

Ideação suicida em pacientes internados em enfermarias de clínica médica: prevalência e sintomas depressivos associados

Suicidal ideation in patients admitted to general medical wards: prevalence and associated depressive symptoms

Bianca Stefanello¹, Letícia Maria Furlanetto¹

RESUMO

Objetivo: Verificar a frequência de ideação suicida e os sintomas depressivos associados a ela nos pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **Métodos:** Todos os adultos consecutivamente admitidos nas enfermarias de clínica médica de um hospital universitário foram randomizados e avaliados durante a primeira semana de internação. Coletaram-se dados sociodemográficos e aplicaram-se: o *Patient Health Questionnaire* (a pergunta sobre ideação suicida), o Inventário Beck de Depressão e o índice Charlson de comorbidade física. Utilizaram-se os testes t de Student, do qui-quadrado e a regressão logística. **Resultados:** Dos 1.092 sujeitos, 79 (7,2%) apresentaram ideação suicida. Na análise multivariada, foram capazes de discriminar esses pacientes, após controlar para sexo, idade, comorbidade física e presença de uma síndrome depressiva, os seguintes sintomas, quando presentes em intensidade moderada a grave: tristeza [RR: 3,18; IC 95% = 1,78-5,65; $p < 0,001$], sensação de fracasso [RR: 2,01; IC 95% = 1,09-3,72; $p = 0,03$], perda do interesse nas pessoas [RR: 2,69; IC 95% = 1,47-4,94; $p = 0,001$] e insônia [RR: 1,74; IC 95% = 1,05-2,89; $p = 0,03$]. **Conclusão:** Os pacientes internados no hospital geral em enfermarias clínicas apresentaram prevalência de 7,2% de ideação suicida. Alguns sintomas, quando presentes em intensidade moderada a grave, deveriam alertar ao clínico-geral para investigar a presença de ideação suicida: tristeza, sensação de fracasso, perda do interesse nas pessoas e insônia.

Palavras-chave

Ideação suicida, suicídio, pacientes internados, hospital geral, doenças físicas.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of suicidal ideation and the depressive symptoms associated to it in medical inpatients. **Methods:** All adults consecutively admitted to the medical wards of a University Hospital had their names recorded, were randomized and evaluated during the first week of admission. Socio-demographic data were collected and the Patient Health Questionnaire (question 9, assessing suicidal ideation), the Beck Depression Inventory and the Charlson comorbidity index were applied. The Student t test, chi-square

1 Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica Médica.

Keywords

Suicidal ideation, suicide, medical inpatients, general hospital, medical wards.

test and logistic regression analysis were used. **Results:** Of the 1,092 patients who composed the sample, 79 (7.2%) reported having suicidal ideation. In the multivariate analysis, after adjusting for gender, age, physical comorbidity and the presence of a depressive syndrome, the following symptoms when in moderate to severe degree discriminated patients who had suicidal ideation: sadness [RR: 3.18; CI 95% = 1.78-5.65; $p < 0.001$], feeling like a failure [RR: 2.01; CI 95% = 1.09-3.72; $p = 0.03$], loss of interest in people [RR: 2.69; CI 95% = 1.47-4.94; $p = 0.001$] and insomnia [RR: 1.74; CI 95% = 1.05-2.89; $p = 0.03$]. **Conclusion:** The prevalence of suicidal ideation in medical inpatients was 7.2%. When present in a moderate to severe degree, symptoms like sadness, feeling like a failure, loss of interest in people and insomnia should alert the medical team to assess suicidal ideation.

INTRODUÇÃO

Os pacientes portadores de doenças físicas apresentam maiores taxas de ideação suicida^{1,2}. E, quando internados por causa dessas doenças, a prevalência é maior ainda³. Apesar disso, uma pesquisa apontou que, embora a maioria dos indivíduos que se suicidaram durante a estadia no hospital apresentasse transtorno depressivo, apenas uma minoria recebeu atendimento de interconsulta psiquiátrica⁴. E mais, a simples presença de uma doença física já é um fator de risco para o aparecimento de comportamento suicida mesmo na ausência de uma doença mental². Apesar de a ideação suicida ser um marcador para sofrimento psíquico e do efeito devastador que o suicídio de um paciente hospitalizado exerce sobre membros da equipe de saúde e familiares, existem poucos estudos sobre ideação suicida no contexto de pacientes clínicos internados no hospital geral^{5,6}.

O suicídio é um importante problema de saúde pública, pois figura entre as dez causas mais frequentes de morte em todas as idades e é a terceira maior causa na faixa de 15 a 34 anos⁷. Taxas crescentes de suicídio foram demonstradas nos últimos anos, especialmente em jovens e homens⁸. Estima-se que o número de tentativas de suicídio seja 10 a 20 vezes maior que o de suicídios e que a prevalência de ideação suicida seja maior ainda⁹. Em países ocidentais, essa prevalência varia de 13% a 17% na população geral⁹. No Brasil, Botega *et al.* encontraram uma prevalência de 17,1% de ideação suicida ao longo da vida e de 5,3% nos últimos 12 meses em um estudo realizado na comunidade da cidade de Campinas, São Paulo¹⁰. Em adolescentes (de 15 a 18 anos) avaliados na comunidade em Pelotas, Rio Grande do Sul, a prevalência de ideação suicida pontual foi de 7,7%¹¹. A maioria das pesquisas que avaliaram pacientes com doenças físicas e sua relação com doenças mentais, assim como ideação suicida, se deu na comunidade, em pacientes da atenção primária ou em ambulatórios. São necessários estudos no hospital geral, porque os indivíduos que são internados por causa dessas doenças físicas são mais graves e têm maior comorbidade psiquiátrica. Cerca de um terço dos pacientes admitidos em enfermarias gerais possui sintomas depressivos no momento da internação¹². Além disso, os pacientes clínicos interna-

dos no hospital geral com ideação suicida diferem daqueles internados nas enfermarias de psiquiatria, por comunicarem menos essa ideação e terem atos suicidas mais rapidamente após a internação¹³. E uma pesquisa recente realizada na Bahia com pacientes em hemodiálise revelou que aqueles classificados como tendo risco de suicídio no início do estudo tiveram uma mortalidade por todas as causas cerca de três vezes maior a cada ano, mesmo após controlar para variáveis sociodemográficas e clínicas¹⁴.

Há pesquisas relacionando maiores taxas de comportamento suicida a doenças físicas específicas, como a doença pulmonar obstrutiva crônica¹, a epilepsia¹⁵, o HIV/AIDS¹⁶, o acidente vascular encefálico⁶ e a esclerose múltipla¹⁷, entre outras. Essas taxas variaram de 3,7% a 19%^{15,18}. Já em amostras de pacientes internados com várias doenças físicas no hospital geral, foram encontradas taxas de 4,9% a 7,3%^{5,6}. A tabela 1 detalha os estudos que relataram a prevalência de ideação suicida em pacientes com doenças físicas.

Como visto, a prevalência de comorbidade psiquiátrica em pacientes com doenças físicas é elevada¹² e é um importante fator de risco para o comportamento suicida, porém pouco diagnosticada nos pacientes clínicos internados^{13,19,20}. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos transtornos mentais, associados à avaliação do risco de suicídio, são fundamentais para a prevenção do comportamento suicida²¹. O objetivo deste estudo foi, portanto, verificar a frequência de ideação suicida e os sintomas depressivos associados a ela nos pacientes internados em enfermarias de clínica médica.

MÉTODOS

Desenho e local

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago de Florianópolis, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). A cidade de Florianópolis, localizada no estado de Santa Catarina, tem aproximadamente 450 mil habitantes, com 97% moradores na área urbana. O Hospital Universitário é referência, atendendo à Grande Florianópolis e aos casos provenientes do interior do estado.

Tabela 1. Prevalência de ideação suicida em pacientes com doenças físicas

Autor, ano	N	Local	Instrumento	Tempo	Ideação suicida (%)
Botega <i>et al.</i> , 2010	4.328	Enfermarias clínicas e cirúrgicas	MINI plus	Último mês	4,9
Stefanello <i>et al.</i> , 2010	139	Pacientes com epilepsia na comunidade	SUPRE-MISS	12 meses	19,0
Lossnitzer <i>et al.</i> , 2009	294	Pacientes ambulatoriais com ICC	PHQ (item 9 > 1)	2 semanas	17,1
Ratcliffe <i>et al.</i> , 2008	15.317	Dor crônica na população geral	Pergunta	12 meses	3,7
Carrico <i>et al.</i> , 2007	2.909	Pacientes HIV+ na população geral	BDI (item 9 > 0)	Última semana	19
Turner <i>et al.</i> , 2006	445	Ambulatório de esclerose múltipla	PHQ (item 9 > 1)	2 semanas	7,9
Picardi <i>et al.</i> , 2006	466	Dermatologia: ambulatório e internados	PHQ (item 9 > 1)	2 semanas	8,6
Claassen <i>et al.</i> , 2007	1.590	Emergência geral	QPD	No momento	8,4
Kishi <i>et al.</i> , 2001	496	Internados pós-AVC, IAM, TCE, TRM	PSE	No momento	7,3

MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview; SUPRE-MISS: The multisite intervention study on suicidal behaviours; PHQ: Patient Health Questionnaire; ICC: insuficiência cardíaca congestiva; Pergunta: "Você já pensou seriamente em cometer suicídio ou em tirar sua própria vida?"; MSAS-short form: "Você já pensou seriamente sobre fazer mal ou matar a si mesmo?"; BDI: Beck Depression Inventory; QPD: Quick PsychoDiagnosis; SCISH-CP: Structured Clinical Interview for Suicide History in Chronic Pain; AVC: acidente vascular encefálico; IAM: infarto agudo do miocárdio; TCE: traumatismo cranioencefálico; TRM: traumatismo raquimedular; PSE: Present State Exam.

Amostra

Foram anotados os nomes de todos os pacientes consecutivamente internados nas enfermarias de clínica médica desde 15 de abril de 2006 até 30 de novembro de 2010, excluindo os meses não letivos (janeiro, fevereiro e julho), que no total somaram 6.397 pacientes. Embora o cálculo da amostra necessária para avaliar a prevalência de ideação suicida, com estimativa de 7% e um nível de significância de 0,05, tenha sido 282 pacientes, com a finalidade de atingir os objetivos do estudo (associação entre variáveis), foi necessária uma amostra maior (superior a 1.000 indivíduos) até que os resultados ficassem constantes por causa das múltiplas análises realizadas. Portanto, por meio de uma lista de números randômicos, foram selecionados 1.562 que foram abordados, esclarecidos sobre a natureza do estudo e convidados a participar. Esse número foi escolhido considerando uma taxa de exclusão de 30,09%, que foi semelhante a estudos anteriores com essa mesma população. Oitenta e nove indivíduos recusaram e 381 não participaram porque apresentavam condição física (por exemplo dispneia, dor, prejuízo cognitivo etc.) que impediu a realização da entrevista ou não estavam nos leitos por já terem tido alta em poucas horas ou estarem fazendo exames complementares. Compuseram a amostra final 1.092 pacientes, que concordaram em participar do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a regulamentação de pesquisa clínica no país. O estudo foi conduzido em concordância com a VI Declaração de Helsinki e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina com o número 036/96.

Procedimentos

Todos os pacientes foram entrevistados durante a sua primeira semana de internação. Os pesquisadores eram estudantes de medicina treinados previamente e a segunda autora (LMF), interconsultora experiente, fazia supervisão semanal

e revia os pacientes sempre que houvesse qualquer dúvida, para garantir a confiabilidade. A maior parte das entrevistas foi feita à beira do leito, porém havia a opção de fazê-la em local privativo. Os quartos possuíam um, dois ou quatro leitos. Quando detectados pacientes com algum transtorno mental sugestivo de se beneficiar de tratamento específico, seus médicos-assistentes foram avisados e o serviço de interconsulta psiquiátrica do HU auxiliou no tratamento, quando solicitado parecer. Os dados foram coletados por meio do prontuário médico e da entrevista já descrita. Foram anotados sexo, idade, raça, escolaridade, estado civil, renda familiar e dados clínicos necessários para preencher os instrumentos descritos abaixo.

A ideação suicida foi avaliada mediante o *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9)²² com a seguinte pergunta: "Você teve pensamentos de que estaria melhor morto ou de se machucar de alguma forma por pelo menos vários dias nas duas últimas semanas?" Essa pergunta corresponde ao item 9 do PHQ-9 e seleciona os indivíduos que pontuariam com 1, 2 ou 3 nesse sintoma, sendo capaz de discriminar pacientes clínicos com ideação e comportamento suicida. Além disso, embora não fosse o objetivo deste estudo, na análise posterior que realizamos com os dados desta pesquisa para verificar sua validade, os indivíduos que responderam positivamente a essa pergunta tiveram uma chance 20,89 vezes maior (intervalo de confiança = 12,47-35,03; $p < 0,001$) de pontuarem 1, 2 ou 3 nesse mesmo sintoma avaliado pelo Inventário Beck de Depressão. Foram utilizados também os seguintes instrumentos: 1) índice Charlson de comorbidade física²³, para medir a gravidade física; 2) Inventário Beck de Depressão (BDI), para verificar quais sintomas depressivos mais estavam presentes nos pacientes com ideação suicida. A tradução brasileira desse instrumento já foi validada em pacientes com doenças físicas em hospital geral²⁴. Não foi utilizado o item 9, que questiona sobre ideação suicida, para evitar colinearidade nas análises. Cada item (sintoma depressivo) foi considerado presente caso o escore fosse 2 ou 3 (in-

tensidade moderada a grave). A subescala cognitivo-afetiva do BDI (itens de 1 a 13, sem o 9, ideação suicida) também foi utilizada para verificar a presença de sintomas depressivos, considerando aqueles com pontuação acima de 10 como tendo síndrome depressiva moderada a grave.

Análise estatística

Para a análise descritiva, foram empregadas frequências, porcentagens, médias, medianas e desvios-padrão. Na análise bivariada, foram utilizados o teste t de Student e o teste do qui-quadrado. Na análise multivariada (ideação suicida como variável dependente), foram verificados os sintomas depressivos do Inventário Beck de Depressão (exceto o item 9, conforme explicitado anteriormente) que mais conseguiam discriminar os pacientes com ideação suicida, de acordo com o PHQ. Foi utilizado o método de regressão logística com o modo "stepwise likelihood-ratio". Depois, essa análise foi repetida incluindo sexo, idade, o índice Charlson de comorbidade física²³ e a presença de síndrome depressiva moderada a grave, para verificar se os sintomas depressivos associados seriam diferentes. A análise estatística foi feita utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0, e valores de $p \leq 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 1.092 indivíduos. A média de idade \pm desvio-padrão (DP) era de $49,7 \pm 16,1$, variando de 18 a 90 anos. Estes eram em sua maioria homens (55,7%), brancos (70,5%), casados (63,5%), com renda familiar de dois a quatro salários-mínimos (56,6%). Além disso, tinham escolaridade média \pm DP de $6,5 \pm 4,27$.

Os pacientes foram internados principalmente nos leitos das seguintes especialidades: gastroenterologia (20,3%), clínica médica (17,5%), cardiologia (14,9%), pneumologia (14,7%), hematologia (12%), neurologia (8,8%) e endocrinologia (5,9%). Estes sabiam do diagnóstico que motivou a internação há uma mediana de três meses, e a média \pm DP do índice Charlson de comorbidade física era de $1,1 \pm 1,4$. Na amostra total, a média da soma dos 21 itens do BDI \pm DP foi de $16,1 \pm 11,3$, e a frequência de síndromes depressivas moderadas a graves foi de 25,6%.

Setenta e nove (7,2%) pacientes clínicos referiram ideação suicida por pelo menos vários dias nas duas últimas semanas. Na análise bivariada, os pacientes com ideação suicida apresentavam taxas significativamente maiores de: sexo feminino [59,5% – RR: 1,85; intervalo de confiança de 95% (IC 95%) = 1,19-2,85; $p = 0,005$], idade mais jovem ($F = 2,59$; $p = 0,04$), presença de síndrome depressiva moderada a grave (68,4% – RR: 7,53; IC 95% = 4,54-12,5; $p < 0,001$). Não houve associação significativa com raça ($p = 0,3$), estado civil ($p = 0,45$), renda familiar ($p = 0,07$), escolaridade ($p =$

0,18) ou comorbidade física ($p = 0,20$). Foram incluídas na análise multivariada as variáveis sociodemográficas e clínicas significativamente associadas à ideação suicida que foram descritas acima, juntamente com os sintomas do Inventário Beck de Depressão para verificar quais permaneciam no modelo. Cabe ressaltar que, embora a comorbidade física não tenha apresentado uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes sem e com ideação suicida, esta foi incluída na análise multivariada devido à sua importância do ponto de vista clínico. Portanto, na regressão logística, os sintomas do Inventário Beck de Depressão (com escore 2 ou 3, moderado a grave) que discriminaram os pacientes com ideação suicida, mesmo após controlar para o sexo, a idade, a comorbidade física e a presença de síndrome depressiva, foram: tristeza (RR: 3,18; IC 95% = 1,78-5,65; $p < 0,001$), sensação de fracasso (RR: 2,01; IC 95% = 1,09-3,72; $p = 0,03$), perda do interesse nas pessoas (RR: 2,69; IC 95% = 1,47-4,94; $p = 0,001$) e insônia (RR: 1,74; IC 95% = 1,05-2,89; $p = 0,03$).

DISCUSSÃO

Este é um dos primeiros estudos realizados no Brasil que avalia a prevalência de ideação suicida e os sintomas depressivos associados no contexto do hospital geral, especificamente em pacientes internados em enfermarias clínicas. A prevalência de ideação suicida foi de 7,2%, e os sintomas que discriminaram esse grupo quando em intensidade pelo menos moderada foram: tristeza, sensação de fracasso, perda do interesse nas pessoas e insônia.

A taxa encontrada de 7,2% de ideação suicida nas duas últimas semanas prévias à entrevista é superior à prevalência na população geral. Esse valor está de acordo com o relatado na literatura, quando são considerados pacientes com doenças físicas selecionados de diversas formas, tais como: dermatologia (8,6%)²⁵, emergência geral (8,4%)²⁶, ou ambulatório de esclerose múltipla (7,9%), por exemplo¹⁷. Uma taxa menor (4,9%) foi descrita por Botega *et al.* em outro estudo brasileiro em que foram avaliados pacientes clínicos e cirúrgicos internados no hospital geral⁵. Contudo, quando nesta mesma pesquisa foram avaliados somente pacientes internados nos setores de doenças infecciosas, oncológicas ou hematológicas, as taxas foram muito semelhantes às nossas (7,9%, 7,8%, 7,2%, respectivamente). Outras pesquisas avaliando ideação suicida em pacientes com doenças físicas revelaram taxas maiores. Lossnitzer *et al.*²⁷, usando pergunta sobre ideação suicida idêntica à nossa, encontraram prevalência de 17,1% em pacientes internados com insuficiência cardíaca congestiva; e Stefanello *et al.* relataram uma frequência de 19,0% em pacientes com epilepsia¹⁵. É possível que a incapacitação e o sofrimento causados por essas doenças e seus tratamentos expliquem essas discrepâncias.

O presente estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, é preciso entender que há dificuldades na realização de qualquer pesquisa sobre comportamento suicida. Há muitos tabus socioculturais e religiosos acerca desse tema que podem prejudicar qualquer estudo que dependa da entrevista com o próprio paciente. Contudo, como tentativa de atenuar essa limitação, optamos por investigar ideação suicida por meio de pergunta do PHQ sobre os pensamentos de estar melhor morto ou de se machucar de alguma forma, de maneira persistente. O paciente pode, portanto, ter se sentido mais à vontade, já que não inclui a palavra "suicídio", considerada muitas vezes agressiva na nossa cultura. Isso pode ter proporcionado melhor aceitação na revelação da presença de ideação suicida e, com isso, ter resultado em prevalência final mais fidedigna. Em segundo lugar, foi avaliada a presença de ideação suicida, e não a taxa de suicídio propriamente dito. Sabe-se que esta pode não necessariamente estar relacionada a um maior risco de suicídio, principalmente se presente por um longo período sem a presença de um planejamento ou tentativas prévias²⁸. Contudo, embora a ideação suicida não seja análoga ao suicídio, alguns autores sugerem sua importância como um alerta para sofrimento psíquico nesses pacientes, que podem e devem ser tratados⁵. Em terceiro lugar, o uso de escalas é outro fator limitante, uma vez que são instrumentos que dependem de certas condições, como memória, capacidade de compreensão e de elaboração de perguntas e de serem mediados por interesses particulares dos entrevistados. Além disso, nesta pesquisa foi utilizado o BDI tanto para verificar os sintomas depressivos associados (20 itens) à ideação suicida como para verificar se estes eram decorrentes somente da presença de uma síndrome depressiva moderada a grave (avaliada com os primeiros 13 itens do BDI). Apesar de ter sido retirado o item 9 (ideação suicida), em ambas as análises é possível que tenha ocorrido colinearidade. Mesmo assim, foi possível verificar que alguns sintomas permaneceram no modelo da regressão logística mostrando sua maior associação com ideação suicida em relação aos outros sintomas do BDI. Portanto, este trabalho gerou dados que podem ser testados em pesquisas futuras que utilizem entrevistas com profissionais experientes para verificar a capacidade desses sintomas para detectar pacientes clínicos com maior sofrimento psíquico e ideação suicida.

Como significado clínico dos nossos achados, ressalta-se a alta prevalência de ideação suicida em pacientes internados por causa de doenças físicas. Durante uma internação em enfermarias clínicas, os pacientes, além de sofrerem o fardo da própria doença, têm que lidar com o afastamento de suas atividades diárias e da sua rede de apoio social. Esses fatores, juntamente com o desconforto causado pelas mudanças impostas pelas regras hospitalares, rotinas de exames e tratamentos com efeitos desagradáveis, contribuem para um estado no qual o paciente pode sentir-se com diminuição da sua capacidade de reagir e perda do "moral"²⁹. No presen-

te estudo, tristeza, sensação de fracasso, perda do interesse nas pessoas e insônia em intensidade pelo menos moderada foram capazes de discriminar os pacientes com ideação suicida, independentemente do sexo, idade, comorbidade física e da presença de uma síndrome depressiva moderada a grave. Em consonância com nossos resultados, um estudo recente mostrou a importância da insônia não só como um indicador de ideação suicida, mas também como capaz de prever longitudinalmente tentativas de suicídio, mesmo após controlar para a gravidade da síndrome depressiva³⁰. É possível que medidas visando reduzir a desmoralização, a sensação de desamparo, o isolamento e a insônia sejam úteis para reduzir o sofrimento e a ideação suicida nesse grupo. Também são importantes medidas preventivas do suicídio propriamente dito. As cinco maiores áreas de prevenção citadas na literatura são: educação e programas de conscientização para o público geral e para os profissionais; métodos de rastreamento para indivíduos de alto risco; tratamento para transtornos psiquiátricos; acesso restrito a métodos letais e divulgação de maneira consciente e não glamourosa dos suicídios na mídia³¹. O tratamento adequado da depressão diminui a taxa de ideação suicida, as tentativas de suicídio e o suicídio^{6,21}. Isso mostra que, apesar de os transtornos mentais funcionarem como fatores de risco para o comportamento suicida, o tratamento adequado ajuda a preveni-lo²¹. No hospital geral, as medidas de prevenção do suicídio variam desde a administração de esquema analgésico eficiente, o controle de sintomas físicos (por exemplo, dispnéia), a interconsulta psiquiátrica, quando necessária, até a possibilidade da detecção durante a internação daqueles com risco e o encaminhamento para atendimento ambulatorial.

CONCLUSÃO

Os pacientes internados no hospital geral em enfermarias clínicas apresentaram uma prevalência de 7,2% de ideação suicida. Alguns sintomas, quando presentes em intensidade moderada a grave, deveriam alertar ao clínico-geral para investigar a presença de ideação suicida. São eles: tristeza, sensação de fracasso, perda do interesse nas pessoas e insônia.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos pelo apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC) concedida à primeira autora (Bianca Stefanello). Agradecemos, também, aos integrantes do grupo de pesquisa do Laboratório de Estudos em Transtornos de Humor (LETH) que participaram da coleta de dados.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há.

REFERÊNCIAS

- Goodwin RD. Is COPD associated with suicide behavior? *J Psychiatr Res.* 2011. *J Psychiatr Res.* 2011 Sep;45(9):1269-71. Epub 2011 Feb 15.
- Scott KM, Hwang I, Chiu WT, Kessler RC, Sampson NA, Angermeyer M, et al. Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosom Med.* 2010;72(7):712-9.
- Ballard ED, Pao M, Henderson D, Lee LM, Bostwick JM, Rosenstein DL. Suicide in the medical setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2008;34(8):474-81.
- Dhossche DM, Ulusarac A, Syed W. A retrospective study of general hospital patients who commit suicide shortly after being discharged from the hospital. *Arch Intern Med.* 2001;161(7):991-4.
- Botega NJ, De Azevedo RC, Mauro ML, Mitsuushi GN, Fanger PC, Lima DD, et al. Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010;32(4):396-400.
- Kishi Y, Robinson RG, Kosier JT. Suicidal ideation among patients with acute life-threatening physical illness: patients with stroke, traumatic brain injury, myocardial infarction, and spinal cord injury. *Psychosomatics.* 2001;42(5):382-90.
- Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA.* 1989;261:2229-35.
- WHO. Figures and facts about suicide. Geneva: WHO; 1999; Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_MNH_MBD_99.1.pdf.
- WHO. The World Health Report 2003: shaping the future. Geneva: World Health Organization; 2003.
- Botega NJ, Barros MB, Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marin-Leon L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(1):45-53.
- Souza LDM, Ores L, Oliveira GT, Cruzeiro ALS, Silva RA, Pinheiro RT, et al. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59:286-92.
- Furlanetto LM, Moral JAG, Gonçalves AHB, Rodrigues K, Jacomino MEMLP. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(2):96-101.
- Cheng IC, Hu FC, Tseng MC. Inpatient suicide in a general hospital. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(2):110-5.
- Moura Junior JA, Souza CAM, Oliveira IR, Miranda RO, Teles C, Moura Neto JA. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57:44-51.
- Stefanello S, Marin-Leon L, Fernandes PT, Min LL, Botega NJ. Suicidal thoughts in epilepsy: a community-based study in Brazil. *Epilepsy Behav.* 2010;17(4):483-8.
- Carrico AW, Johnson MO, Morin SF, Remien RH, Charlebois ED, Steward WT, et al. Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *Aids.* 2007;21(9):1199-203.
- Turner AP, Williams RM, Bowen JD, Kivlahan DR, Haselkorn JK. Suicidal ideation in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006;87(8):1073-8.
- Ratcliffe GE, Enns MW, Belik SL, Sareen J. Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective. *Clin J Pain.* 2008;24(3):204-10.
- Rentsch D, Dumont P, Borgacci S, Carballeira Y, deFonnac N, Archinard M, et al. Prevalence and treatment of depression in a hospital department of internal medicine. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29(1):25-31.
- Cigognini MA, Furlanetto LM. Diagnosis and pharmacological treatment of depressive disorders in a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(2):97-103.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291(9):1081-91.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA.* 1999;282(18):1737-44.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis.* 1987;40(5):373-83.
- Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord.* 2005;86(1):87-91.
- Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54(3):420-6.
- Claassen CA, Trivedi MH, Rush AJ, Husain MM, Zisook S, Young E, et al. Clinical differences among depressed patients with and without a history of suicide attempts: findings from the STAR*D trial. *J Affect Disord.* 2007;97(1-3):77-84.
- Lossnitzer N, Muller-Tasch T, Lowe B, Zugck C, Nelles M, Rempis A, et al. Exploring potential associations of suicidal ideation and ideas of self-harm in patients with congestive heart failure. *Depress Anxiety.* 2009;26(8):764-8.
- Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Kessler RC. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *J Affect Disord.* 2008;105(1-3):25-33.
- Furlanetto LM, Brasil MAA. Diagnosticando e tratando a depressão no paciente com doença clínica. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(2):96-101.
- Ribeiro JD, Pease JL, Gutierrez PM, Silva C, Bernert RA, Rudd MD, et al. Sleep problems outperform depression and hopelessness as cross-sectional and longitudinal predictors of suicidal ideation and behavior in young adults in the military. *J Affect Disord.* 2012;136(3):743-50.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005;294(16):2064-74.