

A INFLUÊNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEAÇÃO SUICIDA

Walberto Silva dos Santos¹✉, Sylvia Maria Ulisses², Thicianne Malheiros da Costa³, Mariana Gonçalves Farias⁴ & Darlene Pinho Fernandes de Moura⁵

¹Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Fortaleza - CE - Brasil. CEP 60020-181. e-mail: walbertosantos@gmail.com; ²Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Fortaleza - CE - Brasil. CEP 60020-181. e-mail: sylviaulisses@gmail.com;

³Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Fortaleza - CE - Brasil. CEP 60020-181. e-mail: thiciannemalheiros@gmail.com; ⁴Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Fortaleza - CE - Brasil. CEP 60020-181. e-mail: mariana_gfarias@hotmail.com;

⁵Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, CEP 62042-270 - Sobral, Brasil. e-mail: darlene.pifernandes@hotmail.com

A INFLUÊNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEAÇÃO SUICIDA

RESUMO: O suicídio é compreendido como um ato multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre diversos fatores. Nesse sentido, o presente estudo objetivou conhecer em que medida a satisfação com a vida, a saúde geral (ansiedade e depressão) e a religiosidade podem influenciar na ideação suicida. Especificamente, pretendeu-se averiguar a relação existente entre esses fatores e investigar o poder preditivo dessas variáveis no comportamento suicida. Para tanto, contou-se com 257 pessoas com idades variando entre 18 e 56 anos ($M = 22,9$; $DP = 6,76$), a maioria solteira (91,8%), do sexo feminino (62,6%), de religião Católica (50,6%). Essa foi uma amostra de conveniência. Os participantes foram solicitados a responder a um protocolo composto por questões de caráter sociobiodemográficas e cinco instrumentos: (1) Questionário de Saúde Geral de Goldberg; (2) Escala de Satisfação com a Vida; (3) Escala de Práticas Religiosas; (4) Escala de Crenças Religiosas; (5) Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio (EMTAS). Verificaram-se correlações significativas entre os domínios da EMTAS com as variáveis avaliadas no presente estudo. Quanto ao poder preditivo, foi possível comprovar que as alterações nos principais domínios da ideação suicida foram explicadas satisfatoriamente pela satisfação com a vida, pela depressão e pelo compromisso religioso. Assim, conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados e contribui para medidas que podem ajudar na identificação de pacientes em risco, tais como a construção de novas propostas de intervenções, a prevenção do comportamento suicida e a promoção da saúde.

Palavras-chave: Ideação Suicida. Saúde Mental. Satisfação com a Vida. Compromisso Religioso.

✉ Av. da Universidade 2762 - Benfica; CEP 60020-181 - Fortaleza - CE. Telf.: (85) 3366. e-mail: walbertosantos@ufc.br

RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA

THE INFLUENCE OF RISK OR PROTECTIVE FACTORS FOR SUICIDE IDEATION

ABSTRACT: Suicide is understood as a multidimensional act and is caused by the complex interaction of several factors. This study aims to identify the influence of life satisfaction, general health (anxiety and depression) and religious commitment in suicidal ideation. Specifically, this study aims to investigate the predictive power of these factors in suicidal behavior and the relationship between them. To do so, this study counted with 257 participants, aged between 18 and 56 years ($M = 22.9$, $SD = 6.76$), mostly single (91.8%), female (62.6%) and Catholic (50.6%). Participants answered: (1) General Health Questionnaire; (2) Satisfaction with Life Scale; (3) Religious Practices Scale; (4) Religious Beliefs Scale; (5) Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST); and demographic questions. Results indicated significant correlations between the factors of MAST and the other constructs assessed in this study. Furthermore, satisfaction with life, depression and religious commitment satisfactorily predicted attraction to life and repulsion by life. Thus, these results support satisfaction with life, depression and religious commitment as protective and risk factors of suicidal ideation.

Keywords: Suicide Ideation. Mental health. Satisfaction with Life. Religious commitment.

Recebido em 10 de Abril de 2015/ Aceite em 07 de Novembro de 2016

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), somente em 2012, o suicídio foi responsável pela morte de, aproximadamente, 800 mil pessoas em todo o mundo e, atualmente, a cada 40 segundos, acontece uma nova morte. Tais dados podem se tornar ainda mais alarmantes se considerada a escassez e a imprecisão das estatísticas referentes às tentativas de suicídio. Na maioria dos países, tal fenômeno se configura como uma das principais causas de morte, sobretudo, em relação à população na faixa-etária de 15 a 29 anos, na qual é a segunda causa de morte mais frequente. Sobre este aspecto, estima-se que para cada caso de suicídio, há mais de 20 casos de tentativas, o que exerce considerável impacto nos serviços de saúde. Calcula-se que 1,4% do ônus global ocasionado por doenças, no ano de 2002, foi devido a tentativas de suicídio, e há previsões de que esse índice chegue aos 2,4% em 2020 (Brasil, 2006; Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009).

No Brasil, quando comparado a outros países, os índices de suicídio são relativamente baixos, porém, em números absolutos, o país ocupa a 11^a posição no *ranking* mundial (Souza, 2010; Sérgio & Calvacante, 2013). De acordo com o Mapa da Violência (Waiselfisz, 2014), entre os anos 2002 e 2012, o aumento no número de suicídios (33,6%) foi superior aos de homicídios (2,1%), e aos de óbitos por acidentes de transporte (24,5%). Os números passaram de 7.726 para 10.321, destacando-se a região Norte com um aumento de 77,7%, seguida da região Nordeste (51,7%) e da região Sudeste (35,8%). Na cidade de Fortaleza, especificamente, o número total de casos, no mesmo período, foi superior a 1.700.

Para Chin e Holden (2013), o comportamento suicida pode ser representado pelo contínuo: ideação, tentativa e suicídio propriamente dito. Esses elementos podem ser representados, respectivamente, por meio dos pensamentos de autodestruição, da autoagressão, manifestada por

gestos suicidas e por tentativas de suicídio e, finalmente, da consumação do suicídio (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). Diversos estudos correlacionam a ideação suicida com o maior risco de tentativas de suicídio e com o ato consumado (Suominen et al., 2004; Vidal, Gontijo & Lima, 2013), mostrando que, de fato, a presença de ideação e, principalmente, de uma história de tentativas de suicídio têm sido consideradas como importantes preditores na avaliação frente ao risco de suicídio (Magalhães et al., 2014; Soares, 2003). Nesse sentido, é possível estimar que a associação e a frequência elevada desses fatores ampliam significativamente esse risco.

No entanto, deve-se observar que, apesar de ser um ato individual, o suicídio pode ser analisado como um processo multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos e genéticos (OMS, 2006). Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) indicam que as taxas de suicídio no Brasil são mais expressivas entre pessoas mais velhas, do sexo masculino, solteiras e com pouca educação formal (Lovisi et al., 2009). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), na história de vida, há alguns aspectos que podem indicar a propensão ao comportamento suicida, como tentativa, história familiar de suicídio, doença crônica limitante ou dolorosa, menção repetida de morte ou suicídio, comportamento retraído, perda recente importante, entre outros. No entanto, os principais fatores associados ao fenômeno são a presença de transtornos mentais, como abuso de álcool e drogas, e de personalidade *Borderline*; ausência de apoio social; e forte ideação suicida (Coelho, 2010; OMS, 2006; Botega, Werlang, Cais, & Macedo 2006).

De fato, a presença de um transtorno mental é um importante fator de risco. De acordo com Botega et al. (2006), apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, existenciais e ambientais, na maioria dos casos, o transtorno mental é o principal fator vulnerabilizador, que, quando somado a outros fatores, culmina no ato suicida. Uma revisão sistemática incluindo 31 artigos publicados entre 1959 e 2001, realizada por Bertolote e Fleischman (2002), observou 15.629 casos de suicídio, dos quais 98% tinham um diagnóstico psiquiátrico no momento da morte, estando os transtornos de humor entre os mais predominantes.

Nesse contexto, a satisfação com a vida também tem sido avaliada como uma dimensão da saúde mental, pois, além de estar associada negativamente com o diagnóstico de transtornos mentais (Koivumaa-Honkanen et al., 1996), também está relacionada a fatores de risco à saúde (Koivumaa-Honkanen, 1998). Baixos níveis de satisfação com a vida são um forte indicativo para morbidade psiquiátrica, sendo muito mais comuns em pacientes psiquiátricos do que na população em geral, independentemente do nível de psicopatologia (Koivumaa-Honkanen et al., 2000; Koivumaa-Honkanen, Koivumaa-Honkanen et al., 2001).

Contudo, tal variável não se apresenta isolada, normalmente está relacionada a outros aspectos da vida social, como a religiosidade. Em sua revisão, Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006) apresentam vários estudos em que maiores níveis de envolvimento religioso são associados positivamente com indicadores de bem-estar psicológico (por exemplo, satisfação com a vida) e negativamente com diagnósticos de depressão, abuso de álcool e outras drogas, bem como, com pensamentos e comportamentos suicidas. Nessa perspectiva, Silva, Oliveira, Botega, Marín-León, Barros e Dalgalarondo (2006), por exemplo, sugerem que a religiosidade, independente da afiliação religiosa, pode ser considerada um fator de proteção frente ao suicídio. Além disso, segundo a literatura, a ideação suicida incide sem diferenças significativas entre as diversas religiões (Bruce et al., 2004). Do mesmo modo, Rasic, Robinson, Bolton, Bienvenu, e Sareen (2011) verificaram que pessoas que se identificavam como espiritualizadas apresentaram menores chances para a tentativa de suicídio. Já a participação em reuniões religiosas também foi associada à redução das chances para a tentativa.

RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA

No contexto da prevenção, além de conhecer os riscos, torna-se fundamental a compreensão dos fatores de proteção. Tais variáveis atuam reduzindo os efeitos de exposição ao risco, diminuindo a possibilidade de ideação e, conseqüentemente, as tentativas e o suicídio propriamente dito. Nessa direção, apesar da aparente dicotomia (risco x proteção), deve-se observar que, em muitos casos, um mesmo evento, dependendo da forma como se apresenta, pode assumir tanto o polo do risco como o da proteção (Costa & Bigras, 2007).

Sendo assim, o objetivo desse estudo é identificar as variáveis que podem atuar na dimensão risco e proteção frente à ideação suicida, especificamente, busca-se conhecer em que medida a satisfação com a vida, a saúde mental e o compromisso religioso atuam como variáveis explicativas da ideação suicida. Para alcançar esse objetivo, foi desenvolvido um estudo empírico apresentado no método a seguir.

MÉTODOS

Participantes

Contou-se com 257 pessoas da população geral da cidade de Fortaleza (CE), com idades variando de 18 e 56 anos ($M = 22,9$; $DP = 6,76$), a maioria solteira (91,8%) e do sexo feminino (62,6%), com ensino superior incompleto (75,7%) e de religião Católica (50,6%). A amostra foi de conveniência (não probabilística), participando aquelas pessoas que, ao serem convidadas, concordaram em colaborar com a pesquisa.

Material

Os participantes responderam a um protocolo composto por seis partes, conforme descrição a seguir:

Questionário de Saúde Geral – QSG-12 (Gouveia et al., 2003). Essa medida foi desenvolvida para o rastreamento de transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão) na clínica geral e na atenção primária. Neste trabalho, foi utilizada a versão composta por 12 itens, respondidos em função do quanto a pessoa tem experimentado uma série de sintomas descritos em cada item. Para isso, utiliza-se uma escala de resposta com quatro pontos; nos itens que negam a saúde mental (por exemplo, “*Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?*”), as alternativas de resposta variam entre 1 = *Absolutamente, não* e 4 = *Muito mais que de costume*; no caso de itens afirmativos (por exemplo, “*Tem se sentido capaz de tomar decisões?*”), as respostas podem variar de 1 = *Mais que de costume* a 4 = *Muito menos que de costume*. Dessa forma, uma maior pontuação indica baixo nível de saúde mental.

Escala de Satisfação com a Vida – ESV (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Essa medida tem como propósito avaliar o julgamento que as pessoas fazem acerca do quanto estão satisfeitas com suas vidas. A ESV é composta por cinco itens que avaliam um componente cognitivo do bem-estar subjetivo (por exemplo, “*Estou satisfeito (a) com minha vida*”). Os participantes respondem uma escala *Likert* de sete pontos, com os extremos 1 = *Discordo totalmente* e 7 = *Concordo totalmente*. Assim, a média dos seus itens constitui um indicador geral de satisfação com a vida.

Escala de Práticas Religiosas (Meira, Gouveia, Socorro, Oliveira, & Silva Filho, 2001). Composta por 18 itens, essa escala possibilita a mensuração de práticas correspondentes a três

grupos religiosos: *católicos* (por exemplo, “*Assistir à missa*”), *espíritas* (“*Procurar desenvolver dons mediúnicos*”) e *protestantes* (“*Pregar o evangelho para outras pessoas*”). Todos os itens são respondidos em escala de cinco pontos, variando entre: 1 = *Nunca* e 5 = *Sempre*.

Escala de Crenças Religiosas (Andrade, Gouveia, Jesus, Santos, & Lopes de Andrade, 2001). Instrumento que permite avaliar o quanto o respondente concorda com diferentes crenças religiosas, podendo ser um indicativo do seu grau de religiosidade. Seus 18 itens dividem-se equitativamente entre as crenças *católicas* (por exemplo, “*É importante fazer a primeira comunhão*”), *protestantes* (“*Jesus Cristo é o único intercessor entre Deus e o homem*”) e *espíritas* (“*Jesus foi um espírito evoluído que passou pela Terra*”). Para respondê-los, o participante utiliza uma escala de sete pontos: 1 = *Discordo totalmente* e 7 = *Concordo totalmente*.

Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio – EMTAS (Orbach et al., 1991). Instrumento desenvolvido a partir da premissa de que o comportamento suicida evolui em torno de um conflito básico entre atitudes diante da vida e da morte. Assim, busca avaliar quatro fatores: *Atração pela vida*, *Repulsão pela vida*, *Atração pela morte* e *Repulsão pela morte*. No presente estudo, foi utilizada a versão EMTAS adaptada ao contexto brasileiro, composta por 20 itens, divididos de forma equitativa entre os quatro fatores (Aquino, 2009). Para respondê-los, o participante utiliza uma escala *Likert* de cinco pontos, variando de 1 = *Discordo totalmente* a 5 = *Concordo totalmente*.

A última parte, denominada *Caracterização da Amostra*, consta de perguntas como sexo, idade, escolaridade, religião, classe social, etc. Especificamente, acerca da religiosidade, perguntou-se: em que medida o sujeito se considera religioso, com resposta em uma escala que varia de 0 (Nada) a 4 (Muito); e com que frequência vai às reuniões de sua religião, esta com escala variando entre 0 (Nunca) e 7 (Sempre).

Procedimento

A coleta dos dados foi realizada por aplicadores devidamente treinados para controlar os fatores que pudessem comprometer as respostas. Na ocasião, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando aos participantes o caráter confidencial de suas respostas, e informando o endereço onde poderiam ver os resultados finais do estudo. O tempo médio de resposta foi de 20 minutos.

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

RESULTADOS

Inicialmente, antes de seguir com as análises específicas, efetuaram-se os cálculos necessários para obtenção do índice de compromisso religioso (ICR; Santos, Gouveia, Guerra, Coutinho, & Fernandes, 2012). Para tanto, foram consideradas as escalas de crenças e práticas religiosas, bem como os indicadores da frequência aos cultos ou reuniões religiosas e da autopercepção de religiosidade do participante. No cálculo do índice de compromisso religioso, o procedimento é similar ao que as Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde utilizam para a elaboração de

RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA

diversos índices, como o Índice de Desenvolvimento Humano. Para tanto, fixaram-se valores teóricos mínimo e máximo de acordo com a escala de resposta e/ou pontuação total em cada medida, transformando a pontuação bruta de cada participante, a fim de obter um indicador com valores que variam de 0 (Escasso compromisso religioso) a 1 (Total compromisso religioso).

No caso de participantes que indicaram ter outra religião ou pertencer a grupos minoritários (Testemunhas de Jeová, Mórmons, entre outros) atribuíram-se constantes para as medidas de Práticas e Crenças Religiosas. Assim, o índice é válido independentemente da religião do respondente. Como as quatro escalas apresentam métricas diferentes, para sua padronização, foram criados subíndices do compromisso religioso, assumindo a seguinte equação: $\text{sub index} = (\text{pontuação bruta} - \text{valor mínimo}) / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo})$, na qual a pontuação bruta corresponde à pontuação indicada pelos participantes, e os valores mínimos e máximos correspondem aos valores das escalas de resposta empregadas.

Em seguida, procurou-se observar as correlações existentes entre as variáveis foco do presente estudo: ansiedade, depressão, satisfação com a vida, compromisso religioso e as pontuações nos quatro domínios da EMTAS. Como se observa (Tabela 1), a maioria das variáveis apresenta correlações significativas entre si, excetuando a repulsão pela morte, que só se relacionou significativamente com a ansiedade; a atração pela morte que se apresenta negativamente relacionada com o compromisso religioso e com a satisfação com a vida; e o compromisso religioso, cujas correlações significantes ocorreram, apenas, com a repulsão pela vida, a atração pela vida, a atração pela morte e a satisfação com a vida, respectivamente.

Tabela 1.

Correlatos da Ideação Suicida (N=257)

| Variáveis | M | DP | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--------------------------|------|------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---------------|-------|
| 1. Repulsão pela Morte | 2,54 | 1,00 | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| 2. Repulsão pela Vida | 1,80 | 0,63 | 0,03 | 1 | - | - | - | - | - | - |
| 3. Atração pela Vida | 4,21 | 0,49 | -0,02 | -0,43** | 1 | - | - | - | - | - |
| 4. Atração pela Morte | 2,55 | 0,90 | 0,05 | 0,38** | -0,24** | 1 | - | - | - | - |
| 5. Satisfação com a Vida | 4,48 | 1,19 | -0,09 | -0,39** | 0,42** | -0,25** | 1 | - | - | - |
| 6. Depressão | 1,87 | 0,56 | 0,06 | 0,37** | -0,42** | 0,07 | -0,41** | 1 | - | - |
| 7. Ansiedade | 2,32 | 0,57 | 0,19** | 0,15* | -0,23** | 0,01 | -0,25** | 0,60** | 1 | - |
| 8. Saúde Geral | 2,02 | 0,51 | 0,12 | 0,33** | -0,40** | 0,06 | -0,39** | 0,95** | 0,81** | 1 |
| 9. Compromisso Religioso | 0,42 | 0,28 | -0,11 | -0,24** | 0,27** | -0,24** | 0,19** | -0,08 | 0,10 | -0,01 |

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

Quanto à satisfação com a vida, pôde-se observar que apresentou correlações significativas ($p < 0,01$) e negativas com os indicadores de depressão ($r = -0,41$), ansiedade ($r = -0,25$) e saúde geral ($r = -0,39$), bem como uma relação positiva com o compromisso religioso ($r = 0,19$). Além disso, a satisfação com a vida se correlacionou positivamente com a atração pela vida ($r = 0,42$) e negativamente com repulsão pela vida ($r = -0,39$) e atração pela morte ($r = -0,25$).

Em relação à saúde geral (ansiedade e depressão) e aos fatores da EMTAS, de maneira geral, os resultados indicam uma associação entre os construtos. Especificamente, a repulsão pela vida se correlacionou de forma direta e significativa com a depressão ($r = 0,37$), a ansiedade ($r = 0,15$) e a

saúde geral ($r = 0,33$); já a atração pela vida correlacionou-se negativamente com estas variáveis ($r = -0,42$; $-0,23$; $-0,40$, respectivamente); e a repulsão pela morte apresentou uma correlação significativa apenas com a ansiedade ($r = 0,19$).

Dado que as análises anteriores apresentam caráter mais exploratório, decidiu-se efetuar análises de regressão múltipla, a fim de verificar o quanto cada uma das variáveis supracitadas poderiam contribuir para explicação da ideação suicida, tanto como fator de risco, quanto de proteção. Nessa análise, optou-se como método de entrada o *stepwise*, que deve ser utilizado sempre que o relacionamento entre as variáveis é pouco conhecido, pois identifica no conjunto aquelas que apresentam maior contribuição para explicar a variável critério (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009). Portanto, as variáveis depressão e ansiedade, satisfação com vida e compromisso religioso foram identificadas como variáveis antecedentes e atração pela vida e repulsão pela vida, como variável critério.

Nesse caso, decidiu-se por desconsiderar nos modelos os fatores repulsão e atração pela morte. Tal decisão teve por base dois critérios fundamentalmente empíricos: o primeiro refere-se à observação de que, nas análises prévias, o fator repulsão pela morte não apresentou correlação significativa com as variáveis antecedentes do modelo; e, o segundo, semelhante ao primeiro, considerou que a atração pela morte não apresentou correlação com duas das variáveis antecedentes (ansiedade e depressão). Ao mesmo tempo, essa decisão também levou em consideração a proposta de um modelo mais parcimonioso. Apesar de a ansiedade ter apresentado correlações significativas com as variáveis critério, nas análises de regressão iniciais, ela não contribuiu significativamente com o modelo, sendo, por isso, retirada.

Como pode se observar na Tabela 2, a satisfação com a vida ($\beta = 0,28$; $p \leq 0,001$), a depressão ($\beta = -0,28$; $p \leq 0,001$) e o compromisso religioso ($\beta = 0,20$; $p \leq 0,001$) explicaram satisfatoriamente [F (3,236) = 32,46, $p \leq 0,001$; $R^2_{\text{múltiplo}} = 0,540$, $R^2_{\text{ajustado}} = 0,283$] a atração pela vida. Tais variáveis, em conjunto, foram responsáveis pela explicação de 29% ($R^2 = 0,292$) da variância total. Cabe destacar que, no modelo testado, a satisfação com a vida, isoladamente, foi responsável por explicar 18,2% ($R^2 = 0,182$) da variância. Quanto à repulsão pela vida, as variáveis satisfação com a vida ($\beta = -0,27$; $p \leq 0,001$), depressão ($\beta = 0,24$; $p \leq 0,001$) e compromisso religioso ($\beta = -0,16$; $p \leq 0,01$) permitiram explicá-la satisfatoriamente [F (3,236) = 24,45, $p \leq 0,001$; $R^2_{\text{múltiplo}} = 0,487$, $R^2_{\text{ajustado}} = 0,227$]. Essas contribuíram com 24% ($R^2 = 0,237$) da variância. Nesse caso, a satisfação com a vida, isoladamente, foi responsável por explicar 16% da variância ($R^2 = 0,158$).

Tabela 1.
Regressão Múltipla para atração pela vida e repulsão pela vida

| Variáveis | Preditores | $R^2_{\text{mudança}}$ | β | T | $F_{\text{mudança}}$ |
|--------------------|-----------------------|---|---------|---------|----------------------|
| | | $R^2 = 0,292$; $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,283$ | | | |
| Atração pela vida | Satisfação com a vida | 0,18 | 0,28 | 4,63* | 52,97* |
| | Depressão | 0,70 | -0,28 | -4,79* | 22,14* |
| | ICR*** | 0,04 | 0,20 | 3,66* | 13,39* |
| | | $R^2 = 0,237$; $R^2_{\text{Ajustado}} = 0,227$ | | | |
| Repulsão pela vida | Satisfação com a vida | 0,16 | -0,27 | -4,40* | 44,61* |
| | Depressão | 0,05 | 0,24 | 4,00* | 15,65* |
| | ICR*** | 0,03 | -0,17 | -2,89** | 8,38* |

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

RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA

A direção das relações pode ser observada por meio do valor do *Beta* (β). Nesse sentido, no primeiro modelo, o valor negativo do *Beta* corrobora a variável depressão como um fator de risco frente à vontade de viver (atração pela vida), ao passo que, no segundo, a redução da satisfação com a vida e dos níveis de compromisso religioso se configuram como fatores de risco para ideação suicida. Tais resultados confirmam a proposta teórica de que muitos dos construtos correlatos da ideação suicida se apresentam em um *continuum*. Desse modo, baixos níveis de satisfação com a vida atuam, no modelo dimensional, como fator de risco, ao passo que níveis altos funcionam como fator de proteção.

DISCUSSÃO

Com base nos resultados, verificou-se a alta e positiva correlação entre repulsão pela vida e atração pela morte; e negativa entre repulsão pela vida e atração pela vida. Especificamente, quanto ao fator repulsão pela morte, por suas particularidades, era esperado que não se correlacionasse com os outros, uma vez que ela pode estar presente tanto em pessoas com elevadas pontuações em atração pela vida como em repulsão pela vida, o que, provavelmente, decorre tanto da percepção assustadora da morte, por ser compreendida como uma aniquilação da vida de maneira irreversível, como também do medo da punição após a morte.

No que diz respeito à relação entre a satisfação com a vida e os domínios da ideação suicida, foi possível verificar uma associação negativa desse construto e a repulsão pela vida. Essa relação pode ser compreendida a partir da perspectiva de Orbach et al. (1991), que apontam a diminuição do bem estar subjetivo como uma possível causa da diminuição da atração pela a vida e do aumento da repulsão pela vida e da atração pela morte, o que pode vir a desencadear a intenção para cometer o suicídio. Além disso, os resultados corroboram o que trazem Chioquetta e Stiles (2007) em seu estudo, que baixos índices de satisfação com a vida foram associados a um maior risco para o comportamento suicida.

No que se refere aos indicadores de saúde geral, bem como de ansiedade e depressão isoladamente, esses se apresentam positivamente correlacionados com os motivadores para a autodestruição (atração pela morte e repulsão pela vida), o que segue na direção das publicações sobre o tema, que associam a presença de quadros de transtornos mentais e, principalmente, da depressão, ao maior risco para o comportamento suicida (Azevedo & Matos, 2014; Bertolote & Fleischman, 2002; Botega et al., 2006; OMS, 2006).

Quanto à relação entre ideação suicida e religiosidade, foi observado que o compromisso religioso se correlacionou positivamente com o fator atração pela vida e negativamente com os fatores repulsão pela vida e atração pela morte. Uma vez que, de um modo geral, pessoas com maior envolvimento religioso, sem levar em consideração a filiação religiosa, possuem menores chances de desenvolver o comportamento suicida, os resultados aqui apresentados corroboram outros achados encontrados em pesquisas realizadas em outros países (Rasic et al., 2011; Osafo, Knizek, Akotia & Hjelmeland, 2013).

No que tange ao poder preditivo (explicativo) dos indicadores de satisfação com a vida, saúde geral e compromisso religioso para explicar a ideação suicida, algumas ponderações são importantes. Apesar de a ansiedade ser considerada como um fator de risco frente à ideação suicida (Jatobá & Bastos, 2007; OMS, 2006), nesse modelo, não contribuiu significativamente para a explicação. De fato, como dito anteriormente, a maioria dos estudos é voltada para os transtornos de humor, demonstrando, assim, a necessidade de mais estudos na área.

Os resultados obtidos em tais análises, de maneira geral, confirmaram que a satisfação com a vida, a depressão e o compromisso religioso podem ser considerados como componentes da dimensão risco e proteção frente à ideação. Assim, o presente estudo corrobora a hipótese de que o comportamento suicida, especificamente a ideação, pode se configurar como um fenômeno cuja explicação se fundamenta em um modelo multidimensional, que resulta de uma interação complexa entre diversos fatores de caráter biopsicossocial (OMS, 2006). Apesar disso, deve-se reconhecer que esses achados não encerram o debate sobre o tema, sobretudo, porque, como toda e qualquer pesquisa, devem-se reconhecer algumas limitações, dentre as quais se destaca o fato de a amostra ser apenas da cidade de Fortaleza (CE) e composta em sua maioria por estudantes universitários; bem como, a influência de outras variáveis que possam compor o modelo e que não foram consideradas neste estudo.

Não obstante as limitações mencionadas, não se pode deixar de reconhecer algumas das principais contribuições para os avanços no conhecimento acerca do comportamento suicida. As três variáveis estudadas (satisfação com a vida, saúde geral, e compromisso religioso) são de fácil investigação, uma que vez que podem ser avaliadas por meio de autorrelato, e ajudam na identificação de pessoas em risco, possibilitando intervenções e ações preventivas do comportamento suicida, como também, a promoção da saúde.

Finalmente, como direções futuras, apontam-se: a possibilidade de se realizar análises mais específicas, incluindo novas variáveis no modelo; de novas pesquisas, envolvendo amostras mais amplas que garantam representatividade e generalização dos resultados para a população; e, ao mesmo tempo, de utilizar grupos específicos, a exemplo de amostras clínicas, incluindo pacientes com tentativas prévias de suicídio. Desse modo, seria possível verificar se, com independência das amostras (grupos clínicos e não clínicos), os fatores aqui considerados atuam como componentes capazes de explicar a ideação suicida.

REFERÊNCIAS

- Andrade, J. M., Gouveia, V. V., Jesus, G. R., Santos, W. S., & Lopes de Andrade, W. C. (2001). *Escala de crenças religiosas: Elaboração e validação de construto* [Resumo]. Poster apresentado no 1º Encontro Paraibano de Avaliação e Medida em Psicologia, João Pessoa, Paraíba.
- Aquino, T. A. A. De (2009). *Atitudes e intenções de cometer o suicídio: seus correlatos existenciais e normativos* (Tese de doutorado, UFPB & UFRN). Disponível em http://www.vvgouveia.net/en/images/Teses/Aquino_T._A._A._2009.pdf.pdf
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*, 179-190. doi: 10.15309/14psd150115
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry, 1*, 181-185. Disponível em http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/English/wpa-10-2002.pdf#page=55
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. D. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico, 37*, 213-220. Disponível em <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5161562>

RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA

- Bruce, M. L., Ten Have, T. R., Reynolds III, C. F., Katz, I. I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., & Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *Jama*, *291*, 1081-1091. doi:10.1001/jama.291.9.1081
- Chin, J., & Holden, R. R. (2013). Multidimensional Future Time Perspective as Moderators of the Relationships between Suicide Motivation, Preparation, and Its Predictors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *43*, 395-405. doi: 10.1111/sltb.12025
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *28*, 67-73. doi: 10.1027/0227-5910.28.2.67
- Coelho, B. M., Andrade, L. H., Guarniero, F. B., & Wang, Y. P. (2010). The influence of the comorbidity between depression and alcohol use disorder on suicidal behaviors in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study, Brazil. *Revista brasileira de psiquiatria*, *32*, 396-408. doi: 10.1590/S1516-44462010005000027
- Costa, M. C. O., & Bigras, M. (2007). Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, *12*, 1101-1109. doi: 10.1590/S1413-81232007000500002
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, *49*, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Gouveia, V. V., Chaves, S. D. S., Oliveira, I. D., Dias, M. R., Gouveia, R. S., & Andrade, P. D. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *19*, 241-248. doi: 10.1590/S0102-37722003000300006
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre, Brasil: Bookman.
- Jatobá, J. D., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *56*, 171-179. doi: 10.1590/S0047-20852007000300003
- Koenig, H.G., McCullough, M., Larson, D.B (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, *152*, 983-991. doi: 10.1093/aje/152.10.983
- Koivumaa-Honkanen, H. T. (1998). *Life satisfaction as a health predictor* (Tese de doutorado, Kupio University). Disponível em https://www.researchgate.net/publication/34002728_Life_satisfaction_as_a_health_predictor
- Koivumaa-Honkanen, H. T., Viinamäki, H., Honkanen, R., Tanskanen, A., Antikainen, R., Niskanen, L. & Lehtonen, J. (1996). Correlates of life satisfaction among psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *94*, 372-378. doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb09875.x
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaeki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 433-439. doi: 10.1176/appi.ajp.158.3.433
- Lobo, H. G. (2009). *Análise dos casos de suicídio ocorridos em fortaleza no ano de 2007: abordagem farmacológica e psiquiátrico-legal* (Dissertação de mestrado, UFC). Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/2404/1/2009_dis_hglobo.pdf
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira Psiquiatria*, *31*, 86-93. doi: 10.1590/S1516-44462009000600007

- Magalhães, A. P. N. de, de Medeiros Alves, V., Comassetto, I., Lima, P. C., Mancussi, A. C., & Faro, A. E. N. (2014). Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63, 16-22. doi: 10.1590/0047-2085000000003
- Meira, M., Gouveia, V., Socorro, T., Oliveira, S., & Silva Filho, S. (2001). Escala de práticas religiosas: *Construção e validação de construto* [Resumo]. Poster apresentado no 1º Encontro Paraibano de Avaliação e Medida em Psicologia, João Pessoa, Paraíba.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Disponível em: http://www.cvv.org.br/downloads/manual_prevencao_suicidio_profissionais_saude.pdf
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista brasileira de psiquiatria*, 28, 242-250. doi: 10.1590/S1516-44462006000300018
- Orbach, I., Milstein, I., Har-Even, D., Apter, A., Tiano, S., & Elizur, A. (1991). A Multi-Attitude Suicide Tendency Scale for adolescents. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 398. doi: 10.1037/1040-3590.3.3.398
- Organização Mundial da Saúde. Departamento de saúde mental e abuso de substâncias (2006). *Prevenção de suicídio: um recurso para conselheiros*. Disponível em http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf
- Osafo, J., Knizek, B. L., Akotia, C. S., & Hjelmeland, H. (2013). Influence of religious factors on attitudes towards suicidal behaviour in Ghana. *Journal of religion and health*, 52, 488-504. doi: 10.1007/s10943-011-9487-3
- Rasic, D., Robinson, J. A., Bolton, J., Bienvenu, O. J., & Sareen, J. (2011). Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Journal of psychiatric research*, 45, 848-854. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.11.014
- Santos, W. S. dos, Gouveiab, V. V., Guerrac, V. M., Coutinhob, M. D. L., & Fernandes, D. P. (2012). Índice de Compromisso Religioso (ICR): Elaboração e Evidências Psicométricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25, 523-531. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n3/v25n3a12>
- Sérvio, S. M. T., & Cavalcante, A. C. S. (2013). Portraits of Psychosocial autopsies about suicides of elderly people in Teresina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33, 164-175. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000500016&script=sci_arttext&tlng=es
- Silva, V. F. D., Oliveira, H. B. D., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. D. A., & Dalgalarondo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1835-1843. doi: 10.1590/S0102-311X2006000900014
- Soares, F. N. (2003). *Prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de São Paulo* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). Disponível em: <file:///C:/Users/USU%C3%81RIO/Downloads/Indice.pdf>
- Souza, F. (2010). Suicídio—Dimensão do problema e o que fazer. *Debates*, 2(5), 6-8. Disponível em http://www.abp.org.br/download/Debates_SetOut2010.pdf.
- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lönnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 562-563. doi: 10.1176/appi.ajp.161.3.562

RISCO E PROTEÇÃO FRENTE À IDEACÃO SUICIDA

- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 175-187. doi: 10.1590/S0102-311X2013000100020
- Waiselfisz, J. J. (2014). *Mapa da violência: os jovens do Brasil*. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista interamericana de Psicologia*, 39, 259-266. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2988645>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream>