

BIANCA STEFANELLO

**IDEAÇÃO SUICIDA NO HOSPITAL GERAL: PREVALÊNCIA
E FATORES ASSOCIADOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2007**

BIANCA STEFANELLO

**IDEAÇÃO SUICIDA NO HOSPITAL GERAL: PREVALÊNCIA
E FATORES ASSOCIADOS**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira.

Professor Orientador: Prof^ª. Dra. Leticia Maria Furlanetto.

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2007**

DEDICATÓRIA

Das Utopias

Se as coisas são inatingíveis... ora!
não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!

As Indagações

A resposta certa, não importa nada: o
essencial é que as perguntas estejam certas.

Mário Quintana

AGRADECIMENTOS

À Dra. Letícia Maria Furlanetto, minha orientadora e mestre. Exemplo de profissional, sempre nos motiva a crescer e a buscar nossos próprios caminhos. Obrigada pela dedicação e por tentar nos preparar da melhor forma para a “vida real”.

Ao grupinho de psiquiatria, meu encontro marcado terça-feira ao meio-dia. Sem vocês esse trabalho não teria sido exequível.

À minha família, que sempre me apoiou, independentemente da causa, e que sempre acreditou em mim, até quando nem eu mesma acreditava. Obrigada pela paciência.

Ao meu namorado, companheiro e parceiro, pelo incentivo ao longo desse tempo... Você é muito importante para mim.

Aos meus amigos, compreensivos na ausência, mas sempre presentes no pensamento. Obrigada pelos momentos de descontração e de confiança.

Aos pacientes, que, como o nome diz, “pacientemente” concordaram em participar da pesquisa, dividindo conosco seus sentimentos mais íntimos.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a frequência de ideação suicida e fatores associados a esta nos pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC).

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, em que todos adultos consecutivamente admitidos nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC foram elegíveis para participar. Os pacientes foram selecionados através de randomização e foram avaliados durante a primeira semana de internação. Coletaram-se dados sociodemográficos, clínicos e aplicaram-se os Inventários Beck de Depressão e de Ansiedade. Investigou-se ideação suicida através da pergunta: “Você teve pensamentos que estaria melhor morto ou de se machucar de alguma forma por pelo menos vários dias nas duas últimas semanas?”. Foram utilizados o teste T de Student e o teste do Qui-quadrado para comparar os pacientes com e sem ideação suicida.

Resultados: Dos 465 pacientes da amostra, 9,5% apresentaram ideação suicida. Estes eram mais jovens ($p=0,05$), relataram com maior frequência história pessoal de tentativa de suicídio ($p<0,001$), de transtornos depressivos ($p=0,001$) e relacionados ao álcool ($p=0,005$), apresentaram maiores escores de sintomas depressivos ($p<0,001$) e ansiosos ($p<0,001$) e perceberam a sua doença como mais grave ($p=0,02$). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo, raça, escolaridade, renda, história familiar de transtorno mental, percepção de dor e gravidade física objetiva.

Conclusões: Cerca de 1 em cada 10 pacientes internados apresentaram ideação suicida. Este grupo apresentou significativamente maior frequência de história de tentativa de suicídio, de transtornos depressivos e de transtornos relacionados ao álcool; mais sintomas depressivos e ansiosos; idade mais jovem e maior percepção de gravidade física.

Palavras-chave: ideação suicida; pacientes internados; doenças físicas.

ABSTRACT

Objectives: To determine the prevalence of suicidal ideation and its associated factors in medical inpatients in the general medical wards at the University Hospital of Federal University of Santa Catarina (HU-UFSC).

Methods: In a transversal study, all consecutively admitted medical inpatients to the general medical wards of the HU-UFSC were eligible to participate. Patients were selected by randomization and were evaluated during their first week of admission. Sociodemographic and clinical data were collected and the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Inventory were used. Suicidal ideation was assessed with the question: "Have you had thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way for at least several days in the last two weeks?". The T Student and the Chi-Square tests were used to compare patients with and without suicidal ideation.

Results: The sample was composed by 465 patients. There were 43 (9,5%) patients with suicidal ideation. These patients were younger ($p=0,05$) and had a higher frequency of previous suicide attempt ($p<0,001$), history of depressive disorders ($p<0,001$) and alcohol-related disorders ($p=0,005$), had more depressive symptoms ($p<0,001$) and anxiety symptoms ($p<0,001$) and perceived their physical disease as more severe ($p=0,02$). Sex, race, years of education, family income, family history of mental diseases and objective medical illness severity showed no statistically significant difference.

Conclusions: Almost one in each 10 inpatients had suicidal ideation and it was associated with younger age, previous suicide attempt, personal history of depressive and alcohol-related disorders, more depressive and anxiety symptoms and higher perception of medical disease severity.

Key-words: suicidal ideation; medical inpatients; physical diseases.

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
SUMÁRIO	vii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	5
3 MÉTODOS	6
3.1 Desenho	6
3.2 Local	6
3.3 Amostra	6
3.3.1 Critérios de Exclusão	6
3.4 Procedimentos	6
3.5 Medidas	7
3.5.1 Questionário de Variáveis Sociodemográficas	7
3.5.2 Gravidade Física Objetiva	7
3.5.3 Percepção de Gravidade Física e de Dor	7
3.5.4 História de Doença Mental	7
3.5.5 Sintomas Depressivos	7
3.5.6 Sintomas Ansiosos	8
3.5.7 Ideação Suicida	8
3.6 Análise Estatística	8
3.7 Aspectos Éticos	8
4 RESULTADOS	10
4.1 Descrição da Amostra	10
4.2 Prevalência de Ideação Suicida e Fatores Associados	13
5 DISCUSSÃO	15

6	CONCLUSÕES.....	19
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
	NORMAS ADOTADAS.....	24
	ANEXO.....	25

1 INTRODUÇÃO

O suicídio remete à ação de dar fim à própria vida. Entretanto, é apenas o estágio final de um *continuum* de comportamento suicida, definido como um ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato.¹ Esse comportamento abrange desde pensamentos de autodestruição, ameaças, gestos e tentativas de suicídio a, finalmente, o suicídio.² Já a definição de ideação suicida é controversa nos diversos artigos. Há quem considere desde pensamentos passivos de “estar melhor morto”, passando pela idéia de se matar, de realização de plano suicida, até o arranjo de meios propícios para o suicídio.

Numericamente, o suicídio representa um importante problema de saúde pública, pois figura entre as dez causas mais freqüentes de morte em todas as idades. Na faixa etária entre 15 e 34 anos, é a terceira maior causa de morte. As taxas de suicídio demonstraram crescimento de 200% a 400% no período de 1960 a 1980^{3, 4} e, segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendem a manter um comportamento crescente.⁵ No Brasil, a taxa total de suicídio é de 8,8 por 100 mil habitantes, sendo que a taxa masculina é aproximadamente 4 vezes maior que a feminina.⁵ Nos últimos 20 anos, a taxa de suicídio entre os homens cresceu, enquanto a feminina exibiu característica decrescente.^{6, 7} O problema também se reflete em custos: 1,4% do ônus global ocasionado por doenças em 2002 deveu-se a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020.⁸

Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja, pelo menos, 10 vezes maior que o de suicídios.⁵ Já as taxas de ideação suicida são ainda maiores. No estudo de Kessler et al., a probabilidade da transição de ideação suicida para planejamento do ato foi de 34%, e deste para uma tentativa de suicídio foi de 72%.⁹ A prevalência mundial de ideação suicida ao longo da vida varia entre 2 e 25%.^{10, 11} Em países ocidentais, esta freqüência gira em torno de 13 a 17%.^{9, 11-13} Há poucos estudos brasileiros de prevalência de ideação suicida. Botega et al. encontraram uma prevalência de 17,1% de ideação suicida ao longo da vida e de 5,3% nos últimos 12 meses em um estudo feito na comunidade da cidade de Campinas, São Paulo.¹² Ferreira et al. encontraram prevalência de 23% de risco de suicídio em pacientes internados no hospital geral.¹⁴ A **Tabela 1** mostra a prevalência de ideação suicida nos trabalhos revisados.

Tabela 1 - Prevalência de ideação suicida.

Autor, ano	N	Local	Instrumento	Tempo	Ideação Suicida
Paykel et al, 1974	720	população geral	Pergunta*	12 meses vida	1,5% 2,6%
Kishi et al, 1996	301	internados pós IAM	PSE †	no momento	6,6%
Kessler et al, 1999	5877	população geral	NCS ‡	vida	13,5%
Druss et al, 2000	7589	população geral (doenças físicas)	DIS §	vida	16,3%
Kishi et al, 2001	496	internados pós AVC, IAM, TCE, TRM	PSE †	no momento	7,3%
Fisher et al, 2001	200	ambulatorio de dor crônica	BDI	última semana	6,5%
Jones et al, 2003	139	ambulatorio de epilepsia	MINI ¶	no momento	12,2%
Goodwin et al, 2003	3000	atenção primária	PHQ **	2 semanas	9,0%
Smith et al, 2004	153	ambulatorio de dor crônica	SCISH-CP ††	2 semanas	13,1%
Claasen et al, 2005	1590	emergência geral	QPD ‡‡	no momento	8,4%
De Leo et al, 2005	11572	população geral	Pergunta *	vida	10,4%
Botega et al, 2005	515	população geral	EPSIS §§	vida 12 meses	17,1% 5,3%
Cheung et al, 2006	2219	população geral	Pergunta	12 meses	6,7%
Picardi et al, 2006	294 172	ambulatorio e internados (doenças dermatológicas)	PHQ **	2 semanas	8,6% 5% ambulatoriais 15% internados
Turner et al, 2006	445	ambulatorio de esclerose múltipla	PHQ **	2 semanas	29,4% 7,9% persistente
Bernal et al, 2007	8796	população geral	CIDI 3.0 ¶¶	vida	7,8%

IAM = infarto agudo do miocárdio, AVC = acidente vascular encefálico, TCE = traumatismo cranioencefálico, TRM = traumatismo raquimedular,

* Have you ever seriously considered taking your life?

† PSE = Present State Exam. Relata ter considerado deliberadamente o suicídio e que isso não foi um pensamento fugaz.

‡ NCS = National Comorbidity Survey interview. "Have you ever seriously thought about committing suicide?"

§ DIS = Diagnostic Interview Survey. "Have you ever felt so low you thought of committing suicide?"

|| BDI = Inventário Beck de Depressão. As respostas do item 9 "I would like to kill myself" ou "I would kill myself if I had the chance" foram consideradas positivas para ideação suicida.

¶ MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview.

** PHQ = Patient Health Questionnaire; inclui a pergunta: "Have you had any thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way for at least several days in the last two weeks?"

†† SCISH-CP= Structured Clinical Interview for Suicide History in Chronic Pain. Consideradas positivas as respostas afirmativas à pergunta: "Have you thought about taking your life".

‡‡ QPD = Quick PsychoDiagnosis. Respostas positivas à pergunta: "I think about killing myself".

§§ EPSIS=European Parasuicide Study Interview Schedule. "Have you ever seriously thought of putting an end to your life?"

|| || "During the past 12 months have you ever considered suicide?"

¶¶ CIDI = Composite International Diagnostic Interview. "Have you ever seriously thought about committing suicide?"

A diátese do comportamento suicida está relacionada a uma interação de fatores,^{15, 16} como fatores sociodemográficos, psicológicos, psiquiátricos,^{12, 17-20} componentes genéticos, experiências de infância, doenças mentais, rede de suporte social, disponibilidade de métodos letais, variáveis clínicas, entre outros.^{15, 16} Em relação aos fatores sociodemográficos associados, é interessante notar que há diferenças entre suicídio e ideação suicida. Os

principais fatores sociodemográficos associados ao suicídio são: 1) sexo masculino; 2) faixas etárias jovem (14 a 34 anos) e idosa (acima de 75 anos); 3) pessoas que vivem sozinhas, especialmente se divorciadas; 4) extremos de estrato econômico (mais rico e mais pobre); 5) moradores de áreas urbanas; 6) não pertencentes a congregações religiosas; 7) isolamento social.²¹ Já ideação suicida ou tentativas de suicídio são mais comuns em mulheres, de faixa etária jovem (20 a 29 anos), que vivem sozinhas e que possuem algum transtorno mental.^{9, 12, 22}

Dos fatores psiquiátricos, a presença de doença mental é o que mais se relaciona ao comportamento suicida. Mais de 90% dos suicidas possuem um transtorno mental diagnosticável pelo DSM-IV.^{23, 24} Os transtornos de humor são os mais prevalentes,^{9, 12, 15, 16} em especial a depressão, que pode estar presente em mais de 53% dos casos de suicídio na população geral.¹⁶ O alcoolismo é principal comorbidade psiquiátrica relacionada à depressão na população geral. Por si só, o alcoolismo é um fator de risco para o suicídio. Quando associado à depressão, esse risco aumenta mais ainda.¹⁶ Outras doenças, como drogadição, esquizofrenia e transtornos de personalidade também são fatores de risco e estão, portanto, relacionadas a uma maior frequência de ideação suicida.¹⁵

História de perdas recentes ou situações de estresse de vida acompanhadas de intenso sofrimento psíquico são fatores psicológicos que podem funcionar como desencadeantes de comportamento suicida. História familiar de transtorno mental e/ou de suicídio correlacionam-se também a um maior risco de suicídio.^{15, 25-28} Isso parece estar mais relacionado à carga genética do que a um padrão comportamental de imitação.^{26, 27} O fato de a pessoa já ter tentado o suicídio é, igualmente, um forte preditor de suicídio.²⁹ Sabe-se, a esse respeito, que de 20 a 50% das pessoas que acabam se matando já haviam tentado fazê-lo anteriormente. De 7 a 10% das pessoas que tentam o suicídio morrerão, no futuro, por suicídio.³⁰

Os pacientes com doenças físicas também apresentam maiores taxas de ideação suicida,^{13, 31-34} de tentativas de suicídio^{13, 32, 33} e de suicídio.³⁵ Tais pacientes, além de sofrerem o fardo da própria doença, ainda possuem uma alta prevalência de comorbidade psiquiátrica,³⁶⁻⁴¹ especialmente de depressão.^{36, 38, 39} Sabe-se que até um terço dos pacientes com doenças físicas que chegam ao hospital geral possuem sintomas depressivos.⁴² Druss et al. encontraram prevalência de ideação suicida ao longo da vida de aproximadamente 16% em uma amostra da população geral. Esse número sobe para cerca de 25% em indivíduos com uma condição médica geral e para 35% nas pessoas com 2 ou mais doenças físicas, mesmo

após controle para depressão maior, sintomas depressivos, uso de álcool e características sociodemográficas.¹³

Há estudos que relacionam maiores taxas de comportamento suicida a vários tipos específicos de doenças físicas, como por exemplo, à AIDS,^{43, 44} ao acidente vascular encefálico,⁴⁵ ao infarto agudo do miocárdio,^{45, 46} à esclerose múltipla,³¹ à epilepsia,³² a doenças de pele,⁴⁷ à doença de Parkinson,⁴⁸ à dor crônica^{33, 49} e à insuficiência respiratória crônica de diversas etiologias.¹³ No trabalho de Goodwin et al., em pacientes da atenção primária, foi visto que a presença de doença pulmonar aumentava a chance de ideação suicida, mesmo ajustando para fatores sociodemográficos e para doenças mentais. Em análise pormenorizada, comparou-se a taxa de ideação suicida relacionada à depressão e à doença pulmonar. Nos indivíduos sem depressão e sem doença pulmonar, a taxa foi de 6,3%. Naqueles com doença pulmonar mas sem depressão maior foi de 11% e para os portadores de ambas as doenças foi de 12%.³⁴ Isso mostra a relevância da interface entre doença física e doença mental. Entretanto, há poucos artigos na literatura sobre ideação suicida no hospital geral.⁴⁵⁻⁴⁷

A prevalência de comorbidade psiquiátrica em pacientes com doenças físicas é elevada^{36, 37} e é um dos principais fatores de risco para o comportamento suicida, porém pouco diagnosticada nos pacientes clínicos internados.⁵⁰ No entanto, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos transtornos mentais, associados à avaliação do risco de suicídio, são muito importantes, uma vez que ajudam a diminuir as taxas de ideação suicida e de suicídio, atuando assim de maneira preventiva.⁵¹

2 OBJETIVOS

Em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC:

- Descrever a frequência de ideação suicida.
- Analisar os fatores associados à ideação suicida.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo transversal.

3.2 Local

Este estudo foi desenvolvido nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago de Florianópolis da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). O HU-UFSC é um hospital de referência para o Estado de Santa Catarina, portanto atende os pacientes da Grande Florianópolis e também os provenientes do interior do estado. As enfermarias de Clínica Médica são divididas em três (Clínica Médica 1, 2 e 3), as quais comportam 90 pacientes.

3.3 Amostra

No período de abril de 2006 a outubro de 2007 foram anotados os nomes de todos os pacientes adultos (idade maior ou igual a 18 anos) consecutivamente internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC. Destes, foram selecionados 628 por randomização. Compuseram a amostra final 465 pacientes que consentiram e que não apresentaram nenhum critério de exclusão, conforme descrito abaixo.

3.3.1 Critérios de Exclusão

- Incapacidade física que impossibilitasse a realização da entrevista (por afasia, dispnéia, etc.).
- Prejuízo cognitivo (*delirium* e/ou demência, de acordo com o DSM-IV¹ que impedisse a compreensão dos questionários).
- Recusa.

3.4 Procedimentos

Após esclarecimento quanto aos objetivos e à natureza do estudo, os pacientes que concordaram e que não preencheram nenhum critério de exclusão foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Foram coletados dados de prontuário médico e

¹ Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição.

através de entrevista (vide **Anexo**). Os questionários preenchidos estão descritos no item 3.5 a seguir.

3.5 Medidas

3.5.1 Questionário de Variáveis Sociodemográficas

Foi preenchido um questionário com dados sociodemográficos, incluindo sexo, raça, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar. A raça foi categorizada em brancos e não-brancos (negros, pardos e amarelos).

3.5.2 Gravidade Física Objetiva

A gravidade física objetiva foi medida através do Índice Charlson de Comorbidade Física. Este foi elaborado para ser utilizado em estudos de avaliação de prognóstico, uma vez que é capaz de prever mortalidade. No cômputo deste item são avaliados não só o número de doenças, mas também, a gravidade destas.⁵²

3.5.3 Percepção de Gravidade Física e de Dor

As percepções de gravidade física e de dor foram avaliadas usando escalas do tipo NRS (Numerical Rating Scale) de 11 pontos (0 a 10), onde foi perguntado, respectivamente:

- De zero a dez, qual melhor descreve a gravidade de sua doença no momento? Zero (0) seria “sem doença”, e dez (10) seria “doença mais grave possível”.
- De zero a dez, qual melhor descreve sua dor agora? Zero (0) seria “sem dor”, e dez (10) seria “a dor mais forte possível”.

3.5.4 História de Doença Mental

Questionou-se tanto história pessoal quanto história familiar de doenças mentais, de acordo com modelo realizado por Koenig et al. (1997).⁵³ Dentro da história de doença mental, foi questionada história pessoal e familiar de transtorno depressivo, de transtorno de ansiedade e de transtorno relacionado ao álcool. Também foram questionadas tentativas prévias de suicídio e história familiar de suicídio.

3.5.5 Sintomas Depressivos

O Inventário Beck de Depressão (BDI) foi elaborado para medir a gravidade de depressão em adolescentes e adultos.⁵⁴ Entretanto, vem sendo usado como instrumento de

rastreamento de depressão, pois avalia quantitativamente sintomas depressivos. O instrumento original é composto por 21 itens com 4 alternativas cada, com pontuações de 0 a 3. Foi utilizada a subescala cognitivo-afetiva, constituída pelos primeiros treze itens, já que esta se mostrou válida em pacientes com doenças físicas atendidos no nosso hospital.⁵⁵ A soma dos itens 1 a 13 foi utilizada como uma variável contínua. Retirou-se o item 9 da soma (ideação suicida) para que não houvesse colinearidade.

3.5.6 Sintomas Ansiosos

Foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) que é um questionário com 21 sintomas de ansiedade no qual o indivíduo avaliado responde o quanto cada um desses sintomas o tem incomodado na última semana.⁵⁶

Os sintomas são pontuados de acordo com uma escala de quatro pontos, variando de “nem um pouco” (0) até “quase não consigo suportar” (3).

3.5.7 Ideação Suicida

A ideação suicida foi avaliada com a seguinte pergunta: “Você teve pensamentos que estaria melhor morto ou de se machucar de alguma forma por pelo menos vários dias nas duas últimas semanas?”,³⁴ adaptada do Patient Health Questionnaire.⁵⁷

3.6 Análise Estatística

A análise estatística foi feita utilizando o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 10.0 para Windows. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p \leq 0,05$. Para a análise descritiva dos dados foram empregadas frequências, porcentagens, médias, medianas e desvios padrão. Utilizou-se o teste T de Student para amostras independentes e o teste do Qui-Quadrado, conforme apropriado, para comparar os pacientes com ideação suicida e sem ideação suicida com outras variáveis.

Para avaliar idade, renda familiar, escolaridade, percepção de dor, percepção de gravidade física, gravidade física objetiva, sintomas depressivos e sintomas ansiosos, os valores foram utilizados como variáveis contínuas.

3.7 Aspectos Éticos

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (número 036/2006) com o título “Associação entre bem-estar, saúde física, mental e fatores associados”.

Os pacientes foram orientados quanto à natureza do estudo e informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso a decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Quando foram detectados pacientes com transtornos mentais sugestivos de se beneficiar de tratamento específico, seus médicos assistentes foram avisados e o serviço de interconsulta psiquiátrica do HU auxiliou no tratamento, caso fosse solicitado parecer. Todos os dados estão guardados de forma confidencial com a coordenadora do projeto, sendo mantida em sigilo a identidade dos sujeitos. Todos os dados serão incinerados após dois anos da publicação dos trabalhos.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da amostra

Foram elegíveis para o estudo 628 pacientes, no entanto, 163 preencheram algum critério de exclusão (26%). Desses, 89 (54,6%) apresentavam impossibilidade física no momento da entrevista, 35 (21,5%) recusaram-se a participar do estudo, 26 (16%) foram excluídos devido a causas administrativas e 11 (6,7%) por não terem 18 anos completos.

Assim, a amostra foi composta por 465 pacientes. Desses, 276 eram do sexo masculino (59,1%), com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $50,33 \pm 16,34$ anos, tendo como idade mínima 18 anos e máxima 90 anos. A maioria dos participantes apresentava escolaridade média \pm DP de $6,24 \pm 4$ anos, era casada ou mantinha união estável (65,8%) e possuía renda familiar média \pm DP de $3,67 \pm 3,32$ salários mínimos. A **Tabela 2** detalha as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 2 - Características sociodemográficas da amostra (N=465)

Características	N (465)*	%
Sexo		
Masculino	276	59,1
Feminino	189	40,6
Idade (anos)		
18 a 64	368	79,1
Maior ou igual a 65	97	20,9
Raça		
Branco	277	59,6
Não-brancos	177	41,6
Estado Civil		
Casado(a)/ união estável	306	65,8
Solteiro(a)	66	14,2
Separado(a)	51	11
Viúvo(a)	39	8,1
Renda familiar (salários mínimos)*		
Menor que 2	217	48,1
2 a 4	115	25,5
5 a 6	68	12,9
Maior que 6	61	13,5
Escolaridade (anos)*		
0	33	7,2
1 a 4	178	38,6
5 a 8	121	26,2
Maior que 8	129	28

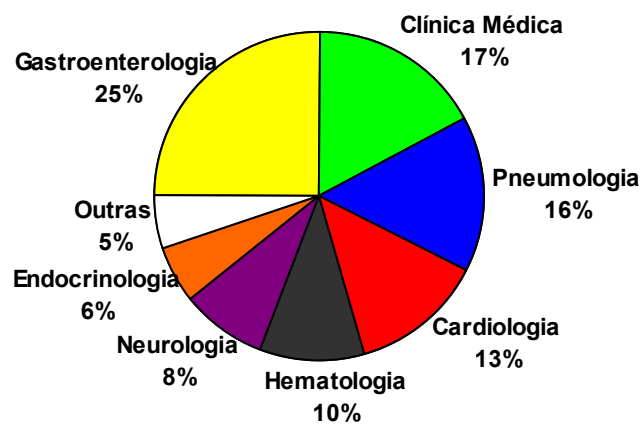
* Os valores que somados não atingirem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo pelo entrevistado, por desconhecimento ou recusa.

As doenças digestivas (25,3%) e as doenças respiratórias (17,3%) foram as principais responsáveis pelas internações dos pacientes que compuseram a amostra desse estudo. A maioria deles (25,4%) permaneceu internada nos leitos reservados à gastroenterologia. Os dados referentes às características clínicas da amostra se encontram na **Tabela 3** e na **Figura 1**.

Tabela 3 – Doenças que motivaram a internação, de acordo com o CID-10*

Motivo da Internação	N (463)	%
Digestivas	117	25,3
Respiratórias	80	17,3
Cardíacas/Circulatórias	63	13,6
Hematológicas/Imunitárias	47	10,2
Endócrinas/Nutricionais/Metabólicas	35	7,6
Neurológicas	34	7,3
Genitourinárias	16	3,5
Osteomusculares/Tecido conjuntivo	17	3,7
Neoplasias	18	3,9
Infeciosas/Parasitárias	10	2,2
Mal-definidas	15	3,2
Lesões/Envenenamentos	5	1,1
Causas externas	3	0,6
Pele/Subcutâneo	3	0,6

* CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, décima revisão.

**Figura 1** – Especialidades nas quais os pacientes da amostra estiveram internados (N=465)

O nível médio \pm DP de dor percebida foi de $4,8 \pm 3,9$ (mediana = 5) e o de gravidade física percebida foi de $6,2 \pm 3,1$ (mediana = 7) dentre os entrevistados.

Quanto à história de doença mental, 261 (56,1%) pacientes relataram ter ou já ter tido alguma doença mental. Especificadamente, 169 (36,3%) pacientes referiram história de qualquer transtorno depressivo, 29 (6,2%) de transtorno de ansiedade e 105 (22,6%) de alcoolismo. Sobre história familiar, 328 (70,5%) relataram algum transtorno psiquiátrico, sendo mais comum o alcoolismo, relatado por 228 (49%) pacientes, seguido de transtorno depressivo (n=160; 34,4%) e de transtorno de ansiedade (n=10; 2,2%).

Tentativa prévia de suicídio foi relatada por 50 (10,8%) pacientes e 58 (12,5%) pacientes possuem história familiar de suicídio.

4.2 Prevalência de Ideação Suicida e Fatores Associados

Ideação suicida foi referida por 43 (9,5%) pacientes. Mais mulheres (n=22) que homens (n=21) relataram ideação suicida, porém não houve diferença estatisticamente significativa. Tentativa prévia de suicídio e história pessoal de doença mental, em específico transtorno depressivo e alcoolismo, estiveram associadas a uma maior frequência de ideação suicida. Outras variáveis que obtiveram associação foram: idade mais jovem, sintomas depressivos e sintomas de ansiedade atuais e maior gravidade física percebida. Já história familiar de doença mental ou de suicídio não mostraram associação significativa. A **Tabela 4** mostra a comparação dos fatores associados à ideação suicida nos pacientes internados.

Tabela 4 – Comparação de fatores associados à ideação suicida nos pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC (N=465).

Variáveis*	Ideação Suicida?		P
	Não (n=432)	Sim (n=43)	
Características sociodemográficas			
Sexo feminino, n(%)	167 (39,6)	22 (51,2)	0,14
Raça branca, n(%)	253 (60,0)	25 (58,1)	0,82
Idade (anos)	50,97±16,42	44,09±14,27	0,05
Escolaridade	6,20±4,02	6,71±4,10	0,44
Renda familiar (salários mínimos)	3,73±3,41	3,02±2,15	0,70
Dor †	4,73±3,89	5,48±4,01	0,26
Gravidade física percebida ‡	6,10±3,07	7,24±2,87	0,02
Gravidade física objetiva §	2,12±1,97	1,63±2,00	0,13
História pessoal de doença mental, n(%)	222 (52,6)	39 (90,7)	<0,001
Transtorno depressivo	139 (32,9)	30 (69,8)	<0,001
Transtorno de ansiedade	26 (6,2)	3 (7,0)	0,83
Transtorno relacionado ao álcool	88 (20,9)	17 (39,5)	0,005
Tentativa prévia suicídio	30 (7,1)	20 (46,5)	<0,001
História familiar de doença mental, n(%)	293 (69,4)	35 (81,4)	0,10
Transtorno depressivo	141 (33,4)	19 (44,2)	0,16
Transtorno de ansiedade	9 (2,1)	1 (2,3)	0,93
Transtorno relacionado ao álcool	202 (47,9)	26 (60,5)	0,12
História familiar de suicídio	51 (12,1)	7 (16,3)	0,43
Sintomas depressivos	6,70±6,38	14,85±7,02	<0,001
Sintomas de ansiedade ¶	14,15±10,90	27,67±14,74	<0,001

* Os dados estão expressos em média±desvio padrão, exceto quando especificados de outra forma.

† - Escala numérica de percepção de dor, de 0-10.

‡ - Escala numérica de percepção de gravidade física, não relacionada à dor, de 0-10.

§ - Índice Charlson de Comorbidade Física.

|| - Medidos através do Inventário Beck de Depressão

¶ - Medidos através do Inventário Beck de Ansiedade

5 DISCUSSÃO

Este é um dos primeiros estudos realizados no Brasil que avalia a prevalência de ideação suicida no contexto do hospital geral, em pacientes internados. Aproximadamente 1 em cada 10 pacientes internados apresenta ideação suicida. A taxa encontrada de 9,5% de ideação suicida nas duas últimas semanas prévias à entrevista é superior a sua prevalência na população geral. Este valor está de acordo com o relatado na literatura, quando são considerados pacientes com doenças físicas específicas.^{31, 34, 47} Entretanto, existem poucos artigos que seguem um desenho similar ao do presente estudo, sendo então difícil uma comparação direta de resultados. A explicação para a esta alta prevalência é multifatorial. Alguns trabalhos mostram a doença física como fator de risco isolado para o comportamento suicida.^{13, 34} Entretanto, se sabe que pacientes clínicos possuem uma frequência aumentada de comorbidade psiquiátrica, em especial a depressão^{38, 41, 58} e esta, por sua vez, é um dos principais fatores de risco para o suicídio, como demonstrado na maioria dos estudos existentes.^{12, 16, 22}

Os pacientes com ideação suicida apresentaram significativamente mais sintomas depressivos e sintomas ansiosos. Sabe-se que a prevalência de comorbidade entre síndromes depressivas e transtornos de ansiedade é alta.⁵⁹ Os estudos são bem claros quanto a correlação entre ansiedade e depressão com ideação suicida e mostram que a presença de qualquer doença mental, em especial de transtornos de humor, é considerado o principal fator de risco para o comportamento suicida.^{9, 16, 60} Em estudo retrospectivo de casos de suicídio logo após alta do hospital geral, Dhossche et al. mostraram que esses pacientes apresentaram taxa de suicídio três vezes maior que na população geral e que os fatores de risco associados foram depressão e/ou transtorno relacionado a substâncias durante a internação.⁶¹ Esses dados corroboram os achados do nosso estudo e apontam para a importância de se verificar comorbidade psiquiátrica durante a internação.

Observou-se que os pacientes com ideação suicida apresentaram taxas significativamente maiores de história pessoal de doença psiquiátrica, em específico transtorno depressivo e alcoolismo. Todas essas variáveis são citadas na literatura como fatores de risco para o comportamento suicida, tanto para ideação²² quanto para futuras tentativas de suicídio⁹ e suicídio.⁶⁰ Isso porque as doenças mentais são consideradas doenças crônicas, passíveis de recorrência ao longo da vida. Assim, a chance de apresentar um

episódio de transtorno psiquiátrico é maior naqueles que já os apresentaram anteriormente do que naqueles que nunca sofreram de alguma doença mental.

Outra variável associada à ideação suicida foi tentativa prévia de suicídio. Este é sabidamente um importante fator de risco para ideação suicida^{49, 62} e merece destaque dentre os fatores de risco para o suicídio.^{15, 28, 32} Claasen et al. compararam pacientes com e sem tentativa prévia de suicídio na busca de diferenças na apresentação clínica dos mesmos e encontraram que aqueles que já haviam tentado se suicidar possuíam maior número de doenças físicas atuais e maior frequência de transtorno relacionado a álcool e a substâncias, dentre outros achados.⁶³ Isso mostra que pode haver, de fato, uma importante inter-relação entre as doenças físicas, comorbidade psiquiátrica e tentativa prévia de suicídio.

Pacientes com pior percepção de gravidade física apresentaram mais frequentemente ideação suicida. Entretanto, a gravidade física objetiva não demonstrou tal associação. Isso revela que não são os pacientes com doenças mais graves que apresentam ideação suicida, mas sim aqueles que percebem a sua doença como mais grave. Uma vez que os pacientes deprimidos tendem a ter maior percepção de gravidade física,⁶⁴ o achado pode estar relacionado à presença concomitante de sintomas depressivos, já que foram mais frequentes nos pacientes com ideação suicida. Alguns estudos, porém, mostram associação entre um maior número de doenças físicas com maiores taxas de ideação suicida.^{2, 13}

Dentre os fatores sociodemográficos, somente a idade mais jovem se associou à ideação suicida. Isso está de acordo com a literatura.^{12, 22, 34, 46} Os outros fatores apontados como de risco³⁰ - sexo feminino, baixa escolaridade e menor renda familiar – não apresentaram relação estatisticamente significativa. A raça também não esteve relacionada. Os artigos mostram-se inconsistentes quanto à associação dessas variáveis com a ideação suicida. A maioria dos estudos demonstra maior prevalência em mulheres,^{9, 12, 13, 22, 47} contudo Goodwin et al. encontraram maior prevalência em homens³⁴ e Kishi et al. não encontraram diferença quanto ao sexo.⁴⁶ Estado civil separado, divorciado ou solteiro foi um fator de risco em alguns estudos,^{9, 22, 34} mas não em outros.^{12, 46, 47} O mesmo acontece com a raça branca. Comparando-se dois estudos com amostra composta por indivíduos com doenças físicas, um deles mostrou a raça branca como variável associada à ideação suicida,¹³ enquanto o outro não demonstrou tal associação.³⁴ Os fatores sociodemográficos aparentemente mostram uma relação mais consolidada com o suicídio^{15, 65} do que com ideação suicida. Além disso, pelo fato de a amostra ser em pacientes internados no hospital geral, não especificando nenhuma comorbidade física, o perfil dos entrevistados pode ser diferente daquele encontrado em pacientes com determinadas doenças ou em amostras da comunidade.

História familiar de doença psiquiátrica ou de suicídio não apresentaram relação estatisticamente significativa com ideação suicida. Essas variáveis estão bem descritas como fatores de risco para o suicídio,^{25, 26, 65, 66} mas não para ideação suicida. Isso pode estar relacionado com os diferentes perfis entre indivíduos que apresentam ideação suicida ou que tentam o suicídio e os que efetivamente cometem o suicídio ou que fazem tentativas com conseqüências mais graves.^{15, 67}

O nível de dor não esteve relacionado com ideação suicida, apesar de estudos recentes mostrarem uma maior prevalência em pacientes com dor crônica.^{33, 49} Talvez o componente da cronicidade da dor tenha um papel mais importante do que a presença de dor em si.

O estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, é preciso entender que há dificuldades na realização de qualquer pesquisa sobre comportamento suicida. Há muitos tabus socioculturais e religiosos acerca desse tema que podem prejudicar qualquer estudo que dependa da entrevista com o próprio paciente. Contudo, como tentativa de atenuar essa limitação, optamos por investigar ideação suicida através de pergunta sobre os pensamentos de estar melhor morto ou de se machucar de alguma forma, de maneira persistente. O paciente pode, portanto, ter se sentido mais à vontade, já que não inclui a palavra “suicídio”, considerada muitas vezes agressiva. Isso pode ter proporcionado uma melhor aceitação na revelação da presença de ideação suicida e, com isso, ter resultado em prevalência final mais fidedigna.

O uso de escalas é um fator limitante, uma vez que são instrumentos que dependem de certas condições, como memória, capacidade de compreensão e de elaboração de perguntas e de serem mediadas por interesses particulares dos entrevistados. Além disso, diagnósticos de doença mental não são feitos via instrumentos – estes servem de método de rastreio, que necessitam de confirmação diagnóstica clínica. As frequências obtidas através de escalas são, em geral, falsamente aumentadas em relação à frequência real.

Na investigação de história familiar de doença mental e de suicídio, pode haver um viés de memória, já que o único método de avaliação dessa questão depende de o paciente se lembrar se tais comportamentos já foram apresentadas por algum membro de sua família. Também não foi especificado um grau de parentesco considerado positivo para tanto, o que pode ter interferido no resultado, especialmente nos casos de famílias grandes ou com as quais não houve contato ao longo da vida.

Por tratar-se de um estudo transversal, não é possível determinar relação de causa e efeito. Ademais, é importante salientar que o estudo foi realizado em Hospital Universitário de caráter terciário e um serviço de referência. Assim, é possível que os pacientes do estudo

sejam fisicamente mais graves e possuam comorbidade psiquiátrica com maior frequência, dificultando generalizações para serviços de menor complexidade ou que atendam casos menos graves.

Esses dados são importantes para se pensar em ações preventivas do suicídio. As 5 maiores áreas de prevenção do suicídio citadas na literatura são: educação e programas de conscientização para o público geral e para os profissionais; métodos de screening para indivíduos de alto risco; tratamento para transtornos psiquiátricos; acesso restrito a métodos letais e divulgação de maneira consciente e não *glamourosa* dos suicídios na mídia.⁶⁸ Bruce et al. mostraram que o diagnóstico e o tratamento adequado da depressão diminuem a ideação suicida, as tentativas de suicídio e o suicídio. Isso mostra que apesar de os transtornos mentais funcionarem como fatores de risco para o comportamento suicida, o tratamento adequado ajuda a previni-lo.⁵¹ No hospital geral, as medidas de prevenção do suicídio variam desde administração de esquema analgésico eficiente, passando por maior uso de serviços de interconsulta psiquiátrica até a possibilidade de atendimento ambulatorial psiquiátrico em pacientes com doenças físicas.

Sabe-se, portanto, que o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças mentais é uma das medidas mais efetivas na prevenção do comportamento suicida.^{16, 45, 68} Para este fim, a internação devido a uma doença física é um momento privilegiado, já que permite a oportunidade de avaliação do risco de suicídio, principalmente naqueles doentes portadores de comorbidade psiquiátrica. É importante ressaltar a importância do médico não psiquiatra investigar história psiquiátrica, tentativa prévia de suicídio e transtornos mentais atuais, uma vez que esses fatores são muito comuns nos pacientes com doenças físicas e estão relacionados a um maior risco de suicídio.

CONCLUSÃO

A prevalência de ideação suicida em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC foi de 9,5%. Os fatores associados à ideação suicida foram:

- idade mais jovem ($p=0,05$);
- tentativa prévia de suicídio ($p<0,001$);
- história pessoal de transtorno mental ($p<0,001$), de transtorno depressivo ($p<0,001$) e de alcoolismo ($p=0,005$);
- maior percepção de gravidade física ($p=0,02$);
- maiores escores de sintomas depressivos ($p<0,001$) e de sintomas ansiosos ($p<0,001$).

Sexo, raça, estado civil, renda familiar, escolaridade, dor, história familiar de transtorno mental e gravidade física objetiva não apresentaram associação estatisticamente significativa com ideação suicida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Prevención del suicidio. Cuadernos de Salud Pública 1969;35:69.
2. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ, Tanner J. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. Br J Psychiatry 1974;124(0):460-9.
3. Goodwin FK, Runk BL. Suicide Intervention: Integration of psychosocial, clinical, and biomedical traditions. In: Jakobs D, editor. Suicide and Clinical Practice. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1992.
4. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. JAMA 1989;261:2229-2235.
5. WHO. The World Health Report 2003: shaping the future. Geneva: World Health Organization; 2003.
6. IBGE. Estimativas de População. 1980-2010 [cited 2007 24/10]; Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_1980_2010/
7. Datasus. Sistema de Informações sobre Mortalidade. 1979-2000 [cited 2007 24/10]; Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>
8. WHO. Suicide Prevention: SUPRE. [cited 2007 09/11]; Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
9. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999;56(7):617-26.
10. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychol Med 1999;29(1):9-17.
11. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. Psychol Med 2005;35(10):1457-65.
12. Botega NJ, Barros MB, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-Leon L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. Rev Bras Psiquiatr 2005;27(1):45-53.
13. Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. Arch Intern Med 2000;160(10):1522-6.
14. Ferreira MH, Colombo ES, Guimaraes PS, Soeiro RE, Dalgalarondo P, Botega NJ. Suicide risk among inpatients at a university general hospital. Rev Bras Psiquiatr 2007;29(1):51-4.
15. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Intern Med 2002;136(4):302-11.
16. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? Br J Psychiatry 2003;183:382-3.
17. Diekstra RF. Epidemiology of suicide. Encephale 1996;22 Spec No 4:15-8.
18. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. Suicide Life Threat Behav 1995;25(1):36-57.
19. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica 2006;22(10):2201-2206.
20. Diekstra RF. The epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand Suppl 1993;371:9-20.

21. Barros MB, Oliveira HB, Marin-Leon L. Epidemiologia no Brasil. In: Botega NJ, Werlang BSG, editors. *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
22. Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007;101(1-3):27-34.
23. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004;4:37.
24. Kessler RC, Berglund P, Borges G, Nock M, Wang PS. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Jama* 2005;293(20):2487-95.
25. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002;360(9340):1126-30.
26. Runeson B, Asberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry* 2003;160(8):1525-6.
27. Brent DA, Mann JJ. Familial pathways to suicidal behavior--understanding and preventing suicide among adolescents. *N Engl J Med* 2006;355(26):2719-21.
28. Maris RW. Suicide. *Lancet* 2002;360(9329):319-26.
29. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41(3):257-65.
30. Botega NJ, Rapeli CB, Cais CFS. *Comportamento Suicida*. In: Botega NJ, editor. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
31. Turner AP, Williams RM, Bowen JD, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2006;87(8):1073-8.
32. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam FG, Kanner AM, Meador KJ. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4 Suppl 3:S31-8.
33. Smith MT, Edwards RR, Robinson RC, Dworkin RH. Suicidal ideation, plans, and attempts in chronic pain patients: factors associated with increased risk. *Pain* 2004;111(1-2):201-8.
34. Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 2003;65(4):501-5.
35. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Newsom JT. Physical illness, functional limitations, and suicide risk: a population-based study. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77(1):56-60.
36. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med* 2007;167(1):60-7.
37. Furlanetto LM, Moral JAG, Gonçalves AHB, Rodrigues K, Jacomino MEMLP. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr* 2006;55(2):96-101.
38. Fornari LM, Furlanetto LM. Frequência de sintomas depressivos em pacientes com história de infarto agudo do miocárdio. *J Bras Psiquiatr* 2002(51):385-90.
39. Furlanetto LM. Diagnosticando depressão em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. *Rev Bras Psiquiatr* 1996(45):363-70.
40. Botega NJ, Pereira WA, Bio MR, Garcia Junior C, Zomignani MA. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R)

- using 'lay' interviewers in a Brazilian hospital. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30(3):127-31.
41. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Rev Saude Publica* 1995;29(5):355-63.
 42. Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. *Bmj* 2002;325(7356):149-52.
 43. Carrico AW, Johnson MO, Morin SF, Remien RH, Charlebois ED, Steward WT, et al. Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *Aids* 2007;21(9):1199-203.
 44. Jin H, Hampton Atkinson J, Yu X, Heaton RK, Shi C, Marcotte TP, et al. Depression and suicidality in HIV/AIDS in China. *J Affect Disord* 2006;94(1-3):269-75.
 45. Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics* 2001;42(5):382-90.
 46. Kishi Y, Kosier JT, Robinson RG. Suicidal plans in patients with acute stroke. *J Nerv Ment Dis* 1996;184(5):274-80.
 47. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol* 2006;54(3):420-6.
 48. Kurokawa K, Yuasa T. Parkinson's disease and depression. *Nippon Rinsho* 2000;58(10):2120-4.
 49. Fisher BJ, Haythornthwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed J. Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain* 2001;89(2-3):199-206.
 50. Rentsch D, Dumont P, Borgacci S, Carballeira Y, deTonnac N, Archinard M, et al. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *Gen Hosp Psychiatry* 2007;29(1):25-31.
 51. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, 3rd, Katz, II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *Jama* 2004;291(9):1081-91.
 52. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;40(5):373-83.
 53. Koenig HG, George LK, Meador KG. Use of antidepressants by nonpsychiatrists in the treatment of medically ill hospitalized depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1369-75.
 54. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
 55. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord* 2005;86(1):87-91.
 56. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893-7.
 57. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. Jama* 1999;282(18):1737-44.
 58. Cigognini MA, Furlanetto LM. Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr* 2006;28(2):97-103.
 59. Belzer K, Schneier FR. Comorbidity of anxiety and depressive disorders: issues in conceptualization, assessment, and treatment. *J Psychiatr Pract* 2004;10(5):296-306.

60. Suominen K, Isometsa E, Heila H, Lonnqvist J, Henriksson M. General hospital suicides--a psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24(6):412-6.
61. Dhossche DM, Ulusarac A, Syed W. A retrospective study of general hospital patients who commit suicide shortly after being discharged from the hospital. *Arch Intern Med* 2001;161(7):991-4.
62. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156(2):181-9.
63. Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ, Husain MM, Zisook S, Young E, et al. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: findings from the STAR*D trial. *J Affect Disord* 2007;97(1-3):77-84.
64. Schrader GD. Subjective and objective assessments of medical comorbidity in chronic depression. *Psychother Psychosom* 1997;66(5):258-60.
65. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry* 2003;160(4):765-72.
66. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj* 2002;325(7355):74.
67. Rapeli CB, Botega NJ. Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *J bras Psiq* 1998;47(4):157-162.
68. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama* 2005;294(16):2064-74.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO
FICHA DE COLETA DE DADOS

- 1. Nome:**..... **2. Número prontuário:**..... **3. Leito**.....
- 4. Motivo de Internação (CID-10):**..... **5. Idade**.....anos **6. Sexo:** fem masc
- 7. Renda familiar:**.....salários mínimos. **8. Escolaridade:**anos
- 9. Especialidade:** Clínica Médica Cardio Gastro Pneumo
Endocr Neuro Hemato Outras
- 10. Raça:** branca parda negra amarela
- 11. Estado civil:** solteiro casado/amasiado viúvo separado/divorciado
- 12. História pessoal:** Qualquer doença mental ou dos nevos? Já tomou medicação para os nervos? Não Sim
- Se sim: qualquer tr. depressivo alcoolismo tr. ansiedade tentativa suicídio
- 13. Alguém na família (consangüínea):** doença mental ou dos nervos? Internação? Suicídio?
Não Sim
- Se sim: qualquer tr. depressivo? alcoolismo tr. ansiedade suicídio
- 14. Percepção gravidade física:**.....(0 a 10) **15. Percepção de dor:**.....(0 a 10)
- 16. Charlson:**..... **17. Ideação suicida?** Não Sim

17. BDI*

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
10	
11	
12	
13	
total	

18. BAI†

1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	
		21	
		22	
		total	

* BDI= Inventário Beck de Depressão

† BAI= Inventário Beck de Ansiedade