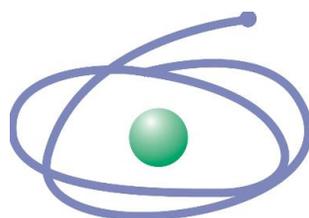


NAIRA RAVANNY DE SOUZA LIMA



**SUPORTE SOCIAL E IDEIAÇÃO SUICIDA EM PESSOAS COM E SEM
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO**



C A P E S

ITATIBA
2016

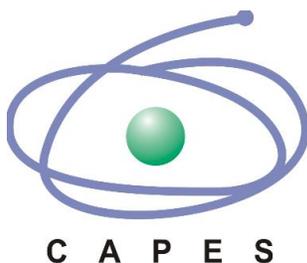
NAIRA RAVANNY DE SOUZA LIMA



SUPORTE SOCIAL E IDEACÃO SUICIDA EM PESSOAS COM E SEM
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, área de concentração – Avaliação Psicológica, para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. CLÁUDIO GARCIA CAPITÃO



ITATIBA
2016

WM 401	Lima, Naira Ravanny de Souza.
L699s	Suporte social e ideação suicida em pessoas com e sem diagnóstico de depressão / Naira Ravanny de Souza Lima. – Itatiba, 2016. 74 p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Psicologia da Universidade São Francisco. Orientação de: Cláudio Garcia Capitão.

Ficha catalográfica elaborada pelas bibliotecárias do Setor de
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.



UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
EM PSICOLOGIA

Naira Ravanny de Souza Lima defendeu a dissertação "SUPORTE SOCIAL E IDEIAÇÃO SUICIDA EM PESSOAS COM E SEM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO" aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco em 04 de agosto de 2016 pela Banca Examinadora constituída por:



Prof. Dr. Claudio Garcia Capitão
Orientador e Presidente



Prof. Dr. Daniel Bartholomeu
Examinador



Prof. Dr. Nelson Hauck Filho
Examinador

Dedicatória

Aos pacientes que corajosamente expuseram sua dor e a todos àqueles que ainda sofrem em silêncio.

Aos estudantes que colaboraram imensamente com esta realização.

Maria Euza e Francisco Lima, pais, meu suporte em todos os sentidos!

Ao meu eterno “cãopanheirinho” Tony Stark.

Agradecimentos

Aos meus pais, por sempre incentivarem meu voo me dando a segurança de saber para onde voltar;

Aos amigos que fiz durante essa jornada, pelas experiências, risadas e alegrias compartilhadas; obrigada pelo suporte Ana Maria Reis, Catarina Sette e Jonatha Baccioti!

Agradeço também especialmente à Ana Deyvis Jesuíno, minha amiga/irmã, sempre presente e disposta a ajudar, ouvir e rir junto. Ao Leonardo Barros e Ariela Lima, companheiros de dias solitários, belas discussões teóricas e de surtos de comilança;

Ao Professor Doutor Cláudio Garcia Capitão, meu orientador, obrigada pela sabedoria, apoio e confiança;

Às instituições que abriram suas portas para que a confecção deste trabalho fosse possível;

Aos professores da pós-graduação de Mestrado *Strictu Sensu* da Universidade São Francisco;

À banca examinadora, pela disponibilidade, contribuição e total atenção ao trabalho;

À Universidade São Francisco, pelo ensino de qualidade;

E à CAPES, pelo apoio à pesquisa e por me ajudar nesta realização.

Resumo

Ravanny, N. (2016). *Suporte social e ideação suicida em pessoas com e sem diagnóstico de depressão*. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.

A depressão é um fenômeno que se configura em problema de saúde pública mundial. Um dos aspectos que demandam sua prevenção e tratamento se deve ao fato de que as pessoas com transtorno depressivo maior possam desencadear ideação suicida e, por consequência, cometer suicídio. Com base na associação entre depressão e ideação suicida apontada pela literatura, e que a percepção de suporte social satisfatória pode desempenhar função protetora frente a eventos adversos e estressores do cotidiano, o escopo da pesquisa foi comparar o suporte social e a ideação suicida em pessoas com e sem diagnóstico de depressão assim como apresentar as associações existentes entre as variáveis depressão, suporte social e ideação suicida. Participaram do estudo 346 indivíduos (mulher=69%), com idade superior a 18 anos (M=27,06; DP=11,40), divididos em dois grupos e selecionados por conveniência. O grupo clínico (GC) foi formado por 46 pacientes com hipótese diagnóstica ou diagnosticados com depressão (CID-10 F.32 e F.33) assistidos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O grupo não clínico (GNC) foi formado por 300 universitários (62% ensino particular). Os dados foram coletados em cinco cidades do estado do Piauí. Aplicou-se um questionário sociodemográfico, a Escala Baptista de Depressão - versão Adulto (EBADEP-A), a Escala de Percepção do Suporte Social - Versão Adulto (EPSUS-A) e a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI). Os resultados principais apontaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico e não clínico e também para a variável sexo em relação EBADEP-A e BSI. Foram encontradas correlações significativas entre os instrumentos. Conclui-se que os achados contribuem para a compreensão dos fenômenos abordados.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica; Apoio Social; Depressão.

Abstract

RAVANNY, N. (2016). *Social support and suicidal ideation in people with and without a diagnosis of depression*. Master's Thesis, Post-Graduate Studies in Psychology, São Francisco University, Itatiba, São Paulo.

Depression is a phenomenon that is configured how global public health problem. One of the aspects that requires prevention and treatment is due to the fact that people with major depressive disorder may trigger suicidal thoughts and, therefore, commit suicide. Based on the association between depression and suicidal thoughts suggested by the literature, and that the perception of satisfactory social support may play protective role against adverse events and daily stressors, the scope of this research was compare the social support and suicidal ideation in people with and without a diagnosis of depression as well as presenting the associations between the variables depression, social support and suicidal ideation. The study enrolled 346 subjects (female=69%) older than 18 years ($M=27.06$; $SD=11.40$), divided into two groups and selected by convenience. The clinical group (CG) consisted of 46 patients suspected or diagnosed with depression hypothesis (ICD-10 F.32 and F.33) assisted by the Centers for Psychosocial Care (CAPS). The non-clinical group (GNC) was composed by 300 students (62% private education). Data were collected in five cities in the state of Piauí. There was applied a sociodemographic questionnaire, the Escala Baptista de Depressão – Adult version (EBADEP-A), the Escala de Percepção do Suporte Social – Adult version (EPSUS-A) and the Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), in this order with individual application for the GC and collective for GNC. The main results showed statistically significant differences between groups clinical and no clinical and too for gender in relation EBADEP-A and BSI. Significant correlations between the instruments were found. The conclusion is that the findings contribute to the understanding of the phenomena approached.

Keywords: Psychological evaluation; Social support; Depression.

Sumário

LISTA DE TABELAS.....	ix
APRESENTAÇÃO	01
INTRODUÇÃO	04
1.1 ASPECTOS GERAIS E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DA DEPRESSÃO.....	04
1.2 ASSOCIAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E IDEAÇÃO SUICIDA.....	11
1.3 TEORIA DO SUPORTE SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM DEPRESSÃO E SUICÍDIO.....	20
OBJETIVOS.....	28
OBJETIVO GERAL.....	28
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
MÉTODO.....	29
PARTICIPANTES	29
INSTRUMENTOS	30
PROCEDIMENTOS	34
RESULTADOS	36
DISCUSSÃO	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	50
ANEXO-A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE ..	59
ANEXO-B: QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO	60
ANEXO-C: PARECER CONSUBSTANCIADO.....	61

Lista de Tabelas

Tabela 1	Estatística Descritiva dos participantes.....	36
Tabela 2	Diferença de médias dos grupos clínico e não clínico quanto as pontuações nos instrumentos	37
Tabela 3	Intensidade da EBADEP-A dicotomizada por grupo clínico e não clínico.....	38
Tabela 4	Diferenças de Médias entre sexo e estado civil dicotomizado quanto às pontuações da EBADEP-A, EPSUS-A e BSI.....	38
Tabela 5	Análise de variância de um fator por faixa etária para os instrumentos EBADEP-A, EPSUS-A e BSI.....	39
Tabela 6	Teste de post-hoc de Tukey em função da variável faixa etária para os instrumentos EBADEP-A, EPSUS-A e BSI.....	40
Tabela 7	Modelo Linear Generalizado para diferenças de médias.....	41
Tabela 8	Correlações entre sintomatologia depressiva, percepção de suporte social e ideação suicida.....	41

APRESENTAÇÃO

A depressão é uma patologia de elevada prevalência na população mundial e está associada a altos índices de incapacitação, mortalidade prematura (*World Health Organization* [WHO], 2012) e impactos econômicos (WHO, 2013). Estudos abordando a temática, ganha enfoque também por acometer o sujeito em diferentes contextos da sua vida, afetando as relações interpessoais e causando comprometimento emocional, assim como também, danos físicos e materiais. Para além desses aspectos, a depressão possui etiologia multideterminada que demanda esforços de diversas áreas de pesquisa para a sua compreensão.

A enfermidade é caracterizada por um conjunto de sintomas dos quais os principais são humor deprimido e desinteresse por atividades que antes geravam prazer (OMS, 1993). Outra característica observada em sujeitos com transtornos depressivos, em especial transtorno depressivo maior, é a ideação suicida, que é definida por Cukrowicz et al (2011) como ideias e planejamentos de atos suicidas. Portanto, a patologia além trazer prejuízos funcionais às tarefas cotidianas, ocasiona ideações suicidas que podem levar a tentativas de suicídio, quando não diagnosticada ou tratada adequadamente.

A relação entre depressão e ideação suicida vem sendo amplamente estudada, tanto em diferentes contextos, relacionando-os a outras patologias, por exemplo, no estudo de Andrade, Sesso e Diniz (2015) com pacientes renais; quanto em delineamentos que diversificam a faixa etária dos participantes ou trabalham grupos distintos (Azevedo & Matos, 2014; Braga & Dell'Aglio, 2013; Cavalcante, Minayo & Mangas 2013; Khan, Bolger, McGreenery, Vitaliano, Polcari & Teicher, 2015).

A Organização Mundial de Saúde aborda o suicídio como problema de saúde pública desde os anos 90, com a criação do Programa de Prevenção do Suicídio em Intervenção de Multisites em Estudos do Comportamento Suicida SUPRE-MISS (WHO, 2006). Em 2012, a partir da Assembleia Mundial de Saúde, foi proposto o Plano de Ação Saúde Mental que teve como uma de suas metas a redução em 10% da taxa de suicídio até 2020. Quanto à depressão e outros transtornos mentais graves, previa-se criar estratégias para o aumento em 20% dos serviços para esse público (WHO, 2013).

Observa-se que existe uma preocupação em relação à temática depressão e suicídio e as abordagens de prevenção compreendem a identificação de grupos e fatores de risco e a associação desses fenômenos com vistas também ao incremento dos tratamentos já desenvolvidos para a depressão bem como desenvolvimento de novos tratamentos. Nesse contexto, também é relevante a identificação dos fatores que atuam como protetivos, dificultando o surgimento de sintomatologia ou auxiliando em uma estratégia de enfrentamento mais adequada às situações adversas. Destaca-se o suporte social que o indivíduo dispõe a partir da sua rede social, como variável protetiva, pois há evidências de que tal apoio percebido se relaciona positivamente com aspectos de bem-estar e qualidade de vida (Cobb, 1976).

Cada vez mais, pesquisas têm incluído o suporte social aos estudos dos transtornos depressivos e ideação suicida (Fonseca, Abelha, Lovisi & Legay, 2010; Grav, Hellzèn, Romild & Stordal 2012; Gonçalves, Sequeira, Duarte & Freitas, 2014), dado a importância do aspecto protetivo do apoio frente às situações adversas (Cohen, 2004). A escolha para a população deste estudo perpassou três aspectos principais: explorar uma população pouco estudada em comparação às populações em estudos similares em âmbito nacional; e pelo fato de o estado do Piauí possuir a quarta maior taxa de suicídio no Brasil (7,4/100 mil

habitantes para população total), superando o índice nacional (5,3/100 mil habitantes), sendo a maior taxa por estado, quando considerada a região Nordeste e, por fim, pelo fato de também superar a média nacional de crescimento do número de casos analisando os anos de 2002 a 2012 (taxa de crescimento de 20,3% no Brasil; 69,7% para o Piauí), segundo dados do Mapa da Violência (Brasil, 2014).

Dentro deste contexto, encontra-se pouco material produzido a nível nacional que aborde os temas utilizando-se de amostras clínicas. Tendo em vista a escassez de publicações utilizando essa população no Brasil e também a escassez de trabalhos com essa amostra no Piauí em comparação a outras regiões do Brasil, embora este trabalho não se trate de um estudo epidemiológico, visa preencher essa lacuna, uma vez que possui vistas à contribuição para compreensão dos fenômenos abordados de maneira geral como também permite uma análise pormenorizada, que poderá ser utilizada para comparações com outros estudos similares no país.

Desta maneira, o escopo do trabalho propõe comparar o suporte social e a ideação suicida em pessoas com e sem diagnóstico de depressão assim como apresentar as associações existentes entre as variáveis depressão, suporte social e ideação suicida. A pesquisa contém uma introdução na qual serão apresentados aspectos gerais e avaliação psicológica da depressão, abordando também os conceitos de depressão, ideação suicida e suporte social bem como as associações e estudos com essas variáveis. Posteriormente, serão detalhados os objetivos gerais e específicos do estudo e o método, que engloba a descrição dos participantes, instrumentos e procedimento da coleta de dados. Nas últimas seções, serão expostos os resultados e discussão do estudo, as considerações finais, as referências e os anexos.

INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais e avaliação psicológica da depressão

A depressão é considerada um problema de saúde pública sendo um dos principais transtornos mentais do século, comprometendo todos os aspectos da vida do indivíduo acometido. O termo “depressão” é utilizado para designar um conjunto de sintomas psíquicos (humor deprimido, redução na experimentação de prazer, por exemplo), fisiológicos (alterações de sono, apetite e interesse sexual) e comportamentais (crise de choro, comportamentos suicidas) (Del Porto, 1999; Canale & Furlan, 2006; Dalgalarrondo, 2008). Atualmente para classificação e diagnóstico para a depressão e sua manifestação sintomatológica, a literatura dispõe de dois manuais como classificações principais. Uma é a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1993) enquanto a outra, é a proposta da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA], 2014).

A CID-10 (OMS, 1993) classifica a depressão em três intensidades, a saber, leve, moderado ou grave, fazendo distinção entre episódio depressivo único e recorrente, em que, no último, pelo menos dois episódios do conjunto de sintomas devem ter duração de, no mínimo duas semanas e intervalo de por vários meses sem alteração significativa de humor. Além da classificação de intensidade e frequência, a CID-10 ainda prevê também a presença de sintomas psicóticos ou somáticos no quadro depressivo. Por sua vez, o DSM-5 (APA, 2014) apresenta a classificação dos transtornos depressivos como: Transtorno Depressivo Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior,

Transtorno Depressivo Persistente (distímia), Transtorno Disfórico pré-menstrual, Transtorno Depressivo induzido por substâncias ou medicamentos, Transtorno Depressivo devido à outra condição médica, Transtornos Depressivos não especificados (quando não preenchem critérios para outros quadros ou não há informação suficiente sobre o histórico da doença e sua manifestação naquele indivíduo). Esses transtornos diferem em duração e configuração dos sintomas, não cabendo aqui esmiúça-los, pois para este trabalho, o foco está pautado na presença ou não de sintomatologia depressiva, independente, a princípio, da classificação diagnóstica que o indivíduo possa vir a ter.

Para o diagnóstico de depressão, os sintomas devem estar presentes por no mínimo duas semanas e causar sofrimento clinicamente considerável ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras importantes áreas da vida do indivíduo. Os sintomas principais são humor deprimido e anedonia (falta de prazer ou interesse). As alterações no indivíduo causadas pela depressão abrangem aspectos somáticos, psicológicos e comportamentais. As características somáticas observadas são a fadiga aumentada e redução na energia, déficit da concentração e atenção, alteração no sono e apetite, agitação ou retardo psicomotor, enquanto as psicológicas são o humor deprimido na maior parte do dia, interesse ou prazer diminuído na realização de atividades cotidianas, diminuição da autoestima e autoconfiança, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, visões desoladas e pessimistas do futuro, ideação suicida recorrente. Em se tratando do aspecto comportamental, nota-se a ocorrência de crises de choro, atos autodestrutivos ou tentativa de suicídio (OMS, 1993; APA, 2014).

Apesar de pesquisas sobre as possíveis causas da depressão, nenhuma teoria compreende toda etiologia do transtorno, havendo um consenso em afirmar que o mesmo é determinado a partir da interação entre fatores biológicos/genéticos, sociais e psicológicos

tanto no que diz respeito ao aparecimento quanto ao desenvolvimento e manutenção do transtorno (Baptista, 2004; *World Health Organization* [WHO], 2012). As teorias biológicas/genéticas apontam ações e alterações de neurotransmissores, principalmente dopamina e serotonina e no sistema endócrino (Loosen, et al., 2002). A hereditariedade é considerada um fator importante para o desenvolvimento da depressão, pois há evidências de que uma pessoa que tenha um parente de primeiro grau com essa doença, possui risco de duas a quatro vezes maior de apresentá-la quando comparado àquelas que não tem parentes diretos com a patologia (APA, 2014). Os eventos de vida como desemprego, perda de um ente querido e vivência de situações estressoras também podem preceder o transtorno depressivo (APA, 2014; Loosen, et al., 2002; Whitbourne & Halgin, 2015). Em se tratando dos aspectos psicológicos, há uma tendência de que pessoas com funcionamentos mais introspectivos, com pouca tolerância a frustração e altos níveis de afetividade negativa tendem a serem mais predispostas a desenvolverem episódios depressivos em resposta a eventos estressantes da vida (APA, 2014).

O transtorno corresponde a 4,3% do total mundial de doenças mentais e está entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas têm depressão, das quais menos de metade têm acesso a tratamento (WHO, 2013). Em relação ao sexo, a predominância é em mulheres, com índices de 1,5 a três vezes maiores do que em homens, embora não haja diferenças claras quanto à presença dos sintomas, curso ou resposta ao tratamento (APA, 2014). No Brasil, o Ministério da Saúde constata que a prevalência de depressão ao longo da vida nas mulheres é de 10% a 25% e nos homens entre 5% e 12% (Brasil, 2006a). Esse dado se manteve relativamente estável visto que a publicação “Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas”, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística – IBGE (2014), apresenta prevalência da depressão sobre pessoas do sexo feminino de 10,9%, contra 3,9% no masculino.

Ainda sobre a epidemiologia, a depressão está presente em todas as classes sociais, sexo ou faixa etária, sendo observada em qualquer período da vida, porém, mais frequentemente, em pessoas com idade entre 18 e 29 anos, cujo índice de prevalência chega a ser três vezes maior do que em indivíduos acima de 60 anos. Considerando o estado civil, pessoas separadas ou divorciadas são mais propensas a desenvolverem o transtorno quando comparadas com as solteiras e casadas (APA, 2014). Discrepante dos dados demonstrados pela APA (2014) em relação à idade, o estudo do IBGE (2014) realizado no Brasil, apresentou que a faixa etária com maior índice foi a de 60 a 64 anos (11,1%), enquanto o menor percentual foi obtido na de 18 a 29 anos (3,9%). Pode-se inferir a essa distinção, a diferenças culturais e econômicas dos países em questão ou aos parâmetros utilizados para os estudos.

Abordando os serviços de atendimento de depressão no Brasil, uma pesquisa do IBGE constatou que 7,6% das pessoas de 18 anos ou mais receberam diagnóstico por profissional de saúde mental. Dentre estas, 16,4% faziam psicoterapia e 46,4% receberam assistência médica para depressão nos 12 meses anteriores à pesquisa (IBGE, 2014). Em se tratando da avaliação psicológica do transtorno, esta pode ser realizada em contextos clínicos, hospitalares, e em programas de políticas públicas voltados à saúde mental, como por exemplo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Considerando que o presente estudo trabalha comparação entre grupos sobre variáveis sociodemográficas e quanto a pontuações nos instrumentos que avaliam sintomatologia depressiva, percepção do suporte social e ideação suicida, a seguir, serão apresentados alguns estudos de prevalência de depressão e dados sociodemográficos em

amostras nacionais e internacionais em ordem cronológica na população geral ou específica, para expor um panorama geral.

A partir da iniciativa da OMS no trabalho denominado Pesquisa Mundial de Saúde Mental, Bromet et al. (2011) publicaram um estudo epidemiológico com a participação de 18 países de alta, média e baixa renda, dentre eles o Brasil, que teve por objetivo comparar a prevalência, comprometimento e variáveis sociodemográficas do transtorno depressivo maior. Os países foram divididos em aqueles com alta renda, compreendendo a Bélgica, França, Alemanha, Israel, Itália, Japão, Holanda, Nova Zelândia, Espanha e Estados Unidos, e baixa e média renda, com Brasil, Colômbia, Índia, China, Líbano, México, África do Sul e Ucrânia.

Vale ressaltar que os dados brasileiros foram adquiridos por meio de uma amostra probabilística de 5.037 pessoas de idade igual ou acima de 18 anos residente na região metropolitana de São Paulo. Foi aplicada a versão adaptada do *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) da OMS. Os resultados referentes ao Brasil revelaram que a prevalência do transtorno depressivo maior nos últimos 12 meses de pesquisa foi de 10,4%, sendo a maior entre todos os países do estudo. No geral, o Brasil acompanhou a tendência mundial à prevalência do transtorno em mulheres, com índice de probabilidade de 2,6, sendo mais propensas à depressão que os homens e que as pessoas que são separadas ou divorciadas têm significativamente maiores taxas de depressão do que as casadas.

Em outra pesquisa, Cunha, Bastos e Del Duca (2012) estimaram a prevalência e os fatores demográficos e socioeconômicos associados à depressão em pessoas com idade igual ou acima de 20 anos em uma comunidade de baixa renda de Porto Alegre. Participaram da pesquisa 3.391 indivíduos com idade entre 20 a 96 anos. A maior parte da amostra foi composta pelo sexo feminino (55,9%), com companheiro (a) (62,2%) e

escolaridade de até oito anos de estudo (60,5%). Para a coleta de dados, foi utilizada a Escala de Depressão de Edimburgo, para rastreamento de sintomatologia depressiva, e um questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa para levantamento das variáveis de interesse para o estudo, a saber, sexo, idade, situação conjugal atual, escolaridade e condição socioeconômica.

Dentre os resultados, os autores encontraram a prevalência de depressão em 16,1% dos participantes, estando mais presente no sexo feminino, com uma probabilidade de ocorrência da depressão 2,38 vezes maior entre as mulheres quando comparadas aos homens. Em relação ao estado civil, a prevalência de depressão foi maior em indivíduos separados e viúvos. Analisando a idade, foi observado um aumento da ocorrência de depressão concomitante ao aumento da idade. Os adultos de 50 a 59 anos (21,1%) obtiveram risco mais elevado com prevalência de 75% quando comparados a adultos de 20 a 29 anos (11,2%). Após análises ajustadas, observou-se que os indicadores escolaridade e condição socioeconômica apresentaram uma relação inversa à ocorrência da depressão (valores $p < 0,001$).

A revisão sistemática de literatura de Silva, Galvão, Martins e Pereira (2014) verificou a prevalência de sintomas depressivos e transtorno depressivo maior, a partir de estudos transversais em adultos no Brasil. Meta-análises foram realizadas com efeitos randômicos. As bases de dados pesquisadas foram Medline, Embase, Scopus, Lilacs e SciELO, sem restrições quanto à língua ou data de publicação e as palavras "depressão" ou "transtorno depressivo" ou "depression", "prevalência" ou "prevalence" e "Brasil" ou "Brazil" usadas como descritores. Dois pesquisadores selecionaram os estudos, extraíram os dados e avaliaram a sua qualidade metodológica. Os pesquisadores analisaram os dados referentes a cidade, data da investigação, publicações, tamanho da amostra, instrumento

utilizado para medir a depressão, a utilização de diagnóstico e prevalência de depressão ou sintomas depressivos na amostra em homens e mulheres.

Dentre os 2.971 artigos recuperados, dos quais 821 eram duplicados, resultando em 2.150 registros exclusivos. Os critérios de elegibilidade foram os estudos serem transversais e populacionais, com população brasileira, entre 18 e 65 anos, que tivessem utilizado instrumentos para depressão validados no país, publicados em qualquer data. Dentre os achados, continham 27 estudos que avaliaram a prevalência de depressão em 464.734 indivíduos, dos quais 65,5% eram do sexo feminino e a maioria acima de 18 anos.

Para rastrear a prevalência de sintomas depressivos, foram identificados nas pesquisas os seguintes instrumentos de avaliação, a saber, 1) Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA); 2) Inventário de Depressão de Beck (BDI); 3) Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); 4) *Composite International Diagnostic Interview Short-Form* (CIDI SF); 5) Escala de depressão de Edimburgo (EPDS); 6) Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9); e 7) Avaliação de Transtornos Mentais da Atenção Básica (PRIME-MD). Para avaliação do transtorno depressivo maior, o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI), e o DSM-IV. A prevalência de sintomas depressivos foi de 14% ao passo que a prevalência da depressão até um ano era de 8%, e a de transtorno depressivo maior foi de 17%. Todos os valores foram maiores nas mulheres do que nos homens, com prevalência duas vezes maior para sintomas depressivos e três vezes mais elevados para o transtorno depressivo maior.

Diante do exposto até o momento, compreende-se que a depressão é um transtorno caracterizado por um conjunto de sintomas que, para sua classificação, variam em apresentação e duração. Também se evidencia a alta prevalência da depressão na população

mundial e brasileira, delineando, dessa forma, a necessidade de estudos com a temática tendo em vista também os prejuízos funcionais que a mesma ocasiona nas tarefas cotidianas do indivíduo acometido e o desfecho que o transtorno acarreta quando não diagnosticado ou tratado adequadamente, como a tentativa do suicídio. Para tanto, avalia-se a ideação suicida em conjunto com a depressão, com vistas à identificação e prevenção de atos suicidas.

1.2 Associações entre depressão e ideação suicida

A depressão é o transtorno mental mais associado ao suicídio. Cerca de 15 a 20% dos pacientes com transtorno depressivo maior finalizam a própria vida de maneira intencional e deliberada (WHO, 2014). Os sintomas depressivos que podem estar relacionados ao suicídio contemplam o prejuízo da autoestima, tristeza acentuada, falta de motivação, a presença de sentimentos de desesperança e inutilidade e à incapacidade de enfrentar e resolver problemas (Chachamovich, Stefanello, Botega & Turecki, 2009).

O estudo da ideação suicida contribui com dados importantes para o suicídio, que por sua vez é compreendido como um óbito que resulta de uma ação ou omissão iniciada com a intenção de causar a morte a si mesmo (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010). Desta forma, compreende-se que sua definição se refere a casos de morte ou de circunstâncias que levam à morte em que tenha havido intencionalidade do sujeito. Visto que o fenômeno possui causas diversas, o resultado final de uma gama de aspectos que circundam o indivíduo, é interessante compreender que o “comportamento suicida” é uma expressão mais ampla, que aborda não somente o suicídio, como outros comportamentos, a saber, tentativa de suicídio e ideação suicida (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005; WHO, 2014).

A expressão “tentativa de suicídio” é utilizada para designar qualquer ação suicida não fatal. Apresenta uma dimensão intencional e está relacionada a ações autoinfligidas de intoxicação, lesão ou automutilação, valendo ressaltar que, na tentativa, a intenção suicida é um aspecto difícil de ser avaliado tanto pela possibilidade de sua ocultação em alguns casos como pela ambivalência entre o desejo de viver e morrer (Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010). O histórico de tentativa de suicídio é um preditor importante a novas tentativas (Pandey, 2013; Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005) muito embora a maioria das mortes não seja precedida por tentativas sem sucesso (APA, 2014). Compreende-se, então, que intervenções profissionais com pessoas que tentaram se matar tornam-se essenciais e podem prevenir esse comportamento.

A ideação suicida é o componente do comportamento suicida que se refere a aspectos relacionados a pensamentos, ideias, planejamento e desejo de morrer (WHO, 2014) considerada um preditor importante em relação à possibilidade de um ato suicida (Botega, Barros, Oliveira, Dalgalarondo & Marín-León, 2005). Ressalta-se também que a ideação suicida corresponde a um dos possíveis sintomas da depressão. A manifestação de ideação suicida acontece de duas maneiras, passiva e ativa, porém não necessariamente uma excluindo a outra. A ideação passiva é acompanhada da desesperança e condiz com pensamentos sobre morte enquanto a ativa é referente aos planejamentos e intenções mais claras e diretas de cometer o ato (Klonsky, May & Saffer, 2016).

Os fatores de risco e proteção ao suicídio são diversos e abrangem aspectos sociodemográficos, psicossociais e relacionados a transtornos mentais. Podem ser considerados fatores de risco ter sofrido violência doméstica, física ou sexual, estar desempregado ou aposentado e possuir instabilidade emocional no relacionamento familiar. Apresentar depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno de personalidade

borderline, dependência alcoólica, doenças físicas ou déficits funcionais crônicos, histórico de transtorno mental e suicídio na família, tentativas e ameaças suicidas recentes também são considerados fatores preditores. Existem ainda, aqueles relacionados a quem mora sozinho, sem vínculos sociais, do sexo masculino, em faixa etária adulto ou idoso, estado civil viúvo, divorciado ou solteiro, que possui traços de personalidade agressividade, impulsividade, labilidade emocional e perfeccionismo com separação ou perda recente (Dalgalarondo, 2008).

Em se tratando da epidemiologia, a OMS (2001) considera-se que o suicídio é um fenômeno que se configura em problema de saúde pública mundial. Segundo o primeiro relatório sobre prevenção do suicídio da WHO (2014), estima-se que cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano no mundo, apresentando-se uma taxa anual de 11,4 pessoas por 100 mil habitantes e que o fenômeno seja a segunda principal causa de morte entre pessoas com faixa etária de 15 a 29 anos na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Nessa perspectiva, o Brasil com índice de 10,4% encontra-se na 4º posição dentre os países latino-americanos com o maior crescimento na taxa de suicídios entre 2000 e 2012, com Guatemala apresentando índice de 20,6%, seguido do México (16,6%), Chile (14,3%). Deve-se atentar para essa tendência, dado que estes números destoam da realidade por consequência da subnotificação, dentre outros aspectos que dificultam a construção de um panorama mais próximo da realidade.

Com o crescente reconhecimento da necessidade de atenção para a temática, iniciativas mundiais e nacionais ocorreram a fim de prevenir e controlar o comportamento suicida. Nesse sentido, em 1999, a OMS lançou o Programa de Prevenção do Suicídio em Intervenção de Multisites em Estudos do Comportamento Suicida SUPRE-MISS (WHO, 2006) que desde então possui grupos de pesquisa e produz manuais e entrevistas destinados

a diferentes categorias profissionais (educação, saúde mental, meios de comunicação) e grupos sociais, alguns manuais traduzidos para o português brasileiro (WHO, 2014). As ações de prevenção ao suicídio envolvem atividades que vão desde a prestação de melhores condições para a educação de jovens e crianças, para o tratamento eficaz dos transtornos mentais, com o controle dos fatores de risco (WHO, 2014).

Em termos mundiais, foi realizada em maio de 2012, a 65ª Assembleia Mundial da Saúde na qual os países-membros definiram metas específicas relacionadas a saúde mental (WHO, 2014). Na ocasião, foi aprovado o primeiro Plano de Ação de Saúde Mental da OMS no qual a prevenção do suicídio é uma das partes integrantes, e em relação a isso, apresenta como objetivo reduzir as mortes nos países em 10% até 2020 por meio da implementação de estratégias nacionais para reduzir o acesso aos meios comumente utilizados em automutilação ou suicídio (incluem armas de fogo, pesticidas e disponibilidade de medicamentos tóxicos que são usados em overdoses), emissão de relatórios pelos meios de comunicação, proteção das pessoas em grupos alto risco de suicídio, e identificação precoce bem como tratamento adequado de transtorno mental e de comportamentos suicidas (WHO, 2013). Em uma iniciativa pública brasileira, ao final de 2005, o Ministério da Saúde montou um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades (Associação Brasileira de Psiquiatria, [ABP] 2009).

Em 14 de agosto de 2006 foi publicada a portaria Nº 1.876 com as diretrizes que orientam tal plano. Dentre os principais objetivos a serem alcançados destacam-se, 1) desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; 2) desenvolver estratégias de informação e comunicação para sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública e passível de prevenção; 3) fomentar e executar

projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; 4) identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores; 5) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (Brasil, 2006b).

A partir de então, houveram mais incentivos publicações e estudos em áreas além da psicologia, como também no jornalismo e enfermagem, por exemplo, que abordaram a temática do suicídio. Dentre 2000 e 2014 foram encontrados na base de dados PubMed, 200 estudos brasileiros relacionados ao fenômeno em revistas científicas internacionais, utilizando as palavras chave “*suicide*” e “*Brazil*” (Botega, 2015). A seguir serão apresentadas pesquisas que relacionam os temas suicídio, ideação suicida, depressão e fatores socioeconômicos em ordem cronológica. Os estudos descritos foram realizados com pacientes hospitalizados ou estudantes.

A pesquisa de Vázquez–Machado e Guarachi–Catari (2010) investigou as características epidemiológicas das pessoas que foram internadas por tentativa de suicídio no serviço de emergência um hospital na Bolívia entre 2006 e 2007. Participaram 56 pacientes com idades variando de 15 a 24 anos, dos quais 67,8% eram mulheres. Por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas individualmente, foram obtidos dados referentes a variáveis sociodemográficas, métodos utilizados, diagnóstico psiquiátrico e fatores inerentes à atual tentativa (se era impulsivo, se estava sob efeito de álcool) e história pessoal. Como resultados, entre os homens, a maioria era solteiro (72,2%) e estudante (50%); os dados para as mulheres indicaram que a maior parte era casada (52%) e donas de

casa (42,1%). No geral, o método mais utilizado foi intoxicação por organofosforados (67,8%), enquanto as razões mais frequentes para tentativa foram os conflitos com o parceiro (42,6%) e familiares (37%). Em 25% da amostra manteve-se ideiação suicida; 21,4% tinham parente com comportamento suicida e 16,1% já haviam feito tentativas anteriores. 83,9% tentaram suicídio impulsivamente e 51,8% estavam sob a influência de álcool. Os diagnósticos psiquiátricos mais comuns foram transtornos de personalidade (47,8%) e depressão (21,7%).

Uma pesquisa longitudinal realizada por Wenzel, et al (2011) buscou identificar os preditores eventuais de suicídio em uma amostra de pacientes hospitalizados por ideiação ou tentativa de suicídio entre os anos de 1970 a 1975 e que morreram até 2005. Participaram 706 pacientes do hospital geral da Filadélfia (EUA), dos quais foram confirmadas 297 mortes, sendo 55 destes por suicídio (7,8% da amostra original; 18,5% das mortes confirmadas) com idade entre 17 e 78 anos e 53% do sexo masculino. Vale destacar que, dos que morreram, 70% foram admitidos no hospital por tentativa ($n=206$), enquanto que 30% pela presença de ideiação suicida ($n=91$). Quase metade daqueles que morreram por suicídio (49%) o fizeram no prazo de cinco anos após a sua entrada no hospital.

Foram utilizados um questionário que abordava o histórico psiquiátrico, médico e psicossocial além do Inventário de Depressão de Beck (BDI), Escala de Desesperança de Beck (BHS), Escala de Intenção Suicida (SIS) e Escalas de Letalidade. Por meio de regressão logística univariada foi observado que pacientes com mais de 30 anos, quando foram admitidos no hospital, apresentaram 50% a mais de chances de tentar suicídio do que os mais jovens ($OR=0,51$; $IC=0,28-0,93$). Aqueles que pontuaram um ou mais nos itens sobre pensamentos suicidas e desejo de morrer na BDI obtiveram duas vezes mais chances de morrer por suicídio do que aqueles que pontuaram zero ($OR=2,41$; $IC=1,11-5,22$). O

modelo multivariado, por sua vez, demonstrou que pacientes mais velhos tiveram cerca de um terço a mais de chances de óbito por suicídio do que pacientes mais jovens (OR=0,34; IC=0,15-0,76).

Com o objetivo de explorar a relação entre a ideação suicida e a gravidade de sintomas depressivos em universitários nos EUA, Cukrowicz et al. (2011) realizaram uma pesquisa que foi dividida em três etapas. A primeira etapa contou com a participação de 222 alunos, com média de idade de 19,2 anos ($DP=1,8$), sendo 158 mulheres que responderam a uma subescala de suicídio, que fazia parte de uma escala de depressão (*Depression Severity Index–Suicide Subscale – DSI-SS*) e ao Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory-BDI*). Os participantes foram divididos em quatro grupos de acordo com a intensidade dos sintomas depressivos, obtidos no BDI, em mínimo ($n=170$), leve ($n=30$), moderado ($n=14$) e grave ($n=8$). Foram encontradas diferenças significativas ($p<0,001$) desses grupos ao verificar a pontuação dos mesmos na subescala de suicídio [$F(3,221)=28,69$; $p<0,001$] sendo que o de sintomatologia mínima se diferenciou dos outros grupos ($M=0,25$; $DP=0,83$), o leve ($M=1,30$; $DP=1,73$) e grave ($M=3,25$; $DP=2,05$) também se diferenciaram de maneira significativa ($p<0,001$) e por fim o moderado ($M=1,71$; $DP=1,73$) e o grave, com nível de significância de 0,05.

Na etapa dois do estudo de Cukrowicz et al. (2011), buscou-se verificar se os resultados obtidos na etapa um ocorrem por conta da quantidade de itens da escala de suicídio (4 itens) e da qualidade dos mesmos. Nesse sentido os autores decidiram realizar essa etapa com 309 universitários, que não participaram da etapa um, com média de idade de 19,11 anos ($DP=2,38$), sendo 227 mulheres que responderam a escala de suicídio de Beck (*Beck Suicide Scale-BSS*) e o BDI. A distribuição de grupos no BDI foi similar a etapa um (mínimo $n=237$; leve $n=34$; moderada $n=15$ e severa $n=14$) sendo encontradas

diferenças significativas entre eles [$F(3,300)=22,89$; $p<0,001$]. As análises posteriores indicaram que as diferenças ocorrem entre o grupo com sintomatologia mínima ($M=0,41$; $DP=1,75$), moderada ($M=4,47$; $DP=7,86$) e grave com nível de significância de 0,001.

A última etapa do estudo consistiu em utilizar outro instrumento de ideação suicida em uma amostra mais diversa, em relação a aspectos étnicos, do que as anteriores. Participaram desta etapa 914 estudantes universitários da Espanha, das Ilhas do Pacífico, do Oriente Médio e Americanos afrodescendentes, com média de idade de 22,18 anos ($DP=5,39$), sendo 700 mulheres que responderam a um questionário de ideação suicida (*Adult Suicidal Ideation Questionnaire-ASIQ*) e o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory-II – BDI-II*). Do mesmo modo que nas etapas anteriores, os participantes foram divididos em grupos de acordo com a intensidade sintomatológica demonstrada pela pontuação no BDI-II (mínimo $n=694$; leve $n=123$; moderado $n=71$ e grave $n=25$). Foram encontradas diferenças significativas com base nos grupos da BDI-II [$F(3,913)=71,56$; $p<0,001$]. Outras análises foram realizadas para verificar quais grupos se diferenciavam e os resultados evidenciaram que as pontuações no instrumento de ideação suicida (ASIQ), diferenciaram os grupos com sintomatologia mínima ($M=6,39$; $DP=0,58$) de todos os outros grupos de sintomatologia, como também diferenciaram os que apresentaram sintomatologia leve ($M=14,16$; $DP=1,37$) dos graves ($M=46,33$; $DP=3,06$) e entre os de sintomatologia moderada ($M=19,2$; $DP=46,33$) e grave a nível de significância de 0,001 (Cukrowicz, et al., 2011).

Em um estudo longitudinal na Colômbia, Castro-Díaz et al. (2013) buscaram identificar fatores de risco para a ideação suicida em 289 pacientes com diagnóstico de transtorno depressivo maior, com idades entre 18 e 65 anos, sendo 65,3% mulheres e do total de participantes, 38,8% possuíam ensino médio e 25% ensino superior. Os

participantes foram selecionados de sete clínicas, em cinco cidades. Aplicou-se entrevistas semiestruturadas em três etapas a saber, em um momento inicial, seis meses e um ano após a primeira entrevista. Os instrumentos averiguaram além de dados gerais do paciente, dados médicos sobre o estado de saúde, comorbidades psiquiátricas, situação profissional dentre outros. Em relação ao suicídio foram avaliados em pacientes sem ideação suicida, pacientes com ideação suicida leve e grave. Mais da metade dos pacientes da amostra relataram ideação suicida na semana anterior a entrevista. Destes surgiram dois grupos: aqueles que apresentavam ideias não definidas de planejamento para cometer o ato (35,3% da amostra total) e os que possuíam um plano concreto de suicídio 20,1% da amostra total.

Os pesquisadores também encontraram relações significativas entre a ideação suicida e variáveis como sexo e ocupação, renda, situação de tratamento e consumo de álcool e cigarro no último mês. A regressão multivariada mostrou que o fato de ser do sexo feminino estava relacionado a uma diminuição de apresentar o risco a qualquer nível de ideação suicida. Revelou ainda que os fatores que foram mais associados com a ideação suicida leve foram o desemprego, estar em uma segunda depressão ou estar internado. Em relação a ideação suicida grave, além dos fatores já apresentados, também foram listados remuneração de um a dois salários mínimos, consumo de álcool nos últimos 30 dias e ter passado por uma crise financeira nos últimos dois anos.

Diante das pesquisas expostas até então, nota-se a presença de ideação suicida nas amostras de pacientes com depressão e indícios de sintomas depressivos em amostras populacionais. Adicionalmente, no estudo com tentativa, percebe-se uma concordância entre os fatores de risco apontados pela literatura e àqueles apresentados pela mesma. Dentro desse contexto, a pesquisa irá abordar o suporte social enquanto variável interveniente para os fenômenos depressão e suicídio.

1.3 Teoria do suporte social e sua relação com depressão e suicídio

O suporte social é um termo amplo relacionado a aspectos sociais que uma vez presentes, servem de fatores de proteção ao indivíduo em termos de saúde mental. No Brasil, é definido diferentemente pelos pesquisadores, ocasionando discrepâncias entre fundamentação teórica e em relação às terminologias dentro e entre as disciplinas (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira & Piccini, 2011). Portanto, neste trabalho utilizar-se-á as expressões “apoio social” e “suporte social” como sinônimos visto que assim se apresentam nas publicações brasileiras.

O suporte social é definido como as informações referentes a como o indivíduo percebe que é amado, apreciado, valorizado e pertencente a uma rede social composta por pessoas de seu convívio. Essa variável é compreendida como a percepção do suporte que uma pessoa recebe de seus familiares, amigos e conhecidos que compõem sua rede social em relação a afetividade e apoio entre eles, estando relacionado a quanto o indivíduo se percebe querido e pertencente aos grupos que está inserido (familiar, social e profissional), apresentando-se como uma variável importante para a mensuração de aspectos relacionados à qualidade de vida e bem-estar psicológico das pessoas (Cobb, 1976).

Partindo dos achados de Cobb, foi dado mais enfoque às relações sociais dentro do contexto da saúde e do adoecimento enquanto tema de pesquisa como em Okun e Lockwood (2003). Desse modo, o suporte social está associado a características protetoras para enfrentamentos e desenvolvimento de doenças e estresse. A percepção de suporte social adequado está relacionada à estabilidade emocional e pode proteger as pessoas de crises provenientes de um vasto campo de estados patológicos, como a tendência suicida, alcoolismo, depressão e transtornos de ansiedade (Barth, Scheneider & Kanel, 2010; Canesqui & Barsaglini, 2012; Cobb, 1976). No que se refere à depressão, há evidências de

que o suporte percebido como insatisfatório está associado à alteração da emoção e ao sofrimento psicológico (Alexandrino-Silva, Alves, Tófoli, Wang & Andrade, 2011; Marroquín, 2011).

Em relação a avaliação do suporte social, historicamente vem sendo realizada com base em propósitos estruturais e funcionais. Por estruturais entende-se como a avaliação da rede social, ou seja, trata-se de uma análise com características quantitativas, relacionada a número de pessoas percebidas como suportivas e conseqüentemente, mensuração de amplitude de rede social. A segunda forma de investigação, funcional, possui características mais qualitativas. Nesses termos, busca avaliar a percepção do acolhimento social por meio de suas possíveis fontes de suporte (Taylor, 2011). É necessário ressaltar que para funcionar como fator protetivo ou moderador, apenas a existência do suporte social não é suficiente, é preciso que este seja percebido como satisfatório pelo sujeito (Cobb, 1976). O apoio ofertado e o percebido pelo indivíduo podem ser discrepantes, pois sua mensuração é subjetiva, uma vez que passível à avaliação do indivíduo, que por sua vez percebe como positivo ou deficitário dependendo do seu julgamento à sua rede de apoio, não necessariamente correspondendo ao real suporte que ele dispõe (Prati & Pietrantonio, 2010).

Quanto à mensuração, o suporte social pode ser avaliado por meio de três fontes de suporte divididas entre aspectos psicológicos e materiais, a saber, emocional, instrumental e informacional. A primeira é denominada emocional, se refere à percepção do indivíduo sobre a afetividade recebida de outras pessoas, ligada ao senso de ser amado e apreciado. A segunda fonte, instrumental, diz respeito à percepção de recursos financeiros, como ter dinheiro ou poder recorrer a alguém para emprestar ou pagar contas, além do aspecto comportamental, ter ajuda em locomoção ou alimentação, por exemplo, em caso de impossibilidade por parte do indivíduo. De acordo com os autores, essa fonte de apoio,

proporciona segurança em casos de instabilidades financeiras. A última fonte de suporte, informacional, diz respeito a receber, de outras pessoas, informações pertinentes em determinadas circunstâncias, geralmente ligadas a ocasiões de vida que remetam à tomada de decisões (Rodriguez & Cohen, 1998; Cohen, 2004). A seguir, serão apresentadas pesquisas relacionando suporte social à depressão, suicídio e fatores socioeconômicos em ordem cronológica.

Em um estudo do tipo caso-controle realizado por Fonseca, Abelha, Lovisi e Legay (2010) o objetivo foi de identificar as variáveis eventos estressantes, apoio social baixo e presença de depressão associadas aos casos de tentativa de suicídio em pessoas atendidas no período de abril de 2006 a março de 2007 em um hospital de emergência da cidade do Rio de Janeiro. Para cada caso de tentativa de suicídio foram selecionados dois casos controles. Participaram 59 pessoas que haviam tentado suicídio e 118 pessoas para o grupo controle, cujo critério era terem sido internados por outro motivo. Os participantes foram pareados de acordo com as variáveis sexo, faixa etária (diferença máxima de dois anos), mesma localização de entrada (serviço de emergência) e intervalo de entrada no hospital de, no máximo, dez dias. A faixa etária da amostra total foi maior ou igual a 19 anos.

Os instrumentos utilizados foram o questionário sociodemográfico, *International Development Interview (CIDI)*, versão 2.1, para avaliação de depressão, Escala de Avaliação de Reajustamento Social e a Escala de Apoio Social (*Medical Outcomes Study*). Quanto aos resultados, houve predominância do sexo feminino (59,3% para casos clínicos e 40,7%, para controle) e de adultos jovens (20 a 39 anos) nos dois grupos. A maioria dos participantes eram solteiros (59,3% para casos e 46,6% para controle) e possui baixa escolaridade com até oito anos de estudos (50,8% para casos e 61,9% para controle). A partir das análises de regressão, os autores concluíram que os participantes que tentaram

suicídio possuíam cerca de três vezes mais episódios depressivos e que houve diferença significativa na média da pontuação obtida entre os grupos, com menor apoio social entre os casos de tentativa de suicídio.

A revisão de literatura não-sistemática realizada por Gonçalves, Pawlowski, Bandeira e Piccini (2011) teve por finalidade investigar como o apoio social tem sido avaliado em estudos brasileiros. Para tanto, foi realizado um levantamento de publicações científicas brasileiras nos anos de 1987 a 2007 nas bases de dados Indexpsi, Pepsic, SciELO e Lilacs. As palavras-chave utilizadas foram “apoio social”, “suporte social”, “rede social”, “rede de apoio” e “rede de suporte”. Foram verificados 59 estudos por meio de análise das temáticas. Enquanto tema, a avaliação do apoio social foi mais abordada nos anos 2006 (n=13) e 2005 (n=10), a população avaliada foram em maioria adultos (47%) e idosos (18%), sendo 20% dos participantes portadores de alguma doença crônica. Em relação aos demais tipos de população dos estudos, destacaram-se gestantes ou mães (13%), família e paciente (8%), adolescentes (7%), comunidade (3%) e usuários de centros de atenção psicossocial (3%). Como resultados, os autores verificaram que, apesar do aumento de publicações sobre o tema nos últimos anos que avaliam o apoio social, ainda há mais de uma definição para um mesmo conceito. Grande parte dos estudos contemplaram as áreas sociais (vulnerabilidade social) e de saúde, evidenciando a importância do atributo nesses contextos e sua característica protetora frente a situações adversas.

Grav, Hellzèn, Romild, Stordal (2012) buscaram investigar as associações entre suporte social percebido e depressão na população geral em relação ao gênero e a idade. Participaram 40.659 pessoas de uma cidade da Noruega, sendo 22.793 mulheres, com idade variando de 20 a 89 anos. Foram utilizados instrumentos que avaliavam o suporte social percebido (*Measurement of Social Support*) e uma subescala de depressão de um

instrumento que avaliava ansiedade e depressão (*Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS*). Os resultados mostraram que aqueles com baixo suporte social percebido obtiveram maior incidência de depressão (OR=6,5; IC=5,75–7,35). A falta de apoio emocional relatada pelas mulheres, aumentou significativamente com a idade e a depressão é acentuada entre os grupos etários 20-64 e 75-89. A faixa etária de 20 a 64 anos relatou maior falta de suporte percebido (OR<1) do que os mais velhos

O escopo da pesquisa de Ando, Kasai, Matamura, Hasegawa, Hirakawa e Asukai (2013) foi verificar os fatores psicossociais que se associam à ideação suicida em pacientes clínicos com depressão. Participaram 189 pacientes de 54 clínicas de Tóquio, com idade a partir de 20 anos, sendo a maioria mulheres (54,8%) e com faixa etária de 40 a 49 anos (29,3%). Os dados foram levantados a partir de entrevistas realizadas pelos psiquiatras das clínicas. Dos participantes, 38,7% possuíam depressão leve, 54,3% moderada e 6,4% severa. Do total de participantes 87,8% tiveram ideação suicida recente. Relataram como rede social mais procurada a família (55%) e seguida amigos (27,5%). Os resultados mostraram, por meio da regressão logística, que ter buscado a ajuda de familiares estava relacionado com a diminuição da probabilidade da ideação suicida (OR= 0.42; IC=0.18–0.94). Enquanto a depressão moderada ou severa estava associada à última ideação suicida (OR=3,98; IC=1,63-9,72) e ainda que, a relutância em admitir o próprio problema de saúde mental tendia a aumentar a probabilidade de ideação suicida (OR=3,55; IC=0,89-14,07).

O estudo de Wang, Cai, Qian e Peng (2014) examinou o efeito moderador do suporte social na relação entre estresse e depressão na China. Participaram do estudo um total de 632 universitários, sendo 317 homens, com idade entre 18 e 22 anos. Foram aplicadas uma escala de estresse percebido (*Perceived Stress Scale*), uma escala de suporte social percebido (*Perceived Social Support Scale-PSSS*) e uma escala de depressão (*Self-*

rating Depression Scale-SD). Em relação ao suporte social e a depressão foi encontrada uma correlação negativa de magnitude moderada ($r=-0,45$; $p<0,01$). Ainda foi realizada uma regressão hierárquica que evidenciou que o apoio social ($\beta=-0,30$, $p<0,01$) foi significativamente relacionado com a depressão após o controle de outras variáveis.

Outra pesquisa com estudantes universitários teve por finalidade determinar a prevalência de ideação suicida em estudantes, como também avaliar sua relação com o suporte social em Portugal. A amostra foi composta por 1.074 alunos distribuídos do primeiro ao quarto anos de diversos cursos, com idade entre 17 e 49 anos, sendo que 64,7% eram do sexo feminino e 86,1% solteiros. Do total de alunos 47,2% moravam com a família durante o período de aulas e 41,7% viviam com amigos. Foram utilizados na pesquisa uma escala que avalia os suportes social e familiar (*Social/Familiar Support Satisfaction Scale-SSSS*), e um questionário de ideação suicida (*Suicide Ideation Questionnaire-SIQ*).

Os resultados evidenciaram que os homens apresentaram melhor suporte social do que as mulheres ($t=3,571$; $p\leq 0,001$). Ao se verificar a gravidade da ideação suicida as mulheres apresentaram valores mais elevados do que os homens ($t=-1,982$; $p<0,05$), apesar da diferença é importante ressaltar que apenas 84 estudantes (7,8%) apresentaram pontuações acima do ponto de corte (≥ 41), indicando graves níveis da ideação suicida e do risco de suicídio. Por meio da regressão linear múltipla encontraram que o suporte social ($\beta=-0,17$; $p=0,002$) se mostrou como preditor da ideação suicida como também o aspecto relacionado a atividades sociais ($\beta=-0,31$; $p<0,001$) (Gonçalves, Sequeira, Duarte & Freitas, 2014).

Com vistas à identificação do quanto a ideação suicida de um indivíduo se associa com a percepção do seu suporte social, Endo et al., (2014) investigaram uma amostra randomizada de 2.200 adultos, no Japão. Destes 51% eram do sexo feminino com divisão

de faixas etárias entre 20, 30, 40, 50, 60 e acima de 70 anos de idade. Dentre os instrumentos foi aplicado um questionário sociodemográfico abordando questões acerca da idade, sexo, nível educacional, ocupação laboral, estado civil e socioeconômico, o *The Kessler 6 Psychological Distress Scale* (K6) para a verificação da severidade de sintomas de depressão e ansiedade, e para a verificação da percepção de suporte social os autores do estudo criaram um instrumento para avaliação dos tipos de suporte (emocional, aconselhamento, instrumental e apoio), a fonte do suporte (família, amigos, parentes, colegas de trabalho ou vizinhos), a direção do suporte (dar ou receber) e a satisfação com o suporte (por meio de oito questões, quatro acerca de receber o suporte e quatro referentes a oferta de suporte). Os participantes foram separados em 3 grupos, sem ideação suicida, com ideação suicida por toda a vida e com ideação suicida no último mês.

Por meio do teste ANOVA (Qui Quadrado, X^2) observou-se diferenças de médias entre dados sociodemográficos a classificação dos três grupos quanto a ideação suicida. Análises residuais com atributos de gênero revelaram que a taxa de homens sem ideação suicida, de forma significativa, foi maior quando comparada aos outros dois grupos, ao passo que as mulheres, de forma significativa, apresentaram taxas maiores no que se refere a ideação suicida por toda a vida e ideação suicida no último mês ($X^2=6,2$; $d.f=2$; $p=0,05$). Em relação as idades, de forma significativa, taxas maiores de ideação no último mês foram identificadas no grupo de 20 anos, de ideação por toda a vida nos grupos de 30 e 40 anos e sem ideação do grupo de 70 anos ou mais ($X^2=48,1$; $d.f=10$; $p=0,01$).

Também foi verificado o estado civil dos participantes, de modo que os casados ou em relações estáveis, viúvos e divorciados, de forma significativa, apresentaram maiores taxas de ausência de ideação suicida, ao passo em que maiores taxas de ideação suicida por toda a vida e no último mês foi verificada em solteiros ($X^2=14,2$; $d.f=4$; $p=0,05$). Por fim,

em relação ao status socioeconômico, as classes média e alta apresentaram maiores taxas de ausência de ideação suicida, enquanto que maiores taxas de ideação por toda a vida e no último mês foram verificadas em pessoas de classe baixa ($X^2=48,0$; d.f=4; $p=0,01$).

Os escores da medida de depressão (K6) foram analisados por meio de ANOVA observado um significativo efeito de severidade de ideação suicida. Desse modo, as médias nos grupos foram de $M=3,07$ para o grupo sem ideação suicida, $M=5,18$ para o grupo com ideação suicida por toda a vida e $M=10$ para o grupo com ideação no último mês. O teste de Post hoc apontou que nas pontuações do instrumento de depressão, o grupo com ideação suicida por toda a vida apresentou maiores escores quando comparado ao grupo sem ideação suicida ao passo em que o grupo com ideação no último mês apontou maiores escores quando comparado a estes dois grupos.

Além disso, por meio de comparação de médias entre a modalidade de ideação suicida e pontuações no instrumento de suporte social, pelo teste ANOVA, verificou-se que, os participantes do grupo com ideação suicida por toda a vida afirmaram ter menos suporte por parte da família e apresentaram fortes sentimentos de insatisfação com esse suporte. Contudo, pessoas que relataram ideação no mês anterior apresentaram uma menor oferta de apoio a seus familiares, parentes ou amigos, bem como a percepção de um menor suporte recebido pela família com relação aos outros grupos e sentimentos mais fortes de insatisfação enquanto percepção de suporte social. Desse modo, o estudo identificou uma forte relação entre ideação suicida severa e percepção de suporte social.

Condensando o conteúdo exposto, as pesquisas relacionam depressão à ideação suicida e variáveis sociodemográficas apresentando sexo, idade e estado civil como as mais comuns. Atrelado a esses fatores, a relação com o suporte social vem ganhando destaque em estudos nacionais e internacionais, merecendo serem exploradas com mais veemência

em estudos brasileiros, ainda mínimos em comparação aos estrangeiros, principalmente no que diz respeito a amostras diferenciadas e pouco exploradas.

A depressão é uma patologia cuja prevalência tem aumentando na população brasileira e mundial. Este fato demanda atenção da comunidade científica e de ações políticas, tendo em vista também que a ideação suicida, pode se manifestar enquanto sintoma depressivo, ocasionando tentativas de suicídio e até mesmo o óbito, o que acarreta, em todas as hipóteses, grande sofrimento ao sujeito ou àqueles que ficam após a sua morte. Estudos que investiguem os fatores protetivos da depressão, como percepção de suporte social, associados a estudo de fenômenos relacionados, como suicídio, podem vir a auxiliar na compreensão do transtorno e servir de subsídio a novas propostas de prevenção, diagnóstico e tratamento.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Comparar o suporte social e a ideação suicida em pessoas com e sem diagnóstico de depressão assim como apresentar as associações existentes entre as variáveis depressão, suporte social e ideação suicida.

Objetivos específicos

- Identificar possíveis diferenças entre o grupo clínico (GC) e não clínico (GNC) quanto a percepção do suporte social e ideação suicida;
- Apresentar possíveis diferenças nas pontuações dos instrumentos em relação as variáveis sociodemográficas sexo, idade e estado civil na amostra total;
- Descrever as possíveis associações entre sintomatologia depressiva, ideação suicida e percepção do suporte social.

MÉTODO

Participantes

O estudo foi realizado com 346 indivíduos (mulher=69%), com idade superior a 18 anos ($M=27,06$; $DP=11,40$), sendo 78,6% solteiros e selecionados por conveniência. Os participantes foram divididos em dois grupos. O primeiro composto por indivíduos com hipótese diagnóstica ou diagnosticados com depressão (CID10 F.32 e F.33) e o segundo por universitários. Realizadas análises descritivas, foi possível observar que os grupos apresentaram características sociodemográficas diferentes em relação as variáveis idade, escolaridade, estado civil e renda, e semelhantes quanto o sexo, como pode ser verificado na descrição a seguir. Os dados foram coletados em cinco cidades do Piauí.

Grupo clínico (GC)

Participaram desse grupo 46 pacientes de três CAPS I, um CAPS II e uma clínica psiquiátrica. Todos apresentaram diagnóstico de depressão ou hipótese diagnóstica primária ou não de acordo com a CID-10 F.32 (Episódio depressivo) ou F.33 (Episódios depressivos recorrentes) a partir de avaliação psiquiátrica e/ou psicológica. A maioria dos participantes era do sexo feminino (91,3%), com idade entre 21 e 77 anos ($M=46,98$; $DP=13,78$) anos, casados (39,1%), com renda familiar de até um salário mínimo (45,7%) e com nível de escolaridade fundamental incompleto (37%). Não foi estipulado tempo de tratamento ou de sintomas, por ser tratar de uma amostra de difícil acesso.

Excluiu-se os pacientes com déficit cognitivo ou outros transtornos que afetam a memória, a atenção e/ou o pensamento organizado, o que impossibilitaria a comunicação eficaz entre eles e a pesquisadora. Dessa forma, cerca de 734 casos foram descartados por possuírem comorbidades com episódios psicóticos, esquizofrenia, alcoolismo e retardo

mental em algum nível. Em relação aos transtornos de ansiedade, síndrome do pânico e transtorno de ansiedade generalizada foram citados, porém, não excluídos tendo em vista os critérios elencados.

Grupo não clínico (GNC)

Esse grupo foi constituído por 300 universitários, a maioria do sexo feminino (65,3%), com idade entre 18 a 56 anos ($M=24$; $DP=7,14$), com renda familiar entre mais de um até três salários mínimos (46,3%) e solteiros (86,7%). Os dados foram coletados em duas instituições de ensino particular (62%) e uma pública. A maioria dos estudantes eram matriculados no curso de psicologia (59,3%), seguido dos cursos direito (16,3%), pedagogia (9,7%), economia (6,7%), administração (6%) e fisioterapia (2%).

Instrumentos

Questionário de identificação

A construção do questionário de identificação foi realizada a partir de dados sociodemográficos de acordo com os fatores de risco para a depressão e suicídio elencados pela literatura, a saber, idade, sexo, escolaridade, estado civil e renda. Informações adicionais também foram coletadas: ocupação, com quem mora, histórico psiquiátrico e psicológico, se há casos de depressão na família e se alguém próximo já tentou ou cometeu suicídio.

Escala Baptista de Depressão (versão Adulto) – EBADEP – A

É um instrumento que tem como objetivo rastrear sintomas da depressão em amostras psiquiátricas e não psiquiátricas, sendo que, quanto menor a pontuação apresentada na escala, menor a gravidade sintomatológica apresentada pelo sujeito. A

escala é composta por 90 frases agrupadas em duas frases de sentidos antagônicos por item, totalizando 45 itens, em formato do tipo Likert de quatro pontos, com variação de zero a três, tendo como pontuação mínima zero e máxima de 135 pontos (Baptista, 2012).

Os itens que compõem a EBADEP-A foram criados a partir das categorias de sintomas depressivos, podendo um mesmo item carregar em mais de uma categoria. A categoria Social (1) agrupa 18% dos itens e refere-se a isolamento, incapacitação, queda de produtividade. A categoria Humor (2) possui 20% dos itens e abarca o humor deprimido, choro e anedonia. A categoria Cognitivos (3), com 33% dos itens, é sobre o desamparo, desesperança, indecisão e ideação suicida. A categoria Vegetativos ou somáticos (4), contendo 18% dos itens, contém a fadiga, alteração de apetite, sono etc. A categoria Motores (5), com 4,5% dos itens, agrupa a agitação e a lentidão. A categoria Irritabilidade (6) com 4,5% dos itens e Ansiedade (7) possuindo 2% dos itens. Os estudos de evidências de validade com a EBADEP-A demonstraram qualidades psicométricas adequadas, índice de confiabilidade 0,94 e capacidade para discriminar grupos. Dentre eles, podem ser citados os de evidências de validade de construto e de critério (Baptista & Gomes, 2011), convergente e de estabilidade temporal (Baptista, Cardoso & Gomes, 2012) e baseadas na relação com outras variáveis (Bighetti, Alves & Baptista, 2014). O tempo de aplicação varia de 10 a 20 minutos. Considerando a amostra da presente pesquisa, o coeficiente de consistência interna para o instrumento foi de 0,96.

Escala de Ideação Suicida de Beck – BSI

A escala de Ideação Suicida de Beck – BSI foi traduzida e adaptada para a versão brasileira por Cunha (2011) e tem como objetivo avaliar o risco de suicídio no respondente, na qual quanto maior a pontuação maior o risco. Cabe ressaltar que qualquer pontuação diferente de zero já indica alerta para a ideação, revelando desse modo a

existência da mesma. O instrumento abarca duas perspectivas, 1) a presença ou não de ideação e a intensidade com que o indivíduo deseja e tem razões para morrer, 2) intenções, planos detalhados e se tem algum método em vista, preparando-se para chegar a consecução de um suicídio, bem como o grau em que admite isso.

O instrumento é constituído por 21 itens em escala tipo Likert de três pontos, com variação de 0 a 2 pontos. Os primeiros 19 itens, são apresentados com três alternativas de resposta. Os dois últimos itens, 20 e 21, não incluídos no escore final e de caráter informativo, fornecem subsídios sobre o respondente a respeito do número de tentativas prévias de suicídio e quanto à seriedade da intenção de morrer na última delas. Os 19 itens estão distribuídos em quatro fatores, a saber, fator 1 “intensidade da motivação suicida e possibilidade de controle”, com oito itens; fator 2, “detalhamento do planejamento: prós e contras”, com sete itens. Fator 3, “extensão do planejamento” com 3 itens e fator 4 “previsão de consequências do suicídio” com um item.

As propriedades psicométricas da versão em português foram verificadas em amostras psiquiátricas, clínicas e não clínicas (universitários). Em todas as amostras o alfa variou de 0,89 a 0,93 indicando bons resultados de fidedignidade. Especificamente, com amostras psiquiátricas em grupo que apresentaram episódio depressivo maior, o alfa de Cronbach foi de 0,95 e com grupos de transtorno depressivo e ideação suicida ($\alpha=0,94$), valores considerados excelentes. O tempo de aplicação do instrumento é de 10 a 15 minutos. Na amostra para esta pesquisa, o valor da consistência interna foi de 0,92 para este instrumento.

Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A

O instrumento desenvolvido por Cardoso e Baptista (no prelo) tem por objetivo avaliar a percepção do suporte social recebido pelo indivíduo a partir dele mesmo, incluindo a satisfação com amigos e família, intimidade e atividades sociais (Cardoso, 2013). Quanto maior a pontuação adquirida, maior satisfação com suporte social o indivíduo apresenta. A escala é formada por 36 itens, de formato Likert de quatro pontos, com as alternativas “Nunca”, “Poucas vezes”, “Muitas vezes” e “Sempre”, variando de zero a três pontos, com pontuação mínima de zero e máxima de 108.

A EPSUS-A é formada por quatro fatores: Afetivo (1) relacionado ao suporte de ordem emocional (17 itens, índice de precisão $\alpha=0,92$), exemplo de item “Me proporcionam situações agradáveis”. Interações Sociais (2), ligados aos relacionamentos do indivíduo com outras pessoas, com a possibilidade de participação nos eventos sociais (cinco itens, $\alpha=0,75$), exemplo de item “Me convidam para atividades sociais”. O fator Instrumental (3) está relacionado a percepção de suporte de ordem material (sete itens, $\alpha=0,82$), exemplo de item “Pagam minhas contas quando tenho um problema financeiro” e fator Enfrentamento de Problemas (4) sobre a qualidade da circulação de informações nas relações sociais, bem como a percepção das pessoas próximas e que auxiliam o sujeito por meio de conselhos ou instruções úteis no processo de tomada de decisões e resolução de conflitos (sete itens, $\alpha=0,83$), exemplo de item “Compreendem meus problemas”. O tempo médio de aplicação desse instrumento é de 15 minutos e o índice de confiabilidade alfa de Cronbach =0,94.

Dentre os estudos de evidência de validade da EPSUS-A, foi realizado um estudo com o objetivo de buscar evidência de validade com base na estrutura interna. A amostra foi composta por 533 estudantes do ensino superior. A partir da análise fatorial exploratória

da EPSUS-A, por meio da extração dos fatores com o modelo de Análise dos Componentes Principais e rotação Oblimin, a escala ficou composta com 36 itens que apresentaram cargas fatoriais acima de 0,45 e explicando 49,57% da variância total. Para a presente amostra, o coeficiente de consistência interna do instrumento foi de 0,95.

Procedimentos

Coleta de dados com grupo clínico (GC)

Primeiramente foi realizado o contato com as coordenações de Centros de Assistência Psicossocial – CAPS em cidades do estado Piauí para autorização da realização da pesquisa. Posteriormente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com numeração CAAE 50006115.8.0000.5514. Foram contatados os profissionais psicólogos e psiquiatras nas instituições CAPS para apresentação da pesquisa e solicitação de encaminhamentos dos pacientes que se enquadrassem nas condições de participantes, excluindo aqueles com déficit cognitivo e/ou outros transtornos que afetam a memória, a atenção e/ou o pensamento organizado. Também foram realizadas triagens a partir dos prontuários, quando disponibilizados, para contato com os pacientes e agendamento com os mesmos. O período da coleta foi de dois meses.

Os indivíduos foram direcionados um de cada vez a uma sala reservada para a aplicação dos instrumentos. Foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitada participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Em seguida ocorreu a aplicação dos instrumentos de forma individual obedecendo a seguinte ordem, a saber, questionário sociodemográfico, Escala Baptista de Depressão versão adulto (EBADEP-A), Escala de Percepção do Suporte Social versão adulto (EPSUS-A) e Escala de Ideação Suicida (BSI). Cada aplicação durou em média, aproximadamente

1he20min. Foram realizadas devolutivas aos profissionais sobre o desempenho de seus pacientes nos instrumentos.

Coleta de dados com grupo não clínico (GNC)

Primeiramente foi realizado o contato com diretores acadêmicos de universidades no Piauí para autorização da realização da pesquisa. Posteriormente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com numeração CAAE 50006115.8.0000.5514. A assinatura do TCLE e aplicação dos instrumentos foi agendada com os coordenadores dos cursos e de acordo com a disponibilidade dos professores. O contato com os participantes foi realizado nas respectivas instituições de ensino em sala de aula. Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e solicitada participação por meio da assinatura do TCLE. Em seguida, deu-se a aplicação dos instrumentos de forma coletiva e na seguinte ordem, a saber, questionário sociodemográfico, EBADEP-A, EPSUS-A e BSI. Cada aplicação durou aproximadamente 50min.

Para a possibilidade de encaminhamentos, após a aplicação dos instrumentos, no mesmo dia, a EBADEP-A e BSI foram verificadas e no caso dos alunos que obtiveram altos escores em um ou em ambos os instrumentos e que não eram acompanhados por profissionais psicólogo e/ou psiquiatra (consta no questionário de identificação), foram realizadas devolutivas individuais em momentos ou datas diferentes do da aplicação. Os alunos eram chamados, individualmente, pela coordenação para uma sala onde eram orientados e encaminhamentos para serviços de saúde mental ou de psicologia clínica disponível no município.

RESULTADOS

Inicialmente são apresentados os resultados descritivos das pontuações gerais por grupos nos instrumentos EBADEP-A, EPSUS-A e BSI além das pontuações nos fatores da EPSUS-A e comparação entre os grupos clínico e não clínico. Em seguida é apresentada a intensidade da EBADEP-A por grupos para verificar a gravidade da sintomatologia depressiva. Também são apresentadas as diferenças de médias em função das variáveis sexo e estado civil dicotomizado (em um relacionamento versus fora de um relacionamento) quanto à pontuação da amostra total nos instrumentos, assim como diferenças de médias considerando a idade.

Analisou-se ainda as diferenças de médias entre os grupos clínico e não clínico, controlando as covariáveis sexo, idade, escolaridade e estado civil dicotomizado. Ao final do tópico, pode-se verificar as correlações entre os instrumentos. Apresentou-se inicialmente as estatísticas descritivas do grupo clínico e não clínico referente as pontuações em todos os instrumentos. Tais dados podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1
Estatística descritiva dos participantes

	GC			GNC		
	M	Min	Max	M	Min	Max
EBADEP-A	84,80	38	120	35,63	0	120
EPSUS-A (total)	56,33	19	93	76,13	19	108
EPSUS-A – Afetivo	28,98	10	50	38,25	5	51
EPSUS-A - Interações sociais	5,87	0	15	9,02	1	15
EPSUS-A – Instrumental	12,22	0	21	15,36	0	21
EPSUS-A - Enfrentamento de problemas	9,26	0	20	13,63	1	21
BSI	7,41	0	28	1,06	0	25

Os resultados observados na Tabela 1 apresentam as médias das pontuações para os instrumentos em relação ao grupo clínico e não clínico. Afim de verificar se as diferenças entre os grupos são significativas, foi realizada a comparação entre médias da pontuação total dos grupos nos instrumentos. Os resultados são descritos na tabela 2.

Tabela 2
Diferença de médias dos grupos clínico e não clínico quanto as pontuações nos instrumentos

	N	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>EBADEP-A</i>						
Grupo clínico	46	84,80	26,11	15,41	0,009*	-2,47
Grupo não- clínico	255	35,63	18,58			
<i>EPSUS-A</i>						
Grupo clínico	46	56,33	18,51	-5,587	0,024*	0,89
Grupo não- clínico	269	76,13	22,79			
<i>BSI</i>						
Grupo clínico	46	7,41	3,21	4,867	0,001*	-0,73
Grupo não- clínico	295	1,06	9,32			

Nota. * $p < 0,05$.

Os achados da Tabela 2 apontam que há diferença estatística significativa entre os grupos clínico e não clínico quanto às pontuações nos instrumentos e com efeito expressivo de alta magnitude para todos (Cohen, 1988). O grupo clínico apresentou as maiores médias nos instrumentos EBADEP-A e BSI, que avaliam gravidade da sintomatologia depressiva e ideação suicida, respectivamente, enquanto o grupo de estudantes (GNC) obteve as maiores médias na pontuação total da EPSUS-A, o que sugere para uma percepção de suporte social mais satisfatória nesse grupo.

Embora não diagnosticados com depressão, alguns estudantes obtiveram altas pontuações no instrumento EBADEP-A, indicando uma inclinação aos transtornos depressivos. Portanto, foi verificada a intensidade da sintomatologia depressiva para esse grupo. Na Tabela 3 são apresentados tais resultados em conjunto com a intensidade da EBADEP-A para os grupos.

Tabela 3.
Intensidade da EBADEP-A dicotomizada por grupo clínico e não clínico

Intensidade EBADEP-A	GC		GNC	
	N	%	N	%
Sintomatologia mínima ou leve	11	23,9	279	93
Sintomatologia moderada ou grave	35	76,1	21	7
Total	46	100	300	100

A Tabela 3 apresenta que as intensidades de sintomatologia depressiva no instrumento EBADEP-A foram mais altas no GC, como esperado, tendo este grupo apresentado mais sintomatologia de moderada a grave que o GNC. Os achados ainda apontam para 7% de sintomatologia moderada ou grave no grupo não clínico. Afim de verificar se as diferenças foram significativas para amostra total quanto as variáveis sexo e estado civil dicotomizado em relação às pontuações nos instrumentos, foram realizadas análises de t de *student*, conforme resultados apresentados na tabela 4.

Tabela 4.
Diferenças de médias entre sexo e estado civil dicotomizado quanto às pontuações da EBADEP-A, EPSUS-A e BSI

	N	M	DP	t	p	d
<i>EBADEP-A</i>						
Masculino	97	28,26	22,14	-0,65	0,001*	0,76
Feminino	204	50,23	31,71			
Fora de um relacionamento	254	41,28	29,71	-2,48	0,033*	0,39
Em um relacionamento	47	53,26	34,26			
<i>EPSUS-A</i>						
Masculino	101	73,46	20,02	0,13	0,795	0,02
Feminino	214	73,14	20,62			
Fora de um relacionamento	267	74,29	19,74	2,17	0,082	0,34
Em um relacionamento	48	67,40	23,10			
<i>BSI</i>						
Masculino	105	0,81	2,79	-3,49	0,001*	0,32
Feminino	236	2,41	5,66			
Fora de um relacionamento	289	1,75	4,72	-1,21	0,009*	0,22
Em um relacionamento	52	2,87	6,38			

Nota. * $p < 0,05$.

Os resultados da Tabela 4 indicam que houve diferenças significativas com magnitudes de efeito expressivas (Cohen, 1988) para os grupos sexo e estado civil quanto as pontuações na EBADEP-A e BSI. Desse modo, observou-se que as mulheres e as pessoas que estão em um relacionamento apresentaram mais sintomatologia depressiva e ideação suicida na referida amostra.

Contudo, embora de forma não significativa, nota-se uma baixa magnitude de efeito no que se refere a comparação de médias de estado civil dos participantes em relação à percepção do suporte social. Para análise da idade, os participantes foram divididos em faixas etárias formando quatro grupos. O primeiro com pessoas que tinham até 19 anos, o segundo de 20 a 22, o terceiro de 23 a 31 e por fim, o quarto, com idade acima de 32 anos. Realizou-se ANOVA de um fator, considerando os instrumentos EBADEP-A, EPSUS-A e BSI. Os achados estão descritos na Tabela 5.

Tabela 5

Análise de variância de um fator por faixa etária para os instrumentos EBADEP-A, EPSUS-A e BSI (N=346)

	F(3,342)	<i>p</i>
EBADEP-A	8,814	0,01
EPSUS-A	11,143	0,01
BSI	3,498	0,01

A partir dos dados da Tabela 5, constata-se que as diferenças de médias por faixa etária para os instrumentos foram estatisticamente significativas. Para verificar quais grupos justificaram essa diferença, utilizou-se a prova de Tukey adotando-se um nível de significância de $p=0,05$. Os resultados são apresentados na tabela 6.

Tabela 6

Teste de post-hoc de Tukey em função da variável faixa etária para os instrumentos EBADEP-A, EPSUS-A e BSI

EBADEP-A			
Faixa etária	N	Subconjunto para alfa=0,05	
		1	2
Até 19 anos	69	36,22	
23 a 31 anos	80	38,84	
20 a 22 anos	79	39,85	
Acima de 32 anos	72		58,71
<i>p</i>		0,876	1,000
EPSUS-A			
Faixa etária	N	Subconjunto para alfa	
		1	2
Acima de 32 anos	73	61,64	
23 a 31 anos	81		76,33
20 a 22 anos	83		76,59
Até 19 anos	77		77,12
<i>p</i>		1,000	0,994
BSI			
Faixa etária	N	Subconjunto para alfa	
		1	2
Até 19 anos	85	1,22	
20 a 22 anos	91	1,54	1,54
23 a 31 anos	86	1,59	1,59
Acima de 32 anos	78		3,50
<i>p</i>		0,962	0,051

Os resultados apontados na Tabela 6 mostram que, considerando a pontuação na EBADEP-A, a prova de Tukey diferenciou os três primeiros grupos de faixa etária – até 19 anos, e de 20 a 22 anos – do grupo mais velho – acima de 32 anos. Para a EPSUS-A, os dados encontrados formaram o primeiro subgrupo com as idades acima de 32 anos apresentando as menores média de pontos, enquanto o segundo foi formado pelas outras três faixas etárias – 23 a 32 anos seguido do grupo de 20 a 22 anos e por último, o grupo de até 19 anos, em ordem crescente de média de pontuação. Para a BSI também foi possível verificar a formação de dois subconjuntos. A faixa etária com menor média de pontos foi a de até 19 anos e a maior média de pontos foi referente ao grupo acima de 32 anos. As faixas etárias

centrais – 20 a 22 anos e 23 a 31 anos, não se diferenciaram pela prova de Tukey. Desse modo, optou-se por realizar análise de variância controlando essas variáveis – sexo, idade e estado civil dicotomizado, afim de comparar médias agrupadas em grupo clínico e não clínico (Tabela 7).

Tabela 7.
Modelo Linear Generalizado para diferenças de médias

Grupo	EPSUS-A				BSI			
	M	DP	Eta ²	d	M	DP	Eta ²	d
Clínico	58,59 ^a	3,93	0,12	6,58	8,53 ^a	0,91	0,20	12,84
Não Clínico	75,68 ^b	1,26			0,89 ^b	0,28		

Nota. Letras distintas indicam diferenças significativas entre os grupos, ao nível de $p < 0,05$. Covariáveis incluídas na análise foram sexo, idade e estado civil dicotomizado (em um relacionamento versus foram de um relacionamento).

Os resultados apresentados na Tabela 7, indicam que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínico e não clínico para os instrumentos EPSUS-A e BSI. Especificamente para a EPSUS-A, o GNC apresentou maior satisfação com seu suporte social. Em relação a BSI, o GC obteve maior média, portanto mais ideação suicida. Além disso, a diferença dos grupos para a amostra desta pesquisa explica 12% do suporte social e 20% da ideação suicida, quando controladas as covariáveis sexo, idade e estado civil dicotomizado. Posteriormente, foram analisadas as correlações entre a sintomatologia depressiva, percepção do suporte social e ideação suicida. Os resultados estão expostos na Tabela 8.

Tabela 8.
Correlações entre sintomatologia depressiva, percepção de suporte social e ideação suicida

	EBADEP - A	BSI
EPSUS-A (total)	-0,46**	-0,28**
EPSUS-A – Afetivo	-0,46**	-0,28**
EPSUS-A - Interações sociais	-0,42**	-0,24**
EPSUS-A – Instrumental	-0,25**	-0,12*
EPSUS-A - Enfrentamento de problemas	-0,40**	-0,28**
BSI	0,60**	

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Os resultados da Tabela 8 apresentam que as correlações entre as variáveis foram estatisticamente significativas (Dancey & Reidy, 2006). Verificou-se que a correlação foi positiva e moderada entre EBADEP-A e BSI, apontando para uma intensidade aumentada em sintomatologia depressiva quando aumentada a intensidade de ideação suicida. A correlação entre EBADEP-A e EPSUS total e seus fatores, ocorreu de forma negativa e com magnitude moderada, exceto para o fator instrumental, que foi de magnitude fraca. Logo, quanto mais intensa a sintomatologia depressiva, menos satisfatório é o suporte social percebido. Pode-se verificar também que a correlação entre EPSUS-A (total e fatores) e BSI foi negativa e fraca, indicando que quanto mais intensa a ideação suicida, menos satisfatória é a percepção do suporte social.

DISCUSSÃO

O objetivo dessa pesquisa foi comparar o suporte social e a ideação suicida em pessoas com e sem diagnóstico de depressão assim como apresentar as associações existentes entre as variáveis depressão, suporte social e ideação suicida. Diante dos resultados obtidos foi possível observar que o GC apresentou maiores médias na EBADEP-A e na BSI, enquanto o GNC pontuou mais na EPSUS-A, o que sugere uma percepção de suporte social mais satisfatória para este grupo do que para o grupo clínico, pelo fato da distorção de avaliação de pensamento presente nas pessoas depressivas (por exemplo percepção negativa, baixa autoestima), tal qual era esperado. Isso se deve ao fato de os sintomas depressivos e ideação suicida estarem mais presentes nas pessoas que já foram diagnósticas, demonstrando que os instrumentos conseguiram avaliar sintomatologia depressiva e ideação suicida de forma satisfatória na amostra estudada.

Com o intuito de verificar a intensidade da sintomatologia depressiva nos grupos, foram feitas análises das frequências e observou-se que o GC apresentou intensidade da sintomatologia de moderada a grave e que o GNC obteve intensidade de mínima a leve em sua maioria. Considerando ainda as pontuações no instrumento EBADEP-A, embora não diagnosticados com depressão, 7% dos estudantes obtiveram pontuações altas (intensidade de moderada a grave) indicando uma inclinação aos transtornos depressivos, o que vai de encontro com o resultado do estudo epidemiológico de Bromet et al (2011) realizado com uma amostra probabilística e apontou uma incidência de 10,4% de depressão na população acima de 18 anos no Brasil. Este é um dado relevante, embora não atrelado diretamente aos

objetivos, pois denota que os estudantes são grupos de risco para depressão e ideação suicida.

Ao se analisar a amostra total em função da variável sexo, os achados iniciais mostraram que as mulheres apresentaram mais sintomatologia depressiva que os homens, sendo essas diferenças significativas corroborando os estudos levantados para o referencial teórico desta pesquisa (APA,2014; Brasil, 2006a; Bromet et al, 2011; Cunha, Bastos & Del Duca (2012); Silva et al, 2014). No que diz respeito à EPSUS-A, as pontuações medias para a variável sexo foram semelhantes às do manual (masculino $M=71,74$; feminino $M=74,34$; Cardoso & Baptista, no prelo) não sendo encontradas diferenças significativas para a amostra desse estudo quanto à satisfação com o suporte social, diferentemente dos achados de Gonçalves et al (2014) que apresentam diferenças significativas em função do sexo com os homens tendo maior pontuação. Tal fato pode ter sido ocasionado por viés de amostra, uma vez que esta foi composta por conveniência, tanto a escolaridade quanto estado civil dos participantes, que foram em sua maioria universitários e solteiros, o suporte mais referenciado foi a família de origem (pai, mãe, irmãos, tios e avós), fato que não é passível à diferenciação por sexo.

Considerando a ideação suicida em relação ao sexo, as diferenças foram estatisticamente significativas. As mulheres apresentaram mais ideação suicida que os homens. Vale ressaltar que embora este resultado corrobore com a pesquisa de Endo et al (2014) o n do GC foi pequeno em relação ao GNC, e que este em sua quase totalidade foi formado por mulheres (91,3%) tendenciando o resultado ao sexo feminino, ocasionando viés ao resultado.

Ao ser considerada a variável estado civil dicotomizado, observou-se as pessoas que estão em um relacionamento apresentaram mais sintomatologia depressiva, em discrepância

ao estudo de Bromet et al (2011) que aponta índices de depressão mais elevados nas pessoas separadas ou divorciadas do que casadas. Pode-se inferir que ocorreu viés de amostra para a presente pesquisa, pelo fato de o GC ter, em sua maioria, pessoas em um relacionamento, elevando os índices de sintomatologia depressiva para os casados quando considerada a amostra total. Para o suporte social em função do estado civil, as diferenças não foram significativas, porém com uma baixa magnitude de efeito. Observou-se que as pessoas em um relacionamento relataram uma menor satisfação com seu suporte do que os que estavam fora de um relacionamento, podendo-se levantar a hipótese de que isso ocorre pelo fato de as pessoas com depressão tenderem a avaliar as situações de forma mais pessimistas e negativas.

No que diz respeito à variável ideação suicida, as pessoas que estão em um relacionamento se diferenciaram de forma significativa das que estão fora de um relacionamento, tendo esse grupo apresentado menores médias para a BSI, o que pode ter ocorrido porque, mais uma vez levando-se em consideração o estado civil do GC, este grupo é formado em sua maioria por pessoas em um relacionamento, enquanto que o GNC, com menores pontuações em ideação suicida, é em sua maioria solteiro.

Verificando-se a variável idade em função dos instrumentos, os resultados considerando a pontuação na EBADEP-A, o grupo com maior média foi o composto por pessoas na faixa etária acima de 32 anos e o menor percentual, obtido por pessoas com idade entre 18 a 31 anos, corroborando IBGE (2014). Ressalta-se, ainda, que o GC era mais velho que o GNC. Para a EPSUS-A, os dados encontrados apontaram que a medida em que aumenta a idade, menos satisfatório é o suporte social percebido, indo de encontro ao resultado descrito em Grav et al (2012). Analisando a BSI, foi possível verificar a diferenciação nas faixas etárias extremas – até 19 anos e acima de 32 anos. As maiores

pontuações foram para as pessoas com maior idade, em discrepância ao estudo de Endo et al (2014). Pode se pensar que tal diferenciação ocorreu por questões culturais relativas à amostra.

Diante dos dados apresentados até o momento, pode-se constatar que foram encontradas diferenças significativas para as variáveis sociodemográficas. Em virtude de tal aspecto, foi realizada análise de variância afim de comparar médias agrupadas em grupo clínico e não clínico controlando as variáveis sexo, idade e estado civil dicotomizado. Os resultados indicaram diferenças de forma significativa entre os grupos clínico e não clínico para os instrumentos EPSUS-A e BSI. Especificamente para a EPSUS-A, o GNC apresentou maior satisfação com seu suporte social.

Em relação a BSI, o GC obteve maior média, portanto mais ideação suicida. Além disso, a diferença dos grupos para a amostra desta pesquisa explica 12% do suporte social e 20% da ideação suicida, sugerindo que há uma associação maior entre depressão e ideação suicida, que depressão e suporte social. Pode se pensar que todas as pessoas possuem algum nível de satisfação/insatisfação com sua rede de apoio. No caso das pessoas com depressão, observa-se um enviezamento negativo da percepção sobre as situações e avaliações intra e interpessoais, e como apontado no estudo de Quelhas e Power (1991) tendo maior probabilidade de essas ocorrerem distorções de pensamento serem confirmadas em pessoas com depressão severa.

As análises referentes a correlação entre os instrumentos apresentaram significância estatística. Observou-se sentido positivo e magnitude moderada entre sintomatologia depressiva e ideação suicida, associando o aumento da sintomatologia depressiva ao aumento da ideação suicida assim como observado nos estudos de Vázquez–Machado e Guarachi–Catari (2010). Verificando os instrumentos EBADEP-A e EPSUS-A, a

correlação ocorreu de forma negativa e com magnitude moderada, logo, quanto mais intensa a sintomatologia depressiva, menos satisfatório é o suporte social percebido, assim como nas pesquisas de Wang et al (2014) e Grav et al (2012). As correlações entre EPSUS-A e BSI, foram em sentido negativo e de magnitude fraca, como apontado no estudo de Endo et al (2014), indicando que pessoas que relataram ideação suicida apresentaram uma menor percepção do suporte social. Levanta-se a hipótese de que como depressão e ideação suicida são fortemente associadas, a percepção para o suporte social possa ocorrer de forma negativa, dessa forma, as associações quanto a suporte social podem acontecer também sendo influenciadas por outras variáveis não consideradas neste estudo, como por exemplo, para aspectos negativos, desesperança, estresse ou ansiedade e bem-estar subjetivo, qualidade de vida e resiliência, como aspectos positivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento das taxas de depressão e suicídio tanto a âmbito nacional quanto internacional, traz à luz a necessidade de debates sobre formas de prevenção a atos suicidas e de desenvolvimento e aperfeiçoamento de tratamentos para depressão, proporcionando avanços no que diz respeito ao combate dos fatores de risco e fortalecimento dos fatores protetivos a estes fenômenos – depressão e suicídio. Inserida nesse contexto, pode-se afirmar que os dados levantados na presente pesquisa permitem afirmar que os objetivos foram alcançados.

Dentre as limitações da pesquisa, deve-se levar em consideração o número reduzido da amostra clínica, em consequência da dificuldade de acesso aos pacientes e às instituições. Destaca-se também, que para o instrumento BSI, não há pontos de corte, dificultando a comparação entre os grupos. Outro ponto a apresentar como limitação, foi o método de coleta diferenciado para os grupos – individual para o clínico e coletivo para o não clínico – que pode ter ocasionado viés de resposta aos instrumentos. O fato de não ter ocorrido análise qualitativa da fala dos participantes, associado a pontuação dos instrumentos pode ser outro ponto a ser destacado, pois poderia contribuir para uma melhor compreensão/aprofundamento dos resultados obtidos.

Sugere-se que estudos futuros avaliem amostras representativas com a mesma população que a deste trabalho, visando corroborar ou refutar os resultados obtidos principalmente no que diz respeito ao suporte social. Ressalta-se como sugestão estudos de evidência de validade de critério para EPSUS-A, com amostras clínicas e o estabelecimento de ponto de corte para a BSI. Por fim, também recomenda-se investigar as variáveis

abordadas no estudo com amostras pareadas por indicadores sociodemográficos controlando sua influência nos resultados. Os achados desta pesquisa vão ao encontro ao que vem sendo descrito na literatura científica para a temática e apontam para o investimento em políticas preventivas à depressão e à ideação suicida, visando diminuir seus impactos sociais e econômicos, pois foi possível verificar que os estudantes possuíam uma intensidade considerável de sintomas depressivos e ideações suicidas e que a população com depressão apresentou altos níveis de ideação suicida e relatou menos satisfação com o seu suporte social.

REFERÊNCIAS

- Alexandrino-Silva, C., Alves, T. F., Tófoli, L. F., Wang, Y. P. & Andrade, L. H. (2011). Psychiatry - life events and social support in late life depression. *Clinics*. 66(2),233-238. doi:10.1590/S1807-59322011000200009
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*. (pp. 155-188). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed
- Andrade, S. V., Sesso, R. & Diniz, D. H. D. M. P. (2015). Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante. *Jornal Brasileiro de nefrologia*, 37(1), 55-63. doi: 10.5935/0101-2800.20150009
- Ando, S., Kasai, K., Matamura, M., Hasegawa, Y., Hirakawa, H. & Asukai, N. (2013). Psychosocial factors associated with suicidal ideation in clinical patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 561–565. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.047
- Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP] (2009). *Comportamento Suicida: conhecer para prevenir*. Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília: CFM/ABP. Recuperado de www.abpbrasil.org.br/sala_imprensa/manual/
- Azevedo, A., & Matos, A. P. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 179-190. doi: 10.15309
- Braga, L. D. L. & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14. doi: 10.4013/ctc.2013.61.01
- Baptista, M. N. (2012). *Manual da Escala Baptista de Depressão (versão adulto) – EBADEP-A*. São Paulo: Vetor editora

- Baptista, M. N. (2004). *Suicídio e depressão: atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N. & Gomes, J. O. (2011). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF, 16*(2), 151-161. doi: 10.1590/S1413-82712011000200004
- Baptista, M. N., Cardoso, H. F. & Gomes, J. O. (2012). Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto)- EBADEP-A: validade convergente e estabilidade temporal. *Psico-USF, 17*(3),407-416. doi: 10.1590/S1413-82712012000300007
- Bighetti, C. A., Alves, G. A. da S. & Baptista, M. N. (2014). Escala Baptista de Depressão (EBADEP-A): evidências de validade com o Big Five. *Avaliação Psicológica, 13*(1), 29-36. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000100005&lng=pt&tlng=pt
- Barth, J., Schneider, S. & Von Känel, R. (2010). Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 72*(3), 229–238. Doi:10.1097/PSY.0b013e3181d01611
- Brasil, 2014. *Mapa da Violência: Os jovens do Brasil*. Recuperado de http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf
- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 3*(2), 87-95. doi: 10.1590/S1516-44462010000600005
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed
- Botega, N. J., Barros, M. B. A., Oliveira, H. B., Dalgalarrodo, P. & Marín-León, L. (2005). Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with

suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1),45-53. Doi: 10.1590/S1516-44462005000100011

Brasil. Ministério da Saúde[MS] (2006a). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Organização Pan-americana da Saúde/MS. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

Brasil. Ministério da Saúde [MS] (2006b). *Portaria nº 1.876*. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E. M., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. R. & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9 (1), 90. doi:10.1186/1741-7015-9-90

Canale, A. & Furlan, M.M.D.P. (2006). Depressão. *Arquivo do Mudi*, 10 (2), 23-31. Retirado de <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/download/19922/10816>

Canesqui, A. M. & Barsaglini, R. A. (2012). Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1103-1114. doi: 10.1590/S1413-81232012000500002

Cardoso, H. F. (2013). Construção e estudos psicométricos da Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A. (*Tese de doutorado*), Universidade São Francisco, Itatiba, Brasil

- Cardoso H. F. & Baptista, M. N (no prelo). *Escala de Percepção do Suporte Social (Versão Adulto) – EPSUS-A*. Manual Técnico. Itatiba, SP.
- Castro-Díaz, S., Gómez-Restrepo, C., Gil, F., Uribe Restrepo, M., Miranda, C., De La Espriella, M., M, Arenas, A. & Pinto, D.(2013). Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 43(1), 27–35. doi:10.1016/j.rcp.2013.11.003
- Cavalcante, F. G., Minayo, M. C. D. S. & Mangas, R. M. N. M. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 18(10), 2985-2994. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a23.pdf>
- Chachamovich, E., Stefanello, S., Botega, N.& Turecki, G. (2009). Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), S18-S25. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=pt&tlng=pt
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(1), 300-314. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/981490
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*. 59(8), 676–684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2ª edição). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Conselho Federal de Psicologia (2003). *Resolução CFP nº007/2003 de 13 de Junho de 2003*. Recuperado de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf.

- Cunha, J. A. (2011). *Manual da Versão em Português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Cunha, R. V; Bastos, G. A. N. & Del Duca, G. F. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 346-354. doi: 10.1590/S1415-790X2012000200012
- Cukrowicz, K. C., Schlegel, E. F., Smith, P. N., Jacobs, M. P., Van Orden, K. A., Paukert, A. L., Pettit, J. W., & Joiner, T. E. (2011). Suicide ideation among college students evidencing subclinical depression. *Journal of American College Health*, 59(2), 575–581. doi:10.1080/07448481.2010.483710
- Dalgalarondo, P. (2008) A vontade, a psicomotricidade e suas alterações. Em Dalgalarondo, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul
- Dancey C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 06-11. doi: 10.1590/S1516-44461999000500003
- Endo, G., Tachikawa, H., Fukuoka, Y., Aiba, M., Nemoto, K. Shiratori, Y., Matsui, Y., Doi, N. & Asada, T. (2014). How perceived social support relates to suicidal ideation: A Japanese social resident survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(3), 290-298. doi: 10.1177/0020764013486777
- Fonseca, D. L., Abelha, L., Lovisi, G. M., & Legay, L. F., (2010). Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde*

- Coletiva* 18(2), 217-228. Recuperado de http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_2/artigos/CSCv18n2_217-228.pdf
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R. & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769. doi: 10.1590/S1413-81232011000300012
- Gonçalves, A., Sequeira, C., Duarte, J. & Freitas, P. (2014). Suicide ideation in higher education students: influence of social support. *Atención Primaria*, 46(1), 88–91. DOI. 10.1016/S0212-6567(14)70072-1
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U. & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: The HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 111–120. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2014). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Recuperado em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
- Khan, A., McCormack, H. C., Bolger, E. A., McGreenery, C. E., Vitaliano, G., Polcari, A. & Teicher, M. H. (2015). Childhood maltreatment, depression, and suicidal ideation: critical importance of parental and peer emotional abuse during developmental sensitive periods in males and females. *Frontiers in psychiatry*, 6(42). doi:10.3389/fpsy.2015.00042

- Klonsky, D. E., May, A. M. & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annu. Rev. Clin. Psychol* 12(14), 1-24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
- Loosen, P. T., Beyer, J. L., Sells, S. R., Gwirtsman, H. E., Shelton, R. C., Baird, R. P., & Nash, J. L. (2002). Transtornos do humor. Em Ebert, M., Loosen, P. & Nurcombe, B. *Psiquiatria, diagnóstico e tratamento* (pp. 288-324). Porto Alegre: Artmed
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review* 31(8), 1276–1290. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.005>
- Nunes, C. H. S. S. & Primi, R. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. Em Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 101-127). Brasília: CFP
- Okun, M. A. & Lockwood, C. M. (2003). Does level of assessment Moderate the Relation between social support and social negativity?: A meta-analysis. *Basic and applied social psychology*, 25(1), 15-35. doi: 10.1207/S15324834BASP2501_2
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). O Peso dos Transtornos Mentais e Comportamentais. Em Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. (pp. 288-324) Brasil. Recuperado em outubro de 2015 em <http://abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (1993) *Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, 15(5), 524–541. <http://doi.org/10.1111/bdi.12089>

- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38 (3), 403-417. doi: 10.1002/jcop.20371
- Quellas e Power (1991)
- Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544. Recuperado de <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/socsupchap98.pdf>
- Roškar, S., Podlesek, A., Kuzmanić, M., Demšar, L. O., Zaletel, M. & Marušič, A. (2011). Suicide risk and its relationship to change in marital status. *Crisis*, 32(1), 24–30. <http://doi.org/10.1027/0227-5910/a000054>
- Silva, M. T., Galvão, T. F., Martins, S. S. & Pereira, M. G. (2014). Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.36 (2)262–270. doi:10.1590/1516-4446-2013-1294
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A Review. In M. S. Fireman (Ed.), *The Handbook of health Psychology* (pp. 189-214). New York, NY: Oxford University Press. Recuperado de https://taylorlab.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/5/2014/11/2011_Social-support_A-review.pdf
- Vázquez–Machado, A., & Guarachi–Catari, D. (2010). Epidemiología del intento suicida en el Hospital Madre Obrera, Llallagua, Bolivia. *Revista Neuropsiquiatria* 73 (2),39-44. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372036930002.pdf>
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of MentalHealth Systems*, 8(41), 1–5. doi: 10.1186/1752-4458-8-41
- Wenzel, A., Berchick, E. R., Tenhave, T., Halberstadt, S., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2011). Predictors of suicide relative to other deaths in patients with suicide attempts

and suicide ideation: A 30-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 132(3), 375–382. doi:10.1016/j.jad.2011.03.006

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(2), 59-266. Recuperado de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf>

Whitbourne, S. K. & Halgin, R. P. (2015) *Psicopatologia: perspectivas clínicas dos transtornos psicológicos*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed.

World Health Organization [WHO](2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_e.pdf

World Health Organization [WHO] (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva Recuperado de http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/

World Health Organization [WHO] (2012). *La Depresión*. Recuperado em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

World Health Organization [WHO] (2006). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Recuperado em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE-ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título Pesquisa: Depressão, suporte social e ideação suicida: associações possíveis

Eu _____, portador (a) do RG nº _____, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário (a) do projeto de pesquisa supracitado, sob a responsabilidade da aluna Naira Ravanny de Souza Lima e do Dr. Cláudio Garcia Capitão, professor do programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco - USF.

Assinando esse Termo de Consentimento, estou ciente que:

1. O presente estudo tem como objetivo geral investigar as relações entre depressão, percepção do suporte social e a incidência de ideação suicida e objetivos específicos, verificar a incidência de ideação suicida em grupo clínico psiquiátrico e estudantes universitários (não clínico); comparar grupos de pacientes diagnosticados com depressão e de estudantes universitários quanto a depressão, percepção do suporte social e ideação suicida e identificar possíveis diferenças entre os escores levantados dos instrumentos a partir das variáveis sexo, idade e estado civil.
2. Durante o estudo, será solicitado que eu responda a um questionário e três instrumentos, sendo eles, EBADEP-A, EPSUS e BSI com duração aproximada de 40 minutos.
3. Não há riscos ou benefícios pela minha participação na pesquisa, pois esse é um estudo de avaliação e não de tratamento.
4. As respostas aos instrumentos não causam riscos conhecidos à minha saúde física e mental, porém podem causar algum constrangimento.
5. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa.
6. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo.
7. Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais, obtidos a partir da pesquisa serão usados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.
8. Serei encaminhado ao serviço de acompanhamento em saúde mental ou serviço de psicologia clínica em caso de os instrumentos EBADEP-A e/ou BSI apresentarem pontuação acima do esperado e eu ainda não estiver em acompanhamento.
9. Caso eu seja paciente de CAPS, autorizo a pesquisadora comunicar aos profissionais (psicólogo e psiquiatra) que me acompanham em caso de os instrumentos EBADEP-A e/ou BSI apresentarem pontuação acima do esperado.
10. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, pelo telefone 11 – 24548981; Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Naira Ravanny de Souza Lima pelo email: naira_ravanny@hotmail.com
11. Esse Termo de Consentimento é feito em duas vias, das quais uma permanecerá em meu poder, e a outra com o pesquisador responsável.

_____, _____ de _____.

Assinatura do voluntário (a) _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável _____

ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Tel _____
 Cidade de nascimento _____ Cidade em que mora e há quanto tempo _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino ()

Grau de escolaridade:

Não alfabetizado ()
 Fundamental incompleto () Fundamental completo ()
 Médio incompleto () Médio completo ()
 Superior incompleto () Superior completo ()

Estado civil:

Solteiro () casado/união estável () separado/divorciado() recasado() viúvo()

Ocupação: _____ Não trabalho() Renda individual: (em salários mínimos) _____

Renda familiar:

Quanto em média é a remuneração mensal (em salários mínimos) da sua família?

Até um () Maior que um até três ()
 Maior que três até cinco () Acima de cinco até sete ()
 Maior que sete ()

Com quem mora:

Sozinho () Com amigos ()
 Com familiares () Quais? _____

Histórico psiquiátrico:

Fez ou faz acompanhamento psiquiátrico: Sim () Não ()
 Caso sim, há quanto tempo?
 Menos de um mês () um mês a seis meses ()
 mais de seis meses a um ano () mais de um ano ()

Fez ou faz uso de alguma medicação para depressão?

Sim () Quando?(ano) _____ Por quanto tempo?(meses) _____ Não ()

Histórico de tratamento psicológico:

Fez ou faz acompanhamento psicológico: Sim () Quando?(ano) _____ Não ()
 Caso sim, há quanto tempo?
 Menos de 1 mês () mais mês e um dia a 6 meses ()
 6 meses e um dia a 1 ano () mais de um ano ()

Alguém na sua família tem ou teve depressão? Quem? _____

Alguém próximo de você já tentou suicídio?

Sim () Não ()
 Caso sim, quem? Pai () Mãe () Irmão/irmã () Amigo/amiga ()
 Outro () _____

Alguém próximo a você já cometeu suicídio?

Sim () Não ()

Caso sim, quem? Pai () Mãe () Irmão/irmã () Amigo/amiga ()

Outro () _____

ANEXO C– PARECER CONSUBSTANCIADO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: DEPRESSÃO, SUPORTE SOCIAL E IDEAÇÃO SUICIDA: ASSOCIAÇÕES

Pesquisador: Naira Ravanny de Souza Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50006115.8.0000.5514

Instituição Proponente: Universidade São Francisco-SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.304.002

Apresentação do Projeto:

A depressão e o suicídio são considerados problemas de saúde pública mundial. O suporte social está associado a características protetoras para enfrentamentos e desenvolvimento de doenças e situações estressoras. A percepção de suporte social adequado pode proteger as pessoas de crises provenientes de um vasto campo de estados patológicos, como a tendência suicida e a depressão.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar as relações entre depressão, percepção do suporte social e a incidência de ideação suicida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A resposta aos questionários pode trazer "constrangimento" e desconforto emocional. Não há benefícios diretos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequada eticamente, contudo sugiro acrescentar ao TCLE a possibilidade de desconforto emocional durante e após a pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar as relações entre depressão, percepção do suporte social e a incidência de ideação suicida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A resposta aos questionários pode trazer "constrangimento" e desconforto emocional. Não há benefícios diretos aos participantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequada eticamente, contudo sugiro acrescentar ao TCLE a possibilidade de desconforto emocional durante e após a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados desde que o TCLE inclua a possibilidade de desconforto emocional durante e após a

Endereço: SÃO FRANCISCO DE ASSIS 218		
Bairro: JARDIM SAO JOSE		CEP: 12.916-900
UF: SP	Município: BRAGANCA PAULISTA	
Telefone: (11)2454-8981	Fax: (11)4034-1825	E-mail: comite.etica@saofrancisco.edu.br

Página 01 de 03



UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO-SP



Continuação do Parecer: 1.304.002

pesquisa.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Apto à execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS DISCUSSÃO EM REUNIÃO DO DIA 29/10/2015, O COLEGIADO DELIBEROU PELA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISAS.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_601787.pdf	05/10/2015 23:43:13		Aceito
Outros	Curriculo.pdf	05/10/2015 23:35:37	Naira Ravanny de Souza Lima	Aceito
Outros	Autorizacao_CAPS.pdf	05/10/2015 23:35:08	Naira Ravanny de Souza Lima	Aceito
Outros	Autorizacao_FATEPI.jpeg	05/10/2015 23:34:29	Naira Ravanny de Souza Lima	Aceito
Outros	Autorizacao_FAESPI.jpeg	05/10/2015 23:33:47	Naira Ravanny de Souza Lima	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.docx	05/10/2015 23:31:07	Naira Ravanny de Souza Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/10/2015 23:29:22	Naira Ravanny de Souza Lima	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	05/10/2015 23:28:38	Naira Ravanny de Souza Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SAO FRANCISCO DE ASSIS 218
 Bairro: JARDIM SAO JOSE CEP: 12.916-900
 UF: SP Município: BRAGANCA PAULISTA
 Telefone: (11)2454-8981 Fax: (11)4034-1825 E-mail: comite.etica@saofrancisco.edu.br

Página 02 de 03



UNIVERSIDADE SÃO
FRANCISCO-SP



Continuação do Parecer: 1.304.002

BRAGANCA PAULISTA, 30 de Outubro de 2015

Assinado por:
MARCELO LIMA RIBEIRO
(Coordenador)