



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE
MESQUITA FILHO”**

FACULDADE DE MEDICINA

Victor Augusto Bauer

**“Suicidalidade em pacientes com transtorno de pânico
e agorafobia: prevalência e fatores associados.”**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP,
para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres

Botucatu - SP
2014

Victor Augusto Bauer

Sucidalidade em pacientes com transtorno de pânico e
agorafobia: prevalências e fatores associados.

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP,
para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Profa. Dra. Albina Rodrigues Torres

Botucatu - SP
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS.
TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU -
UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB
8/5651

Bauer, Victor Augusto.

Suicidalidade em pacientes com transtorno de pânico e agorafobia :
prevalência e fatores associados / Victor Augusto Bauer. - Botucatu, 2014

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de
Biociências de Botucatu

Orientador: Albina Rodrigues Torres

Capes: 40602001

1. Comportamento suicida. 2. Suicídio. 3. Agorafobia. 4. Estudos transversais.

Palavras-chave: Comportamentos suicidas; Agorafobia; Fatores associados e
prevalências; Suicidalidade; Suicídio; Transtorno de pânico.

Dedicatória

A minha mãe

A minha mãe, sede de meu ser; ponto de partida meu inesgotável desejo de me aproximar com a profundidade necessária para se tratar da dor humana. Toda a sua pessoa ainda que sem saber, dirigiu meu olhar a invisibilidade e complexidade do sofrimento psíquico. A palavra amarra e desata um homem. Foi a minha mãe que me ensinou. Obrigado por me sensibilizar dessa maneira, exatamente dessa que não se satisfaz com qualquer coisa para que em mim isso tenha se tornado profissão, missão e principalmente razão de minha vida.

A meu Pai

A minha gratidão pela maneira como me ergui homem. Pela segurança, firmeza da decisão, retidão, esforço e seriedade. São todos esses valores seus que eu outrora menino tive como horizonte para me espelhar. A força retilínea de sua educação em cada olhar silencioso que não titubeava em desviar, não ousava desistir do primeiro passo dado, se tornou em mim, a maneira com que eu olho para meus sonhos, a metodologia enraizada em cada fio de cabelo em não desistir das minhas razões.

A minha irmã

Pela companhia sempre solidária, nas horas solitárias dos becos sem saída que a vida nos tramou, tive a certeza da sua presença. Desde muito cedo, sei que não você, mas nossa irmandade faz abrigo, a imagem de um novelo de lã no inverno, aos tantos entretantos e tombos da vida.

A Juliana Boarati

Pela paciência e carinho empregados na maior demonstração esperançosa, de que corações se reconstroem, almas se reencontram e vida podem sempre trilhar outros caminhos. Uma palavra a mais, um truque diferente, um copo de água, um passo a frente e quem sabe mais o que se pode tirar da sua cartola. Minha companheira de caminhada, sempre a me alertar de um tropeço ou outro.

Agradecimientos

Dra. Albina Rodrigues Torres

Pelo caráter acolhedor e firme de sua pessoa, pelo aceite desse convite e desafio. Pude presenciar o suficiente para afirmar que enquanto clínica e pesquisadora, a ética, seriedade e compromisso são aos meus olhos, as forças matrizes de uma admirável simplicidade dedicada a produção de conhecimento e tratamento de pacientes.

Ao Dr. Evandro Borgo

Companheiro nessa empreitada, testemunha dos impasses, dificuldades intrínsecas a esse tipo de trabalho, arquiteto de malabarismos e autor de frases de impacto. Que continuemos nossa amizade.

A toda família Volpato

Que carinhosamente me acolheu de maneira absolutamente fundamental em uma etapa da minha vida que coincide com um lugar extremamente especial chamado Botucatu. Dedico o meu respeito, admiração e carinho eterno a cada experiência particular e coletiva que vivemos juntos.

A todos os amigos e colegas de Botucatu

Para um paulistano nascido na avenida paulista, nada mais precioso que conhecer e compartilhar a vida com esse espírito de companheirismo e simplicidade que encontrei em cada amigo que fiz durante esse tempo.

A toda a equipe de pós-graduação da Saúde Coletiva

Responsáveis pela divulgação e produção de conhecimento, sempre de maneira muito democrática que felizmente pude vivenciar nesse tempo todo de mestrado.

SUMÁRIO

Resumo	10
<i>Abstract</i>	12
1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Características Clínicas do Transtorno de Pânico e da Agorafobia	14
1.2. Critérios Diagnósticos do Transtorno de Pânico e da Agorafobia	17
1.3. Comorbidades Psiquiátricas no Transtorno de Pânico	18
1.4. Epidemiologia do Transtorno de Pânico e da Agorafobia	19
1.5. Comportamentos Suicidas: Definições e Prevalência na População Geral	20
1.6. Relação entre o Transtorno de Pânico e Comportamentos Suicidas	23
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	28
3. OBJETIVO	28
3.1. Objetivo geral	28
3.2. Objetivos específicos	28
4. HIPÓTESES	28
5. MÉTODO	29
5.1. Desenho do estudo	29
5.2. Sujeitos	28
5.3. Instrumentos de Avaliação	29
5.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e clínicos	29
5.3.2. <i>Panic and Agoraphobia Scale - PAS</i>	30
5.3.3. <i>MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW - M.I.N.I.</i>	31
5.4. Contexto da Pesquisa, Procedimentos e Considerações Éticas	32
5.5. Análise estatística	32
6. RESULTADOS	33

6.1. Características Sociodemográficas da Amostra (Análise Descritiva).	33
6.2. Características Clínicas da Amostra (Análise Descritiva).	34
6.3. Prevalência dos desfechos relacionados à Suicidalidade (Análise Descritiva).	37
6.4. Associação entre os diferentes desfechos de suicidalidade.....	39
6.5. Associação das Variáveis Explanatórias com os Desfechos (Análise Bivariada).	40
6.5.1. Achar que não valia a pena viver.	40
6.5.2. Desejar estar morto.....	43
6.5.3. Ideação Suicida.....	46
6.5.4. Planejamento Suicida.....	49
6.5.5. Tentativa(s) de Suicídio.....	49
6.5.6. Regressão logística.....	52
6.5.7. Síntese dos Resultados das Análises de Associação dos Desfechos de Suicidalidade na vida.....	53
7. DISCUSSÃO.....	55
7.1. Prevalência dos Comportamentos Suicidas e Fatores associados.....	55
7.2. Achar que a vida não valer a pena ser vivida	58
7.3. Desejar estar morto.....	60
7.4. Ideação suicida	61
7.5. Planejamento suicida.....	64
7.6. Tentativas de suicídio	66
7.7. Limitações.....	67
8. CONCLUSÕES.....	69
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
10. ANEXOS.....	88

Suicidalidade em pacientes com transtorno de pânico e agorafobia: prevalência e fatores associados.

Resumo

Introdução: Os transtornos psiquiátricos são os principais fatores de risco para comportamentos suicidas ou “suicidalidade”, mas são relativamente escassos os estudos sobre este tema com portadores de transtornos de ansiedade em geral e transtorno de pânico (TP) em particular. A maioria dos pacientes com TP que procura tratamento apresenta agorafobia associada. Pesquisas sobre suicidalidade em pacientes com TP ainda são poucas e inconclusivas, não havendo estudos nacionais publicados sobre o tema.

Objetivos: Este estudo objetivou estimar a prevalência de vários comportamentos suicidas na vida (achar que não vale a pena viver, desejar estar morto, ideação suicida, planejamento e tentativas de suicídio) em pacientes com TP e agorafobia (TPA), assim como avaliar fatores sócio-demográficos e clínicos associados à ocorrência de tais comportamentos.

Método: Estudo transversal, com uma amostra clínica de conveniência de pacientes adultos (18 anos ou mais) portadores de TPA (critérios do DSM-IV) em tratamento em uma clínica privada de Bauru e no ambulatório de transtornos ansiosos e obsessivo-compulsivos (ATAOC) da Faculdade de Medicina de Botucatu–Unesp de janeiro de 2011 a outubro de 2013. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: um questionário especialmente elaborado para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos, a *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)* para avaliar a gravidade dos sintomas de TPA e a *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)* para avaliar a ocorrência de comorbidades psiquiátricas. Calculou-se a prevalência de comportamentos suicidas (desfechos de interesse) e, a seguir, foram feitas análises bivariadas entre estes e diversas variáveis sociodemográficas e clínicas. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste de qui-quadrado ou de Fisher, quando indicado, e para variáveis quantitativas (ex. idade, anos de escolaridade, pontuação na PAS) utilizaram-se os testes de t de Student (distribuição normal) e Mann-Whitney (distribuição não normal).

Resultados: Foram avaliados 45 pacientes, sendo 30 (66,7%) mulheres e 15 (33,3%) homens, com idade média

34,8 anos (variação: 19 a 68 anos). A gravidade média dos sintomas foi de 28,7, variando de 11 a 42 pontos na PAS (máx: 56). A maioria (68,9%) apresentou pelo menos uma comorbidade, sendo mais frequente depressão (68,9%), seguida de fobia social (FS: 40,0%), transtorno de ansiedade generalizada (TAG: 35,6%) e transtorno obsessivo-compulsivo (TOC: 28,9%). Em relação aos comportamentos suicidas, 29 (64,4%) pacientes relataram já ter achado que não valia apenas viver, 26 (57,8%) já haviam desejado estar mortos, 17 (37,8%) já haviam tido pensamentos suicidas, 10 (22,2%) já haviam planejado suicídio e cinco (11,1%) já tinham tentado suicídio. As seguintes variáveis se associaram significativamente com cada um dos desfechos na análise bivariada: 1) achar que não valia a pena viver: sexo feminino, autoavaliação da saúde como regular, ruim ou muito ruim, e maior pontuação global e na subescala de incapacidade da PAS; 2) desejar estar morto: autoavaliação da saúde como regular, ruim ou muito ruim, maior pontuação global e na subescala de incapacidade da PAS, comorbidade com depressão, FS e TOC; 3) ideação suicida: doença física auto-relatada e comorbidade com TOC; e 4) planejamento suicida: menor escolaridade e comorbidade com TOC. Já nos modelos de regressão logística, o desfecho “achar que não valia a pena viver” se manteve associado apenas a sexo feminino e maior incapacidade na PAS, “desejar estar morto” à comorbidade com depressão, “ideação suicida a doença física auto-relatada, e planejamento suicida a comorbidade com TOC. **Conclusões:** A prevalência de comportamentos suicidas encontradas em portadores de TPA foi superior à população em geral e semelhante a outros transtornos psiquiátricos como TOC, TAG, TEPT e FS. Houve forte associação entre os comportamentos suicidas entre si, porém diferentes variáveis explanatórias se associaram aos comportamentos suicidas avaliados. Profissionais de saúde que atendem portadores de TPA devem estar atentos para a ocorrência de tais comportamentos, particularmente nas mulheres, nos pacientes com maior nível de incapacidade pelo TPA e naqueles que apresentam comorbidade com doença física, depressão e TOC. O tema do presente estudo é complexo e exige mais estudos clínicos e comunitários, com outros delineamentos, e que avaliem um número maior de pacientes e de possíveis fatores de risco para suicidalidade nessa população.

Abstract

Suicidality in patients with panic disorder and agoraphobia: prevalence and associated factors.

Introduction: Psychiatric disorders are the main risk factors for suicidal behaviors or 'suicidality', but there are few studies on this issue involving patients with anxiety disorders in general and panic disorder (PD) in particular. Most PD patients that seek treatment have agoraphobia associated to the disorder (PAD). Investigations of suicidality among PAD patients have been largely inconclusive and there are no Brazilian publications on this issue. **Objectives:** this study aimed to estimate the prevalence of various lifetime suicidal behaviors (feeling that life is not worth living, wishing to be dead, suicidal thoughts, plans and attempts) in PAD patients and to evaluate sociodemographic and clinical factors associated with these behaviors. **Method:** A cross-sectional study was conducted with a sample of adult patients presenting PAD (DSM-IV criteria) undergoing treatment in a private clinic in Bauru and in the outpatient service for anxiety and obsessive-compulsive disorders at Botucatu Medical School - São Paulo State University from January 2011 to October 2013. The assessment instruments used were: a questionnaire designed to collect sociodemographic and clinical data, the Panic and Agoraphobia Scale (PAS) to evaluate PAD clinical severity and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) to evaluate the co-occurrence of other psychiatric disorders. Initially, the prevalence of the outcomes of interest (suicidal behaviors) was calculated; then, bivariate analyses were performed between these outcomes and several demographic and clinical variables. For the categorical explanatory variables the Chi-squared and the Fisher exact tests were used, whereas for the quantitative variables (e.g.: age, schooling years, PAS score) the Student t test (normal distribution) and the Mann-Whitney test (non-normal distribution) were used. **Results:** 45 patients (66.7% women and 33.3% men) were assessed. Ages ranged from 19 to 68; mean: 34.8 years. The average PAS score was 28.7, with values ranging from 11 to 42 points (maximum: 56). Most (68.9%) of the patients had at least one co-morbidity, the most frequent being depression (68.9%), followed by social anxiety disorder (SAD - 40.0%),

generalized anxiety disorder (GAD - 35.6%) and obsessive-compulsive disorder (OCD - 28.9%). Regarding suicidal behaviors, 29 patients (64.4%) reported having already felt that life was not worth living, 26 (57.8%) had already wished to be dead, 17 (37.8%) had had suicidal thoughts and 5 (11.1%) had attempted suicide. In the bivariate analysis, the variables that were significantly associated with each suicidal behavior were: 1) feeling life was not worth living: female gender, self-evaluation of health as fair, bad or very bad, PAD global severity and incapacitation severity (PAS subscale); 2) wishing to be dead: self-evaluation of health as fair, bad or very bad, PAD global severity and incapacitation severity, and co-morbidity with depression, SAD and OCD; 3) suicidal thoughts: self-reported physical disease and co-morbidity with OCD; and 4) suicidal plans: low educational level and co-morbidity with OCD. In the logistic regression “feeling life was not worth living” remained associated only with female sex and greater incapacitation; “wishing to be dead” with co-morbid depression; and suicidal plans with co-morbid OCD. **Conclusion:** The prevalence of suicidal behaviors among PAD patients was higher than in the general population and similar to that of other psychiatric disorders such as OCD, GAD, PTSD and SAD. There was a notable association of the suicidal behaviors with one another but different explanatory variables were associated with each of them. Health workers treating PAD patients should be aware of the possibility of suicidal behaviors, especially among women, patients severely incapacitated by the disorder and those presenting co-morbid physical illnesses or OCD. The theme addressed by the present study is complex and more clinical and community studies are needed, with a larger number of patients, other study designs and evaluating other possible risk factors for suicidality in this population group.

INTRODUÇÃO

1.1. Características Clínicas do Transtorno de Pânico e da Agorafobia

O transtorno de pânico (TP) é classificado como um transtorno de ansiedade na quarta versão do manual norte-americano *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*—DSM-IV (APA, 1994), na versão revista – DSM-IV-TR (APA, 2000), na versão mais recente – DSM-5 (APA, 2013), assim como na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde – CID-10 (OMS, 1993). Segundo um estudo sobre cronicidade dos transtornos mentais (Bruce et al., 2005), o TP é uma doença crônica que tem alta probabilidade de persistir em um período de 12 anos e, em caso de recuperação, a probabilidade de reincidência do transtorno também é alta. Ainda nesse estudo, se avaliou a porcentagem de tempo que os pacientes apresentavam sintomas durante esse período. Os pacientes com TP em média permaneceram sintomáticos 78% do tempo.

A principal característica clínica do TP são crises ou ataques recorrentes e súbitos de extrema ansiedade, acompanhados de diversos sintomas físicos (ex.: taquicardia, falta de ar, dor ou opressão no peito, sudorese, tremores, parestesias, tontura, sensação de desmaio, ondas de frio e calor, náuseas, dores abdominais e diarreia) e psíquicos (ex.: desrealização, despersonalização, sensação de morte iminente). Os ataques duram em média de 10 a 30 minutos, mas a intensidade e a imprevisibilidade destes, freqüentemente fazem com que o paciente sinta uma constante ameaça de ter novos episódios. Inicia-se então um ciclo vicioso de o “medo do medo”, que consiste na hipervigilância do paciente em relação a suas sensações corporais (Barlow et al., 1989).

Segundo Clark (1986), o indivíduo começa a interpretar as sensações corporais através de avaliações catastróficas, como medo de desmaiar, de enlouquecer ou perder o controle, e intenso medo de morrer, principalmente de infarto ou acidente vascular encefálico (AVE). Assim, a possibilidade de ter um novo ataque se torna uma nova cognição catastrófica, prejudicando consideravelmente a qualidade de vida do paciente.

Em geral, diversas situações passam a ser evitadas pelo paciente, pelo

medo de ter um ataque de pânico e não ser prontamente socorrido, caracterizando a agorafobia (AG), comorbidade psiquiátrica extremamente comum no TP. A dependência de uma companhia de segurança, em geral um familiar próximo, é também uma característica bastante frequente nestes pacientes (APA, 1994; 2000; 2013). Assim, a agorafobia tem como característica clínica central a sensação angustiante de se encontrar em lugares onde o indivíduo julga ser difícil escapar em caso de mal-estar ou ataque de pânico. Esse medo central gera diversos tipos de comportamentos de esquiva, fazendo que o indivíduo evite diversos lugares e situações, ou ficar sozinho. A AG é um transtorno psiquiátrico independente, porém clinicamente apresenta uma forte associação com o TP, de maneira que a comorbidade de ambos é mais freqüente que a apresentação clínica pura de cada um deles, particularmente em amostras clínicas (Bernik e Corregiari, 2011).

Por outro lado, as relações entre o TP e AG apresentam divergências na literatura. Em um estudo de revisão realizado por Witchen et al.(2010) sugere-se que a AG deveria ser considerada um transtorno psiquiátrico independente do TP por sua alta prevalência em amostras comunitárias, sendo que aproximadamente metade dos casos seria independente do TP, e pelas evidências de prejuízo, incapacidade e curso persistente da AG independente do TP.

Segundo Bernik e Corregiari (2011), a idade média de início do TP é na terceira década de vida, mas metade dos adultos portadores de TP relata problemas relevantes de ansiedade já na infância e a gravidade e a freqüência dos ataques de pânico são variáveis, mas trata-se de uma condição crônica e incapacitante, freqüentemente agravada pela AG. Estima-se que em contextos clínicos mais de $\frac{3}{4}$ dos pacientes com TP apresentem esquiva agorafóbica. Na visão da psiquiatria americana, a AG quase sempre seria uma complicação do TP ou estaria relacionada à ocorrência de sintomas de pânico. Assim esses autores afirmam que: a) em contextos clínicos a AG está quase sempre associada ao TP e a maioria dos pacientes relata ataques de pânico antecedentes; b) ataques de pânico são importante fator de risco para AG; c) sintomas agorafóbicos limitados podem preceder a eclosão de crises de pânico e; d) o TP com AG associa-se a curso mais grave e crônico do que o TP sem AG (Bernik e Corregiari, 2011).

O TP é, portanto, um quadro geralmente crônico e mais comum em mulheres do que em homens, numa proporção aproximada de 2:1 em pacientes sem AG e de 3:1 em pacientes com AG (Bernik e Corregieri, 2011). Ainda em relação à cronicidade do TP, são escassos os estudos que avaliam tanto os fatores associados à perpetuação dos sintomas quanto os fatores associados ao prognóstico favorável. Porém, em estudos clínicos a presença e a gravidade da AG associada, características de personalidade e comorbidade com depressão estariam associados à cronicidade do TP (Batelaan et al., 2010). Por outro lado, as seguintes variáveis associaram-se à remissão dos sintomas: gênero feminino, ausência de dificuldades durante o curso da doença e baixa frequência de ataques de pânico no início do quadro (Batelaan et al., 2009).

Em um estudo americano (Gadernann et al., 2012) que avaliou a sobrecarga relacionada aos transtornos mentais (*"disease burden"*), quatro deles se associaram a maior sobrecarga nas análises bivariadas: transtorno afetivo bipolar, depressão maior, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e o TP. Porém, após análise multivariada para controle de comorbidades, depressão e TP foram os transtornos que permaneceram associados a maior sobrecarga aos pacientes. Em um estudo epidemiológico britânico (Skapinakis et al., 2011), inatividade econômica por problema crônico de saúde associou-se significativamente tanto a casos clínicos quanto subclínicos de TP, indicando de modo indireto o importante prejuízo funcional desses pacientes. No estudo de Tilli et al. (2012) na atenção primária, o TP associou-se a menor nível educacional e menor probabilidade de trabalhar em tempo integral.

De acordo com o estudo realizado por Lochner et al.(2003), cujo objetivo foi comparar a qualidade de vida(QV) de pacientes com TP, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), e fobia social (FS) e avaliar as particularidades de cada transtorno, todos eles apresentaram escores gerais semelhantes nas escalas de QV. Entretanto, os pacientes com TOC apresentaram maiores dificuldades na vida familiar e nas atividades do dia a dia, os fóbicos sociais em atividades de lazer e na vida social, enquanto os pacientes com TP foram menos capazes de evitar a automedicação sem a devida orientação médica e também apresentaram mais prejuízos nas atividades de lazer.

Em outro estudo que avaliou QV em transtornos ansiosos (Barrera e Norton, 2009), foram comparados portadores de TP, FS e transtorno de

ansiedade generalizada (TAG). O grau de comprometimento funcional entre eles foi similar e bem maior que de adultos sem transtornos de ansiedade, e a comorbidade com depressão apresentou forte associação com o impacto negativo na QV desses pacientes.

Em estudo recente (Chen et al.,2013), as variáveis associadas a baixa QV nesses pacientes foram: diagnóstico tardio, presença de comorbidades, doenças físicas e altos índices de visitas em serviços de pronto-socorro.

1.2. Critérios Diagnósticos do Transtorno de Pânico e da Agorafobia

De acordo com o DSM-IV (APA, 1994), os seguintes critérios definem os dois transtornos:

- (1) Ataques de Pânico recorrentes e inesperados
- (2) Pelo menos um dos ataques foi seguido pelo período mínimo de um mês de uma (ou mais) das seguintes características:
 - a) Preocupação persistente acerca de ter ataques adicionais.
 - b) Preocupação acerca das implicações do ataque ou suas consequências (ex: perder o controle, ter um ataque cardíaco, enlouquecer etc).
 - c) Alteração comportamental significativa relacionada aos ataques.
- (3) Presença ou ausência de agorafobia
- (4) Os ataques de pânico não são decorrentes de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (drogas ou medicamentos) ou de uma condição médica geral (ex: hipertireoidismo).
- (5) Não são mais bem explicados por outro transtorno mental.

Presença de Agorafobia:

(1) A ansiedade acerca de estar em locais ou situações de onde possa ser difícil (ou embaraçoso) escapar ou onde o auxílio pode não estar disponível, na eventualidade de ter um ataque de pânico inesperado ou predisposto pela situação, ou sintomas do pânico. Os temores agorafóbicos tipicamente envolvem agrupamentos característicos de situações, que incluem: estar fora de casa desacompanhado, estar em meio a uma multidão ou em uma fila, estar em uma

ponte, viajar de ônibus, trem ou automóvel.

Nota: Considerar o diagnóstico de fobia específica, se a esquiva se limita a apenas uma ou algumas situações específicas ou de fobia social, se a esquiva se limita a situações sociais.

(2) As situações são evitadas (por ex.: viagens são restringidas) ou suportadas com acentuado sofrimento ou com ansiedade acerca de ter um ataque de pânico ou sintomas ou que exigem companhia.

(3) A ansiedade ou esquiva agorafóbica não é mais bem explicada por outro transtorno mental.

1.3. Comorbidades Psiquiátricas no Transtorno de Pânico

Os resultados da avaliação da presença de comorbidades no estudo epidemiológico de Kessler et al. (2006) foi de que 100% desses pacientes apresentam pelo menos mais algum outro transtorno mental. Ainda nesse estudo, 95% dos pacientes apresentam pelo menos mais um transtorno de ansiedade, 64% pelo menos um transtorno de humor, 63% algum transtorno de controle de impulsos, 31% dependência e/ou abuso de álcool e drogas e metade dos pacientes apresentava depressão maior. Os transtornos de ansiedade mais comuns comórbidos com o TP foram: fobia específica (74%), FS (66%) e TAG (32%).

De acordo com Albert et al. (2006), 81% dos pacientes com TP apresentam pelo menos mais um transtorno mental. Estudo realizado em 2004 por Biederman et al. indicou que os transtornos mentais mais fortemente associados com o pânico são: agorafobia, depressão maior, fobia simples, TOC, TAG e ansiedade de separação. Em um estudo finlandês que avaliou 49 pacientes da atenção primária (Tilli et al., 2012), 98% apresentavam alguma comorbidade psiquiátrica, principalmente depressão maior e outros transtornos ansiosos.

No estudo de Starcevic et al. (2008), 83,4% dos pacientes apresentavam pelo menos mais um transtorno mental além do TP com agorafobia, sendo que 72% dos casos apresentavam algum outro transtorno de ansiedade, 48,4% TAG, 51,6% alguma fobia específica e 47,1% depressão maior atual. Além disso,

pacientes do sexo masculino foram significativamente mais propensos a terem histórico de abuso de álcool e drogas e hipocondria, enquanto as mulheres apresentaram mais comorbidade com outros transtornos de ansiedade. Segundo Nepon et al. (2010), 31,2% dos pacientes com TP na comunidade apresentam também depressão maior no último ano. De acordo com Bernik e Corregiari (2011) a prevalência atual de depressão nos pacientes com TP é de 38%, sendo também a comorbidade mais comum em pacientes com TP e AG.

Bruce et al. (2005) acompanharam por 12 anos pacientes portadores de diversos transtornos mentais (TP, TAG, FS e depressão maior), com o objetivo de avaliar a influência das comorbidades na recorrência e a recuperação dessas pessoas. Pacientes com FS e TP apresentaram menor probabilidade de recuperação no tempo descrito. Com exceção do TP sem AG, todos os transtornos estudados continuaram presentes após mais de uma década do diagnóstico. Esse estudo demonstra que os transtornos de ansiedade no geral apresentam baixos níveis de recuperação e altos índices de recorrência, particularmente se apresentam comorbidades. E, no TP, a ocorrência de comorbidades TP é mais a regra do que a exceção.

1.4. Epidemiologia do Transtorno de Pânico e da Agorafobia

Segundo o importante levantamento epidemiológico norte-americano “*National Comorbidity Survey Replication*” (Kessler et al., 2005), aproximadamente 4,7% da população geral adulta apresentou em algum momento de suas vidas o TP, enquanto a prevalência no ano anterior foi de 2,7% (Kessler et al., 2005). Estimativas para pessoas com 13 anos ou mais nos EUA foram de 6,8% na vida e 2,4% no último ano (Kessler et al., 2012).

Outro estudo realizado na Inglaterra (Skapinakis et al., 2011) encontrou 1,7% de prevalência atual de TP com ou sem AG na população geral, e estudo realizado na Suíça (Carlbring et al., 2002) obteve prevalência no último ano de 2,2%.

Um estudo de revisão da epidemiologia do TP (Goodwin et al., 2005) reuniu dados de vários estudos europeus, sendo alguns deles específicos para avaliar a prevalência do TP no último ano. Os resultados foram: na Finlândia,

1,9% (Pirkola et al., 2005);Suiça, 0,5-0,9%(Vollrath et al.,1990); Inglaterra, 1,0%(Jenkins et al., 1997);Munique – Alemanha,1,2%(Witchen et al., 1998); Hungria, 3,1%(Szadoczky et al.,2000); Islândia,1,1%(Stefansson et al., 1994);Florença -Itália,1,4% (Favarelliet al., 2004); Holanda, 2,2% (Bijl et al., 1998);Noruega, 2,6%(Kringlen et al., 2001); Irlanda do Norte, 2,4%(McConnell et al., 2002) e Alemanha, 2,3%(Jacobi et al., 2004).

De acordo com um estudo epidemiológico brasileiro que mapeou a prevalência de diversos transtornos mentais na cidade de São Paulo (Andrade et al.,2002), 1,6% da população paulistana apresenta TP ao longo da vida. Em outro estudo posterior do mesmo grupo de pesquisadores (Andrade et al.,2012),a prevalência encontrada foi de 1,1% no último ano, sendo que 56,6% desses casos foram considerados graves.

1.5. Comportamentos Suicidas: Definições e Prevalência na População Geral

Um dos principais desafios para os profissionais da área de saúde mental é prevenir mortes por suicídio. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), um milhão de pessoas se suicidam por ano em todo o mundo, o que representa aproximadamente um suicídio a cada 45 segundos em algum lugar do mundo, número superior a todas as demais mortes violentas como o homicídio, acidentes e guerras -somadas (Bertolote,2012). Assim, a prevenção de tais mortes é uma das prioridades da OMS, que desenvolveu um programa específico com este fim, o *WHO Suicide Prevention Program- SUPRE* (Bertolote e De Leo, 2012).

É importante destacar, porém, o caráter multifatorial e extremamente complexo dos comportamentos suicidas, que envolvem componentes genéticos, psicossociais e ambientais (Gershon, 2007). Entre os diversos fatores de risco envolvidos nas mortes por suicídio, podemos salientar as doenças mentais, o uso nocivo de álcool ou drogas, história de crises de pânico, alta recente de hospital psiquiátrico, predisposição genética, história de abuso, divórcio, desemprego, sexo masculino, pensamentos suicidas persistentes - especialmente se associados a planejamento - e tentativas de suicídio prévias (Sadock, 2012).

Assim, os comportamentos suicidas (também conhecidos como “suicidalidade”) são em geral um fenômeno progressivo que começa na ideação suicida, passa para o planejamento, podendo vir a se tornar uma tentativa de suicídio e, eventualmente, uma morte consumada (Kuo et al., 2001; Bertolote et al., 2005; Nock et al., 2008). De acordo com Bertolote (2012), apesar de haver algumas tentativas de suicídio mais impulsivas ou sem planejamento, os comportamentos suicidas em geral começam na ideação suicida, caracterizada por pensamentos mais ou menos vagos sobre a própria morte e sobre o morrer, podendo sua ocorrência ser recorrente, flutuante ou persistente. Tal ideação se torna um planejamento quando envolve um detalhamento a respeito da forma de se matar e a respeito de sua própria morte, podendo então se tornar uma tentativa, que pode ou não ser fatal.

Esses comportamentos são tão inter-relacionados entre si que estudos indicam que o melhor fator preditor de comportamento suicida é algum comportamento suicida prévio (Borges et al., 2008). Outro estudo, realizado na Itália (Scocco et al., 2008), aponta para esse processo de continuação (ou *continuum*) dos comportamentos suicidas: dentre as pessoas com ideação suicida, 25% teriam probabilidade de planejar uma tentativa e, das que planejam, 50% teriam chance de tentar o ato. Alguns autores, como Thompson et al. (2012) destacam que o processo suicida implica numa progressão que se inicia antes mesmo da ideação, com um desejo de morte com baixa intencionalidade, que seria um precursor dos comportamentos suicidas, que culminariam no suicídio completado.

Existe também uma diferenciação importante relatada na literatura em relação a gênero nos comportamentos suicidas. Mulheres apresentam ideação suicida com maior frequência que os homens, que por sua vez tentam e cometem mais suicídio que as mulheres (Caneto e Sakinofsky 1998). Os métodos utilizados nas tentativas de suicídio também apresentam variação relevante, as mulheres normalmente utilizam métodos não violentos, tais como envenenamento e ingestão de remédios, enquanto os homens mais frequentemente usam armas de fogo e pulam de lugares altos (Varnik et al., 2008; Kupferschmid et al., 2013; Denning et al., 2000).

No estudo epidemiológico italiano de Scocco et al. (2008), os dados de prevalência na vida de ideação, planejamento e tentativa foram de 3,0%, 0,7% e

0,5%, respectivamente. Em um estudo recente realizado na França (Husky et al., 2013) com amostra comunitária de 27.653 indivíduos entre 15 e 85 anos as prevalências de ideação e tentativas no último ano foram de 3,9% e 0,5%. Por outro lado, na população geral adulta da Inglaterra em 2007 a prevalência de ideação e tentativas foi de 13,7% e 4,8%, respectivamente, enquanto no sudeste de Londres, que é uma região socialmente desfavorecida, foi ainda mais alta (20,5% e 8,1%), sendo que tentativas se associaram a pior nível econômico (Aschan et al., 2013). Levantamento de base populacional conduzido em Israel (Levinson et al., 2007), com 4.859 pessoas maiores de 21 anos, encontrou 5,5% de ideação suicida na vida e 1,4% de tentativas. Segundo os autores, o ano subsequente ao início da ideação suicida é o período de maior risco de uma tentativa, as pessoas de maior risco são os portadores de transtornos mentais e, nestes, a transição de ideação à tentativa tem mais chance de ter sido planejada (Levinson et al., 2007).

Em um estudo chinês (Lee et al., 2007), a prevalência na vida de ideação, planejamento e tentativa foi de 3,1%, 0,9% e 1%, respectivamente. Nesse mesmo estudo, 29,5% das pessoas com ideação suicida tinham probabilidade de realizar um planejamento e 32,3% de cometer uma tentativa. Nos EUA, 3,7% da população adulta apresentou pensamentos suicidas entre 2008 e 2009, 1,0% relatou planejamento suicida e 0,5% haviam tido pelo menos uma tentativa de suicídio (Crosby et al., 2011). Já em levantamento com adolescentes de 13 a 18 anos, a prevalência de pensamentos, planos e tentativas na vida foi de 12,1%, 4,0% e 4,1%, respectivamente (Nock et al., 2013).

No Brasil, um estudo realizado por Marín-Leon et al. (2012) descreveu 5,7 mortes por 100.000 habitantes em média no país por suicídio, apontando a necessidade de desenvolver treinamentos para profissionais de saúde se capacitarem para lidar com esse grave problema de saúde pública.

Inquérito domiciliar realizado na cidade de Campinas (SP) com 515 pessoas maiores de 14 anos da comunidade (Botega e Garcia, 2004; Botega et al., 2005) obteve as seguintes prevalências de ideação, planejamento e tentativas de suicídio na vida: 17,1%, 4,8% e 2,8%. Esses resultados são semelhantes aos descritos na maioria dos estudos feitos em outros países. Ressalte-se que apenas um terço das tentativas de suicídio foram atendidas em serviços médicos, e a ideação suicida foi mais prevalente entre mulheres, adultos jovens (20-29 anos),

peessoas que moravam sozinhas e que tinham indicadores de transtornos mentais ou sofrimento psíquico (Botega et al., 2005).

Estudar e compreender os aspectos não fatais dos comportamentos suicidas é extremamente importante, pois o processo geralmente se inicia com comportamentos não fatais, podendo se tornar um suicídio consumado. Dessa maneira, se justificam a importância e a necessidade de se estudar em tais aspectos desse processo, a fim de evitar mortes por suicídio que, como podemos observar pelos dados da OMS, são um grave problema de saúde pública em todo o mundo (Bertolote, 2012).

1.6. Relação entre o Transtorno de Pânico e Comportamentos Suicidas

Os transtornos psiquiátricos são considerados, de forma consensual na literatura, como os maiores fatores de risco para comportamentos suicidas no mundo todo (Mortensen et al., 2000; Kuo et al., 2001; Levinson et al., 2007; Scocco et al., 2008; Khasakhala et al., 2011). Sabe-se que a vasta maioria das pessoas que apresentam comportamentos suicidas tem algum transtorno mental (Nock et al., 2013). No estudo de Rao et al.(2013) 93% dos pacientes que tiveram tentativas de suicídio apresentavam pelo menos um transtorno mental. Haveria ainda uma relação positiva entre o número de transtornos mentais e risco de comportamentos suicidas (Khasakhala et al., 2011). Em um estudo realizado na Dinamarca (Mortensen et al.,2000), concluiu-se que a melhor estratégia de combater o suicídio era detectando e tratando precocemente transtornos mentais, dada a estreita e forte associação entre os essas doenças e os comportamentos suicidas. Outro trabalho que fortalece essa visão foi realizado na Itália por Scocco et al. (2008), concluindo também que a melhor maneira de se prevenir o *continuum* suicida é tratando os transtornos mentais.

É necessário destacar não apenas o importante papel dos transtornos psiquiátricos nos comportamentos suicidas, mas também da co-ocorrência (comorbidade) entre eles, aspecto rotineiro na prática clínica. Por exemplo, em um estudo com 100 pessoas atendidas em um hospital geral que haviam realizado a primeira tentativa de suicídio, constatou-se que 93% delas tinham pelo

menos um transtorno mental, 48% pelo menos uma comorbidade entre transtornos do eixo I e eixo II (sendo mais comuns entre estes os transtornos de personalidade *borderline* e anancástico), 51,6% pelo menos mais alguma comorbidade psiquiátrica de eixo I e 47% algum transtorno de humor. Em outro estudo, concluiu-se que a comorbidade com transtornos de ansiedade também aumentam o risco de comportamentos suicidas (Pfeiffer et al., 2009).

Porém, as pesquisas sobre comportamentos suicidas em portadores de transtornos mentais centraram-se por muito tempo nos transtornos de humor (particularmente depressão), esquizofrenia, transtornos da personalidade (principalmente transtorno *borderline*) e abuso de substâncias, negligenciando aos transtornos ansiosos em geral (Torres et al., 2011).

Estudos mais recentes, porém, realizados na Holanda (Sareen et al., 2005), Nova Zelândia (Beutrais et al., 2006; Boden et al., 2007), China (Lee et al., 2007), Itália (Scocco et al., 2008) e Estados Unidos (Baton et al., 2008; Norton et al., 2008; Cogle et al., 2009) demonstraram que os transtornos de ansiedade são fatores de risco para ideação e tentativas de suicídio, mesmo após com o controle da comorbidade com depressão. Na Austrália, Batterham et al. (2013), num estudo de coorte populacional de quatro anos de seguimento, relataram que sintomas ansiosos contribuíram com maior risco para incidência de depressão e de ideação suicida do que sintomas depressivos prévios, particularmente na população mais jovem. Estudo feito com pacientes portadores de depressão (Pfeiffer et al., 2009) indicou que sintomas ansiosos presentes nesses pacientes agravaram os comportamentos suicidas. Ressalte-se que dentre as comorbidades, o TAG e o TP foram os quadros comórbidos com maior aumento do risco.

De modo similar, em portadores de transtorno bipolar, a presença de transtornos ansiosos mais do que dobraria a ocorrência de ideação e tentativas de suicídio, além de se associar a maior gravidade da ideação, maior crença de que o suicídio seria um alívio e maior expectativa de comportamentos suicidas futuros (Simon et al., 2007).

Entre indivíduos que relataram história de tentativas de suicídio num importante estudo epidemiológico americano (Nepon et al., 2010), mais de 70% tinham algum transtorno de ansiedade. Estudo de revisão sobre transtornos ansiosos e comportamentos suicidas (Hawgood & De Leo, 2008) concluiu que,

apesar de não ser possível até aquele momento tirar conclusões firmes, alguns transtornos (TAG, TP e TOC) podem se associar independentemente à suicidalidade. Numa metanálise recente (Kanvwar et al., 2013), que incluiu 42 estudos observacionais, portadores de transtornos ansiosos apresentaram quase três vezes mais chance de algum comportamento suicida do que os não portadores. A literatura que investiga especificamente a ocorrência de comportamentos suicidas no TP iniciou com o estudo de Weissman et al., em 1989. Esse trabalho epidemiológico observou que 20% dos indivíduos portadores de TP já tinham feito pelo menos uma tentativa de suicídio na vida. O estudo sugeriu que tais indivíduos seriam um grupo altamente vulnerável para ideação, planejamento, tentativas e suicídios concretizados, ou seja, um grupo de risco para “suicidalidade” ou comportamentos suicidas em geral.

Hornig e Macnally (1995) analisaram os mesmos dados obtidos por Weissman et al. (1989) e chegaram a conclusões diferentes. Essa re-análise dos resultados indicou que o controle rigoroso de comorbidades no TP diminuiu significativamente os comportamentos suicidas, não confirmando a existência de associação direta com os sintomas do TP. A concepção predominante na literatura científica psiquiátrica atual é de que a ocorrência de comorbidades em geral é um fator importante para comportamentos suicidas. Por exemplo, um indivíduo com TEPT e comorbidade com depressão é significativamente mais vulnerável a comportamentos suicidas, se comparado a outro indivíduo que possui apenas TEPT. Porém, sabe-se que os transtornos mentais raramente são únicos ou “puros”; ou seja, comorbidade é a regra e não a exceção em Psiquiatria.

Não há consenso na literatura sobre haver ou não associação independente entre o TP e comportamentos suicidas (Schmidt et al., 2001). Dessa forma, podem-se separar basicamente em dois grupos os estudos que investigaram as relações entre TP e comportamentos suicidas: o primeiro grupo, que sugere que o TP é fator de risco para comportamentos suicidas (Weissman et al., 1989; Markowitz et al., 1989; Johnson et al., 1990; Friedman et al., 1992; Lepine et al., 1993; Norton et al., 1993; Cox et al., 1994; Warshaw et al., 1995; Schmidt et al., 2001; Huang et al., 2010; Nepon et al., 2010), e o segundo grupo, que não encontrou associações independentes entre o TP e “suicidalidade”

(Beck et al., 1991; Beck et al., 1992; King et al., 1995; Warshaw et al., 2000; Zonda et al., 2011).

Assim, um estudo recente conduzido na Hungria por Zonda et al. (2011) com 281 pacientes ambulatoriais demonstrou que os pacientes com TP sem comorbidades apresentam risco para suicidalidade semelhante ao da população geral. Na Hungria, Warshaw et al. (2000) sugerem que o TP não é associado a comportamentos suicidas se não estiver relacionado a outras comorbidades, como transtornos afetivos, abuso de substâncias, transtornos alimentares e transtornos de personalidade.

Por outro lado, o estudo de Schmidt et al. (2001) indica que o transtorno depressivo é um mediador relevante de comportamentos suicidas em indivíduos com TP, ou seja, como controle rigoroso do transtorno de humor os comportamentos suicidas diminuem sensivelmente. No entanto, mesmo após a remissão dos sintomas depressivos, o risco continuaria relevante. Segundo esses autores, o grau elevado de ansiedade antecipatória, hipervigilância e preocupação excessiva com as sensações corporais seriam fatores de risco independentes para comportamento suicida. Um estudo mais recente (Brown et al., 2010) obteve resultados semelhantes aos descritos acima. Um grupo de pacientes hospitalizados que apresentava depressão e TP com AG (TPA) foi comparado a um grupo com depressão apenas. Os primeiros apresentavam maior gravidade da depressão, mais história de tentativas de suicídio e maior risco atual. Mesmo após o controle de variáveis como a gravidade da depressão e outros fatores clínicos, a associação entre suicidalidade e TPA permaneceu significativa. Assim, os dados sugerem que esta não era mediada pela sintomatologia depressiva, sendo os portadores de TPA um grupo de maior risco para tais comportamentos.

Em outro estudo com 100 pacientes portadores de TP que tiveram graves tentativas de suicídio, Hall et al. (1999) observaram que os mais importantes preditores das tentativas foram: transtorno de humor com forte ansiedade, insônia, perdas e/ou conflitos recentes, anedonia e abuso de álcool. Na Turquia, um estudo populacional encontrou associação entre ideação suicida e TP (Atay et al., 2012). No levantamento de base populacional de Nepon et al. (2010), o TP e o TEPT foram os únicos transtornos de ansiedade que permaneceram associados com tentativas de suicídio, após ajuste para diversos fatores sócio demográficos e outros transtornos mentais. Já no estudo de Cougle et al. (2009), o TP associou-

se de modo independente à ideação suicida na amostra comunitária como um todo e a tentativas de suicídio apenas entre os homens. Da mesma forma, no estudo epidemiológico britânico de Skapinakis et al. (2011), a prevalência de ideação suicida no último ano foi considerada alta mesmo nos casos subclínicos de TP (razão de chances de 4,32), e independentemente da ocorrência de depressão ou TAG.

Na metanálise conduzida por Kanwar et al. (2013), portadores de TP tiveram significativamente maior chance tanto de ideação (razão de chances: 4,08) quanto de tentativas (4,39).

Katz et al. (2011) avaliaram, numa grande amostra comunitária, o papel de sintomas de pânico na ocorrência de tentativas de suicídio em portadores de depressão maior recorrente. Concluíram os autores que a presença de ataques de pânico no ano anterior à avaliação aumentou significativamente o risco de ideação e tentativas de suicídio na vida, além de aumentar o risco de tentativas entre aqueles que apresentavam ideação. Interessantemente, a presença de algumas cognições catastróficas específicas (medo de morrer, de enlouquecer ou perder o controle) associou-se mais fortemente as tentativas de suicídio. Da mesma forma, Yaseen et al. (2013) relataram que medo de morrer durante um ataque de pânico aumentou não só o risco de ideação suicida subsequente, quanto em sete vezes a chance de tentativa de suicídio, mesmo controlando-se para fatores demográficos, outras comorbidades e outros sintomas de pânico.

No estudo de Simon et al. (2007) com portadores de transtorno bipolar, 52% dos pacientes que fizeram tentativas de suicídio apresentavam também TP e 50% dos que apresentavam ideação suicida também. Assim, Kilbane et al. (2009), no trabalho de revisão *“A review of panic and suicide in bipolar disorders: does comorbidity increase risk?”*, concluíram que a comorbidade com TP aumenta o risco de comportamentos suicidas em portadores de transtorno bipolar.

Os resultados do estudo de Huang et al. (2010) sugerem que o TP gera e/ou agrava os sintomas de AG, mas que estes não seriam mediadores dos comportamentos suicidas. Já a gravidade e a quantidade dos sintomas de pânico, tiveram uma associação positiva com esse tipo de comportamento. O uso de álcool também se associou a um maior risco, assim como no estudo de Hall et al. (1999). O estudo também sugere que a ausência de suporte social agrava e

aumenta a listagem dos sintomas do TP, se tornando assim um preditor indireto de “suicidalidade” (Huang et al., 2013).

Não é por acaso que, ao discutirmos comportamentos suicidas no TP a questão da comorbidade deve ser levada em conta. No estudo de Rao et al. (2013), por exemplo, 93% dos pacientes apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico e a comorbidade foi considerada um dos fatores preditores mais importantes para comportamentos suicidas em geral.

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Pelo exposto, pode-se concluir que a literatura científica atual sobre a relação entre o TP e comportamentos suicidas apresenta resultados contraditórios e, portanto, ainda inconclusivos. Além disso, não foram encontrados estudos sobre o tema envolvendo amostras brasileiras de pacientes. Assim, consideramos justificada e relevante a investigação sistemática sobre “suicidalidade” em portadores de TP em nosso meio.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Avaliar a prevalência de comportamentos suicidas na vida (achar que não vale a pena viver, desejo de morte, ideação suicida, planejamento e tentativas de suicídio) em pacientes portadores de transtorno de pânico com agorafobia (TPA) em tratamento ambulatorial.

3.2. Objetivos Específicos

Avaliar os fatores sócio-demográficos e clínicos associados à ocorrência de comportamentos suicidas nessa população de pacientes.

Estudar se a associação entre TP e comportamentos suicidas é independente da presença de outras comorbidades psiquiátricas além da agorafobia (AG).

4. HIPÓTESES

Espera-se que pacientes portadores de transtorno de pânico com agorafobia (TPA) e outras comorbidades psiquiátricas tenham maior prevalência de comportamentos suicidas, se comparados ao grupo de pacientes apenas com TPA. Espera-se ainda que pacientes com sintomatologia mais grave do TPA apresentem maior prevalência de comportamentos suicidas (ideação, planejamento e tentativas de suicídio). Espera-se também que pacientes do sexo feminino, com menor renda, pior autoavaliação de saúde e comorbidade com depressão apresentem maior prevalência de comportamentos suicidas.

5. MÉTODO

5.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal com uma amostra clínica de conveniência de portadores de TPA, comparando-se os grupos de pacientes com e sem comportamentos suicidas para avaliar possíveis fatores associados à ocorrência de tais comportamentos.

5.2. Sujeitos

Pacientes consecutivos adultos (com 18 anos ou mais) com TPA, diagnosticados segundo critérios do DSM-IV (APA, 1994), em tratamento no ambulatório de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) ou em uma clínica privada de janeiro de 2011 a outubro de 2013. Só foram incluídos os pacientes que tiveram o diagnóstico de TPA confirmados pela M.I.N.I. (vide Instrumentos de Avaliação, a seguir) e que concordarem em participar do estudo, após terem sido informados de seus objetivos e métodos e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido de participação, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB – UNESP. Critérios de exclusão: pacientes menores de idade, que já não preenchiam critérios diagnósticos atuais para TPA (quatro casos) ou que se recusaram a participar do estudo.

5.3. Instrumentos de Avaliação

5.3.1. Questionário de dados sociodemográficos e clínicos (ANEXO 1).

Questionário especialmente elaborado para este estudo, que inclui dados sociodemográficos (sexo, idade, renda, escolaridade, ocupação, procedência, religião, situação conjugal, com quem mora, filhos) e clínicos (presença de doenças físicas, autoavaliação de saúde, idade de início do TP, número de idas ao pronto-socorro, exames e consultas com outros especialistas, tempo de sintomas até procurar tratamento, utilização de psicofármacos, psicoterapia, hospitalização psiquiátrica e dados referentes a comportamentos suicidas do paciente e familiares).

As questões relativas à suicidalidade ao longo da vida foram adaptadas do *Clinical Interview Schedule-Revised* (CIS-R; Lewis e Pelosi, 1990; Lewis et al., 1992), consistindo de perguntas diretas com respostas dicotômicas (sim/não) em relação a: achar que não valia a pena viver, desejar estar morto(a), já ter pensado em se suicidar, planejado a forma de fazê-lo ou tentado suicídio (se sim, quantas vezes, como, porque motivo e se precisou de tratamento na ocasião), ter ideação suicida no momento da entrevista, antecedentes familiares de suicídio ou tentativa de suicídio (vide Anexo 1).

5.3.2. *Panic and Agoraphobia Scale – PAS* (Bandelow, 1995) – ANEXO 2.

Esta escala avalia a gravidade do TPA, tendo sido traduzida para o português por Lotufo-Neto (2000) para uso em nosso meio. A PAS é um instrumento de fácil aplicação por entrevistador, contendo 13 itens agrupados em cinco subescalas: 1 - “Ataques de Pânico”, incluindo frequência, duração e gravidade (pontuação máxima: 12); 2 - “Agorafobia”, que inclui frequência dos comportamentos de esquiva, número de locais evitados e sua relevância (pontuação máxima: 12); 3 - “Ansiedade Antecipatória”, frequência e gravidade (pontuação máxima: 8); 4 - “Incapacidade familiar, social e ocupacional” (pontuação máxima: 12); 5 - “Preocupação com a Saúde”, que inclui o medo de dano físico oriundo de um ataque de pânico (pontuação máxima: 8). Cada subescala pode ser avaliada separadamente e o tempo médio total estimado de aplicação é de 10 minutos. Os itens são graduados numa escala tipo Likert de

quatro pontos e a pontuação total varia de 0 a 52, indicando a gravidade global do TPA (Anexo 2).

5.3.3. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW- M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998).

A M.I.N.I. é uma entrevista diagnóstica estruturada desenvolvida por pesquisadores da França e EUA, traduzida para o português e validada em nosso país por Amorim (2000). Sua aplicação leva de 15 a 30 minutos, permitindo explorar de modo padronizado os principais transtornos psiquiátricos e comorbidades do eixo I do DSM-IV. A M.I.N.I. pode ser utilizada por clínicos após treinamento (1-3hs.) e é dividida em diversos módulos que são identificados por letras, cada uma correspondendo a uma categoria diagnóstica. Em cada módulo existem questões-filtro que correspondem aos principais critérios diagnósticos de determinado transtorno, exceto sintomas psicóticos. No final de cada módulo, os diagnósticos são estabelecidos pelo clínico, de acordo com as respostas do entrevistado, que se baseiam em “sim” ou “não”.

Os seguintes transtornos atuais são avaliados pela M.I.N.I., considerando-se períodos prévios à entrevista variados: depressão maior (últimas duas semanas), depressão maior com características melancólicas (duas semanas), transtorno distímico (dois anos), episódio hipomaníaco (duas semanas), transtorno de pânico com ou sem agorafobia (último mês) e na vida, agorafobia atual, fobia social (FS - dois meses), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC - último mês), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT - mês), dependência e abuso de álcool (ano), dependência e abuso de substâncias (ano), síndrome psicótica atual e na vida, transtorno de humor com características psicóticas na vida, anorexia nervosa e bulimia nervosa (dois meses), transtorno de ansiedade generalizada (TAG - seis meses) e transtorno de personalidade anti-social. O risco de suicídio atual é também pontuado da seguinte forma:

No último mês:

- 1- Pensou que seria melhor ou desejou estar morto?
- 2- Quis fazer mal a si mesmo?
- 3- Pensou em suicídio?
- 4- Pensou em uma maneira de suicidar?
- 5- Tentou?

6- Já fez alguma tentativa ao longo da vida?

Se houver pelo menos uma pergunta respondida sim, deve-se somar o total de pontos (Sim 1=1, 2= 2, 3=6, 4=10, 5=10, 6=4 pontos), para avaliar o nível de risco, de acordo com as seguintes faixas de pontuação:

- ➔ 1-5: Risco atual de suicídio baixo
- ➔ 6-9: Risco atual de suicídio moderado
- ➔ >=10: Risco atual de suicídio alto

Como foi muito baixa a prevalência atual de risco moderado ou alto (somente quatro pacientes), optamos por avaliar os desfechos de suicidalidade ao longo da vida, de acordo com o questionário de dados clínicos (Anexo 1).

Acesso ao conteúdo completo da M.I.N.I. em:

<http://xa.yimg.com/kq/groups/15983109/1845968711/name/Mini+Portugues.pdf>

5.4. Contexto da Pesquisa, Procedimentos e Considerações Éticas

O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP em 18/08/2011 (Anexo 3) e utilizou os mesmos dados obtidos em outro projeto aprovado pelo CEP em 08/11/2010 (Of. 515/10). O Ambulatório de Transtornos Ansiosos e Obsessivo-Compulsivos (ATAOC) do Hospital das Clínicas da FMB está em funcionamento desde 1990 e é coordenado pela Profa. Dra. Albina R. Torres, orientadora dos dois projetos. Os pacientes que concordaram em participar do estudo foram entrevistados em seu local de tratamento no próprio dia da consulta regular ou em dia agendado conforme a conveniência do paciente, através dos instrumentos acima descritos, após preenchimento do termo de consentimento pós-informação (Anexo 4). Os pacientes da clínica particular em Bauru foram avaliados pelo psiquiatra responsável (Dr. Evandro L. P. Borgo), colaborador do presente estudo e aluno de mestrado do mesmo programa de pós-graduação. Todos os instrumentos foram aplicados pelos entrevistadores (VAB e ELPB).

5.5. Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada utilizando-se o programa STATA 12.0 (Stata Corporation, 2011). Inicialmente foi feita a análise descritiva, estimando-se a prevalência dos desfechos de interesse na casuística (comportamentos suicidas: achar que não valia a pena viver, desejar estar morto/a, ideação suicida, planejamento e tentativas de suicídio na vida). Em relação às variáveis explanatórias sociodemográficas e clínicas, foram estimadas as frequências absolutas e relativas das diversas variáveis categóricas e as médias e desvios-padrão das variáveis quantitativas.

A seguir, foram feitas análises bivariadas de associação entre as variáveis de exposição categóricas com os desfechos de interesse através do teste de qui-quadrado ou de Fisher, quando indicado. Foram também calculadas as razões de chances brutas (*odds ratios* – OR) e respectivos intervalos de confiança.

As análises de associação entre os comportamentos suicidas e variáveis quantitativas (ex: idade, número de anos de escolaridade, pontuação na escala que avalia a gravidade dos sintomas clínicos - PAS) foram feitas através dos testes de t de Student (em caso de distribuição normal) ou Mann-Whitney (distribuição não normal). A normalidade das distribuições foi avaliada através do *Skewness Kurtosis Test for Normality*. Como medida do tamanho de efeito (*effect size*) das associações com variáveis quantitativas, utilizou-se o D de Cohen, em que valores menores que 0,3 em geral indicam efeito pequeno, de 0,3 a 0,5 moderado, e acima de 0,5, grande.

Por fim, para controle das variáveis confundidoras e obtenção de valores de razão de chances ajustados foram construídos modelos de regressão logística (RL) para cada um dos desfechos, exceto tentativas, pela baixa prevalência (apenas cinco casos). Assim, foram incluídas nos quatro modelos de RL as variáveis sexo, depressão (pela relevância clínica) e aquelas que tiveram p valor <0,10 na análise bivariada (descrição detalhada na tabela 12). A seguir, pelo caráter exploratório do estudo, as variáveis explanatórias foram sendo excluídas uma a uma dos modelos, a partir do maior valor de p (RL tipo *backward*), até que permanecessem somente aquelas com significância estatística (p valor <0,05).

6. RESULTADOS

6.1. Características Sociodemográficas da Amostra (Análise Descritiva).

Foram avaliados 45 pacientes, dos quais 30 (66,7%) eram mulheres e 15 (33,3%) homens. A média de idade foi de 34,8 anos, variando de 19 a 68 anos, e a média de anos de escolaridade 11,8. A maior parte dos participantes do estudo é procedente de Bauru (62,2%), casada ou em união estável (64,4%), e 65,9% moravam com o cônjuge e/ou filhos. A maioria referiu estar empregada (53,3%) e 42,2% dos indivíduos referiram ser católicos. As demais características sociodemográficas dos participantes estão descritas na Tabela 1, abaixo.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.

<i>Variáveis Contínuas</i>	Média (DP)	Mediana(Variação)
Idade (anos)	34,78 (10,36)	34 (19 – 68)
Escolaridade (anos)	11,82 (3,89)	11 (4 – 23)
<i>Variáveis Categóricas</i>	N	%
Sexo		
Masculino	15	33,3
Feminino	30	66,7
Situação Conjugal		
Solteiro	15	33,3
Casado ou união estável	29	64,4
Viúvo	01	2,2
Número de filhos		
0	18	40,0
1	12	26,7
2	11	24,4
3	03	6,7
4	01	2,2
Com quem mora		
Cônjuge/filhos	29	65,9
Pais/irmãos	15	34,1
Sozinho	1	2,2
Serviço de Procedência		
Botucatu	17	37,8
Bauru	28	62,2

Situação ocupacional

Aposentado por invalidez	02	4,4
Desempregado	08	17,8
Dona de casa	07	15,7
Empregado	24	53,3
Estudante	02	4,4
Licença médica	02	4,4
Renda familiar(em reais)		
Até 1500	07	15,6
1501-2500	11	24,4
2501-5000	16	35,5
5001-10000	09	20,0
10001-20000	02	4,5
Número de pessoas na casa		
1	02	4,4
2	05	11,1
3	17	37,8
4	16	35,6
5	03	6,7
6	02	4,4
Renda per capita(em reais)		
155-500	09	20,0
501-750	13	29,0
751-1500	09	20,0
1501-2000	07	15,5
>2000	07	15,5
Religião		
Católica	19	42,2
Crente/evangélica	12	26,7
Espírita	09	20,0
Testemunha de Jeová	01	2,2
Outra	01	2,2
Não se aplica (sem religião)	03	6,7

6.2. Características Clínicas da Amostra (Análise Descritiva).

Quanto às características clínicas (descritas em detalhe na Tabela 2), a gravidade média dos sintomas do TPA foi de 28,7, variando de 11-42 em uma escala de 0-52 (PAS). Dentre os participantes, 12 (26,7%) relataram apresentar doenças físicas e 31 (68,9%) fizeram uma autoavaliação de sua própria saúde como regular, ruim ou muito ruim. Dentre as doenças clínicas relatadas houve cinco casos de doenças da tireóide, três casos de esofagite/gastrite, dois casos de asma, dois de hipercolesterolemia, dois de diabetes, um de hipertensão, um de artrose, um de “problema de coluna” e um de leucemia (em remissão). O número

total de crises de pânico que os pacientes relataram em sua maioria (73,3%) foi maior do que dez, enquanto 48,9% deles foram ao pronto-socorro pelo menos uma vez no último ano e 57,8% fizeram consultas com especialistas que não da saúde mental.

A respeito das comorbidades, 40 (88,9%) dos pacientes apresentaram ao menos uma comorbidade, 31 (68,9%) apresentaram uma ou duas comorbidades, sendo que a comorbidade mais frequente foi depressão (68,9%), seguida de FS (40,0%), TAG (35,6%) e TOC (28,9%). Nenhum dos participantes apresentou comorbidade com transtorno bipolar, TEPT abuso ou dependência de substâncias, síndromes psicóticas, anorexia e bulimia nervosa ou transtorno da personalidade anti-social.

Os pacientes procedentes de Bauru e Botucatu diferiram significativamente apenas em relação a alguns aspectos. A renda per capita e a escolaridade média foram superiores nos pacientes de Bauru, provenientes de clínica privada ($p=0,015$ e $0,016$ respectivamente, pelo teste de Mann Whitney). Religião católica foi mais frequente nos pacientes de Botucatu ($p=0,003$) e comorbidade com TAG nos de Bauru ($p<0,001$).

Comparando-se homens e mulheres da amostra, a única diferença significativa foi que as mulheres referiram mais frequentemente já terem achado que não valia a pena viver ($p=0,03$) e mais frequentemente relataram número total de crises superior a 10 ($p=0,032$). Os dados comparativos de procedência e sexo não estão apresentados em tabelas.

Tabela 2. Características clínicas da amostra.

Variáveis Contínuas	Média (DP)	Mediana (Var)
Gravidade Geral (pontuação total PAS)	28,7 (8,3)	30 (11-42)
Ataques de Pânico (subescala PAS)	4,4 (3,2)	5 (0-11)
Esquiva Agorafóbica (subescala PAS)	8,2 (2,1)	8 (4-12)
Ansiedade Antecipatória (subescala PAS)	5,5 (2,1)	5 (0-8)
Incapacidade (subescala PAS)	7,4 (3,5)	8 (0-12)
Preocupação com Saúde (subescala PAS)	3,4 (2,4)	4 (0-8)
Variáveis Categóricas	N	%
Doença física		
Não	33	73,3
Sim	12	26,7
AutoAvaliação de Saúde		
Muito boa	01	2,2
Boa	13	28,9
Regular	23	51,1
Ruim	06	13,3
Muito ruim	02	4,4
Número total de crises		
Até 10	12	26,7
>10	33	73,3
Idas em Pronto Socorro (ano)		
Sim	23	48,9
Não	22	51,1
Consultas - Outros Especialistas (ano)		
Sim	26	57,8
Não	19	42,2
Psicofármacos		
Sim	44	97,8
Não	01	2,2
Psicoterapia		
Sim	29	64,4
Não	16	35,6
Hospitalização		
Sim	05	11,1
Não	40	88,9
Número de Comorbidades (M.I.N.I.)		
0	05	11,1
1	14	31,1
2	17	37,8
3	06	13,3
4	03	6,7
Tipos de Comorbidades (M.I.N.I.)		
Depressão	31	68,9
Fobia Social	18	40,0
Transtorno de Ansiedade Generalizada	16	35,6
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	13	28,9

Legenda - DP: desvio padrão, Var.: Variação, PAS: *Panic and Agoraphobia Scale*, M.I.N.I.: *Mini International Neuropsychiatric Interview*.

6.3. Prevalência dos desfechos relacionados à Suicidalidade (Análise Descritiva).

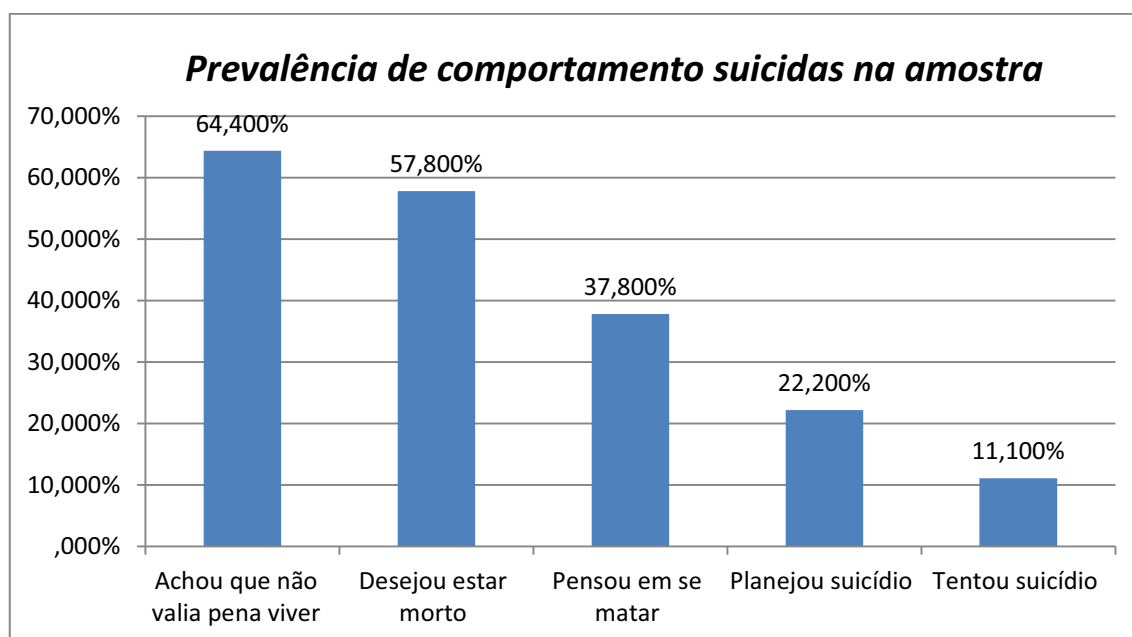
Em relação aos desfechos de suicidalidade, descritos na Tabela 3 e também no gráfico 1, a seguir, pode-se observar que 29 (64,4%) pacientes relataram já ter achado que não valia apenas viver, 26 (57,8%) já haviam desejado estar mortos, 17 (37,8%) já haviam tido pensamentos suicidas, 10 (22,2%) já haviam planejado suicídio e cinco (11,1%) já tinham tentado suicídio. Nota-se, assim, uma prevalência decrescente dos comportamentos menos graves para os mais graves. Ideação suicida atual foi relatada por apenas quatro (8,9%) pacientes.

Quanto aos antecedentes familiares, tentativa de suicídio na família foi referida por oito (17,8%) pacientes e morte por suicídio na família por seis (13,3%). Em três dos casos as tentativas de familiares foram de tio(a), em dois de primos, em outros dois de mãe e em de irmã. Três destas tentativas foram por ingestão de medicamentos, duas por ingestão de veneno de rato, dois cortando os pulsos e um tentando atear fogo no corpo. Em relação às mortes por suicídio na família, cinco foram por enforcamento, uma por ingestão de medicamentos e uma por corte no pescoço. Três dos praticantes eram avós, três, tios e um, primo.

Tabela 3. Prevalência de comportamentos suicidas na amostra.

	N	%
Já achou que não valia a pena viver?		
Sim	29	64,4
Não	16	35,6
Já desejou estar morto?		
Sim	26	57,8
Não	19	42,2
Já pensou em se suicidar?		
Sim	17	37,8
Não	28	62,2
Já planejou suicídio?		
Sim	10	22,2
Não	35	77,8
Já tentou suicídio?		
Sim	05	11,1
Não	40	88,9
Atualmente pensa em se suicidar?		
Sim	04	8,9
Não	41	91,1
Suicídio na família?		
Sim	06	13,3
Não	39	86,7
Tentativa de suicídio na família?		
Sim	08	17,8
Não	37	82,2

Gráfico 1



6.4. Associação entre os diferentes desfechos de suicidalidade (Análise Bivariada).

Dentre os que já haviam desejado estar mortos (n=26), 92,3% já tinham achado que não valia a pena viver; dentre os que relataram ideação suicida (n=17), 100% já haviam achado que não valia apenas viver e 94,1% já tinham desejado a morte. Dentre os que já haviam planejado (n=10), 100,0% relataram que já tinham achado que não valia apenas viver, 90% já tinham desejado a morte e 100,0% já tinham tido ideação suicida. Já entre os pacientes que tentaram suicídio (cinco casos), todos já haviam achado que não valia a pena viver, quatro já haviam desejado a morte, todos já tinham tido ideação suicida e três relataram planejamento prévio. Todas estas associações entre os diferentes comportamentos suicidas foram significativas (a maioria com p valor <0,001), com exceção da associação entre tentativas e “achar”, “desejo” e “planejamento”. Tais dados estão apresentados na Tabela 4, abaixo.

Tabela 4. Associações entre os desfechos de suicidalidade (Análise bivariada).

	Já achou	Já desejou	Já pensou	Já planejou
Já Desejou (n=26)	p<0,001*			
Não	2 (7,7%)	-----	-----	-----
Sim	24 (92,3%)			
Já Pensou (n=17)	p<0,001*	p<0,001*		
Não	0 (0,0%)	1 (5,9%)	-----	-----
Sim	17 (100,0%)	16 (94,1%)		
Já Planejou (n=10)	p<0,008*	p=0,029*	p<0,001 *	
Não	0 (0,0%)	1 (10,0%)	0 (0,0%)	-----
Sim	10 (100,0%)	9 (90,0%)	10 (100,0%)	
Já Tentou (n=5)	p=0,14*	p=0,38*	p=0,005*	p= 0,065*
Não	0 (0,0%)	1 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)
Sim	5 (100,0%)	4 (80,0%)	5 (100,0%)	3 (60,0%)

*Teste exato de Fisher

6.5. Associação das Variáveis Explanatórias com os Desfechos (Análise Bivariada).

6.5.1. Achar que não valia a pena viver.

Entre os participantes que já haviam achado que não valia a pena viver, houve significativamente mais mulheres e pessoas que autoavaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim. Além disso, aqueles que já haviam achado que não valia a pena viver tiveram maior pontuação média global e na subescala de incapacidade da PAS, que avalia a gravidade dos sintomas do TPA. As demais variáveis, tanto sociodemográficas quanto clínicas, não diferiram nos dois grupos (vide tabelas 5 e 6, abaixo).

Tabela 5. Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra, de acordo com já ter ou não achado que não valia a pena viver.

Variáveis Sociodemográficas	Total (N=45)	Já achou 29 (64,4%)	Não achou 16 (35,6%)	p	D de Cohen
	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)		
Idade(anos)	34,8 (10,4)	33,9(10,4)	36,4 (10,4)	0,40*	0,24
Escolaridade(anos)	11,82 (3,8)	11,55 (3,62)	12,31 (4,40)	0,54	0,20
Renda per capita(reais)	1387 (1518)	1299 (1264)	1546 (1932)	0,90*	0,16
	N%	N%	N%		OR(IC)
Sexo				0,015	
Masculino	15 (33,3)	06 (20,7)	09 (56,2)		1
Feminino	30 (66,7)	23 (79,3)	07 (43,8)		4,93(1,30-18,73)
Situação Conjugal				0,84	
Casado/União Estável	29 (64,5)	19 (65,5)	10 (62,5)		1
Solteiro/Viúvo	16 (35,5)	10 (34,5)	06 (37,5)		0,88 (0,25-3,12)
Filhos				0,80	
Sim	27 (60,0)	17 (58,6)	10 (62,5)		1
Não	18 (40,0)	12 (41,4)	06 (37,5)		1,18(0,34-4,12)
Serviço de Procedência				0,50	
Bauru	28 (62,2)	17 (58,6)	11 (68,8)		1
Botucatu	17 (37,8)	12 (41,4)	05 (31,2)		0,64(0,18-2,34)
Religião				0,43	
Católico	26 (57,8)	18 (62,1)	08 (50,0)		1
Não católico	19 (42,2)	10 (37,9)	08 (50,0)		0,61(0,17-2,10)
Desemprego				0,69**	
Não	37 (82,2)	23 (79,3)	14(87,5)		1
Sim	08 (17,8)	06(20,7)	02(12,5)		1,82(0,32-10,33)

Legenda - DP: desvio padrão; OR: *Odds ratio*; IC: intervalo de confiança

*Teste de Mann-Whitney, **teste exato de Fisher(quando não sinalizados: variáveis explanatórias quantitativas: teste t de Student; variáveis categoriais: qui-quadrado)

Tabela 6. Distribuição das variáveis clínicas da amostra, de acordo com já ter ou não achado que não valia a pena viver.

Variáveis Clínicas	Total (N=45)	Já Achou	Nunca Achou	p	D de Cohen
	Média(DP)	29 (64,4%) Média(DP)	16 (35,6%) Média(DP)		
Idade de início (anos)	27,5 (10,23)	26,13 (9,04)	29,87 (12,05)	0,35*	0,37
Tempo de evolução (meses)	46,2(62,6)	52,7(71,7)	34,6(41,1)	0,29	0,79
Gravidade Geral (PAS)	28,7 (8,3)	30,7 (7,3)	25,2 (8,9)	0,031	0,66
Ataques de Pânico (PAS)	4,4 (3,2)	5,1 (3,0)	3,1 (3,3)	0,08*	0,62
Esquiva Agorafóbica (PAS)	8,2 (2,1)	8,4 (2,1)	7,7 (2,2)	0,35	0,33
Ansiedade Antecipat. (PAS)	5,5 (2,1)	5,7 (2,1)	5,1 (2,2)	0,43	0,29
Incapacidade (PAS)	7,4 (3,5)	8,3 (3,2)	5,6 (3,4)	0,009	0,77
Preocupação Saúde (PAS)	3,4 (2,4)	3,3 (2,4)	3,7 (2,3)	0,58	0,17
	N %	N %	N %		OR(IC)
Doença física				1,00**	1
Não	35 (77,8)	22 (75,9)	13 (81,3)		
Sim	10(22,2)	07(24,1)	03(18,7)		1,30(0,30-6,28)
Autoavaliação de saúde				0,042	1
Boa/Muito Boa	14 (31,1)	06 (20,7)	08 (50,0)		
Regular/Ruim/MtoRuim	31 (68,9)	23 (79,1)	08 (50,0)		3,83(1,01-14,49)
Pronto-Socorro				0,26	1
Não	22 (48,9)	16 (55,2)	06 (37,5)		
Sim	23 (51,1)	13 (44,8)	10 (62,5)		0,49(0,14-1,70)
Especialista				0,88	1
Não	19 (42,2)	12 (41,9)	07 (43,8)		
Sim	26 (57,8)	17 (58,6)	09 (56,2)		1,10(0,32-3,78)
Número de crises				0,054	1
Até 10	12 (26,7)	05 (17,2)	07 (43,7)		
>10	33 (73,3)	24 (82,8)	09 (56,3)		3,73(0,94-14,84)
Suicídio na família				1,00**	1
Não	39 (86,7)	25 (86,2)	14 (87,5)		
Sim	06(13,3)	04(13,8)	02(12,5)		1,12(0,18-6,1)
Tentativa na família				0,23**	1
Não	37(82,2)	22(75,9)	15(93,8)		
Sim	08(17,8)	07(24,1)	01(6,2)		4,77(0,53-42,89)
Comorbidade				0,05**	1
Não	05 (11,1)	01 (3,5)	04 (25,0)		
Sim	40 (88,9)	28 (96,5)	12 (75,5)		9,33(0,94-92,47)
Depressão				0,17	1
Não	31 (68,9)	22 (75,9)	09 (56,2)		
Sim	14(31,1)	07(24,1)	07(42,8)		2,44(0,66-9,00)
Fobia Social				0,80	1
Não	27 (60,0)	17 (58,6)	10 (62,5)		
Sim	18(40,0)	12(41,4)	06(37,5)		1,18(0,34-4,12)
Tr. Obsessivo-Compulsivo				0,094**	1
Não	13 (28,9)	11 (37,9)	02 (12,5)		

Sim	32 (71,1)	18 (62,1)	14 (87,5)	4,28(0,81-22,51)
Tr. Ansiedade Generalizada				0,65
Não	29(64,4)	18(62,1)	11(68,8)	1
Sim	16(35,6)	11(37,9)	05(31,2)	1,34(0,37-4,91)

Legenda –TPA: Transtorno de Pânico com Agorafobia, DP: desvio padrão, PAS: *Panic and Agoraphobia Scale*, Tr.: transtorno; OR: *Odds ratio*; IC: intervalo de confiança

*Teste de Mann-Whitney, **teste exato de Fisher(quando não sinalizados: variáveis explanatórias quantitativas: teste t de Student; variáveis categoriais: qui-quadrado)

6.5.2. Desejar estar morto

Pacientes que responderam positiva ou negativamente à pergunta: “Você já desejou estar morto?” não diferiram significativamente em relação às variáveis sociodemográficas, conforme apresentado na Tabela 7, a seguir. Em relação às variáveis clínicas, pacientes com a autoavaliação de saúde regular/ruim/muito ruim, depressão, FS e TOC apresentaram maior frequência desse comportamento suicida em relação ao grupo de pacientes que não apresentou essas características. Pacientes que já haviam desejado estar mortos apresentaram também maior gravidade geral dos sintomas de TPA, e na subescala de incapacidade da PAS (Tabela 8).

Tabela 7. Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra, de acordo com já ter ou não desejado estar morto.

Variáveis Sociodemográficas	Total (N=45)	Já desejou 26 (57,8%)	Nunca desejou 19 (42,2%)	p	D de Cohen
	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)		
Idade (anos)	34,7 (10,4)	33,73 (9,8)	36,21 (11,2)	0,57*	0,24
Escolaridade (anos)	11,8 (3,9)	11,57 (3,7)	12,15 (4,2)	0,62	0,36
Renda per capita: Média (DP) - Reais	1387 (1518)	1179 (1262)	1671 (1808)	0,36*	0,32
	N%	N%	N%		OR(IC)
Sexo				0,29	
Masculino	15 (33,3)	07 (26,9)	08 (42,1)		1
Feminino	30 (66,7)	19 (73,1)	11 (57,9)		1,94(0,56-6,94)
Situação Conjugal				0,63	
Solteiro/Viúvo	16 (35,6)	10 (38,4)	06 (31,6)		1
Casado/União Estável	29 (64,4)	16 (61,6)	13 (68,4)		1,35(0,39-4,72)
Filhos				0,71	
Sim	27 (60,0)	15 (57,7)	12 (63,2)		1
Não	18 (40,0)	11 (42,3)	07 (36,8)		1,25(0,37-4,23)
Serviço de Procedência				0,91	
Botucatu	28 (62,2)	16 (61,5)	12 (63,2)		1
Bauru	17 (37,8)	10 (38,5)	07 (36,8)		1,07(0,32-3,64)
Religião				0,99	
Católico	19 (42,2)	11 (42,3)	08 (42,1)		1
Não católico	26 (57,8)	15 (57,7)	11 (57,9)		0,99(0,30-3,29)
Desemprego				0,43**	
Não	37 (82,2)	20 (76,9)	17 (89,5)		1
Sim	08 (17,8)	06 (23,1)	02 (10,5)		2,55(0,45-14,33)

Legenda - TPA: Transtorno de Pânico com Agorafobia, DP: desvio padrão; OR: Odds ratio; IC: intervalo de confiança

*Teste de Mann-Whitney, **teste exato de Fisher(quando não sinalizados: variáveis explanatórias quantitativas: teste t de Student; variáveis categoriais: qui-quadrado)

Tabela 8. Distribuição das variáveis clínicas da amostra, de acordo com já ter ou não desejado estar morto.

Variáveis Clínicas	Total (N=45)	Já Desejou 26(57,8%)	Nunca Desejou 19(42,2%)	p	D de Cohen
	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)		
Idade de início (anos)	27,46(10,23)	26,26 (9,31)	29,1(11,43)	0,51*	0,28
Tempo de evolução (meses)	46,2(62,6)	52,7(71,7)	34,6(41,1)	0,29	0,7
Gravidade Geral (PAS)	28,7 (8,3)	30,8 (8,0)	25,9 (8,0)	0,048	0,59
Ataques Pânico (PAS)	4,4 (3,2)	5,1 (3,1)	3,3 (3,1)	0,07*	0,56
Esquiva Agorafóbica (PAS)	8,2 (2,1)	8,6 (2,0)	7,6 (2,2)	0,12	0,48
Ansiedade Antec. (PAS)	5,5 (2,1)	5,7 (2,1)	5,2 (2,3)	0,42	0,24
Incapacidade (PAS)	7,4 (3,5)	8,3 (3,3)	6,1 (3,5)	0,04	0,63
Preocup. Saúde (PAS)	3,4 (2,4)	3,2 (2,5)	3,7 (2,2)	0,45	0,21
	N%	N%	N%		OR(IC)
Doença física				1,00**	
Não	35 (77,8)	20 (76,9)	15 (78,9)		1
Sim	10 (22,2)	06 (23,1)	04 (21,1)		1,12(0,27-4,71)
Autoavaliação de saúde				0,044	
Boa/Muito Boa	14 (31,1)	05 (19,2)	09 (47,4)		1
Regular/Ruim/Mto Ruim	31 (68,9)	21 (80,8)	10 (52,6)		3,78(1,00-14,26)
Pronto-Socorro				0,86	
Não	22 (48,9)	13 (50,0)	09(47,4)		1
Sim	23 (51,1)	13 (50,0)	10 (52,6)		0,90(0,28-3,94)
Especialista				0,55	
Não	19 (42,2)	10 (38,5)	09 (47,4)		1
Sim	26 (57,8)	16 (61,5)	10 (52,6)		1,44(0,43-4,77)
Número de crises				0,52	
Até 10	12 (26,7)	06 (23,1)	13 (68,4)		1
>10	33 (73,3)	20 (76,9)	06 (31,6)		1,54(0,41-5,82)
Suicídio na família				0,69**	
Não	39 (86,7)	23 (88,5)	16 (84,2)		1
Sim	06 (13,3)	03 (11,5)	03 (15,8)		0,70(0,12-3,90)
Tentativa na família				1,00**	
Não	37 (82,2)	21 (80,8)	16 (84,2)		1
Sim	08 (17,8)	05 (19,2)	03 (15,8)		1,27(0,26-6,12)
Comorbidade				0,15**	
Não	05 (11,1)	01 (3,9)	04 (21,1)		1
Sim	40 (88,9)	25 (96,1)	15 (78,9)		6,67(0,68-65,37)
Depressão				0,011**	
Não	14 (31,1)	04 (15,4)	10 (52,6)		1
Sim	31 (68,9)	22 (84,6)	9 (47,4)		6,11(1,51-24,65)
Fobia Social				0,035**	
Não	27 (60,0)	12 (46,2)	15 (78,9)		1

Sim	18 (40,0)	14 (53,8)	04 (21,1)	4,37(1,14-16,80)
Tr. Obsessivo-compulsivo				0,024**
Não	32 (71,1)	15 (57,7)	17 (89,5)	1
Sim	13 (28,9)	11 (42,3)	02 (10,5)	6,23(1,19-32,75)
Tr. Ansiedade Generalizada				0,88
Não	29 (64,4)	17 (65,4)	12 (63,2)	1
Sim	16 (35,6)	09 (34,6)	07 (36,8)	0,91(0,26-3,12)

Legenda - TPA: Transtorno de Pânico com Agorafobia, DP: desvio padrão, PAS: *Panic and Agoraphobia Scale*, Tr: transtorno; OR: *Odds ratio*; IC: intervalo de confiança

*Teste de Mann-Whitney, **teste exato de Fisher (quando não sinalizados: variáveis explanatórias quantitativas: teste t de Student; variáveis categoriais: qui-quadrado)

6.5.3. Ideação Suicida

Os pacientes com e sem ideação suicida na vida não diferiram significativamente em relação às características sociodemográficas avaliadas (Tabela 9). Em relação às variáveis clínicas (Tabela 10), pode-se observar que doenças físicas e TOC foram significativamente mais frequentes no grupo com ideação suicida. Apesar de todos os pacientes com ideação apresentarem pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, tal associação não atingiu significância estatística. Da mesma forma, houve apenas tendência de associação entre maior gravidade na PAS e ocorrência de ideação prévia. Os dois grupos não diferiram significativamente em relação a nenhuma outra característica clínica avaliada (Tabela 10).

Tabela 9. Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra, de acordo com a ocorrência ou não de ideação suicida na vida.

Variáveis Sociodemográficas	Total (N=45)	Com Ideação 17 (37,8%)	Sem Ideação 28 (62,2%)	p	D de Cohen
	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)		
Idade(anos)	34,7(10,36)	34,23 (10,19)	35,10 (10,63)	0,82*	0,08
Escolaridade(anos)	11,82 (3,88)	11,0 (3,88)	12,32 (3,86)	0,27	0,34
Renda per capita(reais)	1387 (1518)	1330 (1511)	1421 (1548)	0,71*	0,06
	N%	N%	N%		OR(IC)
Sexo				0,34**	
Masculino	15 (33,3)	04 (23,5)	11 (39,3)		1
Feminino	30 (66,7)	13 (76,5)	17 (60,7)		2,10(0,54-8,14)
Situação Conjugal				0,98	
Casado/União Estável	29 (64,4)	11 (64,7)	18 (64,3)		1
Solteiro/Viúvo	16 (35,6)	06 (35,3)	10 (35,7)		0,98(0,28-3,46)
Filhos				0,90	
Sim	27 (60,0)	10 (58,8)	17 (60,7)		1
Não	18 (40,0)	07 (41,2)	11 (39,3)		1,08(0,32-3,69)
Serviço de Procedência				0,71	
Bauru	28 (62,2)	10 (58,8)	18 (64,3)		1
Botucatu	17 (37,8)	07 (41,2)	10 (35,7)		1,26(0,37-4,34)
Religião				0,91	
Católico	19 (42,2)	07 (41,2)	12 (42,9)		1
Não católico	26 (57,8)	10 (58,8)	16 (57,1)		1,07(0,32-3,64)
Desemprego				1,00**	
Não	37 (82,2)	14 (82,3)	23 (82,1)		1
Sim	08 (17,8)	03 (17,7)	05 (17,9)		0,98(0,20-4,78)

Legenda - TPA: Transtorno de Pânico com Agorafobia, DP: desvio padrão; OR: *Odds ratio*; IC: intervalo de confiança

*Teste de Mann-Whitney, **teste exato de Fisher(quando não sinalizados: variáveis explanatórias quantitativas: teste t de Student; variáveis categoriais: qui-quadrado)

Tabela 10. Distribuição das variáveis clínicas da amostra, de acordo com a ocorrência ou não de ideação suicida na vida.

Variáveis Clínicas	Total (N=45)	Com Ideação 17 (37,8%)	Sem Ideação 28 (62,2%)	p	D de Cohen
	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)		
Idade de início (anos)	27,46(10,23)	26,82 (9,29)	27,85(10,91)	0,94*	0,10
Tempo de evolução (meses)	46,2(62,6)	52,7(71,7)	34,6(41,1)	0,79	0,29
Gravidade Geral (PAS)	28,7 (8,3)	31,4 (7,7)	27,1 (8,3)	0,09	0,52
Ataques de Pânico (PAS)	4,4 (3,2)	5,3 (2,8)	3,8 (3,3)	0,20*	0,47
Esquiva Agorafóbica (PAS)	8,2 (2,1)	8,5 (1,9)	8,0 (2,2)	0,44	0,24
Ansiedade Antecipatória (PAS)	5,5 (2,1)	5,3 (2,2)	5,6 (2,1)	0,68	0,14
Incapacidade (PAS)	7,4 (3,5)	8,6 (3,2)	6,6 (3,6)	0,06	0,57
Preocupação Saúde (PAS)	3,4 (2,4)	3,8 (2,8)	3,2 (2,1)	0,38	0,25
	N%	N%	N%		OR (IC)
Doença física				0,027**	
Não	35 (77,8)	10 (58,8)	25 (88,3)		1
Sim	10 (22,2)	07 (41,2)	03 (10,7)		5,83(1,25-27,17)
Autoavaliação de saúde				0,85	1
Boa/Muito Boa	14 (31,1)	05 (29,4)	09 (32,1)		
Regular/Ruim/Mto Ruim	31 (68,9)	12 (70,6)	19 (67,9)		1,41(0,31-4,22)
Pronto-Socorro				0,85	
Não	22 (48,9)	08 (47,1)	14 (50,0)		1
Sim	23 (51,1)	09 (52,9)	14 (50,0)		1,12(0,37-3,76)
Especialista				0,61	
Não	19 (42,2)	08 (47,1)	11 (39,3)		1
Sim	26 (57,8)	09 (52,9)	17 (60,7)		0,73(0,22-2,46)
Número de crises				1,00**	
Até 10	12 (27,7)	04 (23,5)	08 (28,6)		1
>10	33 (73,3)	13 (76,5)	20 (71,4)		1,30(0,32-5,21)
Suicídio na família				0,66**	
Não	39(86,7)	14(82,4)	25(89,3)		1
Sim	06 (13,3)	03 (17,6)	03 (10,7)		1,70(0,32-10,06)
Tentativa na família				1,00**	
Não	37 (82,2)	14 (82,4)	23 (82,1)		1
Sim	08 (17,8)	03 (17,6)	05 (17,9)		0,99(0,20-4,78)
Comorbidade				0,14**	
Não	05 (11,1)	0 (0,0)	05 (17,9)		Todos tinham
Sim	40 (88,9)	17 (100,0)	23 (82,1)		comorbidade
Depressão				0,19**	
Não	14 (31,1)	03 (17,7)	11 (39,3)		1
Sim	31 (68,9)	14 (82,3)	17 (60,7)		3,02(0,70-12,99)

Fobia Social				0,90	
Não	27 (60,0)	10 (58,8)	17 (60,7)		1
Sim	18 (40,0)	07 (41,2)	11 (39,3)		1,08(0,32-3,69)
Tr. Obsessivo-compulsivo				0,036	
Não	32 (71,1)	09 (52,9)	23 (82,1)		1
Sim	13 (28,9)	08 (47,1)	05 (17,9)		4,09(1,05-15,89)
Tr. Ansiedade Generalizada				0,21	
Não	29 (64,4)	09 (52,9)	20 (71,4)		1
Sim	16 (35,6)	08 (47,1)	08 (28,6)		2,22(0,63-7,81)

Legenda - TPA: Transtorno de Pânico com Agorafobia, DP: desvio padrão, PAS: *Panic and Agoraphobia Scale*, Tr.: transtorno; OR: *Odds ratio*; IC: intervalo de confiança
 *Teste de Mann-Whitney, **teste exato de Fisher(quando não sinalizados: variáveis explanatórias quantitativas: teste t de Student; variáveis categoriais: qui-quadrado)

6.5.4. Planejamento Suicida

Dentre os 10 pacientes que planejaram suicídio anteriormente, nove eram mulheres, seis eram casados, cinco eram de Bauru, quatro relataram alguma doença física, sete autoavaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, sete procuraram PS e especialistas no último ano, e oito relataram mais do que dez crises. Todos apresentaram pelo menos uma comorbidade, sendo que oito tinham depressão, seis TOC, quatro TAG e três FS. As únicas variáveis que se associaram significativamente com planejamento de suicídio foram menor número médio de anos de escolaridade ($p=0,024$, teste t de Student) e TOC ($p=0,022$, teste exato de Fisher). Na regressão logística, apenas TOC se manteve associado a este desfecho. Pelo pequeno número de casos, os dados sobre planejamento de suicídio não são apresentados em tabela.

6.5.5. Tentativa(s) de Suicídio.

Dos cinco pacientes que haviam tentado suicídio, três deles ingeriram medicamentos, um cortou os pulsos e uma andou no meio de carros para 'tentar ser atropelada'.

Dentre os que já haviam tentado suicídio, quatro eram mulheres, quatro eram casados, três tinham filho(s), quatro eram procedentes de Bauru, dois relataram alguma doença física, três autoavaliaram sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, três procuraram PS e quatro passaram por especialistas no último ano, quatro relataram mais do que dez crises de pânico, todos apresentaram pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, quatro apresentaram depressão, dois FS, dois TOC e quatro TAG. As características individuais dos pacientes que tentaram suicídio estão descritas na tabela 10, a seguir.

Tabela 11 – Caracterização dos pacientes (n=5) que relataram tentativas de suicídio.

Sexo/ Idade	Situação conjugal	Local atendi- mento	Escolaridade e Ocupação	Renda per capita (reais)	Religião	Doença física	Comor- bidade	Esco- re na PAS	Idade de Início TPA	Nº tentativas Idade e Forma	Suicídio na Família	Tentativa na Família
F 29	Solteiro	Bauru	Sup.completo Empregada	2000	Evangélica	Não	Depressão e TAG	44	15	Uma vez, aos 15 com medicações	Sim, o tio	Não
F 48	Casado	Bauru	Fund. Completo Empregada	1600	Sem religião	Diabetes e hipercoles- terolemia	TOC e TAG	30	32	Uma vez, aos 14 com medicações	Sim, o avô	Não
M 34	Casado	Bauru	Sup. Completo Licença	1300	Católico	Não	Depressão, FS e TAG	36	19	Uma vez, aos 31, com medicações	Não	Não
F 38	Casado	Bauru	Médio completo Dona casa	1800	Espírita	Não	Depressão e TAG	20	38	Uma vez , aos 12, tentando ser atropelada	Não	Sim, a mãe
F 25	Casado	Bot.	Fund. Incompleto Dona casa	1600	Evangélico	Câncer Tireóide	Depressão, FS e TOC	38	22	Uma vez, cortando pulso	Não	Não

Legenda – F: feminino, M: masculino, TAG: Transtorno de Ansiedade Generalizada, TOC: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, FS: Fobia Social.

6.5.6. Regressão Logística

Em relação a “achar que não valia a pena viver”, as únicas variáveis que mantiveram associação significativa foram sexo feminino e maior incapacidade na subescala da PAS. O desfecho “desejar estar morto” se manteve associado apenas à comorbidade com depressão, ideação suicida à doença física auto-relatada, e planejamento suicida a comorbidade com TOC.

As razões de chance (*odds ratios*) ajustadas e as variáveis incluídas em cada modelo estão apresentadas na Tabela 12, abaixo.

Tabela 12. Odds ratios ajustadas das variáveis que permaneceram associadas aos desfechos na regressão logística e variáveis de ajuste de cada modelo.

	OR Ajustada (IC 95%)	Outras Variáveis de Ajuste
Sexo feminino e “Achar que a vida não vale a pena”	5,41 (1,25- 23,31)	Gravidade dos ataques (PAS), incapacidade (PAS), número de crises acima de 10, autoavaliação de saúde ruim, ter alguma comorbidade, TOC e depressão.
Incapacidade (PAS) e “Achar que a vida não vale a pena”	1,28 (1,05- 1,58)	Sexo, gravidade dos ataques (PAS), número de crises acima de 10, autoavaliação de saúde ruim, ter alguma comorbidade, TOC e depressão.
Depressão e “Desejar estar morto”	6,11 (1,51 – 24,66)	Sexo, gravidade dos ataques (PAS), incapacidade (PAS), autoavaliação de saúde ruim, ter alguma comorbidade, TOC e fobia social.
Doença física auto-relatada e “Ideação suicida”	5,83 (1,25 – 27,17)	Sexo, incapacidade (PAS), ter alguma comorbidade, TOC e depressão.
TOC e “Planejamento suicida”	6,00 (1,32 – 27,22)	Sexo, escolaridade, ter alguma comorbidade e depressão.

6.5.7. Síntese dos Resultados das Análises de Associação dos Desfechos de Suicidalidade na vida.

As associações significativas ou que apresentaram tendência de associação estatística (p valor entre 0,05 e 0,10) estão apresentadas na tabela 13, abaixo, a título de síntese. As variáveis em destaque vermelho foram as que permaneceram associadas a cada um dos desfechos após a regressão logística.

Tabela 13. Síntese dos Resultados

	Achou que não valia a pena viver	Desejou estar Morto	Pensou em Suicídio	Planejou Suicídio	Tentou suicídio
Sexo Feminino	0,015				
Menos anos de Escola				0,024	
Menor renda per capita					0,06
Maior Gravidade (PAS -total)	0,03	0,048	0,09		
Maior Incapacidade (PAS)	0,009	0,04	0,06		
Ataques mais Graves (PAS)	0,08	0,07			
Nº crises > 10	0,054				
Autoavaliação de Saúde Regular/Ruim/Muito Ruim	0,042	0,04			
Doença Física (relatada)			0,027		
Comorbidade (ao menos uma)	0,05				
Depressão		0,011			
Fobia Social		0,075			
Tr. Obsessivo-compulsivo	0,094	0,024	0,036	0,022	
Tr. de Ansiedade Generalizada					0,05

7. DISCUSSÃO

Talvez por ser o medo de morrer uma das características centrais do TPA, até alguns anos atrás poucos autores se dedicaram a estudar a ocorrência de comportamentos suicidas nesses pacientes. No entanto, a partir das evidências de que os transtornos de ansiedade em geral aumentavam o risco de tais comportamentos, estudos nessa área começaram ser desenvolvidos.

Sabe-se que a vivência de um ataque de pânico é extremamente desagradável e assustadora, e que a recorrência destes ataques de modo imprevisível e não restrito a situações ou locais específicos gera muita insegurança e muitas limitações nas atividades de vida diária dos portadores. Assim, ocorre um grande impacto negativo na qualidade de vida dessas pessoas (Lochner et al.,2003; Barrera & Norton,2009; Chen et al.,2013), que muitas vezes passam a depender de um familiar ou amigo como companhia constante de apoio para todas as suas atividades, que passam a ser bastante limitadas. Alguns pacientes chegam a ficar restritos à sua própria casa, e sempre com algum acompanhante “de segurança”. Consequentemente, a autoestima dessas pessoas é abalada, com sentimentos de desmoralização e, frequentemente, sintomas depressivos clinicamente manifestos (Baldwin,2005;Tilli et al.,2012). Mesmo com o controle das crises de pânico através de tratamento medicamentoso adequado, sintomas agorafóbicos residuais podem persistir por muitos anos, limitando persistentemente as atividades do indivíduo.

7.1. Prevalência dos Comportamentos Suicidas e Fatores Associados

A prevalência de alguns dos comportamentos suicidas encontradas nesta casuística (37,8% de ideação, 22,2% de planejamento e 11,1% de tentativas de suicídio) é em geral muito superior às descritas em estudos que investigaram comportamentos suicidas na população geral. Assim, estudo comunitário realizado na Itália por Scocco et al. (2008) encontrou prevalências na vida de 3,0%, 0,7% e 0,5% para ideação, planejamento e tentativas, respectivamente. Em um estudo realizado por Weissmann et al. (1999) que avaliou a prevalência de ideação e tentativas na vida

em nove países, chegou em taxas de ideação variando de 2,1% no Líbano até 18,0% na Nova Zelândia e, para tentativas, variou de 0,7% no Líbano até 5,9% em Porto Rico. Na China (Lee et al., 2007) as prevalências descritas foram de 3,1%, 0,9% e 1,0% para ideação, planejamento e tentativas. Outro estudo de amostra populacional realizado na França sobre ideação e tentativas e concluiu que 3,9% dos indivíduos apresentaram ideação e 0,5% tiveram tentativas no ano anterior. Já no Japão, onde há um problema epidemiológico grave de suicídio (Hidaka et al., 2008) a prevalência de tentativas ao longo da vida em uma amostra comunitária de 2,095 jovens entre 15-24 anos foi de 11,0% em mulheres e 6,0% em homens.

Praticamente todos estes comportamentos suicidas se associaram significativamente entre si, confirmando a forte relação entre eles amplamente descrita na literatura (Kuo et al., 2001; Bertolote et al., 2005; Borges et al., 2008; Nock et al., 2008, Scocco et al., 2008; Thompson et al., 2011).

Em relação a comportamentos suicidas em outros transtornos mentais, de acordo com Lönnqvist (2000) o diagnóstico psiquiátrico mais prevalente em pacientes que posteriormente consumaram o suicídio é o de depressão maior. A probabilidade de um paciente depressivo realizar uma tentativa de suicídio seria 20 vezes maior do que a população geral, de acordo com o estudo metanalítico de Harris&Barraclough(1997). Em estudo mais recente (Atay et al., 2012) a probabilidade de um portador de depressão realizar uma tentativa foi quase 14 vezes maior (OR13,8, IC 95% 3,44-55,23) se comparado à população em geral. No entanto, no estudo de Perlis et al. (2010) a prevalência de tentativas de suicídio na vida em 1.273 pacientes depressivos de uma amostra comunitária foi de apenas 9,9% (176 casos), semelhante à prevalência que obtivemos nesta pesquisa com portadores de TPA em tratamento. É importante ressaltar, entretanto, que participantes de estudos clínicos em geral apresentam maior gravidade dos sintomas, se comparados a pacientes da comunidade, que não estão necessariamente em tratamento. Na revisão de Hawton et al. (2013), incluindo 29 estudos sobre fatores de risco para suicídio completo e também comportamentos suicidas não fatais em pacientes com depressão, chegou às seguintes razões de chance para diferentes fatores: ser homem (OR: 1,76, IC95%1,08-2,86), tentativa prévia (OR: 4,8, IC95% 3,26-7,20), sintomas mais graves (OR:2,20, IC 95% 1,05-4,60), desesperança (OR:2,20, IC95% 1,49-3,23), comorbidade com transtornos de ansiedade (OR:1,59, IC 95% 1,03-2,45) e abuso de

álcool e drogas (OR: 2,17, IC 95% 1,77-2,66). No estudo longitudinal prospectivo de May et al. (2012) constatou-se no período de dez anos a ocorrência de pelo menos uma tentativa de suicídio em 13 (26,5%) dos 49 pacientes, com três tentativas em média, variando de uma a 12 tentativas. No estudo de Holma et al.(2014) tentativas de suicídio ocorreram em 9,5% dos 249 casos de depressão nos cinco anos de acompanhamento.

No transtorno afetivo bipolar (TAB) a prevalência de tentativas de suicídio na vida é também elevada, variando de 29% (Chen et al., 1996) até 56%(Goodwin et al.,2007). Em uma metanálise (Harris&Barracough, 1997), as mortes por suicídio ocorreram entre 10 e 19% desses pacientes. Shabani et al.(2013) concluíram o seu estudo dizendo que os clínicos devem ficar atentos para os fatores de risco para suicídio em pacientes que apresentam transtorno bipolar: ser mulher, divórcio recente, impulsividade, agressividade, tentativas prévias e idade mais baixa. A probabilidade de um paciente bipolar realizar uma tentativa de suicídio seria 15 vezes maior se comparada à da população geral, segundo a metanálise de Harris&Barracough (1997). Assim, o TAB é um fator de risco importante para comportamentos suicidas (Hawton et al.,2005), particularmente pacientes com: tentativas prévias, desesperança, histórico familiar, início precoce da doença, estados afetivos mistos, ciclagem rápida, comorbidades e uso de álcool e drogas. Em outro estudo (Goodwin&Jameson, 1990),pacientes com TAB apresentaram 18,9% de risco para as tentativas.

De acordo com Casarola et al.(2001) e Pompili et al.(2004), após os transtornos de humor, o segundo diagnóstico psiquiátrico mais comum em vítimas de suicídio consumado é o de esquizofrenia. Miles (1997) revisou 34 estudos sobre suicídio e esquizofrenia e estimou que aproximadamente 10% desses pacientes morrem através do suicídio. A probabilidade de um paciente com esse diagnóstico realizar uma tentativa de suicídio seria 8,5 vezes maior do que a população geral, de acordo com a metanálise de Harris &Barracough (1977). No estudo de Pompili et al. (2004) sobre suicídio na esquizofrenia, os fatores associados foram: ser homem, jovem, branco, solteiro, desesperança no tratamento, estresse familiar, hospitalizações prévias, depressão pós surto psicótico, abuso de substâncias, saúde ruim, perdas recentes, tentativas prévias, desesperança e isolamento social.

Existem também evidências na literatura da associação independente entre abuso/dependência de álcool e drogas e comportamentos suicidas (Kittirattanapaiboon et al., 2014). Nesse estudo, a probabilidade de um usuário de drogas ilícitas apresentar algum comportamento suicida no último mês (desejar estar morto, provocar acidente intencional, planejamento e tentativa), independente de outros fatores, foi duas vezes maior, comparado a não usuários de drogas ilícitas (OR: 2,09, IC 95% 1,55-2,81). Essa chance foi ainda maior (OR 3,14, IC 95% 1,98-4,99) quando havia uso de álcool associado ao uso de drogas. De acordo com Pompili et al. (2004), os fatores associados ao risco de suicídio em pacientes com abuso de substâncias são: experiência recente de luto, separação, divórcio, falar com frequência sobre suicídio, depressão maior, suporte social precário, desemprego, morar sozinho e problemas médicos.

Assim, vários fatores sociodemográficos e clínicos vêm sendo estudados em relação aos comportamentos suicidas nos transtornos mentais em geral e no TPA em particular (Boden et al., 2007). Os estudos que avaliaram a prevalência de comportamentos suicidas e fatores associados em portadores de TP com ou sem AG serão discutidos a seguir.

7.2. Achar que não vale a pena viver

O único estudo encontrado que avaliou o desfecho “achar que a vida não vale a pena ser vivida” no TPA foi o de Atay et al. (2012), realizado na Turquia com 600 pacientes com diversos diagnósticos psiquiátricos, dentre os quais apenas 10 apresentavam TPA. Nestes, a prevalência encontrada foi de 80%, superior às obtidas na presente pesquisa (64,4%). Nesse estudo de Atay et al. (2012), os fatores que permaneceram associados após regressão logística a “achar que a vida não vale a pena ser vivida” de toda a amostra (e não apenas em portadores de TPA) foram: ser mulher, histórico familiar de tentativas de suicídio, comorbidade clínica, depressão maior, transtorno afetivo associado a condição médica geral e TPA.

No presente estudo, os fatores que se associaram significativamente a “achar que a vida não vale a pena ser vivida” na análise bivariada foram: sexo feminino, maior gravidade geral na PAS e maior gravidade na subescala de incapacidade da

PAS. Após regressão logística, as únicas variáveis que permaneceram associadas foram sexo feminino (OR5,41, IC95%: 1,25- 23,31) e maior incapacidade na subescala da PAS (OR 1,28, IC 95% 1,05- 1,58). Estudos demonstram que o TPA está associado a prejuízos importantes na qualidade de vida, gerando considerável incapacidade em diversos domínios. No estudo de Skapinakis et al.(2011), por exemplo, os pesquisadores descrevem que os pacientes com TPA (incluindo aqueles com sintomas subclínicos) apresentam acentuada inatividade econômica. De acordo com Rapport et al.(2005), além de prejuízo nas relações sociais e familiares, e atividades de lazer, esses pacientes apresentam prejuízo significativo em sua funcionalidade. No estudo de Tilli et al.(2012) o TP associou-se a menor probabilidade de conseguir trabalhar em tempo integral. O prejuízo funcional na vida diária de pacientes com TPA é bem maior que adultos não ansiosos no geral (Barrera&Norton, 2009).

Outros trabalhos encontraram diferenciações de gênero nos comportamentos suicidas, indicando que a prevalência dos comportamentos não fatais é maior em mulheres que em homens (Caneto&Sakinofsky,1998; Beautrais et al., 2002). Em portadores de TPA, a chance de mulheres apresentarem algum comportamento suicida foi três vezes maior que a de homens no estudo de Warshaw et al.(2000). Da mesma forma, no estudo realizado por Zonda et al.(2011) a maioria dos pacientes que havia tentado suicídio era de mulheres, numa proporção de 4:1. No estudo de Atay et al.(2012), dos 26 pacientes que tentaram suicídio, 24 eram mulheres; no entanto, na amostra de 600 pacientes, apenas 10 apresentavam TPA. Os autores discutem a possibilidade de que, nas mulheres, as tentativas de suicídio representem um pedido de socorro, mas sem a intenção de morrer. Vale ressaltar que, nesse estudo (Atay et al., 2012), 35,1% das mulheres já haviam achado que a vida não valia a pena ser vivida.

Neste estudo, a única variável dependente que diferiu significativamente entre os gêneros, talvez pelo pequeno tamanho amostral e pela baixa prevalência de alguns dos desfechos, foi “achar que a vida não valia a pena ser vivida”, comportamento de fato mais comumente relatado pelas mulheres.

Já em relação à gravidade dos sintomas do TPA e comportamentos suicidas, de acordo com o estudo de Schmidt et al. (2001), maior gravidade foi preditora de

ideação suicida em pacientes com TPA. Gravidade geral dos sintomas, ansiedade antecipatória, hipervigilância das sensações corporais e medo de enlouquecer foram os componentes específicos associados à ocorrência de ideação. No estudo de Huang et al.(2010) sobre moderadores e mediadores entre o TP e ideação suicida, realizado com 60 pacientes de amostra clínica, maior número de sintomas associou-se à gravidade da ideação tanto na análise bivariada quanto na regressão logística, após ajuste para outros fatores.

Outros autores relataram associação entre alguns comportamentos suicidas e maior gravidade sintomatológica no TPA. Nos estudos de Schmidt et al.(2000) e Norton et al. (2007) a gravidade dos sintomas do TPA associou-se significativamente tanto com ideação quanto com tentativas de suicídio, enquanto no estudo coreano de Choi et al.(2011) a gravidade dos sintomas ansiosos (avaliada através do *Beck Anxiety Inventory* e do *State-Trait Anxiety Inventory*) esteve associada de modo independente (após regressão logística) apenas a ideação suicida. No presente estudo, na análise bivariada houve associação significativa entre a gravidade global do TPA e achar que não valia a pena viver ($p=0,03$), desejar estar morto ($p=0,048$), assim como uma tendência de associação com ideação suicida($p=0,09$). Porém, além do escore global, foi avaliada a pontuação em subescalas específicas da PAS, encontrando-se associação independente apenas entre maior nível de incapacidade e “achar que a vida não vale a pena”. É plausível considerar que as limitações impostas pelo TPA tenham um grande impacto negativo em diversos domínios da vida diária (atividades laborais, escolares, sociais e de lazer), gerando esse sentimento de que a vida não vale a pena.

7.3. Desejar estar morto

Em relação a “desejar estar morto” (prevalência de 57,8% neste estudo), as seguintes variáveis se associaram a este desfecho na análise bivariada: maior gravidade geral na PAS, maior gravidade na subescala de incapacidade da PAS, autoavaliação de saúde ruim/regular/muito ruim, depressão, FS e TOC. Após regressão logística, porém, a única variável que permaneceu associada foi depressão (OR 6,11, IC 95% 1,51 – 24,66). No único estudo (Atay et al., 2012) que avaliou este

mesmo desfecho, mas incluindo portadores de diversos transtornos mentais (entre os quais apenas 10 casos de TPA), os fatores que permaneceram associados a “desejar estar morto” após regressão logística na amostra total foram: ser mulher, histórico familiar de tentativas de suicídio, depressão maior, fobia específica, transtorno de ajustamento e TPA. Na verdade, oito dos dez portadores de TPA apresentaram este desfecho (Atay et al., 2012).

De acordo com a literatura, o diagnóstico de depressão está fortemente associado a comportamentos suicidas não fatais em geral (Brent, 1993; Angst et al., 2002; Hawton et al., 2013). Em relação aos suicídios consumados, a depressão também estaria presente na maioria dos casos. Estudos de autópsia psicológica demonstram que este diagnóstico afeta entre metade e 3/4 dos pacientes que cometem suicídio (Rich et al., 1986; Henriksson et al., 1993; Conwell et al., 1996; Harwood et al., 2001). Portanto, o risco de comportamentos suicidas é relevante na depressão maior e deve ser atentamente observado por parte dos clínicos (Hawton et al., 2013). Existe, assim, considerável suporte na literatura de que a depressão aumenta o risco de comportamentos suicidas em geral. Por exemplo, no estudo de Bradwik et al. (2008) a chance para algum comportamento suicida aumenta em quatro vezes na presença de depressão (OR: 4,02, IC 95% 1,82-8,80). É importante destacar, no entanto, que depressão é uma das comorbidades mais comuns em pacientes com TPA (Biederman et al., 2004; Starcevic et al., 2008; Tilli et al., 2012), sendo em geral secundária às limitações e a todo o impacto negativo que o TPA tem na vida desses pacientes. De acordo com Gorman et al. (1996), a depressão pode preceder o TPA, suceder ou ocorrer simultaneamente, porém em geral os sintomas ansiosos precedem o quadro depressivo (Del Ben e Kerr-Corrêa, 1999). Assim, sintomas depressivos secundários podem representar não um verdadeiro confundidor, mas sim um fator no caminho da causalidade entre os sintomas do TPA e os comportamentos suicidas (neste caso, desejo de morte), como já foi discutido em relação a portadores de TOC (Torres et al., 2011).

7.4. Ideação suicida

Em relação à prevalência de ideação suicida em pacientes com ataques de pânico ou transtorno de pânico com e sem agorafobia (TP e TPA) foram encontrados

alguns estudos com resultados semelhantes aos do presente trabalho (37,8% na vida). No estudo de Starcevic et al. (1999), que comparou a gravidade do TP em 88 pacientes ambulatoriais com diferentes comorbidades dos eixos 1 e 2, a prevalência de ideação no último ano foi de 28,4%. Um trabalho realizado nos Estados Unidos por Pilowsky et al.(1999) estudou ataques de pânico e comportamentos suicidas em adolescentes recrutados em escolas públicas (n=1580), encontrando prevalência de 12% de ideação suicida atual. Nesse estudo, os adolescentes com ataques de pânico tiveram três vezes mais chances de apresentar ideação suicida em relação a adolescentes sem ataques de pânico. Em outro estudo (Schmidt et al., 2001) com 146 portadores de TPA atendidos em serviço especializado, foi encontrada a prevalência atual de 16,0% de ideação suicida, enquanto Fouldes-Busque et al. (2011) obtiveram prevalência atual de 15,0% e de 33,0% na vida. No trabalho de Fleet et al.(1996) que estudou 441 pacientes com dores torácicas em pronto-socorro, 91 deles preencheram critérios diagnósticos para TPA e, nesses pacientes, a prevalência de ideação suicida no último mês foi de 24,2%. Na Itália, estudo conduzido por Balestrieri et al.(2006) investigando ideação e tentativas em diversos transtornos mentais, a prevalência de ideação no último mês foi de 24,6% nos 57 pacientes com TP nessa amostra clínica. Um estudo realizado em Taiwan por Huang et al.(2010) com 60 pacientes com TP em tratamento ambulatorial encontrou-se prevalência nos últimos dois meses de 31,7%. Nos Estados Unidos, em um trabalho realizado em 2009 por Coughle et al. a prevalência de ideação na vida foi de 39,4%(99/251 pacientes com TPA de uma amostra comunitária). Em um estudo húngaro realizado por Zonda et al. em 2011, com 281 pacientes com TPA livres de outras comorbidades e em tratamento atual, a prevalência de ideação suicida na vida foi de 18,2%.

No estudo de Sarren et al.(2005) a prevalência de ideação em amostra comunitária de portadores de TP foi de 15,7% na vida. Outro estudo realizado com amostra comunitária nos Estados Unidos foi o de Katz et al. (2010), que descreveu prevalência de 26,0% de ideação. Boden et al. (2007) avaliaram a prevalência de ideação suicida na vida em 70 adolescentes e adultos jovens portadores de TP, de acordo com a idade, obtendo os seguintes resultados: 16-18 anos=40,0%, 18-21=52,9%, e 21-25=34,2%. Um estudo realizado por Hall et al. (1999), que avaliou se a ideação era persistente ou fugaz, encontrou as prevalências de 69% (fugaz) e 35% (persistente) em pacientes com TPA que tinham tentativas prévias. Em estudo mais

recente, Atay et al. (2012) relataram alta prevalência de ideação na vida (50,0%), no entanto apenas 10 pacientes com TPA foram avaliados. Em metanálise recente conduzida por Kanwar et al.(2013) a probabilidade de um paciente com TPA apresentar ideação, se comparado a um paciente sem TPA foi de quase cinco vezes mais(OR 4,39, IC 95% 3,28-8,10). No estudo realizado por Skapinakis et al.(2011) a chance foi também aproximadamente quatro vezes superior, mesmo incluindo pacientes com sintomas subclínicos.

Assim, a prevalência de ideação obtida neste estudo (37,8% na vida) é comparável à média geral de prevalência em portadores de TPA da literatura, que varia de 29,4% (Starcevic et al., 1999) até 43,0% (Schmidt et al., 2001).

No presente estudo, as duas variáveis que se associaram significativamente à ideação suicida na análise bivariada foram: doença física auto-relatada e TOC. Após a regressão logística, apenas doença física se manteve no modelo de regressão (OR 5,83, IC 95% 1,25 – 27,17).

De acordo com a metanálise de Kanwar et al. (2013) a respeito de fatores de risco para comportamentos suicidas em pacientes depressivos, a doença física pode aumentar o risco de suicídio, principalmente quando é recém diagnosticada, crônica e que acarreta intensa dor. Nesta metanálise, o estudo que encontrou associação entre doença física e risco atual de suicídio em portadores de depressão foi o de Bradwik et al.(2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou em 2000 uma publicação para profissionais da saúde a respeito de prevenção de suicídio. Nessa apostila é discutida a importância de se atentar para a forte associação entre doenças físicas e suicídio, principalmente quando ela é crônica, implica limitações e tem prognóstico ruim, mas também quando a doença é recém diagnosticada. Outros fatores importantes associados ao suicídio são a dor e as limitações de locomoção. As principais doenças físicas descritas como associadas ao suicídio nesse trabalho são: doenças neurológicas, HIV, neoplasias, doença renal crônica, hepatopatias, doenças articulares e ósseas, cardiovasculares e gastrointestinais.

Num trabalho sobre fatores de risco em 100 pacientes que fizeram graves tentativas de suicídio (Hall et al., 1999), 41% tinham alguma doença física crônica

deteriorante. Em outro trabalho realizado por Mackenzie&Popkin (1987) sobre suicídio em pacientes com doenças físicas, as mais associadas com aumento do risco de suicídio foram: lesões na medula espinhal, esclerose múltipla, câncer e HIV.

Em um livro recente sobre o suicídio e sua prevenção (Bertolote,2012), o autor afirma que doenças físicas graves e/ou incuráveis, dolorosas, debilitantes, incapacitantes e desaprovadas socialmente (como a AIDS) são fatores predisponentes, ou seja, fatores que criam terreno para o suicídio consumado.

No presente estudo houve apenas um caso de neoplasia (leucemia, já em remissão), um de artrose, um de problema de coluna (que podem gerar dor e problemas de locomoção) e outro de asma, sendo os demais casos de doenças crônicas usualmente sem maior gravidade como tireopatias, gastrite/esofagite, diabetes e hipertensão.

É importante considerar que no TPA, pelas próprias características clínicas do quadro, os portadores tendem a apresentar comportamentos de vigilância em relação aos sinais e sintomas corporais, preocupação constante com a saúde e também tendem a avaliar negativamente seu estado de saúde (pensamentos catastróficos, que também ocorrem na depressão e no TOC). Assim, mesmo que quase todos os pacientes tenham auto-relatado apenas problemas de menor gravidade, tais preocupações hipocondríacas podem também mediar a associação entre problemas de saúde e comportamentos suicidas (no caso, ideação) no TPA.

7.5. Planejamento suicida

De acordo com a revisão da literatura, constatou-se que planejamento suicida (desfecho que ocorreu em 22,2% dos casos no presente estudo) é um comportamento bem menos estudado que ideação e tentativas, assim como “desejar estar morto/a” e “achar que a vida não vale a pena ser vivida” (comportamentos não investigados na vasta maioria dos trabalhos). A metanálise conduzida por Kanwar et al.(2013) sobre os comportamentos suicidas em transtornos de ansiedade em geral confirma que ideação e tentativas de suicídio são os comportamentos mais estudados pela maioria dos autores.

No trabalho de Fouldes-Busque et al.(2010) descreve-se prevalência de 19,0% de planejamento em portadores de TP durante a vida, enquanto Balestrieri et al.(2006) avaliaram a prevalência atual de planejamento, porém agregada à de ideação, obtendo resultado de 24,6% para ambas somadas. De acordo com o estudo comunitário realizado na Itália por Scocco et al. (2008), a probabilidade de um paciente com TP realizar um planejamento suicida é 7,6 vezes maior que a população geral. Portanto, da mesma forma que em relação à ideação, a prevalência de planejamento suicida obtida neste estudo(22,2%) está de acordo com os (escassos) dados da literatura, que variam entre 19,0% (Fouldes-Busque et al., 2010)e 24,6% (Balestrieri et al., 2006).

No presente estudo, as variáveis que se associaram significativamente a planejamento suicida na análise bivariada foram: menor número de anos de escolaridade e TOC. Após a regressão logística, apenas TOC se manteve associado a este desfecho (OR 6,00, IC 95% 1,32 – 27,22).

Assim como outros com transtornos de ansiedade, o estudo de comportamentos suicidas no TOC foi por muito tempo negligenciado, pois estes pacientes eram considerados com baixo risco de morte por suicídio (Goodwin et al., 1969; Koran et al.,1996; Torres et al., 2007; Torres et al., 2011). Porém, juntamente com as evidências de que comportamentos anteriores mesmo à ideação (achar que a vida não vale a pena e desejar a morte) constituem um *continuum* e são fundamentais para compreender e prevenir suicídios consumados (Neelman et al., 2004; Renberg et al., 2001), trabalhos mais recentes demonstraram que o risco desses comportamentos em pacientes com TOC não é tão baixo quanto se supunha. Por exemplo, Kamath et al.(2007) estudaram na Índia 100 pacientes com TOC e constataram prevalências na vida para ideação na vida, ideação atual e tentativas de 59%, 28% e 27%, respectivamente. Estudo realizado em nosso meio (Torres et al.,2007) constituído por 50 pacientes em tratamento chegou a resultados para ideação, planejamento e tentativas na vida de 46%, 20% e 10% de prevalência, respectivamente. Em relação ao planejamento suicida, no maior estudo de amostra clínica avaliando comportamentos suicidas no TOC (Torres et al.,2011), realizado com 582 pacientes brasileiros, a prevalência de planejamento suicida na vida foi de 20,1%.

Assim, é possível que a comorbidade com TOC aumente ainda mais o impacto negativo do TPA nos vários domínios da vida cotidiana, levando ao planejamento suicida, que seria um passo anterior à efetivação de uma tentativa, que pode ou não ser fatal. Vale ressaltar que, apesar de comportamentos impulsivos ocorrerem em alguns portadores de TOC, atos envolvendo um planejamento mais detalhado e cuidadoso também são bastante plausíveis nesses pacientes, o que poderia, em tese, aumentar o risco de morte por suicídio.

7.6. Tentativas de Suicídio

Em relação às tentativas de suicídio (prevalência na vida de 11,1% dos casos neste estudo), em geral são de fato um desfecho mais raro que ideação e planejamento, havendo vários artigos na literatura que avaliaram a prevalência desse comportamento nos transtornos de ansiedade em geral e também no TPA. Por exemplo, estudo conduzido por Fouldes-Busque et al.(2011) obteve prevalência de 7,0% , enquanto Schmidt et al.(2001) encontraram 8,0%, Warshaw et al.(2000) 9,0%, Pilowsky et al.(1999) 9,7%, e Balestrieri et al.(2006) 10,5%, todos ao longo da vida.

Já Boden et al.(2006) avaliaram a prevalência desse comportamento em relação à idade, obtendo prevalência de 13,3% em pacientes com idades entre 16 e 18 anos, 35,3% entre 18 e 21 anos e 18,4% entre 21 e 25 anos. No estudo de Cogle et al.(2009) foi maior prevalência de tentativas de suicídio em pacientes com TPA (17,3%). O estudo realizado por Pilowsky et al.(1999) concluiu que adolescentes de escolas públicas com ataques de pânico (e não TP ou TPA) têm duas vezes mais chances de realizarem tentativas de suicídio se comparados a adolescentes sem ataques de pânico(OR 1,93, IC 95% 1,23–3,00). Já no estudo metanalítico de Kanwar et al.(2013), um paciente com TPA tem quatro vezes mais chances (OR3,96,IC95%2,13-7,35) de realizar uma tentativa de suicídio, se comparada a um paciente sem nenhum transtorno ansioso. Ainda na mesma lógica de comparação, em Nepon et al.(2010) essa chance foi de 1,44(OR, IC 95%1,16-1,79). Nesse estudo, realizado com uma amostra comunitária de 34.653 adultos entre 2004-2005 nos Estados Unidos, havia 2.627 pacientes com TP ou TPA e 377 relatos de tentativas de suicídio na vida nesses pacientes. O diagnóstico de TP ou TPA estava presente em 29,8% dos casos de tentativa em toda a amostra (Nepon et al.,2010).

No estudo de Boden et al.(2006)vários modelos de regressão logística foram feitos para verificar a associação entre o TP e tentativas de suicídio. No primeiro modelo, ajustado para todos os outros transtornos de ansiedade, a chance de pacientes entre 16 e 25 anos com TP realizarem uma tentativa de suicídio independente dos outros transtornos de ansiedade foi significativamente maior, sendo mais que três vezes superior quando comparada à de adolescentes sem TP (OR 3,41; IC 95% 1,62-7,16). No entanto, ajustando-se para outras comorbidades, a associação deixou de ser significativa (OR: 1,90 IC 95% 0,70-5,14).

No presente estudo, apenas cinco dos 45 pacientes (11,1%) relataram tentativas de suicídio, resultado inferior aos descritos por Cougle et al.(2009)- 17,3% e Fouldes-Busque et al. (2010)-19,0%. Assim como o diagnóstico de TAG, o de depressão esteve presente em quatro dos cinco pacientes que relataram tentativas de suicídio. Porém, em função do número reduzido de pacientes que apresentou este desfecho, este estudo não permite nenhuma conclusão sobre o papel destas duas comorbidades no risco de tentativas em pacientes que apresentam diagnóstico primário de TPA.

7.7. Limitações

Os resultados do presente estudo devem ser considerados tendo em vista uma série de limitações metodológicas. Trata-se de um estudo exploratório, com uma amostra clínica consecutiva e não probabilística, de tamanho pequeno e com alguns desfechos de baixa prevalência (ex.: planejamento e tentativas de suicídio). Desta forma, algumas hipóteses prévias de associações podem não ter sido confirmadas pelo pequeno número de casos (erro beta ou tipo 2). Houve alguma dificuldade no recrutamento de casos na FMB, pois a rotina do serviço retarda a primeira consulta no ambulatório especializado (ATAOC) e os pacientes recebem alguns atendimentos prévios de médicos residentes no pronto-socorro ou em outros ambulatórios. Assim, apesar de em geral ainda apresentarem sintomas agorafóbicos, muitas vezes os pacientes do ATAOC já estavam com as crises de pânico controladas, não preenchendo mais os critérios diagnósticos para TPA e não podendo, portanto, ser incluídos no estudo.

O desenho transversal não permite inferir relações de causalidade, mas apenas associações entre as variáveis independentes e os desfechos de interesse. Todos os pacientes avaliados apresentavam agorafobia comórbida e estavam em tratamento com especialistas em psiquiatria, de modo que os resultados não podem ser diretamente generalizados para populações não clínicas, para pacientes atendidos em serviços não especializados, para menores de 18 anos ou portadores de TP sem agorafobia.

Por não fazerem parte do instrumento de avaliação diagnóstica utilizado (MINI), não foram investigadas algumas comorbidades de eixo I que também podem ser fatores de risco para comportamentos suicidas (ex.: transtornos do controle de impulsos, da sexualidade, somatoformes e orgânicos) nem outros transtornos da personalidade além do antissocial, particularmente o transtorno *borderline*. No entanto, a MINI inclui os mais importantes transtornos de ansiedade, de humor, alimentares e por uso de substâncias, sendo improvável que transtornos mais graves (ex.: orgânicos) estivessem presentes na amostra, pela própria preservação da crítica para decidir pela participação. Pacientes com transtornos por uso de substâncias e transtorno bipolar comórbido ao TPA podem não ter sido encontrados na amostra por estarem em tratamento em serviços ou ambulatórios específicos para estes transtornos, particularmente na FMB. Por não haver instrumentos de avaliação da gravidade do TPA validados em nosso meio, utilizou-se a PAS, mesmo sem validação.

Apesar de terem sido investigados vários aspectos sóciodemográficos e clínicos relevantes, os comportamentos suicidas são extremamente complexos e envolvem a interação entre diversos fatores de risco e proteção, e alguns aspectos potencialmente relevantes (ex.: história de abuso, eventos de vida estressantes, suporte social) não foram investigados. O dado sobre doenças físicas foi obtido por auto-relato. Por fim, o tema “suicidalidade” é delicado e pode ter sido sub-relatado pelos pacientes, particularmente os procedentes do serviço universitário, em que o entrevistador (VAB) não era o profissional responsável pelo atendimento dos pacientes.

8. CONCLUSÕES

A prevalência ao longo da vida dos comportamentos suicidas nos 45 pacientes com TPA (64,4% para “achar que a vida não vale a pena”, 57,8% para “desejar estar morto/a”, 37,8% para “ideação suicida”, 22,2% para “planejamento suicida” e 11,1% para tentativas de suicídio) é superior à encontrada na população geral e semelhante à descrita em alguns outros transtornos psiquiátricos, como TOC, TAG, TEPT e FS.

Praticamente todos estes comportamentos suicidas se associaram significativamente entre si, confirmando a forte relação entre eles descrita na literatura. Porém, diferentes variáveis explanatórias se associaram de modo independente aos comportamentos suicidas avaliados. Assim, sexo feminino e maior nível de incapacidade pelo transtorno se associaram a “achar que a vida não vale a pena”, depressão a “desejar estar morto/a”, doença física auto-relatada a “ideação suicida” e TOC a “planejamento suicida”. De todo modo, profissionais de saúde que atendem portadores de TPA devem estar atentos para um possível risco maior de “suicidalidade” nas mulheres, nos pacientes com maior nível de incapacidade pelo TPA e naqueles que apresentam comorbidade com doença física, depressão e TOC.

O tema do presente estudo é complexo e ainda pouco explorado na literatura, portanto espera-se que os resultados aqui apresentados possam estimular a reflexão e o avanço do conhecimento nessa área. Certamente, porém, para se ter uma estimativa mais precisa e com maior validade externa da prevalência, incidência e dos fatores de risco para comportamentos suicidas em portadores de TPA mais estudos são necessários. Assim, devem ser desenvolvidos tanto estudos clínicos como de base comunitária, estudos com outros delineamentos (ex.: caso-controle, coorte) e que avaliem um número bem maior de pacientes, assim como outros possíveis fatores de risco para suicidalidade (ex.: eventos de vida, transtornos de personalidade) nessa população.

A identificação de fatores de risco e proteção é essencial para o planejamento de abordagens preventivas em relação ao suicídio consumado em portadores de transtornos psiquiátricos em geral e do TPA em particular.

9. REFERÊNCIAS

Albert U, Maina G, Bergesio C, Bogetto F. Axis I and II comorbidities in subjects with and without nocturnal panic. *Depress Anxiety*. 2006; 23(7): 422-8.

American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition (DSM-IV). Washington, DC.

American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition, text-revised (DSM-IV-TR). Washington, DC.

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition (DSM5). Washington, DC.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatria*. 2000; 22(3):106-115.

Andrade L.H, Walters E.E, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37: 316-325.

Andrade L.H, Wang Y.P, Andreoni S, Silveira C.M, Silva C.A, Rosana E, Nishimura R, Anthony J.C, Gattaz W.F, Kessler R.C, Viana M.C. Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*. 2012; 7(2): e31879.

Angst F, Stassen H.H, Clayton P.J, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*. 2002; 68(2-3):167-81.

Aschan L, Goodwin L, Cross S, Moran P, Hotopf M, Hatch SL. Suicidal behaviours in South East London: prevalence, risk factors and the role of socio-economic status. *J Affect Disord.* 2013; 5;150(2):441-9.

Atay I.M, Eren I, Gündoğar D. The prevalence of death ideation and attempted suicide and the associated risk factors in Isparta, Turkey. *Turk Psikiyatri Derg.* 2012; 23(2): 89-98

Baldwin D. Easing the Burden of Panic Disorder: Comorbidity, Diagnosis, and Implications for Treatment. *CNS Spectr.* 2005;9(Suppl 12):5-11

Balestrieri M, Rucci P, Sbrana A, Ravani L, Benvenuti A, Gonnelli C, Dell'osso L, Cassano G.B. Lifetime rhythmicity and mania as correlates of suicidal ideation and attempts in mood disorders. *Compr Psychiatry.* 2006; 47(5):334-41.

Bandelow B. Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia II. The Panic and Agoraphobia Scale. *Int Clin Psychopharmacol.* 1995; 10(2): 73-81.

Barlow D.H, Craske M.G, Cerny J.A, Klosko J.S. Behavioral treatment of panic disorder. *Behav Ther.* 1989; 20(2): 261-282.

Barracough B.M., Bunch J., Nelson B., Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Brit J Psychiatry* 1974; 125, 355–373.

Barrera T.L, Norton P.J. Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(8):1086-90.

Batelaan, N.M, de Graaf, R, Penninx B.W.J.H, van Balkom A.J.L.M, Vollebergh W.A.M, Beekman A.T.F. The two-year prognosis of panic episodes in the general population. *Psychol. Med* 2009; 29: 1–11.

Batelaan N.M, de Graaf R, Spijker J, Smit J.H, van Balkom A.J, Vollebergh W.A, Beekman A.T. The course of panic attacks in individuals with panic disorder and subthreshold panic disorder: a population-based study. *J Affect Disord.* 2010; 121(1-2): 30-8.

Beautrais A.L. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emerg Med (Fremantle)*. 2002;14(1):35-42.

Beautrais A.L, Wells J.E, McGee M.A, Oakley Browne M.A. Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40(10): 896-904.

Beck A.T, Steer R.A, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985;142(5): 559-63.

Beck A.T, Steer R.A, Sanderson W.C, Skeie T.M. Panic disorder and suicidal ideation and behaviour: discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1991; 148: 1195-1199.

Beck A.T, Ward C.H, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.

Beck A.T, Epstein N, Brown G, Steer R.A. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consul Clin Psychol*. 1988; 56(6): 893-897.

Beck A.T, Steer R.A, Sanderson W.C. Dr Beck and colleagues reply. *Am J Psychiatry*. 1992; 149: 142-143.

Bernik M, Corregiari F. Trastorno de Pânico e Agorafobia. Em: Miguel E.C, Gentil V, Gattas W.F. *Clínica Psiquiátrica: a visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria da FMUSP*. Editora Manole, 2-11, v.1, cap. 57, p. 757-770.

Bertolote J.M, Fleischmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, De Silva D, Tran Thi Thanh H, Phillips M, Schlebusch L, Värnik A, Vijayakumar L, Wasserman D. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med*. 2005; 35(10):1457-65.

Bertolote, J.M. O suicídio e sua prevenção. São Paulo:Ed.Unesp, 2012.

Biederman J, Petty C, Faraone S.V, Hirshfeld-Becker D, Pollack M.H, Henin A, Gilbert J, Rosenbaum J.F. Moderating effects of major depression on patterns of comorbidity in patients with panic disorder. *Psychiatry Res.* 2004; 30; 126(2): 143-9.

Bijl R.V, Ravelli A, van Zessen G.Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey andIncidenceStudy (NEMESIS).*Soc PsychiatryPsychiatrEpidemiol.* 1998;33(12):587-95.

Boden J.M, Fergusson D.M, Horwood L.J Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychol Med.* 2007; 37(3): 431-40.

Borges G, Benjet C, Medina-Mora M.E, Orozco R, Molnar B.E, Nock M.K. Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008; 49(6):654-66.

Botega N.J, Garcia LS.Brazil: the need for violence (including suicide) prevention. *World Psychiatry.* 2004; 3(3): 157-8.

Botega N.J, Barros M.B, Oliveira H.B, Dalgarrondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(1): 45-53.

Brådvik L, Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P.Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947-1997--severity and gender. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117(3):185-91.

Brent D.A.Depression and suicide in children and adolescents.*Pediatr Rev.* 1993;14(10):380-8.

Brown L.A, Gaudiano B.A, Miller I.W. The impact of panic-agoraphobic comorbidity on suicidality in hospitalized patients with major depression. *Depress Anxiety*. 2010; 27(3): 310-5.

Bruce S.E, Yonkers K.I, Otto M.W, Eisen J.L, Weisberg R.B, Pagano M, Shea M.T and Keller M.B. Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(6): 1179-1187.

Canetto S.S, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide. Life Threat Behav*. 1998; 28(1):1-23.

Carlbring P, Gustafsson H, Ekselius L, Andersson G. 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(5): 207-11.

Casarola A, Loperfido A, Cannalire M. La ricerca: strumento di conoscenza e di intervento nella prevenzione del suicidio. In: Morosini P, de Girolamo G, Picardi A, Di Fabio F (Ed.). *Progetto nazionale salute mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001 (Rapporti ISTISAN 01/27). p. 217-9.

Chen Y.W, Dilsaver S.C. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry*. 1996 15;39(10):896-9.

Chen M.T, Li C.Y, Lin H.C, Shen W.W, Hsieh P.C, Chen C.C. Health-seeking behavior, alternative medicine, and quality of life in Taiwanese panic disorder patients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2013; 17(3): 206-15.

Choi H.Y, Kim S.I, Yun K.W, Kim Y.C, Lim W.J, Kim E.J, Ryoo J.H.A. Study on correlation between anxiety symptoms and suicidal ideation. *Psychiatry Investig*. 2011;8(4):320-6.

Clark D.M. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther.* 1986; 24(4): 461-470.

Clark DA. Panic disorder: From theory to therapy. In: Salkovskis PM (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy: The state of the art and beyond.* New York, Guilford Press, 1996.

Conwell Y, Duberstein P.R, Cox C, Herrmann J.H, Forbes N.T, Caine E.D. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry.* 1996;153(8):1001-8.

Cougle J.R, Keough M.E, Riccardi C.J, Sachs-Ericsson N. Anxiety disorders and suicidality in the National Comorbidity Survey-Replication. *J Psychiatr Res.* 2009; 43(9): 825-9.

Cox B.J, Dorenfeld D.M, Swinson R.P, Norton G.R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *Am J Psychiatry.* 1994; 151: 882-887.

Crosby A.E, Han B, Ortega L.A, Parks S.E, Gfroerer J. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years-United States, 2008-2009. *MMWR Surveill Summ.* 2011; 21;60(13): 1-22.

Del Ben C. M, Kerr-Corrêa F. Transtorno do pânico e depressão maior: uma revisão da comorbidade / Panic disorder and major depression: a review of the comorbidity. *J. Bras. Psiquiatr* 1999; 48(7): 299-306.

Denning D.G, Conwell Y, King D, Cox C. Method choice, intent, and gender in completed suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30(3):282-8.

Faravelli C, Abrardi L, Bartolozzi D, Cecchi C, Cosci F, D'Adamo D, Lo Iacono B, Ravaldi C, Scarpato M.A, Truglia E, Rossi Prodi P.M, Rosi S. The Sesto Fiorentino study: point and one year prevalences of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychother Psychosom.* 2004;73(4):226-34.

Fawcett J, Scheftner W.A, Fogg L. Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1189–1194.

Foldes-Busque G, Marchand A, Chauny J.M, Poitras J, Diodati J, Denis I, Lessard M.J, Pelland M.È, Fleet R. Unexplained chest pain in the ED: could it be panic? *Am J Emerg Med*. 2011; 29(7): 743-51.

Foldes-Busque G, Fleet R, Poitras J, Chauny J.M, Diodati J.G, Marchand A. Suicidality and panic in emergency department patients with unexplained chest pain. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34(2):178-84.

Fleet R, Lavoie K, Beitman B.D. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *J Psychosom Res*. 2000;48(4-5):347-56.

Friedman S, Jones J.C, Chernen L, Barlow D.H. Suicide ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: a survey of two outpatient clinics. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 680-685.

Gadernann A.M, Alonso J, Vilagut G, Zaslavsky A.M, Kessler R.C Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depress Anxiety*. 2012; 29(9):797-806.

Garakani A, Win T, Virk S, Gupta S, Kaplan D, Masand P.S. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *Am J Ther*. 2003;10(1):61-7

Gershon E.S. Genes and environment in suicidality. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(10): 1460-1.

Goodwin D.W, Guze S.B, Robins E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch Gen Psychiatry*. 1969;20(2): 182-7.

Goodwin R.D, Jameson, K.R. *Manic Depressive Illness*. 1990. Oxford University Press.

Goodwin R.D, Faravelli C, Rosi S, Cosci F, Truglia E, Graaf R, Wittchen H.U.The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe.Eur Neuropsychopharmacol.2005; 15: 435-443.

Goodwin, F.K.,Jamison,K.R.Manic-DepressiveIllness:BipolarDisordersandRecurrent Depression. 2007.OxfordUniversity Press,USA.

Gorman J.M, Coplan J.D.Comorbidity of depression and panic disorder.J Clin Psychiatry. 1996;57 10: 34-41;42-3.

Hall R, Platt D. Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts: Evaluation of Suicide Risk in a Time of Managed Care. Psychosomatics.1999; 40: 18-27.

Harris E.C, Barraclough B.Suicide as an outcome for mental disorders.A meta-analysis.Br J Psychiatry.1997;170:205-28.

Hasler G, Gergen P.J, Kleinbaum D.G, Ajdacic V, Gamma A, Eich D, Rössler W, Angst J. Asthma and panic in young adults: a 20-year prospective community study. Am J Respir Crit Care Med. 2005; 171(11): 1224-30.

Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R.Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. Int J Geriatr Psychiatry. 2001;16(2):155-65.

Hawgood J, De Leo D. Anxiety disorders and suicidal behaviour: an update. Curr Opin Psychiatry.2008; 21(1): 51-64.

Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks J.J.Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. Br J Psychiatry.2005;187:9-20.

Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, Saunders K.Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013;147(1-3):17-28.

Henriksson M.M, Aro H.M, Marttunen M.J, Heikkinen M.E, Isometsä E.T, Kuoppasalmi K.I, Lönnqvist J.K.Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993;150(6):935-40.

Hidaka Y, Operario D, Takenaka M, Omori S, Ichikawa S, Shirasaka T.Attempted suicide and associated risk factors among youth in urban Japan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(9):752-7.

Hiroeh U, Appleby L, Mortensen P.B, Dunn G.Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *Lancet*. 2001 22-29;358(9299):2110-2.

Holma K.M, Haukka J, Suominen K, Valtonen H.M, Mantere O, Melartin T.K, Sokero T.P, Oquendo M.A, Isometsä E.T.Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder.*Bipolar Disord*.2014; 16: 652-661.

Hornig C.D, McNally R.J. Panic disorder and suicide attempts: a reanalysis of data from the Epidemiologic Catchment Area study. *Br J Psychiatry*.1995; 167: 76-79.

Huang MF, Yen CF, Lung FW.Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder.*Compr Psychiatry*. 2010; 51; 243-249.

Husky M.M, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *J Affect Disord*. 2013;151(3):1059-65.

Jacob R.G, Furman J.M, Durrant J.D, Turner S.M. Panic, agoraphobia, and vestibular dysfunction.*Am J Psychiatry*. 1996;153(4):503-12.

Jacob F, Wittchen H.U, Holting C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004;34(4):597-611.

Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B, Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain-initial findings from the household survey. *Psychol Med*. 1997;27(4):775-89.

Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry*. 1990; 47: 805-808.

Kamath P, Reddy Y.C, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(11):1741-50.

Kanwar A, Malik S, Prokop LJ, Sim LA, Feldstein D, Wang Z, Murad MH. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2013; 30(10): 917-29.

Katon W. Panic disorder and somatization. Review of 55 cases. *Am J Med*. 1984 Jul;77(1):101-6.

Katz C, Yaseen ZS, Mojtabai R, Cohen LJ, Galynker II. Panic as an independent risk factor for suicide attempt in depressive illness: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(12): 1628-35.

Kessler R.C, Chiu W.T, Demler O, Merikangas K.R, Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:617-627.

Kessler R.C, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K.R, Walters E.E. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.

Kessler R.C, Chiu W.T, Jin R, Ruscio A.M, Shear K, Walters E.E,. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 415–424.

Kessler R.C, Petukhova M, Sampson N.A, Zaslavsky A.M, Wittchen H.U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2012; 21(3):169-84.

Khasakhala L, Sorsdahl K.R, Harder V.S, Williams D.R, Stein D.J, Ndeti D.M. Lifetime mental disorders and suicidal behaviour in South Africa. *Afr J Psychiatry.* 2011; 14(2): 134-9.

Kilbane E, Gokbayrak N.S, Galynker I, Cohen L, Tross S. A review of panic and suicide in bipolar disorders: does comorbidity increase risk? *J Affect Disord.* 2009; 115: 1-10.

King M.K, Schmaling K.B, Cowley D.S, Dunner D.L. Suicide attempts history in depressed patients with and without a history of panic attacks. *Compr Psychiatry.* 1995; 36: 25-30.

Kittirattanapaiboon P, Suttajit S, Junsirimongkol B, Likhitsathian S, Srisurapanont M. Suicide risk among Thai illicit drug users with and without mental/alcohol use disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014; 13;10:453-8.

Koran L.M, Thienemann M.L, Davenport R. Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 1996;153(6):783-8.

Kringlen E, Torgersen S, Cramer V A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry.* 2001;158(7):1091-8.

Kuo W.H, Gallo J.J, Tien A.Y. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med.* 2001; 31(7):1181-91.

Kupferschmid S, Gysin-Maillart A, Bühler S.K, Steffen T, Michel K, Schimmelmann BG, Reisch T. Gender differences in methods of suicide attempts and prevalence of previous suicide attempts. *Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2013; 41(6):401-5.

Lee S, Fung S.C, Tsang A, Liu Z.R, Huang Y.Q, He Y.L, Zhang M.Y, Shen Y.C, Nock M.K, Kessler R.C. Lifetime prevalence of suicide ideation, plan, and attempt in metropolitan China. *ActaPsychiatr Scand*. 2007; 116(6): 429-37.

Lepine J.P, Chignon J.M, Teherani M. Suicide attempts in patients with panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*.1993; 50: 144-149.

Levinson D, Haklai Z, Stein N, Polakiewicz J, Levav I. Suicide ideation, planning and attempts: results from the Israel National Health Survey. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2007; 44(2):136-43.

Lewis G, Pelosi A.J. Manual of the Revised Clinical Interview Schedule (CIS-R).Institute of Psychiatry London, 1990.

Lewis G, Pelosi A.J, Araya R.C, Dunne G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med*. 1992; 22(2): 465-486.

Lochner C, Mogotsi M, du Toit P.L, Kaminer D, Niehaus D.J, Stein D.J. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*. 2003; 36(5): 255-62.

Lonqvist, J. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: depression. In: Hawton, K., van Heeringen, K. (Eds.), *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. 2000. Wiley, New York, pp.107–120.

Lotufo-Neto F. The Panic and Agoraphobia Scale. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW (eds.) *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

Mackenzie T.B, Popkin M.K. Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med*. 1987;17(1):3-22.

Marazziti D, Toni C, Pedri S, Bonuccelli U, Pavese N, Lucetti C, Nuti A, Muratorio A, Cassano G.B. Prevalence of headache syndromes in panic disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 1999;14(4):247-51.

Marín-León L, Oliveira H.B, Botega N.J. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(5):351-9.

Markowitz J.S, Weissman M.M, Ouellette M.P, Lish J.D, Klerman G.L. Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46: 984-992.

May A.M, Klonsky E.D, Klein D.N. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *J Psychiatr Res*. 2012;46(7):946-52.

McConnell P, Bebbington P, McClelland R, Gillespie K, Houghton S. Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. Population study in the District of Derry. *Br J Psychiatry*. 2002; 181:214-9.

Miles C.P. Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis* 1977;164:231-46.

Mortensen P.B, Agerbo E, Erikson T, Qin P, Westergaard-Nielsen N. Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. *Lancet* 2000. 1;355(9197):9-12.

Nepon J, Belik S.L, Bolton J, Sarren J. The relationship between anxiety disorder and suicide attempts: Findings from National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Depress Anxiety*. 2010; 27: 791-798.

Nock M.K, Hwang I, Sampson N, Kessler R.C, Angermeyer M, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*. 2009; 6(8): e1000123.

Nock M.K. Future directions for the study of suicide and self-injury. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012;41(2): 255-9.

Nock M.K, Deming C.A, Fullerton C.S, Gilman S.E, Goldenberg M, Kessler R.C, McCarroll J.E, McLaughlin K.A, Peterson C, Schoenbaum M, Stanley B, Ursano R.J. Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. *Psychiatry*. 2013; 76(2): 97-125.

Norton G.R, Rockman G.E, Luy B, Marion T. Suicide, chemical abuse, and panic attacks: a preliminary report. *Behav Res Ther*.1993; 31: 37-40.

Norton P.J, Temple S.R, Pettit J.W. Suicidal ideation and anxiety disorders: elevated risk or artifact of comorbid depression? *J BehavTherExpPsychiatry*. 2008; 39(4): 515-25.

Organização Mundial de Saúde - OMS. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Organização Mundial de Saúde- OMS. Prevenção do suicídio:Um manual para médicos clínicos gerais. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. Genebra 2000.

Perlis R.H, Huang J, Purcell S, Fava M, Rush A.J, Sullivan P.F, Hamilton S.P, McMahon F.J, Schulze T.G, Potash J.B, Zandi P.P, Willour V.L, Penninx B.W, Boomsma D.I, Vogelzangs N, Middeldorp C.M, Rietschel M, Nöthen M, Cichon S, Gurling H, Bass N, McQuillin A, Hamshere M. Genome-wide association study of suicide attempts in mood disorder patients.*Am J Psychiatry*.2010;167(12):1499-507.

Pfeiffer P.N, Ganoczy D, Ilgen M, Zivin K, Valenstein M. Comorbid anxiety as a suicide risk factor among depressed veterans. *Depress Anxiety*. 2009; 26(8): 752-7.

Pilowsky D.J, Wu LT, Anthony J.C. Panic attacks and suicide attempts in mid-adolescence. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10): 1545-9.

Pirkola S, Isometsa E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen, K, Koskinen S, Aromaa A, Lonnqvist J. DSM-IV mood, anxiety and alcohol use disorders and their

comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40(1) 1-10.

Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicide in schizophrenia. What are we going to do about it? *Ann Ist Super Sanita.* 2004;40(4):463-73.

Rao K.N, Kulkarni R.R, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. *Indian J Psychol Med.* 2013 35(1): 75-9.

Renberg E.S. Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(9): 429-36.

Sadock B.J. Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry. *J Psychiatr Pract.* 2012; 18(3): 221-4.

Sareen J, Cox B.J, Afifi .O, de Graaf R, Asmundson .J, ten Have M, Stein M.B. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(11): 1249-57.

Schmidt N.B, Lerew D.R, Jackson R.J. Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. *J Abnormal Psychol.* 1999; 108(3): 532-537.

Schmidt N.B, McCreary B.T, Trakowski J.J, Santiago H.T, Woolaway-Bickel K, Ialong N. Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder. *Behav Ther.* 2003; 34(1): 49-63.

Schmidt N.B, Woolaway-Bickel K, Bates M. Evaluating panic-specific factors in the relationship between suicide and panic disorder. *Behav. Res Ther.* 2001; 29: 635-649.

Scocco P, de Girolamo G, Vilagut G, Alonso J. Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the

Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health Study. Compr Psychiatry. 2008 ;49(1):13-21.

Shabani A, Teimurinejad S, Kokar S, Ahmadzad M, Shariati B, Mousavi Behbahani Z, Ghasemzadeh M.R, Hasani S, Taban M, Shirekhoda S, Ghorbani Z, Tat S, Nohesara S, Shariat SV. Suicide Risk Factors in Iranian Patients with Bipolar Disorder: A 21-Month Follow-Up From BDPF Study. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2013;7(1):16-23.

Sheehan D.V, Ballenger J, Jacobsen G. Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. Arch Gen Psychiatry. 1980;37(1):51-9.

Sheehan D.V, Lecrubier Y, Sheehan K.H, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar J.C. The Mini-International Psychiatry Interview (M.I.N.I): The Development and Validation of a Structured Psychiatry Interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998; 59(20): 22-33.

Simon N.M, Blacker D, Korbly N.B, Sharma S.G, Worthington J.J, Otto M.W, Pollack M.H. Hypothyroidism and hyperthyroidism in anxiety disorders revisited: new data and literature review. J Affect Disord. 2002; 69(1-3):209-17.

Simon N.M, Zalta A.K, Otto M.W, Ostacher M.J, Fischmann D, Chow C.W, Thompson E.H, Stevens J.C, Demopulos C.M, Nierenberg A.A, Pollack M.H. The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. J Psychiatr Res. 2007; 41(3-4): 255-64.

Skapinakis P, Lewis G, Davies S, Brugha T, Prince M, Singleton N. Panic disorder and subthreshold panic in the UK general population: epidemiology, comorbidity and functional limitation. Eur Psychiatry. 2011; 26(6):354-62.

Starcevic V, Bogojevic G, Marinkovic J, Kelin K. Axis I and axis II comorbidity in panic/agoraphobic patients with and without suicidal ideation. Psychiatry Res. 1999 8;88(2): 153-61.

Starcevic V, Latas M, Kolare D, Vucinic-Latasc D, Bogojevicf G, Milovanovicc S. Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in female and male patientswith panic disorder with agoraphobia.Compr Psychiatry. 2008; 49: 537-543.

Stata Corporation. 2011. Stata Statistical Software. Release 12.0. College Station, TX: Stata Corporation.

Stefánsson J.G, LÍndal E, Björnsson J.K, Guthmundsdóttir A.Period prevalence rates of specific mental disorders in an Icelandic cohort.Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. 1994;29(3):119-25.

Szádóczy E, Papp Z, Vitrai J, Füredi J. Prevalence of mood and anxiety disorders in the Hungarian adult population.OrvHetil. 2000;2; 141(1): 17-22.

Tilli V, Suominem K, Karlsson H. Panic disorder in primary care: Comorbid psychiatric disordersand their persistence. Scand J Prim Health Care.2012; 30: 247-253.

Thompson A.H, Dewa C.S, Phare S. The suicidal process: age of onset and severity of suicidal behaviour. Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.2012;47(8): 1263-9.

Torres A.R, de Abreu Ramos-Cerqueira A.T, Torresan R.C, de Souza Domingues M, Hercos A.C, Guimarães A.B. Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder.CNS Spectr. 2007;12(10):771-8.

Torres A.R, Ramos-Cerqueira A.T, Ferrão Y.A, Fontenelle L.F, do Rosário M.C, Miguel E.C Suicidality in obsessive-compulsive disorder: prevalence and relation to symptom dimensions and comorbid conditions. J Clin Psychiatry. 2011; 72(1): 17-26.

Vollrath M, Koch R, Angst J. The Zurich Study: IX. Panicdisorder and sporadic panic: symptoms, diagnosis, prevalence, andoverlap with depression. Eur Arch PsychiatrNeuroSci.1990; 239(4):221- 230.

Yaseen Z.S, Chartrand H, Mojtabai R. Fear of dying in panic attacks predicts suicide attempt in comorbid illness: prospective evidence from the National Epidemiological Survey on Alcohol and related conditions. *Depress Anxiety* 2013; 30 (10):930-9.

Warshaw M.G, Massion A.O, Peterson L.G, Pratt L.A, Keller M.B. Suicidal behavior in patients with panic disorder: a retrospective and prospective data. *JAffectDisord.* 1995; 34(3): 235-247.

Warshaw M.G, Dolan R.T, Keller M.B. Suicidal behavior in patients with current of past panic disorder: five years of prospective data from the Harvard/Brown Anxiety Research Program. *Am JPsychiatry.*2000; 157: 1876-1878.

Weissman M.M, Klerman G.L, Markowitz J.S, Ouellette R. Suicide ideation and attempts in panic disorder. *NEngl J Med.* 1989; 321: 1209-1214.

Weissman M.M, Bland R.C, Canino G.J, Greenwald S, Joyce P.R, Karam E.G, Lee C.K, Lellouch J, Lepine J.P, Newman S.C, Rubio-Stipec M, Wells J.E, Wickramaratne P.J, Wittchen H.U, Yeh EK.Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med.* 1999;29(1):9-17.

Wittchen, H.U., 1988. Natural course and spontaneous remissions ofuntreated anxiety disorders-results of the Munich follow-up study(MFS). In: Hand, I., Wittchen, H.U. (Eds.), *Panic and Phobias: 2.Treatments and Variables Affecting Course and Outcome.* Springer,Berlin, pp. 3 –17.

Wittchen H.U, Gloster A.T, Beesdo-Baum K, Fava G.A, Craske M.G. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress Anxiety.* 2010;27(2):113-33.

Yonkers K.A Bruce S.E, Dyck I.R, Keller M.B. Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety.* 2003;17(3):173-9.

Zonda T, Nagy G, Lester D. Panic disorder and suicidal behavior: a follow-up study of patients treated with cognitive therapy and SSRIs in Hungary. *Crisis*. 2011; 32(3): 169-172.

Anexos

ANEXO 1- Questionário

Transtorno de Pânico/Agorafobia - Questionário do Paciente

Nome: _____ Prontuário: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Est: _____ Cep: _____ Fone: _____

Entrevistador: _____

1. N° de ordem: _____ 2. Data da entrevista: ____/____/____

3. Data de nascimento: ____/____/____ 4. Idade em anos: _____

5. Sexo: (1) masculino (2) feminino

6. Situação Conjugal: (1) solteiro
(2) casado ou em união estável
(3) separado/divorciado
(4) viúvo

7. N° de filhos: _____

8. Com quem mora? (1) pais ou um dos pais
(2) pais (ou um dos pais) e irmãos
(3) cônjuge
(4) cônjuge e filho(s)
(5) outros
(6) sozinho

9. Procedência: (1) Botucatu (2) Bauru

10. Número de anos de escola: _____

11. Escolaridade: (1) analfabeto até fundamental incompleto
(2) fundamental completo ou médio incompleto
(3) médio completo ou superior incompleto
(4) superior completo

12. Ocupação: _____

13. Situação na Ocupação: (1) empregado
(2) desempregado
(3) licença médica
(4) aposentado por tempo de serviço
(5) aposentado por invalidez
(6) dona de casa
(7) estudante

14. Renda familiar (em salários mínimos): _____

15. Número de pessoas na casa (que vivem da renda acima): _____

16. Renda *per capita* (em salários mínimos): _____

17. Religião: (0) nenhuma
(1) católica
(2) espírita
(3) protestante
(4) crente/evangélica
(5) testemunha de Jeová
(6) outra _____

18. Doença(s) física(s): (1) sim (2) não

Se sim: qual (is), e há quanto tempo?

19. Como acha que está a sua saúde atualmente?

(1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) muito ruim

20. Idade de início dos sintomas de PAG (1ª crise): _____ (anos)

21. Tempo de evolução do PAG: _ _____ (anos)

22. Nº total de crises até o momento: _____

23. Nº total de idas ao Pronto-Socorro (último ano): _____

24. Nº total de consultas com outros especialistas (clínico geral, cardiologista, neurologista, otorrinolaringologista, gastroenterologista, etc) no último ano: _____

25. Tempo de sintomas de pânico até procurar tratamento psiquiátrico ou psicológico: _____(meses)

26. Uso de psicofármacos? (0) não(1) sim, atual (2) sim, anterior

27. Psicoterapia? (0) não(1) sim, atual (2) sim, anterior
28. Hospitalizações psiquiátricas: (0) não (1) sim, parcial (2) sim, completa
29. Alguma vez você já achou que **não valia a pena viver**? (0) não (1) sim
30. Alguma vez você já **desejou estar morto(a)**? (0) não(1) sim
31. Alguma vez você já **pensou se suicidar**? (0) não (1) sim
32. Você já chegou a **planejar a forma de fazê-lo**? (0) não(1) sim
33. Você já chegou a **tentar suicídio**? (0) não (1) sim
34. Se já tentou, quantas vezes? _____
Quando foi isso, de que forma e porque motivo?
-
35. Você chegou a precisar de tratamento na ocasião?
(0) não(1) sim (2) não se aplica
36. E **atualmente**, você chega a **pensar em se suicidar**? (0) não (1) sim
37. Alguém na sua família já se suicidou? (0) não(1) sim
Se sim, quem, como e quando?
-
38. Alguém na sua família já tentou se suicidar? (0) não(1) sim
Se sim, quem, como e quando?
-
39. Pontuação Global na PAS: _____
40. Número de comorbidades pela MINI, além do TPA: _____

ANEXO 2

ESCALA PARA PÂNICO E AGORAFOBIA (B. Bandelow, 1992; Lotufo, 1994)

PanicAgoraphobiaScale (PAS)

Avalie a última semana!

A) Ataques de pânico

A 1. Frequência

- 0 nenhum ataque de pânico na última semana
- 1 1 ataque de pânico na última semana
- 2 2 ou 3 ataques de pânico na última semana
- 3 4-6 ataques de pânico na última semana
- 4 mais que 6 ataques de pânico na última semana

A 2. Gravidade

- 0 nenhum ataque de pânico
- 1 os ataques de pânico em geral foram muito leves
- 2 os ataques de pânico em geral foram moderados
- 3 os ataques de pânico em geral foram graves
- 4 os ataques de pânico em geral foram extremamente graves

A 3. Duração média dos ataques

- 0 nenhum ataque de pânico
- 1 1 a 10 minutos
- 2 de 10 a 60 minutos
- 3 de 1 a 2 horas
- 4 mais que duas horas

U. maioria dos ataques foram previsíveis (ocorreram em situações de medo) ou inesperado (espontâneos)?

- 9 nenhum ataque de pânico
.....

- 0 a maioria foi inesperada
- 1 mais inesperadas que previsíveis
- 2 alguns inesperados, alguns previsíveis
- 3 mais previsíveis que inesperados
- 4 maioria previsível

B) Agorafobia, comportamento de esquiva

B 1. Comportamento de esquiva

- 0 não há esquiva (ou não há agorafobia)
- 1 raramente há esquiva de situações temidas
- 2 esquiva ocasional de situações temidas
- 3 esquiva freqüente de situações temidas
- 4 esquiva muito freqüente de situações temidas

B 2. Número de situações

- 0 nenhuma (ou não há agorafobia)
- 1 1 situação
- 2 2-3 situações
- 3 4-8 situações
- 4 ocorreram em diversas

B 3. Importância das situações evitadas

O quão importante foram as situações evitadas?

- 0 sem importância (ou não há agorafobia)
- 1 não muito importante
- 2 moderadamente importante
- 3 muito importante
- 4 extremamente importante

C) Ansiedade entre os ataques de pânico

C 1. Ansiedade antecipatória

- 0 nenhum medo de ter ataque de pânico
- 1 medo raramente de ter um ataque de pânico
- 2 medo algumas vezes de ter um ataque de pânico
- 3 medo freqüente de ter ataque de pânico
- 4 medo constante de ter ataques de pânico

C 2. O quão forte foi este "medo do medo"?

- 0 nenhum
- 1 leve
- 2 moderado
- 3 acentuado
- 4 extremo

D) Incapacidade

D 1. Prejuízo no relacionamento familiar (esposa, crianças, etc.)

- 0 nenhum
- 1 leve
- 2 moderado
- 3 acentuado
- 4 extremo

D 2. Prejuízo no relacionamento social e lazer (eventos sociais como cinema etc.)

- 0 nenhum
- 1 leve
- 2 moderado
- 3 acentuado
- 4 extremo

D 3. Prejuízo no trabalho (considere o trabalho em casa também)

- 0 nenhum
- 1 leve
- 2 moderado
- 3 acentuado
- 4 extremo

E) Preocupações sobre saúde

E 1. Preocupações sobre prejuízo à saúde

Paciente esteve preocupado em estar sofrendo algum problema físico por causa da doença

- 0 não é verdadeiro
- 1 raramente verdadeiro
- 2 parcialmente verdadeiro
- 3 quase sempre verdadeiro
- 4 definitivamente verdadeiro

E 2. Pressupõe uma doença orgânica

Paciente achou que seus sintomas ansiosos existem devido a uma doença somática e não por um distúrbio psicológico

- 0 não é verdadeiro, transtorno psicológico
- 1 raramente verdadeiro
- 2 parcialmente verdadeiro
- 3 quase sempre verdadeiro
- 4 definitivamente verdadeiro, transtorno somático

ESCORE TOTAL: some todos os itens, com exceção de U. _____



Botucatu, 18 de agosto de 2011.

Of. 360/11-CEP

Ilustríssima Senhora
Prof^ª. Dr^ª. Albina Rodrigues Torres
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr^ª. Albina,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3696-2010) **"Sobrecarga emocional e transtornos mentais comuns em familiares de pacientes portadores de transtorno de pânico agorafobia"**, conduzido por Evandro Luis Pampani Borgo, orientado por Vossa Senhoria e co-orientada pela Prof^ª Dr^ª Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, aprovado por este CEP em reunião de 08 de novembro de 2010, conta com um sub-Projeto a saber:

Sub-Projeto I: (Protocolo CEP 3696-A-2010) "Suicidalidade em pacientes com transtorno de pânico e agorafobia: prevalência e fatores associados", a ser conduzido por Victor Augusto Bauer com objetivo de **"Dissertação de Mestrado"**, orientado por Vossa Senhoria, com a colaboração de Evandro Luis Pampani Borgo e Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira.

Ao final da execução dos Projetos de Pesquisa acima, apresentar ao CEP **"Relatório Final de Atividades"**.

Atenciosamente,



Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente

Eu, _____, abaixo assinado, paciente do ambulatório de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, prontuário nº _____, tendo sido satisfatoriamente informado a respeito, concordo em participar, de livre e espontânea vontade, da pesquisa **“Suicidalidade em pacientes com transtorno de pânico e agorafobia: prevalência e fatores de risco”** coordenada por Victor Augusto Bauer e Dra. Albina Rodrigues Torres, que tem por objetivo estudar o os fatores associados entre transtorno de pânico e comportamentos suicidas.

Estou informado de que a minha participação consiste apenas em responder a questionários sobre dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, ocupação, renda etc) e clínicos (sintomas psiquiátricos). A privacidade e o sigilo em relação às informações coletadas estarão garantidos, pois estas serão mantidas em lugar seguro, codificadas, a identificação só poderá ser realizada pelos pesquisadores envolvidos no projeto e os resultados do estudo serão apresentados de forma anônima.

Portanto, minha participação envolve riscos mínimos e previsíveis, sendo o único inconveniente o tempo de duração da entrevista, por vezes demorada. Por outro lado, estes dados poderão ser úteis no acompanhamento do meu caso.

Caso julgue conveniente, e sem qualquer prejuízo dos cuidados médicos e assistenciais que recebo neste hospital, a qualquer momento poderei cancelar o presente termo de consentimento. Em caso de alguma dúvida, poderei entrar em contato com Victor Augusto Bauer ou a Dra. Albina Rodrigues Torres, no endereço, telefones ou e-mails abaixo relacionados.

Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma entregue ao entrevistado e outra arquivada pelo pesquisador.

Botucatu, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador ou entrevistador

Pesquisadores responsáveis: Victor Augusto Bauer e Dra. Albina R. Torres
Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria da FMB-UNESP, Distrito de Rubião Jr. Botucatu (SP). CEP: 18.618-970. Fones: (14) 3811-6260 – departamento e 3811-6338 - ambulatório.

Victor Augusto Bauer: e-mail: victorabauer@gmail.com cel: (11) 9493-7602

Dra. Albina: e-mail: torresar@fmb.unesp.br, cel: (14) 9775-5339.