores protetores para uma eventual tentativa de suicídio ou ideação suicida Cheng *et al.* (2000) encontraram como um dos aspectos relevantes a presença de crianças em casa ou a existência de filhos.

Ainda com base no estudo, mencionado anteriormente, bem como no de Hilton, Fellingham e Lyon (2002) outro fator considerado protetor para o risco

de suicídio foi praticar ou se identificar com alguma religião que afirma a existência de reencarnações.

Tortolero e Roberts (2001) afirmam que a presença de religiosidade por si só não protege o indivíduo, esta função é apenas observada em pessoas que praticam uma religião, sobretudo aquelas que propõem a existência de vivências reencarnatórias. Pois, estas propõem a necessidade de enfrentamento em situações adversas, incentivando a resiliência a partir da crença na existência de compromissos do passado para a evolução do espírito.

Na população analisada não houve diferença significativa quanto à religiosidade entre as pessoas que tentaram suicídio e aquelas que nunca tentaram. Contudo, no que se refere à avaliação intragrupal, a diferença encontrada entre as pessoas que tentaram suicídio parece corroborar com os achados da literatura. Mais de 70% das pessoas entrevistadas revelaram praticar a religião católica ou protestante, enquanto que apenas cerca de 3% eram espíritas.

No que tange à escolaridade, diferentemente do que foi encontrado em alguns estudos (BOTEGA *et al.*, 2006; PRIETO, TAVARES, 2005) que mencionavam a associação entre o risco de suicídio e menor graus de escolarização, estes não foram considerados isoladamente determinantes para o ato suicida e não apresentaram diferença significativa com o grupo controle.

Porém tal dado pode estar indiretamente associado à vulnerabilidade para a ideação suicida por se relacionar com problemas financeiros e aumento da pobreza familiar, citado em alguns estudos como fatores que aumentam a probabilidade para empreender ações suicidas (WEYRAUCH, 2001; BAPTISTA, 2004).

A maioria da amostra (mais de 40%) que tentou suicídio revelou estar desempregada ou sem emprego, e mais de 80% tem renda inferior a um salário mínimo. Além de interferir na realização e conclusão de projetos de vida, essa condição pode contribuir com a percepção de pouco senso de controle das situações, considerando o controle externo do ambiente como algo fatalista. Pensar assim, muitas vezes, faz o indivíduo acreditar que há pouca chance de mudar a forma de perceber a própria realidade, o que suscita desesperança e estresse (HARTWELL, 2001).

No que se refere a esse último aspecto, são considerados estressores algumas profissões, falta de dinheiro, conflitos, assaltos, perdas e falecimentos de pessoas importantes para o indivíduo ou ainda fatos vivenciados como impossíveis de resolver, quando se utiliza as estratégias utilizadas no passado e que foram eficazes em outras circunstâncias (LIPP, 2000).

Considerando os fatores externos com maior potencial para desencadear estresse, foi questionado aos participantes se havia a presença de algum deles. Os resultados demonstraram haver diferença significativa entre o grupo de pessoas que tentaram suicídio e o grupo controle quanto à presença de determinados estressores. Também foi avaliado que dentre os estressores pesquisados, três dos dez aspectos abordados apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Ter conflitos familiares foi o estressor mencionado por quase metade das pessoas que tentaram suicídio, tal afirmação foi cerca de cinco vezes maior nos participantes que tentaram suicídio em comparação com aqueles que nunca tentaram. Tais conflitos podem ser considerados relevantes na temática do suicídio por além de causar estresse por si só, sugerir uma oposição familiar que remete à ausência ou deficiência de suporte e apoio familiar, o que pode ser indicativo de vivências de solidão ou isolamento (BRENT, 2002).

Além disso, a menção de conflitos familiares também pode estar atrelada à inabilidade ou deficiência de habilidades sociais, bem como pode representar a apresentação de um hiperfoco de atenção ao problema, que faça perceber os conflitos familiares como algo desabitual ou lastimável, implicando também um pensamento perfeccionista que atua na avaliação do fato (DONALDSON *et al.*, 2000; HEWITT *et al.*, 2006; O'CONNOR *et al.*, 2007).

Estar vivenciando uma separação afetiva também foi mencionado por muitos participantes que tentou o suicídio, sendo a frequência de resposta neste aspecto, sete vezes maior que a das pessoas que não tentou suicídio.

A separação afetiva não é considerada um estressor externo por si, mas em algumas situações podem ser vivenciada com lástima, tristeza e medo por ser provocador de frustração através do rompimento indesejado.

Também pode vir a acionar crenças de desamparo e esquemas disfuncionais de abandono por considerar de forma generalizada que as

peças importantes não proporcionam apoio emocional, vinculação afetiva e proteção. O esquema disfuncional de privação emocional, também pode fazer parte do repertório psicológico acionado por sentir a falta de atenção, afeto, companheirismo, compreensão, de sentir-se ouvido ou pela ausência de direcionamento, orientação (LEAHY, 2007).

A presença de doença própria não foi significativamente associada ao risco de suicídio, mas foi mencionada por mais de 20% das pessoas que tentou suicídio. Assim, parece que apenas a presença de alguma doença clínica não prevê necessariamente o risco de morte voluntária, mas pode estar associada a outros fatores como ter dores crônicas, ausência de suporte familiar, problemas financeiros oriundos dos custos com tratamento e impossibilidade de trabalho (HUGHES, KLEESPIES, 2001; LEVENSON, BOSTWICK, 2005).

O fato de haver uma diferença significativa entre os dois grupos quanto à presença de doenças clínicas parece está atrelado à característica do local da amostra, já que os pacientes do grupo controle estavam internados no hospital pela ocorrência de alguma doença prioritariamente não psiquiátrica.

Ter doenças psiquiátricas ou fazer tratamento psiquiátrico revelou diferença significativa entre o grupo controle e o grupo de pessoas que tentou suicídio, estas realizaram cerca de quatro vezes mais algum tratamento psiquiátrico que as pessoas do grupo controle.

A maioria das pessoas que tentam suicídio tinha diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2004; SHER *et al.*, 2001; TURECKI, 2001).

Além de considerar as informações fornecidas pelos pacientes acerca da existência de doenças psiquiátricas, no momento da entrevista as possíveis condições psiquiátricas foram avaliadas através do MINI. Os diagnósticos identificados foram episódio depressivo maior, episódio depressivo maior com características melancólicas, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno distímico, episódio hipomaníaco, síndrome psicótica, dependência e abuso de álcool, dependência de alucinógenos, dependência de canabinóides, esquizofrenia e dependência de solventes.

A maioria dos participantes que tentou suicídio apresentou transtorno de ansiedade generalizada (TAG), contudo não houve diferença entre a frequência desse transtorno nos dois grupos.

Esse dado parece corresponder ao apresentado na maioria dos estudos sobre a influência do TAG no risco de suicídio. As pesquisas encontradas na revisão da literatura afirmam não haver evidências significativas para a associação do referido transtorno no aumento de tentativas de suicídio ou idéias de morte (WENZEL, BROWN, BECK, 2010).

Apesar da relação direta entre TAG e suicídio sugerir controvérsias quanto à ausência de associação, o resultado encontrado na amostra do presente estudo é importante, já que a maioria dos entrevistados que tentou suicídio apresentou além dessa condição psiquiátrica o transtorno depressivo maior, característica que revelou diferença significativa quando comparada ao grupo controle.

Outro aspecto importante a considerar quanto à presença de sinais e sintomas de ansiedade investigados na população pesquisada é que a amostra de pacientes que tentou suicídio pode apresentar transtorno de ansiedade associada a outro transtorno psiquiátrico como a depressão, o que poderia diferir da manifestação do transtorno de ansiedade sem outra condição psiquiátrica co-mórbida.

Além disso, estudos contemporâneos indicam a ocorrência de sub-tipos sindrômicos dentro do espectro da doença depressiva. Assim algumas manifestações da depressão poderiam ter maior quantidade de sinais e sintomas ansiosos ou somáticos, além da sintomatologia depressiva clássica (FLECK *et al.*, 2003).

Apesar de não haver clareza se os sinais e sintomas de ansiedade identificados no grupo de pessoas que tentou suicídio são componentes de outro transtorno e assim, diferente do que foi apresentado pelo grupo controle, é importante ressaltar tal questão a fim de considerá-la para posteriores avaliações em outros estudos.

Como mencionado anteriormente, houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à presença de transtorno depressivo maior, mais de 50% dos participantes que tentaram suicídio apresentaram sinais e sintomas compatíveis com essa condição psiquiátrica no momento da

entrevista, enquanto que menos de 17% das pessoas do grupo controle preencheram critérios do MINI para esse transtorno.

Tal resultado corresponde aos dados da literatura científica sobre a temática estudada, pois afirma que o diagnóstico mais freqüente entre as pessoas que tentaram suicídio ou têm idéias suicidas é o transtorno depressivo (WENZEL, BROWN, BECK, 2010).

Após o transtorno de ansiedade generalizada e transtorno depressivo maior, as condições psiquiátricas mais freqüentes na amostra investigada de pessoas que tentaram suicídio foram síndrome psicótica e abuso de álcool, o que também corrobora os dados presentes na literatura, os quais afirmam que os transtornos do espectro psicótico é a terceira condição psiquiátrica mais encontrada dentre as pessoas com risco de suicídio, seguido dos transtornos relacionados ao uso e abuso de substância, sobretudo o álcool (BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2002; MELTZER, 2003; WENZEL, BROWN, BECK, 2010).

Vale ressaltar, que apesar dos transtornos psiquiátricos identificados na amostra de pessoas que tentaram suicídio condizer com os demais estudos científicos, os quais afirmam a relação entre a presença de determinadas doenças psiquiátricas e risco de suicídio, exceto quanto ao transtorno depressivo maior, não houve diferença significativa entre os dois grupos estudados, o que pode sugerir que a doença psiquiátrica por si só não determina o risco de morte voluntária.

Diante disso, o presente estudo teve como principal função a identificação de esquemas disfuncionais que pudessem vir a ser identificados como fatores com maior nível de acurácia para prever o risco de suicídio, fornecendo informações que pudessem diferenciar, por exemplo, a vulnerabilidade de pessoas para o suicídio, diante de um mesmo diagnóstico e fatores sócio-demográficos semelhantes.

Os esquemas disfuncionais associados à tentativa de suicídio foram: *privação emocional, abandono, desconfiança e abuso, isolamento social, defectividade e vergonha, fracasso, dependência e incompetência, vulnerabilidade a dores e doenças, merecimento, autocontrole e autodisciplina insuficientes, inibição emocional e padrões inflexíveis.*

A seguir serão mencionados os esquemas que apresentaram relevante associação com o comportamento suicida. Apesar de algumas pessoas do

grupo controle também apresentá-los, não foi representativo da maioria dessa amostra.

O esquema disfuncional mais freqüente entre as pessoas que tentaram suicídio foi o de abandono. Tal dado pode ser considerado um fator precipitador das dificuldades em aceitar rompimentos ou separações afetivas, sobretudo se for considerado o dado coletado na amostra do presente estudo, acerca do principal motivo manifesto para a tentativa de suicídio. A maioria das pessoas que tentou suicídio afirmou ter efetivado tal ato como uma reação ao rompimento de namoros ou casamentos.

Contudo, a identificação da associação do esquema disfuncional de abandono a outros esquemas disfuncionais é mister para poder explicar o fato de não ser todos que terminam relacionamentos afetivos que empreendem comportamentos suicidas.

Na amostra estudada, por exemplo, o esquema disfuncional também identificado em grande escala e que parece estar em estreita relação com o de abandono para promover a vulnerabilidade ao suicídio é o esquema disfuncional de privação emocional.

Manifestado por mais de 80% das pessoas entrevistadas que efetuou tentativa de suicídio, o EID de privação emocional pode contribuir na dificuldade em aceitar quebra das relações afetivas por sentir de forma mais intensa a falta de atenção, afeto, companheirismo e compreensão.

A presença desse esquema, bem como o de abandono pode sugerir também uma associação com o maior número de conflitos familiares, identificados na amostra de pacientes que tentou suicídio. Os conflitos familiares podem ser tanto constituidores dos esquemas mencionados quanto conseqüências da existência destes, por orientar o indivíduo a solicitar de forma mais premente atenção e cuidados dos outros ou brigar por potencializar a percepção de ofensa, que remete o sujeito à falta de acolhimento.

Os EID de abandono e privação emocional por orientar à percepção de ausência de apoio emocional e proteção pode também gerar e desenvolver pensamentos de desesperança, pensamentos dicotômicos e catastróficos, que podem acionar um hiperfoco de atenção à rejeição e com isso, influenciar na emergência de idéias de morte voluntária.

Esquemas disfuncionais de abandono e privação emocional também podem interferir na construção e manutenção de EIDs de desconfiança e abuso e isolamento social, por conceber que as pessoas serão incapazes de fornecer apoio emocional ou vinculação afetiva. Assim, passam a temer, no primeiro caso (desconfiança e abuso), ser enganadas, humilhadas e abusadas, o que as fazem se afastar ou ter dificuldade para manter-se em relações íntimas (isolamento social). Este esquema orienta a avaliação de inadequação comportamental, que além de fornecer incômodo, parece atuar no reforçamento da aquisição de novas ações consideradas socialmente inadequadas (SALKOVISKIS, 2004).

Os esquemas disfuncionais de desconfiança e abuso e isolamento social foram identificados em mais de 50% dos participantes que tentaram suicídio. Como mencionado anteriormente, tais esquemas parecem promover o afastamento de uma rede de apoio social que pudesse contrapor a desesperança e frustrações advindas das necessidades afetivas não satisfeitas.

Além disso, pode induzir o indivíduo a inferências arbitrárias sobre o valor de si mesmo e dos outros por não ter pessoas confiáveis e consideradas companheiras, o que pode gerar prejuízos na expressão emocional e, por conseguinte, cada vez mais isolamento e inibição emocional.

Apesar da maioria de pessoas do grupo experimental não apresentar disfunção quanto ao EID de inibição emocional, o número de indivíduos que os apresentou ainda foi grande em relação ao grupo controle, cerca três vezes maior, 80 pessoas do grupo experimental foram identificadas com essa condição cognitiva.

Esse EID está associado ao medo de ser desaprovado pelos outros, de cometer erros por sentir-se inadequado e com isso, causar grandes problemas, sendo posteriormente rejeitado. Diante disso, os indivíduos costumam exercer controle intenso quanto a comportamentos e reações emocionais, passam a realizar planejamentos excessivos, conferindo ênfase à racionalidade e minimização de necessidades emocionais.

Ao mesmo tempo em que essas características podem tornar o indivíduo vulnerável à ideação suicida pela auto-percepção de inadequação e medo de rejeição, a forma de lidar com esses anseios parece ser um fator de proteção

ao comportamento suicida, primeiro por favorecer a minimização das próprias necessidades emocionais e com isso, diminuir ou impedir a vivência de desconforto advindo da percepção de falta. Secundariamente, por enfatizar a contenção de impulsos, reflexão e racionalização exacerbada.

Esse último aspecto (racionalização exacerbada) pode originar um distanciamento das necessidades afetivas ou aumentar o grau de exigência a aspectos ambientais, por um foco de atenção aos seus ideais. Querer torná-los compatíveis com a realidade e, por conseguinte, com suas solicitações racionais causa na maioria das vezes tendências perfeccionistas e intolerância ou impaciência àquilo que não acontece como o indivíduo esperava.

A observação de que algo que se esperava acontecer não foi correspondido integralmente expõe o indivíduo à frustração e ideais cada vez mais perfeccionistas, na tentativa de superar a insatisfação anterior.

A inflexibilidade advinda desse tipo de funcionamento parece originar um padrão inflexível de avaliação sobre si, os outros e o mundo.

O segundo EID mais freqüente entre as pessoas que tentou suicídio foi o de padrões inflexíveis. A inflexibilidade quanto à avaliação dos próprios atos ou como se esperava que algo acontecesse remete ao pensamento disfuncional de perfeccionismo. Este direciona o sujeito a exigências elevadas para alcançar a realização pessoal, o que está comumente associado a altos níveis de insatisfação com a vida (DONALDSON et al., 2000).

A intolerabilidade ou inflexibilidade quanto à diferença entre o que gostaria que acontecesse e o que de fato emerge provoca irritação, insatisfação e parece estar atrelado a uma avaliação mais pessimista sobre os eventos, onde o indivíduo potencializa os aspectos negativos de uma dada informação ou fato.

Essa percepção o faz crer que só aquilo que ele tinha como ideal – e não se concretizou – traria satisfação, o que estimula outros pensamentos perfeccionistas.

Por ser a variável que diferencia as pessoas com e sem ideação suicida independente de outros dois fatores considerados relevantes - depressão e desesperança - o perfeccionismo, advindo do esquema disfuncional de padrões inflexíveis, parece estar associado ao desencadeamento de estresse ou intolerabilidade a este, o que comumente aumenta o foco de atenção fornecido

a falhas, erros, fracassos ou infortúnios (HEWITT *et al.*, 2006; O'CONNOR *et al.*, 2007).

A potencialização de um único foco de atenção, sobretudo aos aspectos negativos da vivência caracterizados pelo mecanismo cognitivo de atenção seletiva, o qual pode ser desenvolvido por padrões cognitivos de inflexibilidade, também pode influenciar na vivência de dores e maior percepção destas.

Sabe-se que a avaliação da dor e de sua intensidade está associada ao foco de atenção fornecido a esta experiência. Assim, quanto mais se percebe a dor como algo que não deveria ocorrer, infere-se uma perda total do controle e que estaria à mercê de um infortúnio com quem não se pode lidar, o que enfatiza a atenção no adversário forte e intrusivo.

O EID de vulnerabilidade a dores e doenças foi avaliado em mais de 80% da amostra de pessoas do grupo experimental, enquanto que apenas cerca de metade desse percentual foi identificado no grupo controle, o qual poderia estar mais propenso a ativar essa variável psicológica, por estar no período de descoberta, agravo ou desenvolvimento de alguma doença clínica.

Embora se saiba que a dor tem componentes neurofisiológicos, a avaliação da experiência dolorosa requer o processamento de elementos culturais, sensoriais, afetivos, cognitivos e comportamentais. A qualificação negativa da dor, por conseguinte favorece o aumento de atenção à experiência dolorosa, o que comumente aumenta a ansiedade, tensão e provoca mais reações fisiológicas, bem como a desesperança quanto a sua remissão (ANGELOTTI; DOTTO, 2006).

A presença do esquema desadaptativo de vulnerabilidade a dor e doenças, além de estar relacionado a transtornos de ansiedade também pode ser uma fonte geradora de estresse e tensão muscular, que provocam uma dor adicional sem possuir necessariamente origem orgânica, o que pode ativar pensamentos de ausência de controle, favorecendo a falsa convicção que não se pode fazer nada para mudar o futuro, o que suscita o indivíduo ao sentimento de ser indefeso e coagido pelas circunstâncias (ANGELOTTI, 2007; WILLIAMS *et al.*, 2008).

Pensar-se indefeso ou coagido pelo ambiente também pode engendrar outras variáveis psicológicas como impulsividade e menor senso de controle do ambiente. O esquema inicial desadaptativo de autocontrole e autodisciplina

insuficientes foi encontrado em mais da metade da amostra de pacientes que tentou suicídio, sendo esse índice significativamente menor no grupo controle.

A percepção de autocontrole insuficiente pode gerar dificuldades quanto à tolerabilidade e frustração ou provocar no indivíduo uma evitação exagerada de desconfortos, o que poderia torná-lo vulnerável às idéias e atos de morte e ainda, avaliar o inesperado como necessariamente ruim e devastador do seu funcionamento humano.

A ausência da noção de capacidade para modificar circunstâncias ou incompetência para lidar com experiências estressantes ou consideradas difíceis pelo indivíduo parece contingente ao último esquema apresentado, mas também parece ser propiciado pelo EID de dependência e incompetência.

Este, apesar de não estar presente na maior parte da amostra de pacientes que tentou suicídio, apresentou maior frequência nestes indivíduos que naqueles do grupo controle, em uma proporção cerca de três vezes maior nos primeiros.

A noção de incapacidade quanto a lidar com atividades cotidianas e a crença de não conseguir lidar com responsabilidades de forma competente, pode remeter a percepção de desespero, desesperança e desamparo, que potencializa a frustração e tristeza.

Assim, não se perceber competente pode vulnerabilizar o sujeito para a percepção de desvalor ou não merecimento. O EID de merecimento apresentou diferença significativa entre grupos, estando presente em mais do triplo de participantes do grupo experimental quando comparado ao de pessoas que não efetivou qualquer tentativa de suicídio.

Pensar-se não merecedor de valoração pela inaptidão com resoluções ou falta de habilidades para atuar no mundo (senso de incompetência) está possivelmente associado à baixa auto-estima. Esta orienta a emergência de vergonha sobre si e seus atributos, por considerá-los inexistentes ou pouco úteis.

O esquema desadaptativo de defectividade e vergonha foi encontrado em pouco menos da metade dos indivíduos que tentou suicídio, mas também apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, estando mais presente entre aqueles que tentou suicídio.

Esse dado remete a auto-percepção de imperfeição, inadequação e inferioridade, implica em uma hipersensibilidade à crítica, à rejeição, gerando desconforto, comparações, sensação de culpa, insegurança em relação a outros e vergonha (YOUNG et al., 2008).

É necessário ressaltar que apesar da descrição acima estar associada à definição de baixa auto-estima, ela é originada a partir da presença dos esquemas disfuncionais discutidos até então. São os esquemas disfuncionais que orientam a baixa auto-estima.

A baixa auto-estima, ou seja, perceber-se inseguro, imperfeito, inadequado, hipersensível à crítica ou rejeição são variáveis cognitivas originadas a partir de esquemas disfuncionais que compõem ou estão presentes veementemente, dentre outros fenômenos, nos transtorno depressivo maior e transtorno de ansiedade generalizada. Tal informação parece fornecer um esclarecimento sobre o porquê essas duas condições psiquiátricas estariam mais associadas ao comportamento suicida que outras.

Além disso, apesar de não estarem presentes de forma acentuada, os elementos cognitivos descritos anteriormente também compõem outros transtornos psiquiátricos considerados relevantes na problemática do suicídio como o abuso e dependência de álcool e outras drogas, o transtorno bipolar e de personalidade borderline.

Por originar desesperança, insatisfação com a vida, inflexibilidade cognitiva, dentre outros elementos que estão presentes naqueles que tentam suicídio, os esquemas desadaptativos parecem ser um fator relevante de vulnerabilidade para o suicídio, suscitando cognitivamente o indivíduo para tal ato.

Assim, considerando que nem todas as pessoas com depressão ou outros fatores considerados de risco, tentam suicídio, os esquemas disfuncionais apontam ser um aspecto diferenciador e relevante para o risco de morte. Concebe-se que a variável anterior ao pensamento (esquemas) tem forte fator preditor para o risco de idéias de morte e atos suicidas.

## 6 Conclusão

O desenvolvimento e análise do presente estudo possibilitaram entender que a presença dos esquemas disfuncionais de *abandono, padrões inflexíveis, privação emocional, vulnerabilidade a dores e doenças, autocontrole e autodisciplina insuficientes, desconfiança e abuso, isolamento social, fracasso, dependência e incompetência, merecimento, defectividade e vergonha e inibição emocional* são os aspectos mais associados à tentativa de suicídio na população estudada.

## Referências

- AGERBO, E.; NORDENTOFT, M.; MORTENSEN, P. Familial psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *British Medical Journal*, V. 325, n. 13, p. 74-77, 2002.
- ANGELOTTI, G.; DOTTO, M. Tratamento cognitivo-comportamental da dor. In: FIGUEIRÓ, J.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. *Dor e saúde mental*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- ANGELOTTI, G. *Terapia cognitivo comportamental no tratamento da dor*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4. Ed. Porto Alegre: artmed, 2002.
- BAHLS, S-C.; NAVOLAR, A. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista eletrônica de psicologia*, n. 4, p. 1-11, 2004.
- BAPTISTA, M. *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BARLOW, D.H.; DURANT, V.M. *Psicopatologia: Uma Abordagem Integrada*. São Paulo: Cengage Learning, 2008.
- BARROS, M.; OLIVEIRA, H., MARIN-LEÓN, L. Epidemiologia no Brasil. In: WERLANG, B.; BOTEAGA, N. J. et al. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: ArtMed, 2004.
- BEAUTRAIS, A. Suicide and serious suicide attempt: two populations or one? *Psychology Med.*, V. 31, p. 837-845, 2001.
- BECK, J. S. *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BECK, A. T. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row, 1967.
- BECK, A. T. Thinking and depression: Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, V. 10, p. 561-571, 1964.
- BECK, A.; KOVACS, M.; WEISSMAN, A. Hopelessness and suicidal behavior: an overview. *JAMA*, n. 234, p. 1146-1149, 1975.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.
- BECK, A.; EMERY, G. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: basic books, 1985.
- BECK, A. T. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, V. 1, p. 5-37, 1987.

BECK, A.; JEGLIC, E.; SHARP, I.; CHAPMAN, J.; BROWN, G. History of family suicide behaviors and negative problem solving in multiple suicide attempters. *Archives of Suicide Research*. V. 9, p. 135-146, 2005.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicídio e doença mental: Uma perspectiva global. In: WERLANG, B.; BOTEAGA, N. J. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

BORGES, V. R.; WERLANG, B.S.G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, V. 11, n. 3, p. 345-351, 2006.

BOTEAGA, N. J.; WERLANG, B.; CAIS, C.; MACEDO, M. Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, v. 37, n. 3, p. 213-220, 2006.

BOTEAGA, N. J.; RAPELLI, C. B. Tentativa de suicídio. In: BOTEAGA, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BRENT, D. Familial pathways to early-onset suicide attempt. *Archives of General Psychiatry*, V. 59, p. 801-807, 2002.

BROWN, G.; BECK, A.; STEER, R. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20 years prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, V. 68, n. 3, p. 371-377, 2000.

BRUNER, J. *Atos de significação*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

CABALLO, V. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos editor, 2008.

CALVETE, E., ESTÉVEZ, A., CORRAL, S. Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy*, V. 45, p. 791–804, 2007.

CAMINHA, R.; WAINER, R.; OLIVEIRA, M.; PICCOLOTO, N. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CASPI, A.; SUGDEN, K.; MOFFIT, T. E.; TAYLOR, A.; CRAIG, I. W.; MILL, J. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301: 386-389, 2003.

CATTELL, H. Suicide in the elderly. *Advances in Psychiatric Treatment*, V.6, p. 102–108, 2000.

CHENG, A.; CHEN, T.; CHEN, C.; JENKINGS, R. Psychological and psychiatric risk factors for suicide: case control psychological autopsy study. *British journal of psychiatry*. V. 177, p. 360-365, 2000.

CLARK, D.; BECK, A.; ALFORD, B. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley, 1999.

COLEMAN, D. & CASEY, J.T. *Therapeutic Mechanisms of Suicidal Ideation: The Influence of Changes in Automatic Thoughts and Immature Defenses*. *Crisis*, V. 28, n. 4, p. 198 – 203, 2007.

CONNER, K. Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide and life-threatening behavior*, V. 31, n. 4, p. 367-385, 2001.

CROSBY, A. Development of uniform definitions for self-directed violence surveillance. *Behaviour Research and Therapy*. 2007.

DALGALARRONDO, P.; BARROS, M.; MARÍN-LEÓN, L.; BOTECA, N.; OLIVEIRA, H.; SILVA, V. Fatores de risco associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, 2006.

DOBSON, K.; DOZOIS, D. Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. Em: K. S. Dobson (Org.). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONALDSON, D.; SPIRITO, A.; FARNETT, E. The Role of Perfectionism and Depressive Cognitions in Understanding the Hopelessness Experienced by Adolescent Suicide Attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, V. 31, n. 2, 2000.

DUBE, S.; Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span. *Fama*, V. 286, n. 24, p. 3089-3096, 2001.

DURKHEIM, E. *O suicídio: estudo sociológico*. Lisboa: editora presença, 1986.

EYSENCK, M.; KEANE, M. *Manual de psicologia cognitiva* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERGUSON, D.; BEAUTRAIS, A.; HORWOOD, L. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*, V. 33, p. 61-73, 2003.

FERTUZINHOS, S. M.; OLIVEIRA, J. R.; NISHIMURA, A. L.; PONTUAL, D.; CARVALHO, D. R.; SOUGEY, E. B. Analysis of IL-1 alpha, IL-1 beta and IL-Ra Polymorphisms in Dysthymia. *J Mol Neurosci*. V. 22, N. 3, p. 16-25, 2004.

FORMAN, E.; BERK, M.; HENRIQUES, G.; BROWN, G.; BECK, A. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American journal of psychiatry*, V. 161, p. 437-443, 2004.

FLECK, M.; LAFER, B.; SOUGEY, E.; DEL PORTO, J.; BRASIL, M.; JURUENA, F. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Revista brasileira de psiquiatria*, V. 25, n. 2, p. 114-122.

FIOCRUZ. BRASIL. Ministério da Saúde. In: <http://www.fiocruz.br/sinitox/>. Acesso em 03 de novembro de 2008.

GARDNER, H. *A nova ciência da mente*. São Paulo: EDUSP, 2003.

GLASHOUWER, K.; JONG, P.; PENNINX, B.; KERKHOF, A.; DYCK, R.; ORMEL, J. Do Automatic Self-Associations Relate to Suicidal Ideation? *J. Psychopathol Behav Assess*, 2009.

GILMAN, S.; COCHRAN, S.; MAYS, V.; HUGHES, M.; OSTROW, D.; KESSLER, R. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, V. 91, p. 933-939, 2001.

- GOETHE, J. *Os sofrimentos do jovem Werther*. Trad. LACK, L. São Paulo: Abril, 2010.
- GOLDNEY, R.; WILSON, D.; GRANDE, E.; FISHER, L.; MCFARLANE, A. Suicide ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial traumatic events. *Aust N Z J Psychiatry*, V. 34, p. 98-106, 2000.
- GRAY. Utah youth suicide study, phase I: government agency contact before death. *Journal of Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, V. 41, n. 4, p. 427-434, 2002.
- HARRIS, E.; BARRACLOUGH, B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *British journal of psychiatry*. V. 170, p. 205-228, 1997.
- HARTWELL, N. E. *The Neuropsychology of Suicidal States in Depressed inpatients*. Dissertation. US, Yeshiva U; 2001.
- HAWTON, K; HARRISS, L. Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 21, p. 572-581, 2006.
- HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P.; KIRK, J.; CLARK, D. *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- HEWITT, P.; FLETT, G.; SHERRY, S.; CAELIAN, C. *Trait perfectionism dimensions and suicidal behavior*. Washington, DC: American psychological Association, 2006.
- HILTON, S.; FELLINGHAM, G.; LYON, J. Suicide rates and religious commitment in Young adult males in Utah. *American journal of epidemiology*, V. 155, n. 5, p. 413-419, 2002.
- HINTINKKA, J.; PESONEN, T.; SAARINEN, A.; LEHTONEN, J.; VIINAMAKI. Suicidal ideation in the finnish general population. A 12-month follow-up study. *Psychiatry epidemiol.*, V. 36, p. 590-594, 2001.
- HUGLES, D.; KLEESPIES, P. Suicide in the medically ill. *Suicide and life-threatening behavior*, V. 31, p. 48-59, 2001.
- HUNTER, E.; O'CONNOR, R. Hopelessness and future thinking in parasuicide: the role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*. V. 42, p. 355-365, 2003.
- IKEDA, R. Medical conditions and nearly lethal suicide attempts. *Suicide and life-threatening behavior*, V. 32, p. 60-67, 2001.
- JAMISSON, K. *Quando a noite cai: entendendo o suicídio*. Rio de Janeiro: Griphus, 2002.
- KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; SCHITT, R.; CHACHAMOVICH, E. *Emergências Psiquiátricas*. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- KAPLAN, M.; HUGUET, N.; MCFARLAND, B.; NEWSOM, J. Suicide among male veterans: a prospective population-based study. *Journal of epidemiology and community health*. V. 61, p. 619-624, 2007.
- KAPLAN, H.; ADANEK, M.; MARTIN, J. Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 16, p. 728-734, 2001.

KNAPP, P. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LALOVIC, A.; LEVY, E.; LUHESHI, G., CANETTI, L.; GRENIER, E., SEQUEIRA, A., TURECKI, G. Cholesterol content in brains of suicide completers. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, V. 10, n. 2, 159–166, 2007.

LAURANCE, J. Suicídio mata mais que homicídio e guerra. São Paulo: *Folha de São Paulo*, p. A-11, 03 de outubro de 2002.

LEAHY, R. A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, V. 9, p. 177-190, 2002.

LEAHY, R. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, V. 14, p. 36-45, 2007.

LENT, R. *Cem bilhões de neurônios*. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEVENSON, J.; BOSTWICK, J. Suicidality in the medically ill. *Primary psychiatry*, V. 12, p. 16-18, 2005.

LINEHAM, M. *Terapia cognitiva comportamental para o transtorno da personalidade borderline: guia do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LIPP, M. *O estresse está dentro de você*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

LOEBEL, J. Completed suicide and late life. *Psychiatric Services*. V. 56, p. 260-262, 2005.

LOHR, L.; TEGLASI, H.; FRENCH, M. Schemas and temperament as risk factors for emotional disability. *Personality and Individual Differences*, V. 36, p. 1637–1654, 2004.

LOVISI, G.; SANTOS, S.; LEGAY, L., ABELHA, L.; VALENCIA, E. Análise Epidemiológica do Suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 31, P. 86-94, 2009.

MECMILLAN, D.; GILBODY, S. BERESFORD, E.; NEILLY, L. Can we predict suicide and no-fatal selfharm with the Beck Hopelessness Scale? A metaanalysis. *Psychological medicine*. V. 37, p. 769-778.

MELLO, M. F. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Caderno Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 163-170, 2000.

MELTZER, H. Reducing the risk for suicide in schizophrenia and affective disorders. *Journal of clinical psychiatry*. V. 64, p. 1122-1129, 2003.

MINKOFF, K.; BERGMAN, E.; BECK, A. Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, V. 130, p. 445-459, 1973.

MITTY, E.; FLORES, S. Suicide in late life. *Geriatric nursing*, v. 29, n. 3, p. 160-165, 2008.

MOORHEAD, S. Schemas, Psychotic Themes and Depression: A Preliminary Investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, V. 33, p. 115–117, 2005.

NEVES, F.; MALLOY-DINIZ, L.; BARBOSA, I.; BRASIL, P.; CORRÊA, H. Bipolar disorder first episode and suicidal behavior: are there differences according to type of suicide attempt? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 31, n.2, p. 114-8, 2009.

O'CONNOR, R.; WHYTE, M.; FRASER, L.; MASTERTON, G.; MILES, J. MACHALE, S. Predicting short-term outcome in well-being following suicidal behaviour. *Behaviour research and therapy*, V. 45, p. 1543-1555.

OLIVEIRA, J. R.; SOUGEY, E. B.; GENTIL, V.; LAFER, B.; VALLADA, H. e Cols. Analysis of the functional serotonin transporter polymorphism (5- HTTLPR) in Brazilian patients affected by dysthymia, major depression and bipolar disorder. *Molecular Psychiatry* V. 5, n. 4, p. 348-349, 2000.

OLSON, L.; WAHAB, S. American indians and suicide: a neglected área of research. *Trauma violence and abuse*. V. 7, p. 19-33, 2006.

OMS. Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança, 2001. Disponível: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)> Acessado: 10/05/2010.

OMS. *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da Cid-10*. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

OQUENDO, M.; ELLIS, A.; GREENWALD, S.; MALONE, K.; WEISSMAN, M.; MANN, J. Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, V. 158, p. 1652-1658, 2001.

OYAMA, H.; KOIDA, J.; SAKASHITA, T.; KUDO, K. Community-Based Prevention for Suicide in Elderly by Depression Screening and Follow-Up. *Community Mental Health Journal*, v. 40, n. 3, 2004.

PHILLIPS, M.; XIANYUN, L.; ZHANG, Y. Suicide rates in China. *The Lancet*, V. 359, p. 835-840, 2002.

PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores, e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. V. 54, n. 2, p. 146-154, 2005.

POWELL, K. Alcohol consumption and nearly lethal suicide attempts. *Suicide and life-threatening behavior*, V. 32, p. 30-41, 2001.

POWER, L.; BROPHY, E. J. A comparison of suicide rates between older adults in Ireland and the UK: 1975–2005. *Ir J Med Sci*, v. 177, p. 333–337, 2008.

RATNASINGAM, P; BIPSHOP, G. Social support schemas, trait anger, and cardiovascular responses. *International Journal of Psychophysiology*, V. 63 p. 308–316, 2007.

ROY, A.; JANAL, M. Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there na ineration? *Suicide and life-threatening behavior*, V. 36, p. 329-335, 2006.

SALKOVSKIS, P. *Fronteiras da terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

SEGAL, J. *Aspectos genéticos do comportamento suicida*. Tese de doutorado do programa de pós-graduação em ciências médicas da universidade federal do Rio Grande do Sul, 2009.

SHAH, A.; BHAT, R.; MACKENZIE, C. Elderly suicide rates: cross-national Comparisons of trends over a 10-year period. *International Psychogeriatrics*, v. 20, n.4, p. 673–686, 2008.

SHAH, A.; PADAYATCHI, M.; DAS, K. The relationship between elderly suicide rates and elderly dependency ratios: a cross-national study using data from the WHO data bank. *International Psychogeriatrics*, v. 20, n.3, p. 596–604, 2008.

SHER, L.; OQUENDO, M.; MANN, J. Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience research*, V. 1, p. 337-344, 2001.

SIMOM, T. Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and life-threatening behavior*, V. 32, p. 49-59, 2001.

SUOKAS, J.; SUOININEN, K.; ISOMETSA, E.; OSTAMO, A.; LONNQVIST, J. Long-term risk factors for suicide mortality after attempted suicide-findings of a 14-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, V. 104, p. 117-121, 2001.

SPECHT, M.; CHAPMAN, A; CELLUCCI, T. Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.*, V. 40, p. 256–264, 2009.

STEINBERG, R. *Psicologia cognitiva*. Porto alegre: ARTMED, 2000.

SWAHN, M.; POTTER, L. Factors associated with the medical severity of suicide attempts in youths and young adults. *Suicide and life-threatening behavior*, V. 32, p. 21-29, 2001.

TALBOLT, N.; DUBERSTEIN, P.; COX, C.; DENNING, D.; CONWELL, Y. Preliminary reporto n childhood sexual abuse, suicidal ideation and suicide attempts among middle-aged and older depressed women. *American journal of geriatric psychiatry*, V. 12, p. 536-538, 2004.

TORTOLERO, S.; ROBERTS, R. Differences in nonfatal suicide behaviors among Mexican and European American middle achool children. *Suicide and life-threatening behavior*. V. 31, n. 2, p. 214-223, 2001.

TURECKI, G. Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? *Bipolar disorders*, V. 3, p. 335-349, 2001.

WENZEL, A.; BROWN, G.; BECK, A. *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WENZEL, A.; HAUGEN, E.; SCHMUTZER, P. Recall of schematic and non-schematic material related to threat in socially anxious and nonanxious individuals. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, V. 31, p. 403-416, 2003.

WERLANG, B. S.; BOTEAGA, J. N. Introdução. In: WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. (Orgs.) *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WERLANG, B. S.; KELLER, M. Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. *J Bras Psiquiatria*, v. 52, n. 2, p. 128-136, 2005.

WEYRAUCH, K. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. *Suicide and life-threatening behavior*, V. 31, n. 3, p. 311-319, 2001.

WHO – World Health Organization (2000). *Preventing Suicide: a Resource for Primary Health Care Workers*. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/topic\\_Suicide1.html](http://www.who.int/mental_health/topic_Suicide1.html). Acesso em: 10 de outubro de 2008.

WILLIAMS, J.; VAN DER DOES, A.; BARNHOFER, T.; CRANE, C.; SEGAL, Z.S. Cognitive Reactivity, Suicidal Ideation and Future Fluency: Preliminary Investigation of a Differential Activation Theory of Hopelessness/Suicidality. *Cognitive Therapy & research*. V. 32, p. 83–104, 2008.

WONG, S. The Relations of Cognitive Triad, Dysfunctional Attitudes, Automatic Thoughts, and Irrational Beliefs with Test Anxiety. *Curr Psychol*, v. 27, p. 177–191, 2008.

WRIGHT, M., CRAWFORD, E., DEL CASTILLO, D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, V. 33, p. 59–68, 2009.

YOUNG, J. *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota: Professional resources press, 1990.

YOUNG, J. E. *Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: Uma abordagem focada em esquemas*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

YOUNG, J.; KLOSKO, J.; WEISHAAR, M. *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VIANA, G. N.; ZENKNER, F. M.; SAKAE, T. M.; ESCOBAR, B. T. Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatria*, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.

VIEIRA, L.; FREITAS, M.; PORDEUS, A.; LIRA, S.; SILVA, J. “Amor não correspondido”: Discursos de adolescentes que tentaram suicídio. *Ciência & Saúde Coletiva*, V. 14, n. 5, p.1825-1834, 2009.

VOYER, M.; CAPPELIEZ, P. Congruency between depressogenic schemas and life events for the prediction of depressive relapse in remitted older patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, V. 30, p. 165–177, 2002.

## Anexos

### Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO DO RECIFE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite participar do presente estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Caso não queira participar da pesquisa, não tem algum problema, você não será penalizado e continuará a ser atendido normalmente. Sinta-se a vontade para tirar qualquer dúvida ou se precisar pode procurar o Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos do Hospital da Restauração da Universidade Federal de Pernambuco.

Informações sobre a pesquisa:

1. Título do Projeto: **“Identificação de pensamentos e padrões cognitivos associados à tentativa de suicídio por envenenamento”**.
2. Pesquisador Responsável: **Marília Suzi Pereira dos Santos**, psicóloga (CRP-PE: 02/13807), que estará a sua disposição pelo telefone: (81) 88697632 ou pelo correio eletrônico: mariliapsi@hotmail.com
3. Esta pesquisa pretende identificar características das pessoas que tentaram suicídio e daquelas que não tentaram para avaliar possíveis fatores de risco para a tentativa de suicídio, como por exemplo, aspectos sociais, situação financeira, presença de transtornos psiquiátricos, além de identificar tipos de pensamentos mais frequentes, como por exemplo, “preciso tanto das pessoas que tenho medo de perdê-las”.
4. **Riscos:** Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o paciente possa ter para responder aos questionários e ao tempo dispendido nesta atividade.
5. **Benefícios:** Um atendimento, onde serão instruídos o paciente e seus acompanhantes, ressaltando os cuidados necessários e as formas de tratamento e prevenção do comportamento suicida. Os pacientes que forem identificados com condições psiquiátricas associadas serão encaminhados aos serviços de assistência à saúde da localidade em que residem.
6. O paciente não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo;
7. O paciente terá a garantia de poder perguntar em qualquer momento da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
8. Existe total liberdade para retirar o consentimento e não permitir a sua participação do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ao atendimento que ele recebe;
9. As respostas do paciente serão mantidas em sigilo pela pesquisadora; e todas as despesas para desenvolvimento da pesquisa são de responsabilidade apenas da pesquisadora.
10. O paciente irá responder a 2 (dois) questionários;
11. Após ter ouvido todos os esclarecimentos acima, declaro que concordo inteiramente com todas as condições e que autorizo a análise dos dados coletados e sua publicação, em qualquer meio de divulgação desde que resguardado o sigilo dos dados de identificação.

Pesquisado: Eu \_\_\_\_\_  
 RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, N° do prontuário \_\_\_\_\_,  
 concordo em participar deste estudo na condição de pesquisado (sujeito do estudo). Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Marília Suzi Pereira dos Santos sobre o presente estudo, os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido a retirada do meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção do meu acompanhamento, assistência e tratamento.

RECIFE, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 200\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Participante

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

\_\_\_\_\_  
 Nome da primeira testemunha

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

\_\_\_\_\_  
 Nome da segunda testemunha

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

\_\_\_\_\_  
 Nome da pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
 Assinatura

## Anexo 2- QUESTIONÁRIO SÓCIOBIODEMOGRÁFICO

Hospital da Restauração de Pernambuco  
CEATOX (Centro de Assistência Toxicológica)  
Tentativa de Suicídio por Envenenamento  
Questionário de pesquisa (dados sócio biodemográficos)

Número do prontuário \_\_\_\_\_ Número do paciente \_\_\_\_\_ Grupo Controle ( )  
Grupo experimental ( )

Motivo do internamento: ( ) Atendimento Clínico ( ) Tentativa de Suicídio

Entrada \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Identificação

- 1-Nome: \_\_\_\_\_
- 2 - Faixa Etária: ( ) 12 a 18 anos ( ) 19 a 29 anos ( ) 30 a 40 anos ( ) 41 a 51 anos ( ) 52 a 64 anos ( ) > 64 anos.
- 3 - Procedência: ( ) Recife ( ) R. M. R. ( ) Interior de Pernambuco ( ) Outros estados.
- 4 - Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União Consensual.
- 5 - Orientação Sexual: ( ) Heterossexual ( ) Homossexual
- 6 - Relacionamento Afetivo (atual): ( ) Estável ( ) Não estável.
- 7 – Filhos: ( ) Não ( ) Sim. 7.1 - Número de filhos vivos ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) > 4.  
7.2 - Número de filhos mortos ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) > 4.  
7.3 – Abortos ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) > 4.
- 8 - Instrução: ( ) Analfabeto ( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo
- 9 - Profissão: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_
- 10 - Renda Financeira: ( ) Autônomo ( ) Assalariado ( ) Biscate ( ) Aposentadoria ( ) Pensão ( ) Auxílio Governo.
- 11 - Situação Financeira: ( ) Dependente ( ) Independente  
11.1 Dívidas: ( ) Sim ( ) Não
- 12 - Etnia: ( ) Negro ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Amarelo ( ) Indígena
- 13 - Religião: ( ) Não tem ( ) Católico ( ) Espírita ( ) Evangélico ( ) Afro brasileira ( ) Mórmons ( ) Outras
- 14 - Crença em Deus: ( ) Sim ( ) Não

### HDA

- 15 - Motivo alegado para a Tentativa de Suicídio ou possível ocorrência no grupo controle:  
( ) Brigas ( ) Problemas financeiros ( ) Desemprego ( ) Separação afetiva ( ) Morte de ente querido ( ) Doença grave na família ( ) Doença grave do paciente ( ) Vergonha ou humilhação ( ) Solidão ( ) Problemas com a justiça ( ) Outros \_\_\_\_\_
- 16 - Agente do Suicídio: 16.1Medicamentos ( ) Benzodiazepínicos ( ) Antidepressivos ( ) Antipsicóticos ( ) Anticonvulsivantes ( ) Hipnóticos ou barbitúricos.  
16.2 - Drogas ( ) Bebidas alcoólicas ( ) Substancias psicoativas
- 16.3 - ( ) Organofosforado ( ) Água Sanitária ( ) Pesticidas
- 17 - Tentativas Anteriores: ( ) Não ( ) Sim. 17.1 - Número de vezes: ( ) 1 ( ) 2 a 4 ( ) > 4
- 18 - Conhece alguém que já tentou suicídio? ( ) Não ( ) Sim
- 19 - Pessoas no ambiente da Tentativa: ( ) Não ( ) Sim
- 20 - Avisou a alguém? ( ) Não ( ) Sim
- 21 - Suicídio na família: ( ) Não ( ) Sim. 21.1 - Quem: ( ) Pais ( ) Irmãos ( ) Tios ( ) Avós ( ) Primos

### Antecedentes Pessoais

- 22 – Agravos ou traumas durante a infância: ( ) Não ( ) Sim  
 23 – Perda parental precoce ( ) 23.1 – Quem: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Avós ( ) Irmãos ( ) Tios ( ) Primos  
 24 – Violência doméstica ( ) 25 – Abuso sexual ( )  
 26 – Doença grave ( ) \_\_\_\_\_  
 26.1 – Traumatismo craniano: ( ) Sim ( ) Não  
 27 – Assassinato na família: ( ) Não ( ) Sim.  
 27.1 – Quem: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Filhos ( ) Irmãos  
 27.2 – Idade \_\_\_\_\_  
 ( ) Avós ( ) Tios ( ) Primos  
 28 – Tratamento psiquiátrico: ( ) Não ( ) Sim  
 29 – Tratamento Clínico: ( ) Doenças Cardiovasculares ( ) Doenças Endócrinas ( ) Doenças Ortopédicas ( ) Doenças Neurológicas ( ) Doenças Metabólicas ( ) Doenças Hematológicas ( ) Doenças Oncológicas ( ) Doenças Infecciosas ( ) Doenças Respiratórias ( ) Doenças Gastrointestinais  
 29.1 Medicação: \_\_\_\_\_  
 29.2 Como adquirir: \_\_\_\_\_

### Antecedentes Hereditários

- 30 - Pai: ( ) Desconhecido ( ) Vivo ( ) Morto. 30.1 - Tempo de morte: ( ) < 1 ano ( ) 1 – 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) > 10 anos.  
 31 – Mãe: ( ) Desconhecida ( ) Viva ( ) Morta. 31.1 - Tempo de morte: ( ) < 1 ano ( ) 1 – 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) > 10 anos.  
 32 – Doenças psiquiátricas na família: ( ) Não ( ) Sim. 32.1 - Quem: ( ) Pai ( ) Mãe ( ) Irmão ( ) Filho ( ) Avós ( ) Tios ( ) Primos ( ) Marido ( ) Esposa.

### Diagnóstico M.I.N.I.

- ( ) Episódio Depressivo Maior ( ) Episódio Depressivo Maior com Características Melancólicas  
 ( ) Transtorno Distímico ( ) Risco de Suicídio ( ) Episódio Hipomaníaco ( ) Transtorno de Pânico  
 ( ) Agorafobia ( ) Fobia Social ( ) TOC ( ) TEPT ( ) Síndrome Psicótica ( ) Dependência de álcool ( ) Abuso de álcool  
 ( ) Dependência de substâncias não alcoólicas  
 ( ) Estimulantes ( ) Opiáceos ( ) Alucinógenos ( ) Solventes ( ) Sedativos  
 ( ) Abuso de substâncias não alcoólicas  
 ( ) Estimulantes ( ) Opiáceos ( ) Alucinógenos ( ) Solventes ( ) Sedativos

## Anexo 3 – M.I.N.I.

## Anexo 4 – Questionário de Esquemas de Young – Versão curta

### Questionário de Esquemas de Young – forma reduzida YSQ - S2

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

#### INSTRUÇÕES:

São listadas abaixo afirmações que uma pessoa poderia usar para se descrever. Por favor leia cada afirmação e decida quão bem ela descreve você. Quando não tiver certeza, baseie sua resposta no que você sente emocionalmente, não no que pensa ser verdade. Se desejar, reescreva a afirmação para torná-la ainda mais verdadeira a seu respeito. Então, escolha a avaliação de 1 a 6 que melhor a/o descreve (incluindo suas revisões) e escreva este número no espaço que antecede a afirmação.

#### ESCALA DE AVALIAÇÃO:

- 1 = Não me descreve de modo algum
- 2 = Acontece raras vezes e pouco descreve o meu modo de ser
- 3 = Acontece algumas vezes, mas ainda não descreve o meu modo de ser
- 4 = Descreve o meu modo de ser
- 5 = Descreve muito o meu modo de ser
- 6 = Me descreve perfeitamente

1. \_\_\_\_ A maior parte do tempo, não tenho ninguém para me dar carinho, compartilhar comigo, e se importar profundamente com o que me acontece.
2. \_\_\_\_ Em geral, não havia pessoas para me dar carinho, segurança e afeição.
3. \_\_\_\_ Eu não senti que era especial para alguém, em grande parte da minha vida.
4. \_\_\_\_ Em geral, não tenho ninguém que realmente me escute, me compreenda, ou esteja sintonizado com minhas verdadeiras necessidades e sentimentos.
5. \_\_\_\_ Eu raramente tenho alguma pessoa forte para me dar bons conselhos ou orientação quando não tenho certeza do que fazer.
6. \_\_\_\_ Percebo que me agarro às pessoas com as quais tenho intimidade, por ter medo de que elas me deixem.
7. \_\_\_\_ Preciso tanto das pessoas que tenho medo de perdê-las.
8. \_\_\_\_ Eu me preocupo com a possibilidade de as pessoas de quem eu gosto me deixarem ou me abandonarem.
9. \_\_\_\_ Quando sinto que alguém com quem eu me importo está se afastando, fico desesperada/o.
10. \_\_\_\_ Às vezes, tenho tanto medo de que as pessoas me deixem, que acabo fazendo com que se afastem.
11. \_\_\_\_ Sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim.
12. \_\_\_\_ Sinto que não posso baixar a guarda na presença dos outros, pois eles me prejudicariam intencionalmente.
13. \_\_\_\_ É só uma questão de tempo antes que as pessoas me traiam.
14. \_\_\_\_ Desconfio muito dos motivos dos outros.
15. \_\_\_\_ Eu geralmente fico procurando os motivos escondidos das pessoas.
16. \_\_\_\_ Eu não me encaixo.
17. \_\_\_\_ Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.
18. \_\_\_\_ Eu não pertenço a ninguém; sou um/a solitário/a.
19. \_\_\_\_ Sinto-me alienada/o das outras pessoas.
20. \_\_\_\_ Sempre me sinto excluída/o dos grupos.

21. \_\_\_\_ Nenhum/a homem/mulher que eu desejar vai me amar depois de saber dos meus defeitos.
22. \_\_\_\_ Ninguém que eu desejar vai querer ficar perto de mim depois que conhecer meu verdadeiro eu.
23. \_\_\_\_ Não sou digna/o do amor, da atenção, e do respeito dos outros.
24. \_\_\_\_ Sinto que não mereço ser amada/o.
25. \_\_\_\_ Sou inaceitável demais, de todas as maneiras possíveis, para me revelar aos outros.
26. \_\_\_\_ Quase nada do que eu faço no trabalho (ou na escola) é tão bom quanto o que os outros fazem.
27. \_\_\_\_ Sou incompetente no que se refere a realizações.
28. \_\_\_\_ A maioria das pessoas é mais capaz do que eu no trabalho e em suas realizações.
29. \_\_\_\_ Não tenho tanto talento quanto a maioria das pessoas tem em sua profissão.
30. \_\_\_\_ Não sou tão inteligente quanto a maioria das pessoas no que se refere a trabalho (ou estudo).
31. \_\_\_\_ Não me sinto capaz de me arranjar sozinha/o no dia-a-dia.
32. \_\_\_\_ Penso em mim como uma pessoa dependente, no que se refere ao funcionamento cotidiano.
33. \_\_\_\_ Falta-me bom senso.
34. \_\_\_\_ Não se pode confiar em meu julgamento nas situações do dia-a-dia.
35. \_\_\_\_ Não confio em minha capacidade de resolver os problemas que surgem no cotidiano.
36. \_\_\_\_ Não consigo deixar de sentir que algo de ruim vai acontecer.
37. \_\_\_\_ Sinto que algum desastre (natural, criminal, financeiro, ou médico) vai acontecer a qualquer momento.
38. \_\_\_\_ Tenho medo de ser atacada/o.
39. \_\_\_\_ Tenho medo de perder todo o meu dinheiro e ficar pobre.
40. \_\_\_\_ Tenho medo de pegar uma doença séria, mesmo que nada de sério tenha sido diagnosticado pelos médicos.
41. \_\_\_\_ Não consegui me separar de meu pai/minha mãe, ou de ambos, assim como outras pessoas da minha idade parecem conseguir.
42. \_\_\_\_ Meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu tendemos a nos envolver excessivamente com a vida e com os problemas uns dos outros.
43. \_\_\_\_ É muito difícil para meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu escondermos detalhes íntimos uns dos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados.
44. \_\_\_\_ Muitas vezes me parece que meus pais estão vivendo por intermédio de mim – eu não tenho uma vida própria.
45. \_\_\_\_ Muitas vezes, sinto que não tenho uma identidade separada da de meus pais ou parceiro/a.
46. \_\_\_\_ Acho que se eu fizer o que quero, só vou arranjar problemas.
47. \_\_\_\_ Sinto que não tenho escolha além de ceder ao desejo das pessoas, ou elas vão me rejeitar ou me retaliar de alguma maneira.
48. \_\_\_\_ Nos meus relacionamentos, deixo a outra pessoa ter o controle.
49. \_\_\_\_ Sempre deixei os outros escolherem por mim, de modo que não sei realmente o que quero.
50. \_\_\_\_ Tenho grande dificuldade em exigir que meus direitos sejam respeitados e que meus sentimentos sejam levados em conta.
51. \_\_\_\_ Sou aquela/e que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próxima/o.

52. \_\_\_\_\_ Sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesma/o.
53. \_\_\_\_\_ Fico tão ocupada/o fazendo coisas para as pessoas de quem gosto que tenho muito pouco tempo para mim.
54. \_\_\_\_\_ Sempre fui aquela/e que escuta os problemas de todo o mundo.
55. \_\_\_\_\_ As pessoas me vêem fazendo demais pelos outros e pouco por mim.
56. \_\_\_\_\_ Tenho muita vergonha de demonstrar sentimentos positivos em relação aos outros (por exemplo, afeição, sinais de cuidado).
57. \_\_\_\_\_ Acho embaraçoso expressar meus sentimentos para os outros.
58. \_\_\_\_\_ Tenho dificuldade em ser carinhosa/o e espontânea/o.
59. \_\_\_\_\_ Eu me controlo tanto que as pessoas acham que não sou emotiva/o.
60. \_\_\_\_\_ As pessoas me vêem como emocionalmente contida/o.
61. \_\_\_\_\_ Preciso ser a/o melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.
62. \_\_\_\_\_ Tento fazer o melhor; não consigo aceitar o "suficientemente bom".
63. \_\_\_\_\_ Preciso cumprir todas as minhas responsabilidades.
64. \_\_\_\_\_ Sinto que existe uma pressão constante sobre mim para conquistar e fazer coisas.
65. \_\_\_\_\_ Não consigo me soltar ou me desculpar por meus erros com facilidade.
66. \_\_\_\_\_ Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" como resposta quando quero alguma coisa de alguém.
67. \_\_\_\_\_ Sou especial e não deveria ter que aceitar muitas das restrições impostas às outras pessoas.
68. \_\_\_\_\_ Detesto ser obrigada/o a fazer alguma coisa, ou impedida/o de fazer o que quero.
69. \_\_\_\_\_ Acho que não deveria ter que obedecer às regras e convenções normais assim como os outros.
70. \_\_\_\_\_ Sinto que aquilo que tenho a oferecer é muito mais valioso do que as contribuições dos outros.
71. \_\_\_\_\_ Parece que não consigo me disciplinar e levar até o fim tarefas rotineiras ou chatas.
72. \_\_\_\_\_ Quando não consigo atingir algum objetivo, fico facilmente frustrada/o e desisto.
73. \_\_\_\_\_ Para mim, é muito difícil sacrificar uma gratificação imediata para atingir um objetivo a longo prazo.
74. \_\_\_\_\_ Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo sabendo que é para o meu próprio bem.
75. \_\_\_\_\_ Raramente consigo cumprir minhas resoluções.

Anexo 5 - CARTA DE ANUÊNCIA CEATOX-HR

## Hospital da Restauração - PE

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro, para os devidos fins, que a mestrandia do departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal de Pernambuco, Marília Suzi Pereira dos Santos, CPF 054.848.624-77, RG 6979174 SDS PE, autora do Projeto de Pesquisa intitulado **Identificação de pensamentos e padrões cognitivos associados à tentativa de suicídio por envenenamento**, sob a orientação do professor Dr. **EVERTON BOTELHO SOUGEY**, da Universidade Federal de Pernambuco, está autorizada em desenvolver a sua pesquisa com pacientes do CEATOX (Centro de Atenção Toxicológica) desse Hospital, pelo período de execução previsto no referido Projeto.

Nome:

Matrícula, Siape:

Identidade:

---

Coordenadora do Centro de Atenção Toxicológica do Hospital da Restauração

Anexo 5 – Autorização do Comitê de Ética do Hospital da Restauração



Av. Agamenon Magalhães, s/n  
5º andar, Derby, Recife-PE  
CEP 52020-000 - Telefax: (81) 3421-5694

Recife, 06 de abril de 2010

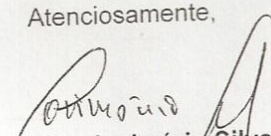
Memo nº 034/10

À  
Chefia do CEATOX - HR

Prezado(a) Senhor(a);

Venho por meio deste, encaminhar a V. S<sup>a</sup>., a pesquisadora, **MARÍLIA SUZI PEREIRA DOS SANTOS**, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: **IDENTIFICAÇÃO DE PENSAMENTOS E PADRÕES COGNITIVOS ASSOCIADOS À TENTATIVA DE SUICÍDIO POR ENVENENAMENTO**, aprovada em 06/04/10 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Restauração para que possa iniciar a pesquisa nas dependências deste serviço.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Josimário Silva  
Coordenador do CEP/HR