

## Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil

Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil

Neury José Botega <sup>1</sup>  
Leticia Marín-León <sup>1</sup>  
Helenice Bosco de Oliveira <sup>1</sup>  
Marilisa Berti de Azevedo Barros <sup>1</sup>  
Viviane Franco da Silva <sup>1</sup>  
Paulo Dalgalarondo <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

**Correspondência**  
N. J. Botega  
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. C. P. 6111, Campinas, SP, 13081-970, Brasil.  
botega@fcm.unicamp.br

### Abstract

*This study aimed to estimate the lifetime prevalence rates for suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide, based on a cluster sample of 515 residents of Campinas, São Paulo State, Brazil. The Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior interview was performed, and lifetime prevalence rates and 95% confidence intervals (95%CI) were calculated. Lifetime prevalence rates were 17.1% (95%CI: 12.9-21.2) for suicidal ideation, 4.8% (95%CI: 2.8-6.8) for suicide plans, and 2.8% (95%CI: 0.09-4.6) for attempted suicide. Suicidal behavior was more frequent among women and young adults. The suicide plan/attempt ratio was approximately 5:3. Only one-third of those who attempted suicide contacted a health service following the attempt. Prevalence rates for suicidal behavior were similar to most studies from other countries. Suicide prevention strategies should take data from community-based studies into account.*

*Attempted Suicide; Suicide; Self-Injurious Behavior*

### Introdução

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos 45 anos. Nesse período, os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para faixas mais jovens. Na maioria dos países o suicídio situa-se entre as duas ou três causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens. Para cada óbito por suicídio, há no mínimo 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afetadas emocional, social e economicamente <sup>1</sup>.

O comportamento suicida exerce forte impacto nos serviços de saúde, e estima-se que 1,4% da carga (*burden*) global ocasionado por doenças no ano 2002 deveu-se a tentativas de suicídio, e calcula-se que esta cifra chegará a 2,45 em 2020 <sup>2</sup>. Nesses cálculos são tomados os custos diretos (hospitalização, medicamentos) e indiretos (afastamento do trabalho, por exemplo) decorrentes da tentativa de suicídio.

Pesquisas referentes à ideação suicida e a tentativas de suicídio geralmente utilizam amostras clínicas; são menos frequentes as que trazem dados com base na população geral <sup>3,4</sup>. Como conseqüência, a maioria das informações de que dispomos refere-se ao extremo mais grave de um contínuo do comportamento suicida, ou seja, casos registrados em prontos-socorros de hospitais. Evidenciam-se, no entanto, relações importantes

entre ideação e atos suicidas<sup>5,6</sup>, e a ocorrência de uma tentativa de suicídio é o principal fator de risco para o futuro suicídio<sup>7</sup>.

No Brasil, embora o coeficiente de mortalidade por suicídio seja relativamente baixo (em torno de 4,5 mortes por 100 mil habitantes), o número de mortes por suicídio chegou a 8.550 em 2005, o que nos coloca entre os dez países com o maior número de suicídios<sup>1</sup> (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade – 2006. [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_imprensa.php?id\\_noticia=1043](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_imprensa.php?id_noticia=1043), acessado em 30/Jul/2008). Não há uma base nacional de dados sobre tentativas de suicídio, apenas estudos descritivos relacionados a um método de autolesão ou a um serviço em particular<sup>8,9</sup>. Essa escassez de dados implica menor conscientização dos clínicos e dos gestores de saúde pública em relação ao impacto do comportamento suicida nos serviços médicos.

Tendo em vista a falta de informações sobre o comportamento suicida em países em desenvolvimento, a OMS realizou o *Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior* (SUPRE-MISS)<sup>1</sup>. Trata-se de um projeto transcultural realizado em cidades de oito países (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã) dentro de uma iniciativa destinada à prevenção do suicídio, com a supervisão científica do Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University (Brisbane, Austrália), e do National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institute (Estocolmo, Suécia). O SUPRE-MISS foi idealizado para investigar o comportamento suicida por meio de um inquérito de base populacional, e para avaliar estratégias de tratamento de pessoas que tentam o suicídio.

O presente artigo, derivado do SUPRE-MISS, tem por objetivo fornecer estimativas de prevalência do comportamento suicida (ideação, plano e tentativa de suicídio) na área urbana da cidade de Campinas, São Paulo, Brasil.

## Método

### Local e sujeitos

Campinas tem uma população estimada em 1,2 milhão de habitantes, 98% residentes na área urbana; 78% com idade igual ou superior a 14 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000. <http://www.ibge.gov.br>). Neste estudo, avaliamos a população de 14 anos ou mais, não institucionalizada, residente na zona urbana do município.

Para fins de cálculo do tamanho da amostra, consideramos a prevalência de 2,7% de tentativas de suicídio, ao longo da vida, na população geral<sup>1,2</sup>. Tendo por base um erro de amostragem de 2% e nível de 95% de confiança, o tamanho mínimo definido para a amostra foi de 500 indivíduos.

Adotamos a amostragem estratificada, por conglomerados, em três estágios: o setor censitário foi a unidade primária de amostragem; o domicílio, a unidade de amostragem do segundo estágio e; o indivíduo, a do terceiro estágio. Utilizamos neste estudo o cadastro de domicílios e setores censitários do *Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo* (ISA-SP)<sup>10</sup>. Os setores censitários de Campinas foram agrupados em três estratos, segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: estrato A (mais de 25%; total de 278 setores); estrato B (de 5% a 25%, totalizando 252 setores); estrato C (menos de 5%, 305 setores). Sorteamos dez setores em cada estrato (totalizando 30 setores), e 20 domicílios em cada setor. Chegamos, assim, a uma lista de 600 domicílios. Em cada domicílio, durante o trabalho de campo, foi sorteado um indivíduo de 14 anos ou mais (por meio de contagem seqüencial e contínua dos residentes, dispostos em ordem crescente de idade, até que se atingisse um número aleatório, previamente definido e impresso na capa do formulário).

### Instrumento

O instrumento aplicado baseou-se no questionário *WHO/EURO Multicentre Study on Suicide Behaviour*<sup>11</sup>. A versão final, elaborada pela equipe de pesquisadores principais do SUPRE-MISS, compõe-se das seguintes seções: informações sócio-demográficas, história de comportamento suicida pessoal e em membros da família, opinião sobre problemas da comunidade, saúde física e mental, contato com serviços de saúde, e questões relacionadas com consumo de álcool e drogas.

A frequência do comportamento suicida, tanto na população geral quanto em diferentes grupos sócio-demográficos é o foco desta comunicação. A existência de comportamento suicida foi avaliada por meio das seguintes perguntas-chave: “Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim à sua vida?”, “Você já chegou a traçar um plano para cometer suicídio?”, “Alguma vez você tentou o suicídio?”. Informações complementares foram coletadas, caso a pessoa respondesse positivamente a uma dessas questões.

### Procedimentos

Doze entrevistadores foram treinados especificamente para este estudo (cinco alunos de medicina, duas enfermeiras, três psicólogas, duas nutricionistas). Os pesquisadores fizeram até três tentativas de entrevistar a pessoa sorteada, caso esta não se encontrasse em casa. Todas as entrevistas foram feitas sem a participação de terceiros. Zonas residenciais consideradas perigosas foram pesquisadas em forma de mutirão, com o apoio de viatura da universidade. O estudo de campo iniciou-se em sete de maio e terminou em 15 de julho de 2003.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Foi assegurada a confidencialidade das informações. Todos os participantes assinaram termo de consentimento.

### Análise dos dados

Foram calculadas as prevalências de comportamento suicida (ideação, planos e tentativas) na vida e teste de tendência linear para cada variável. Realizamos análise de regressão logística univariada para estimar as *odds ratio* (OR) e comparar as prevalências (variáveis dependentes) ao longo da vida nas subcategorias de cada variável. Os fatores de confundimento sexo, faixa etária e escolaridade foram controlados utilizando-se análise de regressão logística multivariada, obtendo-se, assim, OR ajustadas e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Todas as análises foram ponderadas a fim de compensar as distintas probabilidades de seleção dos indivíduos da amostra. Em cada estrato, o peso de um indivíduo sorteado em um dado domicílio de determinado setor censitário foi o inverso de sua probabilidade de seleção. Os cálculos estatísticos utilizaram o programa Stata versão 7.0 (Stata Corp., Colledge Station, Estados Unidos).

### Resultados

Abordamos 538 indivíduos. Houve 23 recusas de participação (4,2% do total de pessoas abordadas), perfazendo-se então 515 entrevistas. O número de recusas foi maior no estrato A (17 casos; 9,5%), seguido do B (5 casos; 2,8%) e do C (1 caso; 0,5%).

Ao longo da vida, tomando-se a amostra como um todo, as prevalências foram de 17,1% (IC95%: 12,9; 21,2) para a ideação suicida; 4,8% (IC95%: 2,8; 6,8) para os planos e; 2,8% (IC95%: 0,9; 4,6) para as tentativas de suicídio. Nos últimos 12 me-

ses, as prevalências foram de 5,3% (IC95%: 3,5; 7,2) para a ideação suicida; 1,9% (IC95%: 1,0; 2,8) para os planos e; 0,4% (IC95%: -0,3; 1,1) para as tentativas de suicídio.

A prevalência de ideação suicida, ao longo da vida, foi mais freqüente entre as mulheres, em adultos de 30 a 44 anos e nos que vivem sozinhos (solteiros, viúvos, desquitados e separados), bem como entre os espíritas e os de maior renda. O relato de ter feito um plano suicida ao longo da vida foi mais freqüente entre as mulheres, em adultos de 30 a 44 anos, em donas-de-casa e em indivíduos que se declararam espíritas. As tentativas de suicídio ao longo da vida observadas nas diferentes categorias da Tabela 1, por serem eventos mais raros do que a ideação suicida, resultaram em cifras cujos intervalos de confiança são amplos. Foram mais freqüentemente relatadas por mulheres.

As mulheres apresentaram maior chance de ideação suicida na vida, mesmo quando incluídas no modelo de regressão logística as variáveis escolaridade, renda e faixa etária (OR ajustada = 1,74; IC95%: 1,21;2,49). Também a maior chance de tentativa de suicídio em mulheres foi independente das três variáveis citadas (OR ajustada = 13,39; IC95%: 2,65;67,49). A maior chance de plano suicida na vida no grupo etário de 30 a 44 anos, em relação aos menores de 30 anos, persistiu ao se controlar esta variável por sexo e escolaridade (OR ajustada = 4,86; IC95%: 1,76;13,41).

Observamos tendência linear crescente de ideação suicida segundo a religião, sendo menor para aqueles sem religião e maior entre os espíritas ( $p = 0,002$ ). Ao aumentar a renda observamos um gradiente decrescente da prevalência de plano suicida na vida (0,04). O sexo feminino apresentou maior prevalência de tentativa suicida ( $p = 0,03$ ).

Das 16 pessoas que relataram já ter tentado o suicídio, 14 eram do sexo feminino. Sete fizeram-no mais do que uma vez. Alguns itens do questionário versaram sobre as circunstâncias da tentativa de suicídio (no caso de várias tentativas ao longo da vida, considerou-se a primeira). A maioria (12, das 16) foi por ingestão de altas doses de medicamentos. As restantes foram por ingestão de pesticida, enforcamento, afogamento e precipitação de altura (um caso em cada categoria). Para seis pessoas o ato foi "*uma tentativa séria de se matar*"; para sete, "*um grito por socorro*", e três responderam que "*não sabiam se o método escolhido para morrer era garantido*".

Cinco casos de tentativa de suicídio (aproximadamente, um de cada três) chegaram a ser atendidos em um serviço médico hospitalar. O método utilizado na tentativa foi ingestão de medicamento (três casos), pesticida e enforcamento

Tabela 1

Prevalência ponderada de ideação, plano e tentativa de suicídio ao longo da vida segundo variáveis sócio-demográficas e *odds ratio* (OR), ajustadas para sexo, faixa etária e escolaridade. Campinas, São Paulo, Brasil, 2003.

Variável	n	Ideação suicida			Plano suicida			Tentativa suicida		
		Prevalência (%) *	OR **	IC95%	Prevalência (%) *	OR **	IC95%	Prevalência (%) *	OR **	IC95%
Gênero		0,18	0,013		0,07	0,025		0,03	0,039	
Masculino	199	13,3	1,00	-	2,4	1,00	-	0,4	1,00	-
Feminino	316	20,6	1,74	1,21-2,49	7,0	3,04	0,91-10,18	5,0	13,39	2,65-67,49
Total	515	17,1			4,8			2,8		
Faixa etária (anos)		0,12	0,013		0,94	0,025		0,58	0,039	
14-29	157	16,0	1,00	-	2,1	1,00	-	2,0	1,00	-
30-44	153	22,8	1,56	0,82-2,97	8,7	4,86	1,76-13,41	4,9	2,48	0,83-7,42
45-59	112	14,5	0,93	0,49-1,76	5,2	2,74	0,72-10,39	2,3	1,11	0,25-4,88
≥ 60	93	10,4	0,69	0,32-1,51	3	1,47	0,25-8,44	0,8	0,39	0,03-4,69
Situação conjugal		0,53	0,035		0,45	0,047		0,97	0,047	
Solteiro	148	18,9	1,00	-	4,2	1,00	-	2,5	1,00	-
Casado/Amasiado	286	15,5	0,66	0,33-1,34	4,8	0,57	0,19-1,74	3,0	0,90	0,11-7,30
Viúvo/Separado/ Divorciado	81	18,7	0,81	0,24-2,76	7,0	0,72	0,13-3,98	2,4	0,59	0,06-5,26
Ocupação		0,08	0,092		0,22	0,113		0,93	0,004	
Trabalha	263	18,7	1,00	-	5,2	1,00	-	2,7	1,00	-
Dona-de-casa	98	18,0	0,92	0,45-1,87	8,4	1,17	0,40-3,43	5,2	1,54	0,51-4,70
Desempregado	42	17,4	0,96	0,42-2,19	5,6	0,89	0,15-5,28	3,3	1,35	0,27-6,69
Estudante	42	14,8	0,86	0,32-2,29	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Aposentado	59	9,8	0,78	0,23-2,61	2,7	0,76	0,15-3,85	2,7	5,37	0,82-35,08
Outros	10	6,4	0,29	0,03-3,25	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Renda anual (US\$)		0,76	0,029		0,04	0,127		0,11	0,013	
Sem renda	127	17,4	1,00	-	6,3	1,00	-	3,5	1,00	-
1,00-2.500,00	188	16,5	1,03	0,57-1,87	5,7	0,90	0,30-2,67	3,6	1,37	0,50-3,79
2.501,00-10.000,00	146	15,0	0,87	0,35-2,13	3,0	0,42	0,06-2,75	1,8	0,57	0,06-5,24
≥ 10.001,00	54	25,2	1,62	0,41-6,42	2,0	0,25	0,03-2,31	0	0,00	0,00
Escolaridade (anos)		0,68	0,013		0,22	0,025		0,59	0,039	
0-4	200	13,5	1,00	-	4,6	1,00	-	2,3	1,00	-
5-8	83	18,2	1,36	0,70-2,64	7,3	1,82	0,60-5,52	2,1	0,80	0,14-4,52
≥ 9	231	20,0	1,48	0,76-2,87	4,1	0,81	0,34-1,91	3,5	1,28	0,41-4,02
Religião		0,002	0,014		0,59	0,076		0,23		
Nenhuma	41	14,0	1,00	-	4,8	1,00	-	0	1,00	-
Católico	345	14,4	0,95	0,37-2,40	4,1	0,54	0,08-3,61	2,6	-	-
Protestante	100	23,4	1,77	0,69-4,58	6,4	0,78	0,10-5,91	3,9	-	-
Espírita	22	33,7	2,26	0,65-7,82	9,2	1,05	0,06-17,88	5,8	-	-

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

\* Valor de p do teste de análise de tendência linear;

\*\* Valor de p do modelo de regressão logística, para ajustar por sexo, faixa etária e escolaridade a OR de cada variável.

(um caso cada). Todos esses indivíduos tinham menos de 30 anos.

## Discussão

Este artigo traz resultados da prevalência de comportamento suicida (pensamentos e planos suicidas e tentativas de suicídio) em Campinas, ao longo da vida e nos últimos 12 meses, derivados do protocolo SUPRE-MISS da OMS<sup>1,12</sup>. Pelo fato de as informações terem se originado da população geral, com técnica cuidadosa de amostragem, podemos fazer extrapolações sobre comportamento suicida para toda a zona urbana do município. Além disso, coletamos um conjunto de dados que, anteriormente, era derivado apenas de indivíduos vistos em serviços médicos de urgência, o que deixava à margem um importante contingente de pessoas. Em números aproximados, ao longo da vida, 17% dos habitantes de 14 anos ou mais da zona urbana de Campinas já “*pensaram seriamente em pôr fim à vida*”, 5% chegaram a planejar o ato, e 3% efetivamente tentaram o suicídio.

Algumas limitações metodológicas devem ser consideradas. Apesar de o número total de entrevistados adequar-se ao tamanho amostral requerido para estimativas de prevalência, em algumas categorias de resposta o número de indivíduos foi pequeno. Assim, o tamanho da amostra limitou a capacidade de serem investigados fatores associados ao comportamento suicida, especialmente no caso de eventos mais raros, como a tentativa de suicídio. A maior proporção de mulheres na amostra foi corrigida *a posteriori* por meio do recurso matemático da ponderação dos dados. É preciso, também, considerar que os números de Campinas não podem ser extrapolados para outras áreas urbanas do país. Sabe-se, por exemplo, que nas cidades de Boa Vista (Roraima), Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e Florianópolis (Santa Catarina) os coeficientes de mortalidade por suicídio atingem quase o triplo da média nacional<sup>13</sup>. É provável que nessas localidades as prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio sejam mais elevadas.

Outro aspecto a se considerar é que as informações a que tivemos acesso são meramente as ideias, planos e tentativas “comunicadas” pelos entrevistados, numa entrevista face a face. A limitação metodológica, então suscitada, é a possibilidade de existir um grupo de pessoas que não comunica tal comportamento, o que depende, entre vários fatores, da confiança depositada no entrevistador e da maneira de se perguntar. Estudos revelam que a comunicação de comportamento suicida costuma ser mais freqüente

quando são utilizados instrumentos de autopreenchimento, mantendo o anonimato dos participantes<sup>3,4</sup>. Por outro lado, surpreende o baixo índice de recusa de participação, o que pode, em parte, ser visto como representação da confiança que as pessoas abordadas depositaram nas instituições que promoviam o estudo. O protocolo de pesquisa não diferenciou “tentativa de suicídio” com ou sem intenção letal.

Feitas essas considerações, podemos afirmar que as prevalências de ideação e plano suicidas, bem como de tentativa de suicídio, não diferem substancialmente da maioria dos estudos realizados principalmente na Europa, Estados Unidos e Austrália, cujas estimativas de prevalência de ideação suicida durante a vida situaram-se, na maioria, entre 10% e 18%, e as de tentativas de suicídio entre 3% e 5%<sup>3,4,14,15</sup>. Nos oito países que participaram do SUPRE-MISS, com um total de 5.980 investigados, as prevalências de ideação suicida variaram de 2,6% (Chennai, Índia) a 25,4% (Durban, África do Sul), ficando a brasileira (17,1% em Campinas, prevalência ponderada) próxima às de Karaj, Irã (14,1%), Yuncheng, China (18,5%) e Tallin, Estônia (12,4%)<sup>15</sup>. Em outro estudo, Weissman et al.<sup>14</sup> revisaram nove inquéritos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, Canadá, Porto Rico, França, Alemanha, Nova Zelândia, Líbano, Taiwan e Coréia do Sul. Todos haviam utilizado o mesmo método de aferição da ideação suicida, com perguntas do *Diagnostic Interview Schedule*. Foram encontradas prevalências de ideação suicida na vida que variaram de 2,1% (em Beirute, Líbano) a 18,5% (em Christchurch, Nova Zelândia).

A discrepância em tais valores provavelmente origina-se tanto da estratégia metodológica adotada (anonimato ou não, entrevista ou formulário de autopreenchimento, forma de perguntar) quanto de diferenças sociais e culturais, tanto no sentido de se admitir a ideação suicida como em realmente tê-la e revelá-la.

Em relação a planos de suicídio, os resultados do SUPRE-MISS variaram de 1,1% (Hanói, Vietnã) a 15,6% (Durban); o de Campinas (4,8%) ficou próximo aos de Tallin, Karaj e Yuncheng com 5,4%, 6,7% e 7,4%, respectivamente. A prevalência de tentativa de suicídio ao longo da vida (estimativa ponderada) foi de 2,8%, cifra próxima à da maioria dos países do SUPRE-MISS, com exceção do Vietnã (0,4% em Hanói)<sup>16</sup>.

Entre os fatores sócio-demográficos e clínicos associados à ideação suicida e a tentativas de suicídio, estudos internacionais destacam, de modo geral: gênero feminino, transtornos psiquiátricos (como depressão e dependência de substâncias psicoativas), ter uma condição conjugal tal como divorciado, separado ou solteiro, assim como uma

situação profissional mais desfavorável, como desemprego ou capacitação insuficiente<sup>14,15</sup> (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade – 2006. [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1043](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1043), acessado em 30/Jul/2008). Nossos achados concordam com a maioria dos inquéritos de base populacional da literatura internacional e dos estudos nacionais realizados baseando-se em amostras clínicas<sup>3,4,5,6,7,8</sup> (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade – 2006. [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1043](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1043), acessado em 30/Jul/2008). As freqüências mais elevadas de comportamento suicida, ao longo da vida, entre adultos jovens pode ser tanto um reflexo de uma realidade recente de aumento do comportamento suicida entre jovens<sup>4</sup> como também de um viés de memória, em que os idosos se lembram menos, ou consideram menos enfaticamente seus sentimentos da juventude em relação a viver ou morrer<sup>12</sup>.

O fato de apenas uma em cada três pessoas que tentam o suicídio chegar a ser atendida em um serviço médico de urgência concorda com o resultado de outras pesquisas<sup>14,15</sup>. A procura por um serviço médico, após tentativa de suicídio, depende de vários fatores, entre os quais o grau de gravidade (ou o potencial de risco de morte) da auto-agressão, o acesso e a confiança no sistema de saúde, o estigma da população em relação ao comportamento suicida e o medo da

criminalização do ato. Nossos dados confirmam a idéia de que apenas numa parcela (6 entre 16) das “tentativas de suicídio” havia o desejo de se matar. Comumente, mesmo em casos de alta letalidade<sup>8</sup>, o ato é marcado por ambivalência em relação a viver ou morrer, adquirindo o caráter de externalização da dor psíquica, ou de um pedido de ajuda.

## Conclusão

Este artigo enfocou a prevalência do comportamento suicida numa área urbana. Nossos dados indicam que quase um quinto da população residente em um centro urbano apresenta ideação suicida ao longo da vida, o que embasa, ao menos parcialmente, a adoção de estratégias preventivas universais, atingindo toda a comunidade. De implicação imediata para o clínico, é a relação entre plano e tentativas de suicídio (5:3), ainda que algumas destas possam ser o resultado de um ato impulsivo, sem planejamento. De cada três casos de tentativas de suicídio, apenas um foi atendido em um serviço médico. Tendo em vista futuras estratégias de prevenção, é essencial coletar, diretamente na comunidade, informações sobre o comportamento suicida, abarcando-o em sua abrangência. Pode-se, assim, aprender um pouco mais sobre a “parte submersa” do *iceberg* que representa uma gama de comportamentos que não são registrados pelos serviços de saúde.

## Resumo

*O objetivo foi estimar as prevalências ao longo da vida de ideação, planos e tentativas de suicídio na população. Quinhentos e quinze indivíduos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil, foram selecionados utilizando-se amostragem estratificada por conglomerados e avaliados por entrevista do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida. Calculamos prevalências ponderadas, com os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). As prevalências foram de 17,1% (IC95%: 12,9;21,2) para ideação, 4,8% (IC95%: 2,8;6,8) para planos e 2,8% (IC95%: 0,09;4,6) para tentativas de suicídio. O comportamento suicida*

*foi mais freqüente em mulheres e em adultos jovens. A existência de um plano de como tirar a própria vida, em termos de freqüência, situa-se próximo da tentativa (relação de 5:3). De cada três tentativas de suicídio, apenas uma chegou a ser atendida em um serviço médico. As prevalências se assemelham à maioria dos estudos de outros países. É essencial coletar diretamente na comunidade informações sobre o comportamento suicida, abarcando-o em sua abrangência.*

*Tentativa de Suicídio; Suicídio; Comportamento Auto-destrutivo*

## Colaboradores

N. J. Botega participou da concepção do projeto junto à equipe de *experts* da Organização Mundial da Saúde, coordenação da execução local, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. L. Marín-León, H. B. Oliveira, V. F. Silva e P. Dalgallarrondo colaboraram na análise e interpretação dos dados e redação do artigo. M. B. A. Barros contribuiu auxiliando na amostragem local, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

## Agradecimentos

Este estudo foi realizado graças ao apoio financeiro recebido da Organização Mundial da Saúde (OMS; M4/445/119) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP; 02/08288-9).

## Referências

- World Health Organization. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Geneva: World Health Organization; 2002.
- World Health Organization. The World Health Report 2003: shaping the future. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Moscicki EK. Epidemiological surveys as tolls for studying suicidal behavior: a review. *Suicide Life Threat Behav* 1989; 19:131-46.
- Evans E, Hawton K, Rodham K, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35:239-50.
- Pirkis JE, Burgess PM, Meadows GN, Dunt DR. Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Med J Aust* 2001; 175:542-5.
- Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med* 2001; 31:1181-91.
- Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994; 308:1227-33.
- Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:285-9.
- Freitas GV, Cais CF, Stefanello S, Botega NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers: a case-control study in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17:336-42.
- Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde do Estado de São Paulo: ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.
- Kerkhof A, Bernasco W, Bille-Brahe U, Platt S, Schmidtke A. WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide: European Parasuicide Study Interview Schedule (EPSIS). Leiden: Department of Clinical Health and Personality Psychology, Leiden University; 1989.
- Botega N, Barros MBA, Oliveira HB, Dalgallarrondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:45-53.
- Barros MBA, Oliveira HB, Marín-León L. Epidemiologia no Brasil. In: Werlang B, Botega NJ, organizadores. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2004. p. 45-58.
- Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999; 29:9-17.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192:98-105.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, Silva D, et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med* 2005; 35:1457-65.

Recebido em 30/Set/2008

Versão final reapresentada em 28/Ago/2009

Aprovado em 08/Set/2009