

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Jacyara Farias de Melo

**Estudo de Associação entre Comportamento Suicida, Trauma Precoce e
Dor Psicológica em Mulheres Deprimidas**

Maceió
2022

JACYARA FARIAS DE MELO

Estudo de Associação entre Comportamento Suicida, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres Deprimidas

Dissertação (Mestrado) / apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestra em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Doenças Crônicas e Degenerativas

Orientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo-Neto

Maceió
2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

M528e Melo, Jacyara Farias de.

Estudo de associação entre comportamento suicida, trauma precoce e dor psicológica em mulheres deprimidas / Jacyara Farias de Melo. – 2022.
66 f. : il.

Orientador: Valfrido Leão de Melo Neto.

Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 46-49.

Apêndice: f. 50-52.

Anexos: f. 53-66.

1. Comportamento suicida. 2. Trauma precoce. 3. Dor (Psicologia). 4. Mulheres – Depressão. I. Título.

CDU: 616.89

Dedico esse trabalho à todas as mulheres e crianças vítimas de trauma precoce. Bem como, aqueles que desejam conhecer um pouco mais sobre algumas variáveis que envolvem o adoecimento mental e o comportamento suicida.

AGRADECIMENTOS

Uma vez ouvi dizer que uma pessoa que deseja ser sábia deve saber olhar para sua história e reconhecer os ombros dos gigantes que o acompanharam e o ajudaram em sua jornada. Sendo assim, gostaria de agradecer alguns gigantes que atravessaram minha vida e sem os quais eu não chegaria até aqui.

Gostaria iniciar, agradecendo a todas as minhas ancestrais, mulheres fortes e guerreiras, todas as que vieram antes de mim e que através de sua força e delicadeza me impulsionam até aqui. Em especial, gostaria de agradecer à minha mãe, Maria Sônia, por ser minha rocha nas tempestades, cuidando de mim nos períodos mais críticos desses anos, e por acreditar e confiar em minha educação e nos bons frutos que daqui surgem. Ao meu pai (Josmário) e ao meu irmão (Henryque) agradeço por colaborarem, dentro de suas possibilidades, para que esse sonho se tornasse realidade.

Gostaria de seguir agradecendo três grandes mestres e maestros na educação no ensino superior em Ciências Médicas de Alagoas:

Prof^o Valfrido, por ser um orientador capaz de olhar através das dificuldades de seus alunos e enxergar muito mais do que nós mesmos podemos enxergar. Obrigada por me acolher em seu grupo e por me fortalecer, em conhecimento e autonomia, nessa caminhada. Grata por acreditar em meu trabalho e me orientar até aqui.

Prof^a Michelle, por ser uma coordenadora excepcional e um ser humano empático e compassivo. Obrigada por lutar conosco, em dias tão tristes para educação brasileira, sobretudo para a pós-graduação, por um ensino *stricto sensu* mais inclusivo e justo.

Prof^o Claudio Miranda, pelas ricas contribuições para esse trabalho e minha formação. Obrigada por dividir comigo seu conhecimento e seus ensinamentos. É um privilégio poder contar com o senhor.

Gostaria de agradecer a cada paciente que me confiou e dividiu sua história de vida comigo ao longo dessa jornada. Agradecer a equipe de acadêmicos de Medicina que estiveram comigo ao longo desse projeto, Juliana, Saulo e Larissa Menezes, obrigada por seu empenho e dedicação à essa pesquisa, o trabalho e as contribuições de vocês foram essenciais. Não posso deixar de agradecer a Weidila por ser luz no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas e nos ajudar a caminhar com mais clareza e tranquilidade.

Gostaria de agradecer as minhas colegas de turma e amigas de vida Luísa (meu melhor match!), Manu, Chrys e May, com vocês os dias na pós-graduação tiveram, além de muito conhecimento, muito cuidado e amor. Obrigada por terem contribuído com minha formação profissional e pessoal ao longo desses anos.

A vida é uma jornada repleta de muitos desafios e é sempre bom sabermos que podemos contar com pessoas que gostam de dividir suas caminhadas conosco e nos ajudar a caminhar melhor. Em minha vida, sempre pude contar com a presença de boas pessoas em minhas caminhadas. E durante esse período foi muito importante caminhar ao lado e ao encontro de vocês: Débora Cristina, Débora Ribeiro, Luiz Araújo, Iury Domingos, Thaíse Ravanny, Gabriel Cortez, Edmar Quintela, Suzete Galvão, Ana Kilvia, Felipe Granja e Gabriela Bothrel. Obrigada pelo afeto, cuidado e apoio nessa jornada!

Um país que não investe em pesquisa tende a ter muitas dificuldades para evolução. Sendo assim, gostaria de agradecer à agência de fomento CAPES, por ter me financiado como aluna, mesmo em dias tão difíceis, como os atuais. Sem o apoio financeiro eu jamais teria conseguido dar continuidade ao sonho de ser mestra e pesquisadora no Brasil.

Por fim, sou grata aos meus guias espirituais, aqueles que me fortalecem em espírito e sabedoria, me ajudando a dar passos firmes na direção de meu propósito de amar, aprender, acolher e ensinar. E a mim, por não desistir, ainda que sob circunstâncias adversas.

A todos aqui, muito obrigada!

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

Paulo Freire

Resumo

Introdução: O comportamento suicida é um problema de saúde pública associado com a presença de transtornos mentais que, no entanto, não é suficiente para explicar fenômeno tão complexo. O trauma precoce parece ser um fator de risco distal, enquanto a dor psicológica um fator de risco proximal para o comportamento suicida. Objetivo: Investigar associações entre comportamento suicida, trauma precoce e dor psicológica em mulheres com episódios depressivos. Método: Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. Foram utilizados os instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I 7.0.2), Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), Escala de Dor Psicológica (PAS) e Questionário de Trauma na Infância (CTQ). Resultados: Foram entrevistadas 48 mulheres com média de idade de 42,5 ($\pm 11,9$) anos e registrado que 89,6% dessas mulheres possuíam comportamento suicida e 85,4% haviam sofrido algum tipo de trauma precoce. Ideação suicida passiva foi detectada em 83,3% das entrevistadas e se associou significativamente com negligência física ($p < 0,01$), maior gravidade de depressão ($p < 0,01$) e dor psicológica mais intensa ($p < 0,05$). Ideação suicida ativa esteve presente em 62,5% das entrevistadas, as quais apresentaram 5 vezes mais chances de relatar negligência física na infância (Odds ratio: 5,2; IC95%: 1,28 – 21,18). Ideação suicida ativa também se associou a maior gravidade da depressão ($p < 0,01$) e maior dor psicológica ($p < 0,05$). As tentativas de suicídio, por sua vez, foram associadas ao relato de abuso físico ($p < 0,05$). Intenção suicida associou-se com negligência física ($p < 0,05$), bem como com maior gravidade da depressão ($p < 0,01$) e da dor psicológica ($p < 0,01$). Conclusão: Trauma precoce, em especial a negligência física, contribui para ideação suicida passiva e ativa, em mulheres deprimidas, enquanto relato de abuso físico na infância associa-se a tentativas de suicídio ao longo da vida. Dor psicológica tem importante associação com ideação suicida tanto passiva, quanto ativa e com intenção suicida.

Palavras-chaves: Suicídio, Trauma Precoce, Dor Psicológica, Transtornos do Humor.

Abstract

Introduction: Suicide is a public health issue associated with mental disorders, nonetheless, their occurrence is not sufficient to explain the phenomenon of suicide. Early trauma may be a distal risk factor and psychological pain can be a proximal risk factor that contributes to suicidal behaviour. **Objective:** To investigate associations between suicidal behaviour and early trauma and psychological pain in female depressed outpatients. **Method:** It is a cross-sectional, analytical, quantitative study. The following instruments were used in the assessment of the patients: Sociodemographic Questionnaire, Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I 7.0.2), Beck Depression Inventory, Psychache Scale and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). **Results:** Forty-eight female depressed outpatients were interviewed. The mean age was 42.5 (± 11.9) years old. Suicidal behaviour was reported by 89.6% of the patients and 85.4% referred that suffered from any kind of early trauma. The prevalence of passive suicidal ideation was 83.3% and it was associated with physical negligence ($p < 0.01$), greater severity of depressive episode ($p < 0.01$) and higher psychache scores ($p < 0.05$). The prevalence of active suicidal ideation was 62.5% and its occurrence was five times more common among the women that reported physical negligence during childhood (Odds ratio: 5.2; IC 95%: 1.28 – 21.18). Active suicidal ideation was also associated with greater depressive symptoms ($p < 0.01$) and higher psychache scores ($p < 0.05$). Suicide attempts were associated with physical abuse ($p < 0.05$). Intention to commit suicide in the next few days was associated with physical negligence ($p < 0.05$), and also with greater severity of depressive symptoms ($p < 0.01$) and higher psychache scores ($p < 0.01$). **Conclusion:** Report of early trauma, especially physical negligence, contributed to the occurrence of passive and active suicidal ideation among depressed female outpatients. Early physical abuse was related with suicide attempts during life. Psychache presented important association with passive and active suicidal ideation and with acute intention to commit suicide.

Keywords: Suicide, Early Trauma, Psychache, Mood Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Definições de Subtipos de maus-tratos na infância adaptadas, segundo Sanvicente-Vieira e Grassi-Oliveira (2016).....16

Quadro 2 - Frequência de notificações de violência entre pessoas de 1 a 19 anos, segundo o sexo, no Brasil, entre o período de 2017 a 2019.....17

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Perfil Sociodemográfico da Amostra de acordo com a presença de Comportamento Suicida avaliado pela Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 7.0.2).....27
- Tabela 2.** Perfil Clínico das Pacientes e Histórico de Trauma Precoce de acordo com a presença de Comportamento Suicida avaliado pela Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 7.0.2).....29
- Tabela 3.** Associação entre Ideação Suicida Passiva, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.....31
- Tabela 4.** Associação entre Ideação Suicida Ativa, Trauma Precoce e Dor Psicológica em mulheres com Episódios Depressivos.....33
- Tabela 5.** Associação entre Tentativa de Suicídio ao Longo da Vida, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.....35
- Tabela 6.** Associação entre Intenção de Suicídio, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.....37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI	Inventário de Depressão de Beck
BNDF	Fator neurotrófico de crescimento
CTQ	Questionário de Trauma Precoce
HPA	Eixo hipotálamo-pituitária-adrenal
MINI 7.0.2	Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
OR	Odds Ratio
PAS	Psychache Scale

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 Episódio Depressivo Maior.....	14
3.2 Trauma Precoce.....	16
3.3 Dor Psicológica	17
3.4 Comportamento Suicida.....	19
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de estudo.....	21
4.2 Local	22
4.3 Critérios de Inclusão	22
4.4 Critérios de Exclusão	22
4.5 Amostra e Amostragem	23
4.6 Coleta de Dados	23
4.7 Instrumentos de Coleta de Dados.....	23
4.7.1 Questionário sociodemográfico	23
4.7.2 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I 7.0.2)	23
4.7.3 Inventário de Depressão de Beck (BDI)	24
4.7.4 Psychache Scale (PAS) – Escala de Dor Psicológica	24
4.7.5 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)- Questionário de Trauma Precoce	25
4.8 Análise de Dados	25
5 RESULTADOS.....	26
5.1 Perfil Sociodemográfico	26
5.2 Perfil Clínico e Histórico de Trauma Precoce	28
5.3 Associação entre Ideação Suicida Passiva, Trauma Precoce e Dor Psicológica	30
5.4 Associação entre Ideação Suicida Ativa, Trauma Precoce e Dor Psicológica.....	32
5.5 Associação entre Tentativa de Suicídio ao Longo da Vida, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.	34
6 DISCUSSÃO	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	45
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES.....	50
ANEXOS.....	53

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é compreendido como o desfecho resultante da interação de múltiplos fatores. A presença de transtornos de humor, como depressão e transtorno bipolar, oferecem risco acentuado para o desenvolvimento de comportamentos suicidas (ideações, planejamento e tentativas de suicídio). No entanto, outras variáveis psicológicas (Ex.: dor psicológica), variáveis ambientais, biológicas e histórico de trauma na infância devem ser consideradas na avaliação e classificação do risco de suicídio (SHNEIDMAN, 1993).

O Transtorno Depressivo Maior ou Depressão Maior é caracterizado por tristeza profunda, perda acentuada de interesse ou prazer, sentimento de culpa, alterações no sono e/ou apetite, fadiga, bem como, dificuldades na concentração e tomada de decisões. Os episódios depressivos são compostos por, pelo menos, cinco desses sintomas, tendo obrigatoriamente entre eles a tristeza profunda ou a perda acentuada de interesse ou prazer. Os sintomas devem persistir a maior parte do dia, quase todos os dias, por um período mínimo de duas semanas distintas e devem causar prejuízos às relações e dinâmica de vida das pessoas. Os episódios depressivos podem se tornar recorrentes ou duradouros e, dependendo de sua gravidade, podem contribuir para que as pessoas cometam suicídio, podendo ser comuns em quadros de transtorno afetivo bipolar, além dos transtornos depressivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O conceito de dor psicológica (*psychache*) foi desenvolvido por Shneidman, ao final de sua carreira, para se referir a variável psicológica essencial para a ocorrência do suicídio. Dentro dessa perspectiva, o suicídio só ocorre nos casos nos quais a pessoa não parece capaz de suportar a dor psicológica, experienciada muitas vezes como solidão, vergonha, humilhação ou culpa (SHNEIDMAN, 1993).

A dor psicológica é entendida como uma experiência aversiva que pode estar relacionada à presença de transtorno mental e/ou trauma na infância (TOSSANI, 2013). Pesquisas científicas tem demonstrado que os diferentes subtipos de trauma na infância, como por exemplo abuso emocional e abuso sexual, associam-se tanto com a gravidade de sintomas depressivos quanto com comportamentos suicidas entre pacientes do gênero feminino (CARR et al., 2013; MARTINS-MONTEVERDE et al., 2019).

A presente pesquisa apresenta como hipótese a associação entre a presença e gravidade do comportamento suicida com a intensidade da dor psicológica e a presença de trauma precoce em mulheres deprimidas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Investigar a associação entre Comportamento Suicida, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres Deprimidas

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico;
- Descrever a ocorrência de transtornos de humor (depressão maior e transtorno afetivo bipolar);
- Investigar a prevalência do histórico de trauma precoce;
- Mensurar os escores de Depressão, Dor Psicológica e Trauma Precoce;
- Avaliar a associação entre as diferentes formas de comportamento suicida (ideação passiva, ideação ativa, intenção suicida e tentativa de suicídio), histórico de trauma precoce e a gravidade da dor psicológica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Episódio Depressivo Maior

O episódio depressivo maior é marcado por alterações, de pelo menos duas semanas de duração, porém na maioria dos casos o tempo de duração é consideravelmente aumentado, no afeto, nas cognições e em funções neurovegetativas, apresentando remissões interepisódicas. Os sintomas relacionados ao quadro depressivo são: (1) Humor deprimido na maior parte do dia; (2) Acentuada perda de prazer ou interesse em atividades tidas como prazerosas anteriormente; (3) Aumento ou diminuição significativa de peso, alterações em torno de 5% do peso corporal em um intervalo de pelo menos 1 mês; (4) Alterações no sono; (5) Agitação ou retardo psicomotor; (6) Fadiga ou perda de energia; (7) Sentimentos inapropriados, culpa excessiva ou de inutilidade; (8) Capacidade diminuída para pensar, se concentrar ou tomar decisões; (9) Pensamentos recorrentes de morte, ideações suicidas recorrentes com e sem um plano específico e tentativa de suicídio. O Transtorno Depressivo Maior ou Depressão Maior é caracterizado por 2 ou mais episódios depressivos distintos, podendo ser classificado como transtorno depressivo passado, atual ou recorrente. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

De acordo com o relatório global “*Depression and other common mental disorders: global health estimates*”, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que cerca de 322 milhões de pessoas vivem com Transtorno Depressivo Maior em todo o mundo. Dados desse relatório demonstram um aumento de 18% nos casos de Transtorno Depressivo Maior entre os anos de 2005 e 2015, atingindo cerca de 5,8% da população brasileira, o que resultaria em aproximadamente 11.548.577 pessoas. Por essa razão, o Transtorno Depressivo Maior é considerado um problema de saúde pública, gerando consequências diretas para as pessoas que desenvolvem o transtorno e seus familiares, bem como, impactos sociais e econômicos significativos na economia dos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Episódios depressivos, também, são comuns em pacientes com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar. O transtorno afetivo bipolar é caracterizado por episódios maníacos e/ou hipomaníacos e episódios depressivos. Os episódios maníacos se diferenciam dos hipomaníacos pela duração dos sintomas apresentados, sendo estes: alteração no humor, autoestima inflada, redução da necessidade de sono, pressão para falar muito, pensamentos acelerados e comportamentos que coloquem em risco a própria saúde ou possam ter consequências dolorosas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Transtornos considerados do humor, como é o caso da depressão maior e do transtorno bipolar, tradicionalmente são associados ao risco aumentado de suicídio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Dados de uma pesquisa realizada com 6.216 pessoas demonstraram que aqueles com diagnósticos de transtorno depressivo maior (OR 4,8, $p < 0,01$) e diagnóstico de transtorno bipolar (OR 11, $p < 0,01$) estavam mais propensos a apresentarem ideações suicidas. Os pacientes com transtorno depressivo maior (OR 5,4, $p < 0,01$) e transtorno bipolar (OR 11, $p < 0,01$), também, apresentavam maior probabilidade de planejar um suicídio. Em relação às tentativas de suicídio, aqueles com transtorno depressivo maior (OR 7,0, $p < 0,01$) e transtorno bipolar (OR 6,6, $p < 0,01$) estavam mais predispostos a tentar provocar a própria morte (KUDVA et al., 2021). Entre os fatores associados ao desenvolvimento do transtorno depressivo maior e transtorno bipolar estão traços de personalidade como neuroticismo, experiências adversas no início da infância, genética e histórico familiar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

3.2 Trauma Precoce

O trauma precoce tem representado um problema de saúde pública em diversos países. Levando pesquisadores à realização de trabalhos que evidenciam possíveis relações entre os subtipos de estresse na infância com o desenvolvimento de psicopatologias na fase adulta (BROWN, FIORI E TURECKI, 2019).

As variadas formas de trauma precoce são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais e são indicadores de prognósticos negativos relacionados a psicopatologias, como transtorno depressivo maior, transtorno afetivo bipolar, transtorno de personalidade borderline e esquizofrenia (KRUGERS ET AL, 2017; MELLO ET AL, 2009; SANVICENTE-VIEIRA E GRASSI-OLIVEIRA, 2016).

De acordo com Sanvicente-Vieira e Grassi-Oliveira (2016) os maus-tratos na infância e adolescência podem ser classificados como: abuso físico (AF), abuso emocional (AE), abuso sexual (AS), negligência física (NF) e negligência emocional (NE). As especificações de cada um dos tipos de experiências traumáticas são trazidas, segundo os autores, no quadro 1.

Quadro 1: Definições de Subtipos de maus-tratos na infância adaptadas, segundo Sanvicente-Vieira e Grassi-Oliveira (2016).

Experiência Traumática	Especificações	Exemplos
Abuso Físico (AF)	Caracteriza-se por todo e qualquer comportamento no qual dor ou ferimentos, temporários ou permanentes, são causados a uma criança por uma pessoa mais velha.	Espancamentos, Castigos Corporais, Estrangulamentos, queimaduras com cigarro ou ferro de passar etc.
Abuso Emocional (AE)	Caracteriza-se por agressões verbais que crianças sofrem por seus pais e/ou cuidadores.	Xingamentos, desaprovações excessivas, humilhações, ridicularização, isolamento etc.
Abuso sexual (AS)	Caracteriza-se por eventos no qual há violência física direcionada aos genitais ou órgãos sexuais das crianças. O AS refere-se ao ato em si e as tentativas de comportamentos que submetam uma criança a assumir um papel sexual incompatível com sua idade.	Penetração forçada, exposição a estímulos sexuais (vídeos ou fotos), contato sexual íntimo, assédio sexual etc.
Negligência Física (NF)	Caracteriza-se pelas falhas dos pais e/ou cuidadores em atender as necessidades físicas de uma criança.	Privação de vestuário adequado, privação de nutrição adequada ou falta de recursos, falta de assistência médica etc.
Negligência Emocional (NE)	Caracteriza-se pela falha dos pais e/ou cuidadores em proteger a criança de eventos altamente estressantes e em oferecer suporte emocional à criança, de modo a não estimular seu desenvolvimento emocional, intelectual e social.	Não demonstração de afeto e proteção para as crianças etc.

De acordo com algumas pesquisas, os diferentes subtipos de trauma precoce têm apresentado consequências graves e variadas, em relação à saúde mental e o risco de suicídio, em indivíduos não clínicos e em pacientes psiquiátricos. Pesquisas envolvendo populações com e sem diagnóstico psiquiátrico, demonstram que pessoas do sexo feminino apresentam maior

prevalência de abuso infanto-juvenil. Sendo a experiência de abuso emocional a mais associada ao risco para o desenvolvimento de quadros graves de transtornos do humor, principalmente, depressão maior e transtorno afetivo bipolar e maior número de tentativas de suicídio (CARR et al., 2013; MARTINS-MONTEVERDE et al., 2019; TAE & CHAE, 2021; HATKEVICH, SUMLIN & SHARP, 2021). No Brasil, cerca de 66% dos casos de notificações sobre maus-tratos infantis referem-se a crianças e adolescentes do sexo feminino, colaborando com as pesquisas que referem maior prevalência de abuso-infantil nesse grupo, conforme descrito no quadro 2.

Quadro 2: Frequência de notificações de violência entre pessoas de 1 a 19 anos, segundo o sexo, no Brasil, entre o período de 2017 a 2019.

Tipo de violência	Masculino	Feminino	Ignorado	Total
Violência Sexual	9.285 casos	55.708 casos	12 casos	65.005 casos
Violência Psicológica/Moral	12.578 casos	31.937 casos	11 casos	44.526 casos
Violência Física	44.883 casos	72.219 casos	28 casos	117.130 casos
Negligência/Abandono	29.591 casos	27.221 casos	8 casos	56.820 casos
Total	96.337 casos	187.085	59 casos	283.481 casos

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Tais eventos traumáticos na infância e adolescência apresentam consequências epigenéticas que aumentam a suscetibilidade para transtorno depressivo maior, bem como pioram seu prognóstico. Podendo ocasionar alterações em estruturas cerebrais importantes para a regulação emocional ao longo do desenvolvimento humano, como é o caso das amígdalas (SAAVEDRA et al., 2016; KRUGERS et al., 2017; MARTINS-MONTEVERDE et al., 2019; BROWN; FIORI; TURECKI, 2019; NOGOVITSYN et al., 2020).

3.3 Dor Psicológica

A dor psicológica ou *psychache* é definida por Shneidman como a dor que se refere à psique. Sendo entendida como angústia, dor, dor psicológica na psique ou dor na mente. A dor ou vergonha excessivamente sentida, culpa, humilhação, solidão, medo de envelhecer, medo de morrer mal, ou o que seja, são experienciadas de maneira intrinsecamente psicológica e, quando ocorrem, sua realidade é introspectivamente inegável (SHENEIDMAN, 1993).

Shneidman elaborou um modelo para a explicação psicológica do suicídio, utilizando a dor psicológica como componente essencial para que a morte por suicídio ocorra. E embora a depressão e a desesperança sejam variáveis importantes, a dor seria condição necessária para tal. Para o autor, a percepção da dor deve ser insuportável para que a pessoa encontre na própria morte, a única solução para cessá-la. (SHNEIDMAN,1993).

O interesse em desenvolver pesquisas que apoiem a premissa de Shneidman em relação à *psychache* como fator de risco para o suicídio passou a ser nutrido pelos pesquisadores em suicidologia. Em 2001, Holden e colaboradores desenvolveram uma escala com 13 itens baseados nas definições de Shneidman sobre dor psicológica, com o objetivo de medir a presença e a intensidade da dor. Considerando a *psychache* como a chave da construção psicológica associada ao suicídio, espera-se que ela se comporte como uma variável mediadora entre as variáveis suicidas atuais e outras psicológicas antecedentes. Ou seja, o risco de suicídio tende a aumentar à medida que a dor psicológica torna-se mais intensa, sendo a presença insuportável da psique, condição necessária para que o suicídio ocorra (HOLDEN et al., 2001; TROISTER; HOLDEN, 2010).

A experiência da dor mental ou psicológica insuportável e intensa é vivida como um sentimento, de base emocional, extremamente aversivo, sendo experienciado como tormento. Podendo estar associada a um transtorno psiquiátrico ou a um trauma emocional grave e sendo reconhecida a partir de metáforas emprestadas da dor física, como por exemplo, dor de cabeça ou coração partido (TOSSANI, 2013).

De acordo com a revisão sistemática publicada por Verrocchio et al. (2016), utilizando 42 pesquisas originais realizadas entre 1995 e 2016. Observou-se associações entre dor psicológica e suicídio em amostras de pacientes com transtornos do humor, em outras amostras clínicas e não clínicas, evidenciando o caráter transversal dessa experiência. O aumento no nível da dor psicológica parece representar uma condição de vulnerabilidade à ideação suicida, tentativas de suicídio e outros comportamentos autodestrutivos, principalmente durante um quadro de transtorno depressivo maior, na presença de acentuada desesperança. Sendo a dor mental entendida como resultado de necessidades psicológicas básicas que não são suficientemente satisfeitas, como por exemplo, amor, proximidade, apreço e independência (VERROCCHIO et al., 2016).

Dados de um estudo realizado por Spínola et al. (2020), com o objetivo de avaliar os efeitos mediadores da dor psicológica e das necessidades não satisfeitas na relação entre trauma na infância e ideação suicida, indicou que variáveis psicológicas podem explicar tanto a relação

entre o trauma na infância e ideias protetoras contra comportamentos suicidas, quanto a relação entre o trauma na infância e ideação negativa em relação ao suicídio. Os autores discutem que a exposição ao trauma precoce leva os indivíduos a uma experiência psicológica de sofrimento, sendo refletida na dor psicológica, nas necessidades interpessoais não atendidas e nos sintomas depressivos que podem colaborar para a diminuição dos pensamentos protetores em direção a comportamentos suicidas mais letais, contribuindo assim para o aumento do risco de suicídio.

3.4 Comportamento Suicida

A temática do suicídio se desenvolve em diferentes perspectivas e em várias áreas da ciência. Por se tratar de um fenômeno envolvendo dilemas, interações complexas e multidimensionalidades, não é possível adotarmos uma única vertente para olhá-lo ou abordá-lo. O suicídio esteve presente em nossa civilização desde os povos primitivos, sendo compreendido por perspectivas que vão desde a busca pela liberdade, por alívio, o último suspiro de dignidade, um ato condenável pela igreja e passível de punição pelo Estado, até tornar-se um problema de saúde pública (BOTEGA, 2015).

Anualmente, mais de 700 mil pessoas chegam a óbito por suicídio em diversos países, ao redor do mundo. Por essa razão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como meta a redução do número de óbitos por esta causa, até 2030, em 1/3. Entre os fatores predisponentes para o comportamento suicida estão: a genética; traços de personalidade, como impulsividade; doenças clínicas não crônicas; idade; gênero; alterações epigenéticas; histórico de eventos adversos na infância e tentativas anteriores de suicídio. Os fatores precipitantes, ou “gatilhos” para o comportamento suicida, podem ser associados a: desemprego; ser vítima de preconceito por raça; etnia ou orientação sexual; desilusão amorosa; embriaguez; fácil acesso a um meio letal e apresentar acentuada desesperança, por exemplo. Sendo a presença de transtorno mental e o histórico de tentativas anteriores de suicídio considerados os principais fatores de risco o suicídio (BOTEGA, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O espectro de comportamentos relevantes ao suicídio é compreendido como ações que vão desde ideações suicidas, elaboração de um plano suicida, tentativas de suicídio até o suicídio consumado. E como resultado da interação entre os diversos fatores, variações no comportamento e a presença e intensidade da dor psicológica, o suicídio é compreendido como último recurso acessado por uma pessoa na intenção de acabar um sofrimento, referido como

estado de dor psicológica insuportável (SHENEIDMAN, 1993; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

As ideações suicidas podem representar qualquer pensamento, imagem, crença, vozes ou outras condições relatadas pela pessoa sobre ocasionar intencionalmente a própria morte e são consideradas mais próximas ao ato suicida quando acompanhadas pelo desejo de acabar com a própria vida e, quando a pessoa possui intenção de agir em relação a esse desejo. A pessoa pode ter um pensamento intrusivo de matar-se, mas não possuir qualquer desejo ou intenção de cometer suicídio (WENZEL, BROWN & BECK, 2010).

De acordo com Botega (2015) a intenção de pôr fim à própria vida e o planejamento suicida, nos permitem classificar as ideações suicidas em: *ideações passivas de morte* (ideação suicida passiva), quando o paciente deseja ou acredita que seria melhor morrer logo, porém não apresenta intenção claramente suicida e nem planejamento; *ideação suicida egodistônica*, quando a ideia de pôr fim à própria vida parece perigosa e provoca ansiedade no indivíduo e *ideação suicida egossintônica* (ideação suicida ativa), ocorre quando a intensidade e a continuidade de uma crise, sentida como intolerável fazem com que o indivíduo encontre no suicídio uma forma de alívio, esse tipo de ideação abre portas para o início do planejamento suicida. Para Booniam et al. (2020) a ideação suicida passiva refere-se ao desejo de morrer, indicando o estágio inicial de suicídio. Enquanto a ideação suicida ativa é concebida como pensamentos que envolvem um desejo existente de morrer seguido por um plano para causar a própria morte.

A existência de um *planejamento suicida* coloca o paciente em um grau moderado ou alto de risco de suicídio. Podendo ser avaliado por meio de questionamento sobre a existência de um método para suicídio, o acesso ao meio para provocar a própria morte, definição de uma data e local para se matar e organizações de tarefas, tendo em vista a própria morte. As tentativas de suicídio são os comportamentos auto infligidos, potencialmente danosos e com a intenção da morte como resultado e, geralmente, são associadas ao gênero feminino. Embora as taxas de óbitos por suicídio apresentem-se mais elevadas entre os homens, em parte, como consequência ao acesso e uso de meios mais letais para ocasionar a própria morte (BOTEGA, 2015; WENZEL, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; BROWN & BECK, 2010).

Por mais cuidado que tenhamos em sua formulação, o risco de suicídio distancia-se da previsão de quem irá ou não tirar a própria vida. Ele não se apresenta de maneira estática e, em determinadas circunstâncias, pode transformar-se em um risco agudo ou crônico. Desse modo,

a avaliação dos eventos precipitantes (estressores agudos e crônicos), estado mental atual (afetos intensos e compressão cognitiva), intencionalidade suicida (ideação e planejamento) e principais fatores de risco e de proteção (transtornos mentais, tentativas de suicídio anteriores, traços de personalidade e história pessoal, familiar e de trauma precoce) é essencial para considerar e classificar o risco de suicídio e atuar em prol de reduzi-lo (BOTEGA, 2015).

No que se refere à investigação dos principais fatores de risco para o suicídio, algumas pesquisas têm demonstrado que o trauma precoce é um problema de saúde pública capaz de interagir com outros fatores de risco para o comportamento suicida, como por exemplo a existência de transtornos psiquiátricos como a depressão e variáveis psicológicas como a dor psicológica e as necessidades interpessoais não satisfeitas, aumentando a gravidade dos comportamentos suicidas, ocasionando alterações epigenéticas que influenciam negativamente nos tratamentos e prognósticos, contribuindo para suicídio como desfecho (BROWN; FIORI; TURECKI, 2019; SPÍNOLA et al., 2020).

Compreendendo a complexidade sobre comportamento suicida, o presente estudo traz como proposta investigar as associações entre os tipos de comportamento suicida, trauma precoce e dor psicológica em mulheres com depressão assistidas por serviços de saúde mental em Alagoas.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Alagoas (UNCISAL) com o CAAE: 14689219.1.0000.5011.

4.1 Tipo de estudo

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caráter transversal, analítico e quantitativo. De acordo com Hochman et al (2005) em estudos transversais não há a necessidade de saber o tempo de exposição de uma causa para gerar o efeito, o que faz esse modelo de pesquisa ser utilizado quando a exposição é relativamente constante no tempo e o efeito (ou doença) é crônico, como no caso de Transtornos Mentais, por exemplo.

4.2 Local

Os dados foram coletados nos serviços de saúde mental das unidades:

Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR) - O Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho – HEPR – é o único hospital psiquiátrico público de Alagoas, sendo por isto, referência para o atendimento da população de todo o Estado e alguns municípios de Estados circunvizinhos. Esta instituição está vinculada a Universidade Estadual de Ciências da Saúde (UNCISAL).

Hospital Universitário Profº Alberto Antunes (HUPAA) - O HUPAA trata-se de um órgão suplementar da Universidade Federal de Alagoas, com ações que abrangem as áreas de ensino, pesquisa e assistência à comunidade assistida pelo SUS em Maceió e pacientes das cidades do interior de Alagoas, sendo considerado um hospital de referência.

Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Girau do Ponciano – O município de Girau do Ponciano, de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (2021), esteve entre os 5 municípios, fora a capital alagoana Maceió, com o maior número de casos de suicídio notificados entre os anos de 2015 e 2019. Além disso, foi o primeiro município, em 2019, a criar o Primeiro Ambulatório para Acolhimento e Tratamento de pessoas com Risco de Suicídio.

4.3 Critérios de Inclusão

Foram incluídas na pesquisa, mulheres com idades acima dos 18 anos, acompanhadas pelo serviço de psiquiatria e/ou psicologia das unidades descritas acima e com histórico de, pelo menos, um episódio depressivo ao longo da vida. Todas as participantes foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinaram-no antes do início das entrevistas.

4.4 Critérios de Exclusão

Não participaram da pesquisa mulheres que retiraram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mulheres que possuíam sintomas psicóticos e mulheres que apresentavam déficits cognitivos que impediam a compreensão dos questionários.

4.5 Amostra e Amostragem

O método de amostragem dessa pesquisa constitui-se na amostragem não probabilística, por conveniência e consecutiva. Sendo a amostra final composta por 48 mulheres.

4.6 Coleta de Dados

As pacientes foram abordadas na sala de espera das instituições de saúde, convidadas a participar da pesquisa, esclarecidas, através da leitura do TCLE, sobre os objetivos, riscos e benefícios de sua participação como voluntária. Após a assinatura do TCLE a entrevista foi iniciada com o Questionário Sociodemográfico, seguido da entrevista M.I.N.I 7.0.2, do Inventário de Depressão de Beck (BDI), da Escala de Dor Psicológica (PAS) e do Questionário de Trauma na Infância (CTQ). As entrevistas foram realizadas individualmente.

4.7 Instrumentos de Coleta de Dados

4.7.1 Questionário sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (ANEXO A) constitui-se como uma entrevista estruturada, construída pelos pesquisadores, com o objetivo de coletar dados referentes a idade, estado civil, escolaridade (em anos estudados concluídos) e residência. Os dados étnicos ou raciais relativos a essa amostra não foram coletados.

4.7.2 Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I 7.0.2)

O M.I.N.I. 7.0.2 (ANEXO B) constitui-se como uma entrevista estruturada breve, que investiga os principais transtornos psiquiátricos do DSM-5 e da CID-10. O mesmo foi comparado e validado diante de instrumentos como o SCID-P, para a versão DSM-III-R, e ao CIDI (entrevista estruturada desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde) e como resultado apresentou confiabilidade e validade comparáveis aos instrumentos citados. No entanto, pode ser aplicado num período de tempo muito mais curto e não necessita de um treinamento extenso por parte dos aplicadores. (AMORIM, 2000; NEUROPSIQUIATRICA; ENTREVISTA INTERNACIONAL, 2016).

Para determinar o perfil clínico da amostra foram realizadas as entrevistas dos módulos A. Episódio Depressivo Maior, B. Suicidalidade e C. Episódio Maníaco e Hipomaníaco,

respectivamente, da M.I.N.I 7.0.2. A partir das respostas obtidas pelos módulos A e C, a amostra foi dividida clinicamente em: Depressão Maior, Transtorno Bipolar, Transtorno Bipolar Tipo 1 e Transtorno Bipolar Tipo 2. O módulo B. Suicidalidade foi utilizado para definir as variáveis Ideação Passiva, através das respostas para o item B2 (pensou ou desejou estar morta); Ideação Ativa através das respostas para os itens B3 (pensar em suicídio), Planejamento através das respostas para os itens B5 (método para suicídio), B6 (meio para suicídio), B7 (local para suicídio), B8 (data para suicídio) e B9 (tarefa para concluir antes do suicídio); Tentativa de Suicídio ao longo da Vida através das respostas para o item B18 e Intenção suicida para futuro próximo através da resposta para o item B19. O escore para Suicidalidade foi obtido através do somatório das questões respondidas pelas pacientes como “sim” O resultado da suicidalidade foi entendido com base nos pontos de corte do próprio instrumento, sendo: 1-8 pontos considerada leve; 9-16 pontos considerada moderada e maior ou igual a 17 pontos considerada elevada (GORESTEIN & WANG, 2016). (MINI ENTREVISTA INTERNACIONAL NEUROPSIQUIÁTRICA, 2016).

4.7.3 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (ANEXO C) é um instrumento autoaplicável, composto por 21 grupos de afirmações que buscam identificar como o sujeito se sentiu nas últimas duas semanas. Seu objetivo é medir a gravidade dos sintomas depressivos e pode ser aplicado em pessoas a partir dos 13 anos. A classificação da intensidade do sintoma depressivo, medida através do BDI, em pacientes psiquiátricos diagnosticados, foi realizada baseando-se nos seguintes pontos de corte do instrumento: 0 a 13 depressão mínima; 14 a 19 depressão leve; 20 a 28 depressão moderada; 29 a 63 depressão grave.

4.7.4 Psychache Scale (PAS) – Escala de Dor Psicológica

A *Psychache Scale* (ANEXO D) possui 13 itens que devem ser respondidos levando em consideração a Dor Psicológica que o paciente sente e não as dores físicas. As respostas variam em relação a frequência com que o paciente experiencia cada uma das afirmações, sendo representada por “Nunca”, “Algumas vezes”, “Frequentemente”, “Muito Frequentemente” ou “Sempre, e em relação ao nível de concordância para cada afirmação, podendo variar entre “Discordo Fortemente”, “Discordo”, “Indeciso”, “Concordo” ou “Concordo Fortemente”. A presença e a intensidade da dor psicológica foram consideradas através das pontuações da

própria escala, que pode variar entre 13 e 65 pontos, indicando que quanto maior a pontuação, maior a intensidade da dor psicológica (HOLDEN et al., 2001).

4.7.5 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)- Questionário de Trauma Precoce

O *Childhood Trauma Questionnaire* (ANEXO E) é composto por 28 questões, divididas em 5 grupos de subescalas e 1 grupo de questões que correspondem ao escore de minimização. Cada subescala corresponde a um subtipo de mau-trato na infância, sendo eles: Abuso Emocional, Abuso Físico, Abuso Sexual, Negligência Emocional e Negligência Física. O CTQ é considerado como o padrão-ouro em avaliações retrospectivas de maus-tratos na infância (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006; SANVICENTE-VIEIRA & GRASSI-OLIVEIRA 2016). Para calcular os escores da escala do CTQ, foi utilizado o crivo presente no manual de aplicação e avaliação do CTQ desenvolvido por Bernstein e Fink (1998), considerando o menor escore de cada subescala como ponto de corte para indicar o histórico de experiência traumática. Sendo estes equivalentes a 9 pontos para presença de Abuso Emocional, 8 pontos para a presença de Abuso Físico, 6 pontos para a presença de Abuso Sexual, 10 pontos para Negligência Emocional e 8 pontos para Negligência física. Qualquer pontuação a partir destas demonstrava evidência da presença de trauma precoce no histórico de vida das pacientes.

4.8 Análise de Dados

Os dados foram tabulados e analisados através do *software* SPSS v. 22. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva da amostra, com apresentação de resultados absolutos e percentagens, médias e medianas e desvios-padrão. Em seguida foi realizado o teste de *Kolmogorov-Sminov* para determinar o tipo de distribuição da amostra. Baseando-se nos resultados desse teste foram realizados os testes de associação *t de Student* para análises paramétricas de variáveis com distribuição normal, comparando médias entre diferentes grupos e o teste de *Mann Whitney* foi utilizado para análises não-paramétricas de variáveis com distribuição não-normal e o teste *Qui-quadrado* para a comparação entre grupos que envolviam variáveis dicotômicas. Foi estabelecido como estatisticamente significativo, testes cujos resultados demonstravam valor de p menor que 0,05.

5 RESULTADOS

5.1 – Perfil Sociodemográfico

Inicialmente foram realizadas análises estatísticas descritivas objetivando caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra quanto à idade, escolaridade, estado civil, residência e histórico de trauma precoce. A amostra geral contou com a participação de 48 mulheres, com média de idade de 42,5 anos ($\pm 11,9$). Cerca de 56,3% ($n= 27$) das mulheres relataram viver sem companheiro (a), tendo 79,2 % ($n= 38$) delas residência na capital alagoana.

Com base no risco de suicídio, avaliado pela Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 7.0.2) a amostra foi dividida em dois grupos, sendo eles: sem comportamento suicida e com comportamento suicida. Observou-se que cerca de 89,6% ($n= 43$) da amostra apresentaram algum tipo de comportamento suicida, neste grupo 60,5% ($n= 26$) da amostra relataram viver sem companheiro (a). Através dos testes Qui-quadrado e t de Student, com valores de $p < 0,05$, verificou-se que não há diferença significativa entre as variáveis analisadas nos grupos, indicando para uma homogeneidade sociodemográfica na amostra coletada, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Perfil Sociodemográfico da Amostra de acordo com a presença de Comportamento Suicida avaliado pela Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 7.0.2).

	Amostra Geral (N=48)	Ausência (N=5)	Presença (N=43)	Análise Estatística	
				X ² (p valor)	Teste t (p valor)
Idade, média (DP)	42,5(11,9)	48,0(14,3)	41,8(11,6)		2,00 (0,28)
Estado Civil, n (%)				2,98(0,08)	
Com Companheiro	21(43,8)	4(80,0)	17(39,5)		
Sem Companheiro	27 (56,3)	1(20,0)	26(60,5)		
Residência, n (%)				1,47(0,48)	
Capital	38(79,2)	5(100,0)	33(76,7)		
Interior	9(18,8)	0(0,0)	9(20,9)		
Fora do estado	1(2,1)	0(0,0)	1(2,3)		

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

5.2 Perfil Clínico e Histórico de Trauma Precoce

De acordo com as entrevistas utilizando os módulos A e C da M.I.N.I 7.0.2, para avaliar transtornos de humor (depressão e bipolar) pelo DSM-5, observou-se que 62,5% (n=30) das pacientes apresentaram diagnóstico de Depressão Maior e 37,5% (n=18) apresentaram diagnóstico de Transtorno Bipolar. Já o comportamento suicida, foi investigado pelo módulo B da M.I.N.I 7.0.2 e indicou que 89,6% (n=43) da amostra tinham histórico de comportamento suicida.

As respostas do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), 85,4% (n=41) apresentaram histórico de Trauma Precoce entre as mulheres, evidenciando uma alta frequência de experiências traumáticas na população estudada. Sendo que 79,2% (n=38) possuíam histórico de Abuso Emocional, 75% (n=36) possuíam histórico de Negligência Emocional e Negligência Física, enquanto 62,5% (n=30) relataram ter sofrido Abuso Físico e 52,1% (n=25) Abuso Sexual.

Com o objetivo de investigar diferenças entre aquelas pacientes com comportamento suicida e as que não apresentaram esse comportamento, a amostra foi dividida em dois grupos. Contudo, não se observaram diferenças significativas na distribuição dos transtornos de humor e nem no histórico de trauma precoce entre os grupos, exceto no que concerne à negligência física. Esta se fez presente em 81,4% (n=35) das mulheres com histórico de comportamento suicida, 17,5 vezes mais comum do que entre aquelas sem comportamento suicida (IC95%: 1,72 – 178,43), ver tabela 2.

As mulheres com comportamento suicida apresentaram sintomas depressivos mais graves, com escore médio igual a 27,9 ($\pm 13,4$) pontos no inventário de Beck para depressão (BDI) (Teste t de Student = -2,18; p = 0,04; IC 95%: -25,714 – 0,981), como descrito na tabela 2.

Tabela 2. Perfil Clínico das Pacientes e Histórico de Trauma Precoce de acordo com a presença de Comportamento Suicida avaliado pela Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 7.0.2).

	Amostra Geral N= 48		Sem Comportamento Suicida N= 5		Com Comportamento Suicida N= 43		Análise Estatística			
	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	X ² (p valor)	Teste t (p valor)	IC 95% Limites Inferior Superior	
Depressão Maior	30(62,5)		3(60,0)		27(62,8)		0,01 (0,90)			
Transtorno Bipolar	18(37,5)		2(40,0)		16(37,2)		0,01 (0,90)			
Transt. Bipolar Tipo 1	13(27,1)		2(40,0)		11(25,6)		0,47 (0,49)			
Transt. Bipolar Tipo 2	5(10,4)		0(0,0)		5(11,6)		0,65 (0,42)			
Trauma Precoce (CTQ)	41(85,4)	58,1(19,1)	5(100,0)	51,4(12,5)	36(83,7)	58,9(19,7)	0,95 (0,33)	-0,83 (0,41)	-7,113	-2,936
Abuso Emocional	38(79,2)	14,1(5,8)	4(80,0)	12,8(5,0)	34(79,1)	14,3(5,9)	0,00 (0,96)	-0,55 (0,59)	-7,027	4,022
Abuso Físico	30(62,5)	10,3(5,3)	3(60,0)	8,4(2,3)	27(62,8)	10,5(5,5)	0,01 (0,90)	-0,84 (0,41)	-7,113	2,936
Abuso Sexual	25(52,1)	8,1(4,4)	3(60,0)	7,8(4,2)	22(51,2)	8,1(4,4)	0,14 (0,71)	-0,14 (0,89)	-4,496	3,910
Negligência Emocional	36(75,0)	14,6(5,9)	5(100,0)	14,8(3,4)	31(72,1)	14,6(6,2)	1,86 (0,17)	0,07 (0,94)	-5,503	5,893
Negligência Física	36(75,0)	11,2(4,6)	1(20,0)	7,6(3,6)	35(81,4)	11,7(4,6)	9,00 (0,00) *	-1,91 (0,06)	-8,357	0,208
BDI		26,4(13,4)		16,6(6,9)		27,9(13,4)		-2,18 (0,04)	-25,714	0,981
PAS		44,1(13,6)		35,4(13,3)		45,1(13,4)		-1,53 (0,13)	-22,434	3,048

Fonte: Dados da Pesquisa 2021.

CTQ- Childhood Trauma Questionnaire

BDI- Beck Depression Inventory

PAS – Psychache Scale

*Odds Ratio = 17,5 (IC 95%: 1,72 – 178,43)

5.3 – Associação entre Ideação Suicida Passiva, Trauma Precoce e Dor Psicológica

A amostra foi dividida com base nos tipos de comportamentos suicidas. O primeiro grupo de comportamentos suicidas analisado foi o grupo de mulheres que possuíam ou não ideação passiva de suicídio. A estatística descritiva demonstrou que 83,3% (n= 40) das mulheres entrevistadas possuíam algum tipo de ideação passiva de suicídio, implicando no desejo de morrer ou estar morta, nos últimos 30 dias.

Cerca de 65% (n= 26) das mulheres, com ideação passiva, apresentavam diagnóstico de Depressão Maior e 35% (n= 14) apresentavam diagnóstico de Transtorno Bipolar. Com relação ao histórico de trauma precoce, aproximadamente 85% (n= 34) das pacientes com ideação passiva relataram ter sofrido algum tipo de trauma infanto-juvenil.

Entre as mulheres que relataram ideação suicida passiva, a negligência física foi a experiência traumática mais relatada, presente em 82,5% (n= 33) das mulheres entrevistadas. Sendo 7,9 (IC95%: 1,51 – 40,81) vezes mais frequente entre as mulheres desse grupo. O abuso emocional foi o segundo tipo de experiência traumática mais relatado pelas mulheres, cerca de 80% (n= 32), seguido por negligência emocional com 72,5% (n= 29), abuso físico 62,5% (n= 25) e abuso sexual 52,5% (n= 21), porém nenhum deles foi significativamente diferente entre os grupos.

As pacientes com ideação passiva, também, apresentaram sintomatologias depressivas mais graves, com média igual a 29,4 ($\pm 12,6$) para o BDI ($p = 0,01$). Além de expressarem dor psicológica mais intensa, com média igual a 46,0 ($\pm 12,8$) para Escala de Dor Psicológica (PAS) ($p = 0,03$), conforme pode ser observado na tabela 3.

Tabela 3. Associação entre Ideação Suicida Passiva, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.

	Amostra Geral N= 48		Sem Ideação Passiva N = 8		Com Ideação Passiva N= 40		Análise Estatística				
	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	X ² (p valor)	Teste t (p valor)	IC 95% Limites Inferior Superior		
Depressão Maior	30(62,5)		4(50,0)		26(65,0)		0,64 (0,42)				
Transtorno Bipolar	18(37,5)		4(50,0)		14(35,0)		0,64 (0,42)				
Transt.Bipolar Tipo 1	13(27,1)		4(50,0)		9(22,5)		2,55 (0,11)				
Transt.Bipolar Tipo 2	5(10,4)		0(0,0)		5(12,5)		1,11 (0,29)				
Trauma Precoce (CTQ)	41(85,4)	58,1(19,1)	7(87,5)	53,7 (20,5)	34(85,0)	59,0 (19,0)	0,03 (0,85)	- 0,71 (0,48)	-20,261	9,711	
Abuso Emocional	38(79,2)	14,1(5,8)	6(75,0)	13,6 (2,3)	32(80,0)	14,3 (5,7)	0,10 (0,75)	-0,28 (0,78)	-5,164	3,914	
Abuso Físico	30(62,5)	10,3(5,3)	5(62,5)	9,9 (5,1)	25(62,5)	10,3 (5,4)	0,00 (1,00)	-0,23 (0,82)	-4,623	3,673	
Abuso Sexual	25(52,1)	8,1(4,4)	4(50,0)	8,6 (5,7)	21(52,5)	8,0 (4,1)	0,02 (0,90)	0,40 (0,67)	-2,765	4,115	
Negligência Emocional	36(75,0)	14,6(5,9)	7(87,5)	13,0 (4,3)	29(72,5)	15,0 (6,2)	0,80 (0,37)	-0,85 (0,40)	-6,585	2,685	
Negligência Física	36(75,0)	11,2(4,6)	3(37,5)	8,6 (4,0)	33(82,5)	11,8 (4,6)	7,20 (0,01)*	-1,80 (0,08)	-6,676	0,376	
BDI		26,4(13,4)		13,4 (8,5)		29,4 (12,6)		-3,40 (0,01)	-25,502	-2,491	
PAS		44,1(13,6)		34,8 (14,6)		46,0 (12,8)		-2,18 (0,03)	-21,242	-0,858	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

CTQ- Childhood Trauma Questionnaire

BDI- Beck Depression Inventory

PAS – Psychache Scale

*Odds Ratio = 7,9 (1,51 – 40,81 IC95%).

5.4 – Associação entre Ideação Suicida Ativa, Trauma Precoce e Dor Psicológica

A ideação suicida ativa que corresponde à ideia de tirar a própria vida nos últimos 30 dias, foi observada em 62,5% (n= 30) das mulheres entrevistadas. Em relação ao quadro clínico das pacientes, 63,3% (n= 19) dessas mulheres possuíam Depressão Maior e 36,7% (n= 11) Transtorno Bipolar. O histórico de trauma precoce foi relatado por 83,3% (n= 25).

Entre as experiências de maus-tratos infanto-juvenis, a negligência física se destacou como a mais frequente entre as mulheres desse grupo. Cerca de 86,7% (n= 26) das mulheres relataram ter sofrido negligência física. Sendo 5,2 (IC95%: 1,28 – 21,18) vezes mais comum entre as mulheres com ideação suicida ativa. O abuso emocional foi relatado por 80% (n= 24) das pacientes, cerca de 76,7% (n= 23) relataram experiências de negligência emocional, o abuso físico foi reportado por 66,7% (n= 20) das mulheres e o abuso sexual foi relatado por 50% (n= 15) daquelas com ideação suicida ativa, porém nenhum deles apresentou diferenças significativas.

As pacientes com ideação suicida ativa apresentaram sintomas depressivos mais graves ($p < 0,01$) e dor psicológica mais intensa ($p = 0,02$), quando comparadas às mulheres sem ideação suicida ativa, conforme podemos observar na tabela 4.

Tabela 4. Associação entre Ideação Suicida Ativa, Trauma Precoce e Dor Psicológica em mulheres com Episódios Depressivos.

	Amostra Geral N= 48		Sem Ideação Ativa N= 18		Com Ideação Ativa N= 30		Análise Estatística			
	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	X ² (p valor)	Teste t (p valor)	IC 95% Limites	
								Inferior	Superior	
Depressão Maior	30(62,5)		11(61,1)		19(63,3)		0,02 (0,88)			
Transtorno Bipolar	18(37,5)		7(38,9)		11(36,7)		0,02 (0,88)			
Transt. Bipolar Tipo 1	13(27,1)		7(38,9)		6(20,0)		2,03 (0,15)			
Transt. Bipolar Tipo 2	5(10,4)		0(0,0)		5(16,7)		3,35 (0,07)			
Trauma Precoce (CTQ)	41(85,4)	58,1(19,1)	16(88,9)	53,4(19,1)	25(83,3)	61,0(18,9)	0,28 (0,60)	-1,35 (0,18)	-18,988	3,766
Abuso Emocional	38(79,2)	14,1(5,8)	14(77,8)	12,9(5,3)	24(80,0)	14,9(6,0)	0,03 (0,85)	-1,17 (0,25)	-5,457	1,435
Abuso Físico	30(62,5)	10,3(5,3)	10(55,6)	9,6(4,8)	20(66,7)	10,7(5,6)	0,60 (0,44)	-0,67 (0,51)	-4,235	2,124
Abuso Sexual	25(52,1)	8,1(4,4)	10(55,6)	8,4(4,7)	15(50,0)	7,8(4,2)	0,14 (0,71)	0,46 (0,64)	-2,035	3,258
Negligência Emocional	36(75,0)	14,6(5,9)	13(72,2)	13,5(5,8)	23(76,7)	15,3(6,0)	0,12 (0,73)	-1,02 (0,31)	-5,356	1,756
Negligência Física	36(75,0)	11,2(4,6)	10(55,6)	9,2(4,0)	26(86,7)	12,5(4,6)	5,81 (0,02)*	-2,48 (0,02)	-5,882	-0,607
BDI		26,4(13,4)		18,0(11,3)		31,4(12,2)		-3,57 (0,00)	-20,938	-5,802
PAS		44,1(13,6)		38,1(13,7)		47,7(12,4)		-2,51 (0,02)	-17,373	-1,916

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

CTQ- Childhood Trauma Questionnaire

BDI- Beck Depression Inventory

PAS – Psychache Scale

*Odds Ratio: 5,2 (IC95%: 1,28 – 21,18).

5.5 – Associação entre Tentativa de Suicídio ao Longo da Vida, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.

As tentativas de suicídio foram observadas em 62,5% (n= 30) das pacientes entrevistadas. Cerca de 60% (n= 18) dessas, apresentavam diagnóstico de Depressão Maior e 40% (n= 12) diagnóstico de Transtorno Bipolar. O CTQ demonstrou que 86,7% (n=26) das pacientes que haviam tentado suicídio ao longo da vida apresentavam histórico de trauma precoce, que foi mais frequente do que entre as mulheres sem história de tentativa de suicídio ($p = 0,04$).

A negligência física se mostrou o tipo de experiência traumática com maior prevalência entre as entrevistadas, 83,3% (n=25). O Abuso emocional e a negligência emocional foram relatados por 80% (n=24) das mulheres, seguidos pelo Abuso físico, relatado por 70% (n=21) das participantes da pesquisa e Abuso sexual, relatado por 50% (n=15) das mulheres com tentativas de suicídio ao longo da vida. De todos os subtipos de trauma, apenas o abuso físico foi significativamente mais frequente entre as mulheres com histórico de tentativa de suicídio ($p = 0,02$).

No que se refere à gravidade dos sintomas depressivos e da dor psicológica, não se observaram diferenças significativas entre os grupos, conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5. Associação entre Tentativa de Suicídio ao Longo da Vida, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.

	Amostra Geral N= 48		Sem Tentativas N= 18		Com Tentativas N= 30		Análise Estatística			
	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	X ² (p valor)	Teste t (p valor)	IC 95% Limites	
									Inferior	Superior
Depressão Maior	30(62,5)		12(66,7)		18(60,0)		0,21 (0,64)			
Transtorno Bipolar	18(37,5)		6(33,3)		12(40,0)		0,21 (0,64)			
Transt. Bipolar Tipo 1	13(27,1)		4(22,2)		9(30,0)		0,34 (0,56)			
Transt. Bipolar Tipo 2	5(10,4)		2(11,1)		3(10,0)		0,01 (0,90)			
Trauma Precoce (CTQ)	41(85,4)	58,1 (19,1)	15(83,3)	50,9 (13,7)	26(86,7)	62,5(20,7)	0,10 (0,75)	-2,09(0,04)	-22,606	-0,439
Abuso Emocional	38(79,2)	14,1 (5,8)	14(77,8)	12,2 (4,7)	24(80,0)	15,3(6,1)	0,03 (0,85)	-1,83 (0,07)	-6,453	0,298
Abuso Físico	30(62,5)	10,3 (5,3)	9(50,0)	8,2 (3,7)	21(70,0)	11,50(5,7)	1,92 (0,17)	-2,41 (0,02)	-6,321	-0,235
Abuso Sexual	25(52,1)	8,1 (4,4)	10(55,6)	7,4 (3,4)	15(50,0)	8,4(4,9)	0,14 (0,71)	-0,75 (0,45)	-3,625	1,648
Negligência Emocional	36(75,0)	14,6 (5,9)	12(66,7)	13,6 (5,3)	24(80,0)	15,3(4,4)	1,07 (0,30)	-0,97 (0,34)	-5,271	1,848
Negligência Física	36(75,0)	11,2 (4,6)	11(61,1)	9,9 (4,8)	25(83,3)	12,1(4,4)	3,96 (0,08)	-1,74 (0,09)	-5,075	0,364
BDI		26,4 (13,4)		23,7 (13,4)		28,0(13,5)		0,99 (0,33)	-12,774	4,348
PAS		44,1 (13,6)		42,7 (14,0)		44,9(13,5)		0,53 (0,60)	-10,394	6,039

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

CTQ- Childhood Trauma Questionnaire

BDI- Beck Depression Inventory

PAS – Psychache Scale.

5.6 – Associação entre Intenção de Suicídio, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.

A intenção de suicidar-se nos próximos 3 meses, conforme o indicado no módulo B da M.I.N.I 7.0.2, foi observada em 43,7% (n= 21) da amostra estudada. Cerca de 76,2% (n=16) das pacientes com intenção suicida possuíam Depressão Maior e 23,8% (n= 5) Transtorno Bipolar.

No que se refere às diferenças no quadro clínico das pacientes, cerca de 40,7 % (n= 11) das pacientes sem intenção suicida apresentaram sintomas de transtorno bipolar tipo 1 e 9,5 % (n= 2) das pacientes com intenção suicida apresentaram o mesmo diagnóstico. Observou-se diferença significativa entre a prevalência de Transtorno Bipolar Tipo 1 no grupo de mulheres que não tinham intenção suicida, quando comparadas ao grupo de mulheres que possuíam intenção suicida ($p = 0,02$).

Experiências de Trauma Precoce foram relatadas por 85,7% (n= 18) das mulheres que tinham intenção de suicidar-se pelos próximos 3 meses. Entre as três experiências traumáticas mais prevalentes na amostra estavam o abuso emocional, a negligência emocional e a negligência física, 81% (n=17) das pacientes relataram ter vivenciado essas experiências de maus-tratos ao longo de seu desenvolvimento infanto-juvenil. O abuso físico foi vivenciado por 66,7% (n= 14) das mulheres e o abuso sexual foi relatado por 57,1% (n=12) das pacientes entrevistadas.

As mulheres que apresentavam intenção suicida para os próximos 3 meses, também, apresentavam experiências de trauma precoce mais graves do que mulheres sem intenção suicida ($p = 0,04$), bem como relatos mais frequentes de negligência física ($p = 0,04$), sintomas depressivos mais graves ($p < 0,01$) e dor psicológica mais intensa ($p = 0,01$).

Tabela 6. Associação entre Intenção de Suicídio, Trauma Precoce e Dor Psicológica em Mulheres com Episódios Depressivos.

	Amostra Geral N= 48		Sem Intenção Suicida N= 27		Com Intenção Suicida N= 21		Análise Estatística			
	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)	X ² (p valor)	Teste t (p valor)	IC 95% Limites	
								Inferior	Superior	
Depressão Maior	30(62,5)		14(51,9)		16(76,2)		2,99 (0,08)			
Transtorno Bipolar	18(37,5)		13(48,1)		5(23,8)		2,99 (0,08)			
Transtorno Bipolar Tipo 1	13(27,1)		11(40,7)		2(9,5)		5,83 (0,02)			
Transtorno Bipolar Tipo 2	5(10,4)		2(7,4)		3(14,3)		0,60 (0,44)			
Trauma Precoce (CTQ)	41(85,4)	58,1(19,1)	23(85,2)	53,3(16,3)	18(85,7)	64,4(21,0)	0,00 (0,96)	-2,06 (0,04)	-21,916	-0,254
Abuso Emocional	38(79,2)	14,1(5,8)	21(77,8)	13,1(5,2)	17(81,0)	15,5(6,3)	0,07 (0,79)	-1,48 (0,15)	-5,784	0,885
Abuso Físico	30(62,5)	10,3(5,3)	16(59,3)	9,3(4,3)	14(66,7)	11,6(6,3)	0,38 (0,54)	-1,46 (0,15)	-2,312	1,579
Abuso Sexual	25(52,1)	8,1(4,4)	13(48,1)	7,8(4,2)	12(57,1)	8,4(4,6)	0,28 (0,60)	-0,44 (0,66)	-3,150	2,017
Negligência Emocional	36(75,0)	14,6(5,9)	19(70,4)	13,3(5,5)	17(81,0)	16,4(6,1)	0,70 (0,40)	-1,86 (0,07)	-6,506	0,263
Negligência Física	36(75,0)	11,2(4,6)	19(70,4)	10,1(3,9)	17(81,0)	12,8(5,2)	0,70 (0,40)	-2,06 (0,04)	-5,309	-0,066
BDI		26,4(13,4)		19,2(11,5)		36,4(8,7)		-5,31 (0,00)	-23,721	-10,657
PAS		44,1(13,6)		39,9(13,9)		49,5(11,4)		-2,56 (0,01)	-17,110	-2,064

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

CTQ- Childhood Trauma Questionnaire

BDI- Beck Depression Inventory

PAS – Psychache Scale

6 DISCUSSÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), o suicídio é considerado uma epidemia global, cerca de 700.000 pessoas morrem por ano por suicídio, assim, atitudes que corroborem para sua prevenção tornam-se imperativas. A taxa global de mortes por suicídio é de 12,6/100.000 habitantes para homens e 5,4/100.000 habitantes para mulheres, porém as médias em países de média e baixa rendas são mais elevadas e a média para o sexo feminino é de 7,1/100.000 habitantes, ultrapassando as 10 mortes por 100.000 habitantes nos países com as taxas mais elevadas.

Ainda de acordo com a OMS (2021) cerca de 77% das mortes por suicídio no mundo ocorrem em países de média e baixa rendas. As taxas de suicídio variam entre homens e mulheres, entre regiões e países de acordo com a renda, política e cultura. Em países mais ricos, estima-se que os homens se suicidem mais que as mulheres, numa relação maior que 3:1. No entanto, em países de renda média-baixa a diferença entre os sexos se reduz, chegando a uma relação de 1,8:1.

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial. Didaticamente, os fatores que contribuem para esse comportamento podem ser divididos entre fatores distais e fatores proximais. Os fatores distais, também chamados de predisponentes, incluem características da personalidade (como traços de impulsividade e agressividade), carga genética e história de trauma precoce ou adversidades na infância. Os fatores proximais, também chamados de fatores precipitantes, incluem a ocorrência de transtornos mentais, abuso de álcool e outras drogas e eventos estressantes de vida (ROY & SARCHIAPONE, 2009).

A amostra estudada foi composta por 48 mulheres deprimidas, acompanhadas em serviço público ambulatorial. Destas, 43 (89,6%) mulheres apresentaram algum indício de comportamento suicida e pontuaram em média 27,9 pontos no Inventário de Depressão de Beck, o que sugere um quadro depressivo moderado a grave. As 5 pacientes sem comportamento suicida apresentaram uma média de 16,6 pontos no Inventário de Depressão de Beck, sugerindo um quadro depressivo leve. Histórico de algum trauma precoce foi relatado por 85,4% das mulheres.

O trauma precoce consiste em experiências adversas sustentadas ou repetidas durante a infância e adolescência, em geral envolvendo quebra de confiança. As situações de trauma precoce incluem adversidades como abuso físico e sexual, perda ou separação dos pais, instabilidade familiar, violência doméstica, ausência de apoio social e desamparo. A influência do trauma precoce no desenvolvimento de transtornos mentais na fase adulta, depende do

momento em que esse trauma ocorre, do tipo e da gravidade da exposição, além de ter efeito cumulativo ao longo do tempo (DUARTE ET AL, 2020).

A ocorrência de eventos adversos na infância associa-se à morte prematura dos indivíduos. O trauma precoce pode se associar a prejuízo no neurodesenvolvimento, que leva a prejuízo emocional, cognitivo e social, adoção de um estilo de vida mais perigoso, maior ocorrência de doenças e problemas sociais. Estudos reforçam tais afirmações ao associar o trauma precoce a maior tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas na fase adulta, maior risco de sedentarismo, obesidade grave, problemas cardiovasculares, pulmonares e hepáticos (TARGUM & NEMEROFF, 2019).

O trauma precoce pode levar a efeitos biológicos como a neuroinflamação, contribuindo assim para o desenvolvimento de psicopatologias como a depressão e para neuroprogressão no Transtorno Bipolar (DUARTE ET AL, 2020). O histórico de trauma precoce tem sido associado a alterações epigenéticas em sistemas de transporte de serotonina, sistemas regulatórios do estresse, como o eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal), a metilação do DNA do gene FKBP5 e desregulação do sistema nervoso simpático, além de metilação do BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro), fator decisivo para a plasticidade neuronal, culminando com alteração de estrutura e função cerebrais de regiões como amígdala, hipocampo e áreas pré-frontais, relacionados à maior suscetibilidade para o desenvolvimento de transtornos do humor, como depressão e transtorno bipolar e envolvidas na regulação de comportamento suicida (DUARTE ET AL, 2020; BROWN; FIORI; TURECKI, 2019; KRUGERS et al., 2017; NEMEROFF, 2016; SAAVEDRA et al., 2016).

Indivíduos com transtornos mentais que sofreram maus-tratos durante a infância e adolescência, tendem a apresentar sintomas mais intensos do que os pacientes que não apresentam esse histórico (MARTINS-MONTEVERDE ET AL, 2019; SANVICENTE-VIEIRA E GRASSI-OLIVEIRA, 2016 & BROWN, FIORI E TURECKI, 2019). Os pacientes com depressão e histórico de trauma precoce tendem a apresentar mais sintomas atípicos como hipersonia, hiperfagia e aumento da sensibilidade à rejeição e, comportamento suicida, com pior resposta à psicoterapia e à psicofarmacoterapia (TARGUM & NEMEROFF, 2019).

Os resultados da presente pesquisa indicaram associações significativas entre diferentes tipos de comportamento suicida com os diversos subtipos de trauma precoce tais como abuso sexual, negligência e abuso emocional além de negligência e abuso físicos, como também maior gravidade dos sintomas depressivos e dor psicológica mais intensa em mulheres adultas. Fornecendo evidências que um desenvolvimento infanto-juvenil marcado por experiências relacionadas à pobreza e violência doméstica pode contribuir para maior vulnerabilidade

psicopatológica e desenvolvimento de comportamentos suicidas associados a quadros depressivos na fase adulta.

Entre os subtipos de trauma precoce experienciados pelas participantes deste estudo, a negligência física foi o mais frequente, ocorrendo em 81,4% das mulheres com comportamento suicida, configurando um relato 17,5 vezes mais comum entre as mulheres deprimidas com comportamento suicida que entre as pacientes deprimidas sem comportamento suicida. Esse subtipo de trauma avaliado pelo CTQ, envolve situações de falta de alimento durante o desenvolvimento, desamparo ou falta de proteção e cuidado, problemas familiares envolvendo álcool e/ou outras substâncias, descuido da higiene e dificuldades para obter assistência médica adequada.

Segundo a OMS (2021), situações de vulnerabilidade socioeconômicas, bem como, situações de desemprego podem contribuir para o aumento do risco de suicídio. Sendo assim, pesquisas envolvendo populações pobres ou de países em desenvolvimento são importantes e devem levar em consideração a situação de maior vulnerabilidade, em que os participantes das pesquisas podem estar inseridos. A pobreza pode levar à falta de recursos para alimentação e vestimentas adequadas, bem como dificultar o acesso à assistência integral à saúde, colaborando para que essas pessoas estejam em situação de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos e comportamento suicida.

Uma pesquisa realizada com 288 participantes, não clínicos, de aproximadamente 19,5 anos apresentou associação entre trauma precoce, sintomas depressivos, ideação suicida ativa e dor psicológica. De acordo com os resultados, a exposição ao trauma precoce leva a uma experiência psicológica de sofrimento, refletida na dor psicológica, necessidades interpessoais não atendidas e sintomas depressivos. Diminuindo os pensamentos protetores em direção a comportamentos suicidas mais letais (SPÍNOLA et al., 2020).

A revisão e meta-análise publicada por Angelakis, Austin e Gooding (2020), considerada um dos estudos de revisão mais abrangentes sobre maus tratos na infância e risco de suicídio até o momento, incorporando 79 estudos, mostrou que ideação suicida foi mais associada a abuso físico e emocional na infância e adolescência e que o planejamento suicida foi mais associado ao abuso sexual.

A ideação suicida passiva compreende o desejo de estar morta e a ideação suicida ativa compreende a ideia de ser o próprio indivíduo aquele a precipitar sua morte (e assim envolve aspectos do planejamento do suicídio, incluindo escolha do método, busca dos meios para realizar, determinação de data e local para o suicídio). Na amostra estudada a negligência física foi o subtipo de trauma precoce que se associou com vários aspectos do comportamento suicida,

seja a ideação suicida passiva (relatada em 83,3% das pacientes), ideação suicida ativa (indicada por 62,5% das entrevistadas) e intenção suicida (relatada por 43,7% da amostra). Valorizando este subtipo de trauma precoce como fator a ser investigado, quando da abordagem ao comportamento suicida em pessoas que buscam serviços públicos de saúde em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Uma metanálise recente sobre comportamento suicida e subtipos de trauma precoce em pacientes com transtorno bipolar, indicou a negligência física como tendo uma menor contribuição para o comportamento suicida em comparação a outros subtipos como abuso emocional e sexual, e negligência emocional (DUARTE ET AL, 2020). Vale ressaltar que tal estudo incluiu 13 pesquisas, 8 das quais realizadas em países desenvolvidos, o que pode reduzir o impacto da negligência física nas vidas dos indivíduos estudados, podendo justificar as divergências encontradas nos achados deste estudo.

Na revisão realizada por Angelakis, Austin e Gooding (2020), os autores evidenciam que abuso sexual, físico e emocional na infância foram associados 2,5 vezes mais chances de ideação suicida e que o abuso sexual foi associado a chances 4,0 vezes maiores de planos de suicídio em pessoas jovens, a maioria mulheres (63,2% da amostra analisada). A maior parte das pesquisas relatadas nesta revisão foi realizada na América do Norte (43 estudos [54,4%]), seguida pela China ou outros países asiáticos (16 estudos [20,3%]), Europa (11 estudos [13,9%]), Australásia (7 estudos [8,9%]), apenas, 1,3% (1 estudo) foi realizado na América do Sul. Com relação à presente pesquisa, as mulheres com ideação passiva tinham 7,9 vezes mais chances de histórico de negligência física e as com ideação ativa possuíam 5,2 vezes mais chances de terem sofrido esse mesmo tipo de trauma. Esse achado reforça a sugestão de impacto negativo de uma trajetória de desenvolvimento infanto-juvenil com baixa condição socioeconômica na manutenção de uma boa saúde mental.

O fato de o presente estudo ter sido realizado em uma amostra atendida em serviço público, de um país em desenvolvimento socioeconômico, pode ter contribuído para a percepção da negligência física como principal fator de risco ligado ao comportamento suicida na amostra estudada, principalmente, com relação à ideação ativa de suicídio quando comparada com a revisão apresentada. Ampliando o olhar e chamando a atenção para as diferenças existentes entre os tipos de eventos traumáticos na infância e adolescência e as variações do comportamento suicida em regiões mais pobres.

Com relação às tentativas de suicídio, uma revisão e meta-análise, utilizando 68 estudos (n = 261.660) realizados em comunidades e populações clínicas, publicada por Angelakis, Gillespie e Panagioti (2019) demonstrou que as tentativas de suicídio foram significativamente

mais expressas em pessoas com histórico de abuso sexual, com um risco 3 vezes maior de tentativas de suicídio (OR 3,17, IC 95%: 2,76–3,64), enquanto os abusos físico e emocional foram associados a riscos 2,5 vezes maiores para tentativas de suicídio (OR 2,52, IC 95% 2,09–3,04; OR 2,49, IC 95% 1,64–3,77, respectivamente). A negligência emocional foi associada a um risco 2,3 vezes maior de tentativas de suicídio, enquanto a negligência física não foi significativamente associada a um risco aumentado de tentativas de suicídio (OR 2,29, IC 95% 1,79-2,94; OR 1,51, IC95% 0,87-2,62, respectivamente).

Na presente pesquisa as tentativas de suicídio, relatadas por 62,5% da amostra, foram associadas ao histórico de abuso físico, diferente da maioria dos estudos na área, segundo Angelakis, Gillespie e Panagioti (2019) e Angelakis, Austin e Gooding (2020), que apontam para o abuso sexual como o subtipo de maus-tratos mais associado a tentativas de suicídio em pessoas adultas.

O Abuso Físico é avaliado pelo CTQ por meio de questões que envolvam situações de violência física onde a criança ou o adolescente obtenha como resultado ferimentos e/ou marcas pelo corpo que sejam dignas de atendimento médico e/ou possam ser notadas por outras pessoas. Esses ferimentos e/ou marcas podem ser feitos com cordas, varetas de pau, cigarros acesos ou cintos (GRASSI-OLIVEIRA; STEIN; PEZZI, 2006).

De acordo com Carr et al. (2013) o abuso físico é associado aos transtornos do humor, especialmente com depressão maior e mania, colaborando para a gravidade e persistência dos quadros psicopatológicos. Na amostra de mulheres com tentativas de suicídio, 60% apresentavam diagnóstico de Depressão Maior, 40% de Transtorno Bipolar e 86,7% haviam sofrido trauma precoce geral, tendo sido esse e o abuso físico associados significativamente às tentativas de suicídio nessas pacientes.

Os dados e as associações encontrados nesta pesquisa apontam para uma amostra clínica complexa e grave. Demonstrando a necessidade de estudos que possam aprofundar as análises entre situações que envolvam pobreza e violência doméstica e o desenvolvimento do comportamento suicida em pessoas com diagnóstico de psicopatologias, principalmente, transtornos do humor. Até onde podemos observar, a maioria dos estudos na área contempla situações de trauma precoce com foco no abuso sexual. Na amostra estudada apesar de mais da metade das mulheres com comportamento suicida apresentarem histórico de trauma precoce causado por abuso sexual, cerca de 51,2%, esse subtipo de abuso não foi associado a nenhuma diferença significativa com nenhum dos tipos de comportamento suicida analisados.

Um estudo que avaliou a dor psicológica em adultos com depressão aguda, dividindo a amostra em 4 grupos (ideação e comportamento suicida atual e passado (n = 20); pacientes

deprimidos com ideação suicida atual (n = 22); pacientes deprimidos não suicidas (n = 20) e controles saudáveis (n = 20)), demonstrou associação positiva entre tentativa de suicídio recente (nas últimas 72 horas) e dor psicológica (CÁCEDA ET AL, 2014). O instrumento para avaliar a dor psicológica da pesquisa citada foi o mesmo utilizado por nosso estudo, em ambas as pesquisas os escores de dor psicológica nos grupos com ideação suicida e com tentativa de suicídio foram superiores a 40 pontos, de modo semelhante os dois estudos indicaram escores menores de 40 pontos, porém acima de 30 pontos entre os pacientes deprimidos sem ideação suicida.

Na presente pesquisa, a avaliação da intensidade da dor psicológica apresentou associação significativa com a ideação suicida passiva, ideação suicida ativa e intenção suicida para os próximos 3 meses. A diferença entre os escores médios de cada grupo avaliado a partir dos tipos de comportamento suicida chegou a quase 10 pontos para o aumento da intensidade da dor psicológica. Em 2012, uma pesquisa apresentada por Troister e Holden demonstrou que a variação na dor psicológica era um preditor relevante para mudanças em ideação suicida, enfatizando que a relevância dessa variável psicológica como melhor preditora do risco de suicídio que a depressão e a desesperança, como já conceituava Shneidman (1993).

O grupo com intenção suicida para os próximos 3 meses (n = 21), apesar de ser o menor grupo dos compostos por mulheres com esses tipos de comportamento, foi o que apresentou média geral mais alta na escala de dor psicológica, as pacientes tiveram média de 49,5 pontos. Esse dado nos sugere que à medida que a dor psicológica se torna mais intensa o comportamento suicida se torna mais grave.

Em relação ao quadro de sintomas depressivos, uma pesquisa realizada com 203 adultos (100 homens e 103 mulheres), com média de idade de 38 anos, demonstrou uma relação de mediação entre dor psicológica com a depressão e o risco de suicídio. De acordo com os autores do estudo nem todos os indivíduos deprimidos apresentam ideação e comportamentos suicidas. Provavelmente o potencial da depressão para induzir dor psicológica, isolamento e sentimentos de ser um fardo é que eventualmente leva um indivíduo a se desenvolver comportamento suicida (CAMPOS & HOLDEN, 2015).

No presente estudo observou-se associação entre ideação suicida passiva, ideação suicida ativa e intenção suicida para os próximos 3 meses e a dor psicológica com aumento na pontuação da gravidade dos sintomas depressivos das pacientes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma precoce se mostra uma variável relevante para avaliarmos o quadro clínico de pacientes com transtornos de humor, apresentando-se como uma variável de risco para o suicídio.

O presente estudo se propôs a investigar a associação entre comportamento suicida, trauma precoce e dor psicológica em mulheres deprimidas. Os objetivos foram alcançados e nos resultados foi apontado que os diversos tipos de comportamento suicida demonstraram associações variadas em relação ao histórico de trauma precoce, dor psicológica e gravidade sintomatológica.

Ideação suicida passiva, ideação suicida ativa e intenção suicida foram associadas significativamente com o histórico de negligência física, o que sugere uma associação entre infância e adolescência de vulnerabilidades socioeconômicas e risco de suicídio na mulher adulta. As tentativas de suicídio apresentaram associação com o histórico de abuso físico, indicando que uma infância e adolescência marcada por agressão física e intercorrências por violência doméstica aumentam o risco de comportamento suicida em mulheres adultas.

Ideação suicida (tanto passiva quanto ativa) e intenção de cometer o suicídio num futuro próximo, associaram-se com escores mais altos de dor psicológica, demonstrando que a variável dor psicológica é um indicador de risco agudo de suicídio em mulheres deprimidas.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

A presente pesquisa apresenta algumas limitações:

- O tamanho da amostra e o fato de ter sido realizado apenas com pacientes do sexo feminino. Porém, embora não permita a generalização dos dados para a população em geral, não impede que esse estudo possa ser replicado com amostras de maior dimensão.
- O tipo de estudo que, por ser transversal, não permite inferências de causa e efeito, já que não foi possível acompanhar a variação da intensidade de variáveis psicológicas como a dor psicológica, que pode sofrer alterações de acordo com a dinâmica de vida e de funcionamento psíquico do indivíduo, o que pode nos ajudar a explicar a não apresentação de significância da mesma, quando em associação com o histórico geral de trauma e alguns subtipos de maus tratos na infância.
- Viés de memória é outra limitação que vale a pena ser mencionada, uma vez que, conforme for a gravidade do quadro clínico dessas pacientes, pode haver dificuldades para recordar fatos ou acontecimentos.
- Duração da entrevista, cada entrevista durou de 30-50 minutos, um tempo, relativamente longo, para as pacientes que se encontravam à espera de suas consultas, o que ocasionava nas pacientes preocupação e pressa para concluir a entrevista.
- Ausência de avaliação de psicose, que tradicionalmente associa-se com risco de suicídio e poderia apresentar associações positivas com o histórico de trauma e dos subtipos de maus tratos na infância.
- As limitações impostas pela pandemia COVID-19 que se configuraram em atrasos na coleta; redução no número de pacientes disponíveis para entrevista e exposição à contaminação por parte dos participantes e dos pesquisadores.

Contudo, apesar das limitações, este estudo caminha ao encontro de evidências anteriores sobre a importância de considerar o histórico de trauma na infância e adolescência e os subtipos de maus-tratos para compreensão de associações com transtornos psiquiátricos e o comportamento suicida.

Este estudo possui como perspectiva futura a ampliação da amostra e o aprofundamento das análises de associação e possíveis efeitos mediadores e/ou moderadores entre as variáveis estudada.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Volume. 22, n. 3, p. 106–115, 2000. ISSN: 1516-4446. DOI: 10.1590/s1516-44462000000300003. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/rbp/a/8BcLbLX3QHtPMsxjtFCHqKb/?lang=pt>>. Acesso em Dez 2020
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Transtornos Depressivos. In.: _____ **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2013. pp. 155-188.
- ANGELAKIS, I.; GILLESPIE, E. L.; PANAGIOTI, M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. **Psychological Medicine**. 2019. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6498789/>>. Acesso em 07 Apr 2022.
- ANGELAKIS, I.; AUSTIN, J. L.; GOODING, P. Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People : A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Netw Open**, 2020. Acesso em : <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7407092/>> . Acesso em 07 Apr 2022.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. 2014.
- BOONIAM, S. et al.. Predictors of passive and active suicidal ideation and suicide attempt among older people: A study in tertiary care settings in thailand. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Volume. 16, p. 3135–3144, 2020. ISSN: 11782021. DOI: 10.2147/NDT.S283022. Disponível em < <https://www.dovepress.com/predictors-of-passive-and-active-suicidal-ideation-and-suicide-attempt-peer-reviewed-fulltext-article-NDT>>. Acesso em Dez 2021.
- BOTEGA, Neury José. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017**. Brasília, DF, 2017.
- BROWN, A.; FIORI, L. M.; TURECKI, G. Bridging Basic and Clinical Research in Early Life Adversity, DNA Methylation , and Major Depressive Disorder. **Frontiers in Genetic**, v. 10, n. March, p. 1–10, 2019. DOI: 10.3389/fgene.2019.00229. Disponível em <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgene.2019.00229/full>> . Acesso em Dez 2020.
- CÁCEDA R. et al. Impulsive choice and psychological pain in acutely suicidal depressed patients. **Psychosomatic Medicine**, 2014 pp. 445-51. doi: 10.1097/PSY.0000000000000075. Disponível em < https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2014/07000/Impulsive_Choice_and_Psychological_Pain_in_Acutely.8.aspx>. Acesso em Jan 2022.

CAMPOS R.C.; HOLDEN R. R. Testing Models Relating Rejection, Depression, Interpersonal Needs, and Psychache to Suicide Risk in Nonclinical Individuals. **J Clin Psychol**. 2015, Volume 71, 10ª Edição, pp 994-1003. doi: 10.1002/jclp.22196. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.22196>>. Acesso em Dez 2021.

CARR, C. P. et al. The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes. **The Journal of nervous and mental disease**, 2013, volume. 201, n. 12, p. 1007–1020. DOI: 10.1097/NMD.000000000000049.> Disponível em <https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2013/12000/The_Role_of_Early_Life_Stress_in_Adult_Psychiatric.1.aspx>. Acesso em Dez 2020.

DUARTE, D. et al. Childhood-maltreatment subtypes in bipolar patients with suicidal behavior: systematic review and meta-analysis. **Braz J Psychiatry**, 2020, volume 42(5), pp. 558-67. DOI:10.1590/1516-4446-2019-0592. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/TSMZgKmJJ5MVcqBYDHFZRwj/?lang=en>>.. Acesso >Apr 2022.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.. Inventário de Depressão de Beck. In.: **Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental**. Organizadores: Clarice Gorenstein, Yuan-Pang Wang, Ines Hungerbühler. Porto Alegre. Artmed, 2016.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saude Publica**, 2006, volume 40, n. 2, pp. 249–255 DOI: 10.1590/S0034-89102006000200010. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/cDzvTxBHnTDxwhg7gGSN54M/?lang=pt>>. Acesso em Dez 2020.

HATKEVICH, C.; SUMLIN, E.; SHARP, C. Examining Associations Between Child Abuse and Neglect Difficulties Indicative of Adolescent Suicidal Ideation Risk. **Frontiers in Psychiatry**. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.630697>. Disponível em <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.630697/full>>. Acesso em Dez 2021.

HOCHMAN, B. et al. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras**. vol.20. São Paulo 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800002>. Acesso em Dez 2020.

HOLDEN, R. R.; MEHTA, K.; CUNNINGHAM, E. J.; MCLEOD, L. D. Development and preliminary validation of a scale of psychache. **Canadian Journal of Behavioural Science**, 2001, volume 33, n. 4, pp. 224–232, 2001. DOI: 10.1037/h0087144. Disponível em <<https://psycnet.apa.org/record/2002-17969-002>>. Acesso em Dez 2020.

KRUGERS, H. J. et al. Neurobiology of Stress Early life adversity: Lasting consequences for emotional learning. **Neurobiology of stress**, 2017, volume 6, pp. 14–21, 2017. DOI:10.1016/j.ynstr.2016.11.005. Disponível em <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235228951630039X?via%3Dihub>>. Acesso em Dez 2021.

MARTINS-MONTEVERDE, C. M. S. et al Relationship Between Depression and Subtypes of Early Life Stress in Adult Psychiatric Patients. **Frontiers in Psychiatry**, 2019, volume 10, pp. 1–8. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00019. Disponível em <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00019/full>>. Acesso Dez 2020.

MERT, D. G. et al. Factors associated with suicide attempts in patients with bipolar Disorder type I. **Psychiatria Danubina**, 2015, volume 27, n. 3, pp. 236–241. Disponível em <https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol27_no3/dnb_vol27_no3_236.pdf>. Acesso em Dez 2020.

MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL. Portuguese for Brazil Version 7.0.2 para DSM-5, 2016, volume 2.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Banco de dados do Sistema Único de Saúde- **DATASUS**. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 09 de Mai de 2021.

NEMEROFF, Charles B. Review Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. **Neuron**, 2016 volume 89, n. 5, pp. 892–909, 2016. DOI: 10.1016/j.neuron.2016.01.019. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>>. Acesso Dez 2021.

NOGOVITSYN, Nikita et al. Childhood trauma and amygdala nuclei volumes in youth at risk for mental illness. **Psychological Medicine**, 2020 pp. 1–8, 2020. DOI:10.1017/S0033291720003177. Disponível em <<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/childhood-trauma-and-amygdala-nuclei-volumes-in-youth-at-risk-for-mental-illness/0938882C01727D3DA0601008C30CF6FD>>. Acesso em Dez 2021.

RODRIGUEZ, V. et al. Environmental Risk Factors in Bipolar Disorder and Psychotic Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. **Schizophrenia Bulletin**, 2021, volume 47, pp. 959–974. DOI: 10.1093/schbul/sbaa197. Disponível em <<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-abstract/47/4/959/6105805?redirectedFrom=fulltext>>. Acesso >. Acesso Jan 2022.

ROY A, SARCHIAPONE M. Interaction of hereditary and environmental factors in the psychiatric disorders associated with suicidal behavior. In: **D. Wasserman, & C. Wasserman, eds, Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention**. A Global Perspective. Oxford: Oxford University Press, 2009, 181-7.

SAAVEDRA, K. et al. Epigenetic Modifications of Major Depressive Disorder. **Int. J. Mol. Sci**, 2016, volume 17, pp. 1–20. DOI: 10.3390/ijms17081279. Disponível em :<<https://www.mdpi.com/1422-0067/17/8/1279>>. Acesso Dez 2020.

TROISTER T, HOLDEN R.R. A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. **J Clin Psychol**. 2012. volume 68, pp. 1019-27. doi: 10.1002/jclp.21869. Disponível em :<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jclp.21869>>. Acesso Dez 2020.

SHNEIDMAN, E.S. Comentário: Suicide as Psychache. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 1993, volume 181, pp. 145-147. doi: 10.1097 / 00005053-199303000-00001. Disponível em <: <https://psycnet.apa.org/record/1993-29809-001>>. Acesso Dez 2020.

SPÍNOLA, J. et al. Psychache, unmet interpersonal needs, childhood trauma and suicide ideation in young adults. **Death Studies**, 2020, volume 0, n. 0, pp. 1–10. DOI: 10.1080/07481187.2020.1788670. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1788670>>. Acesso Dez 2021.

TARGUM, S. D.; NEMEROFF, C. B. The Effect of Early Life Stress on Adult Psychiatric Disorders. **Innov Clin Neurosci**. 2019, volume, 16, pp.35–37. Disponível em:< https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6450674/pdf/icns_16_1-2_35.pdf>. Acesso Dez 2020.

TOSSANI, E. The Concept of Mental Pain. **Psychother Psychosom** 2013, volume 82, pp.67–73. DOI: 10.1159/000343003. Disponível em:< <https://www.karger.com/Article/FullText/343003>>. Acesso Dez 2020.

TROISTER, T.; HOLDEN, R. R. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman’ s theory of suicide. **Personality and Individual Differences**, 2010, volume 49, pp. 689–693. ISSN: 0191-8869. DOI: 10.1016/j.paid.2010.06.006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.006>>. Acesso Dez 2020.

VERROCCHIO, M. C. et al. Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. **Frontiers in Psychiatry**, 2016, volume 7. DOI: 10.3389/fpsy.2016.00108. Disponível em:<<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2016.00108/full>>. Acesso Dez 2020.

WENZEL, Amy; BROWN, Gregory K.; BECK, Aaron T. **Terapia Cognitivo Comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

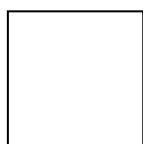
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: A global imperative**. Geneva: WHO Press, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf>>. Acesso Dez 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva, 2017. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=F35BAB355859A71B4C1B094EAC64C1E5?sequence=1>>. Acesso Dez 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em:< <file:///C:/Users/Jacyara%20Farias/Desktop/Material%20Sobre%20Suicidio/OMS-2021.pdf>>. Acesso Abr 2022.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

ias, firmado por cada participante voluntário(a) da pesquisa e pelo responsável)
o devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

1. A Senhora está sendo convidada a participar como voluntária do estudo “Estudo de Associação entre dor psicológica e comportamento suicida em pacientes do ambulatório de depressão”, que será realizada no Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR), Hospital Universitário Prof. Alberto Nunes (HUPAA) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Girau do Ponciano.

Eu, _____, recebi do Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto, professor da Uncisal, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

2. Este estudo se destina a avaliar a associação entre dor psicológica e comportamento suicida nas pacientes atendidas no ambulatório de depressão do Hospital Escola Portugal Ramalho, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Girau do Ponciano e Hospital Universitário Prof. Alberto Nunes (HUPAA), descrever o perfil sociodemográfico das pacientes com depressão atendidas nessas instituições de saúde, quantificar os escores e gravidade dos sintomas depressivos nessa amostra, investigar as características do comportamento suicida no grupo estudado, identificar o padrão da qualidade do sono dos pacientes, determinar os níveis de qualidade de vida dos participantes estudados, descrever a presença e a intensidade da dor psicológica, e analisar a associação entre dor psicológica e comportamento suicida e a gravidade dos sintomas depressivos na amostra analisada; considerando que a importância deste estudo é estudar a dor psicológica, e sua relação com quadros depressivos e comportamento suicida, para o entendimento desse complexo fenômeno; que os resultados que se desejam alcançar são encontrar que as mulheres deprimidas com maiores pontuações na escala de dor psicológica também apresentarão maior gravidade de comportamento suicida, maiores escores de depressão, além de piores escores de qualidade de vida e de qualidade de sono, sendo que o estudo minucioso da associação entre dor psicológica e as características do quadro depressivo podem contribuir para um melhor entendimento do comportamento suicida, colaborando para uma melhor prevenção do suicídio; tendo início planejado para começar em agosto de 2019, após a aprovação pelo sistema CEP/CONEP e terminar em julho de 2021.

3. A Senhora participará do estudo da seguinte maneira: após a concordância e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido será iniciada a coleta de dados com o preenchimento dos questionários. Primeiramente será aplicado um questionário sociodemográfico e depois os descritos no projeto, na seguinte ordem: M.I.N.I. 7.0.2; Inventário de Depressão de Beck; Escala de dor psicológica (Psychache Scale); Inventário de Pittsburgh de qualidade do sono e o SF36 (questionário de qualidade de vida); CTQ (Questionário de Trauma na Infância); Escala de Traços de Personalidade Borderline. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são, a curto prazo, o constrangimento da participante da pesquisa pela entrevista ou aplicação dos questionários, podendo levar a um desconforto no momento. Com isso, pode

ocorrer uma negativa ou desistência da voluntária de pesquisa em continuar respondendo os questionários. Tais riscos serão minimizados da seguinte forma: caso a voluntária da pesquisa mostre-se desconfortável, terá total liberdade para abandonar o estudo e os pesquisadores oferecerão auxílio para assistência e tratamento psicológico e psiquiátrico à participante, a fim de reduzir seu desconforto. A senhora poderá contar com a assistência do Dr. Valfrido Leão de Melo Neto, que oferecerá consulta psiquiátrica e, se for de preferência da paciente, será contatado o médico que já a acompanha no ambulatório para discutir e manejar o constrangimento, desconforto emocional e psicológico. Em caso de desistências, para não haver prejuízos nos resultados, ampliaríamos o número de sujeitos no estudo a fim de obter a amostra pretendida, através do recrutamento ativo de novas pacientes no ambulatório de depressão do HEPR, nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Girau do Ponciano e no HUPAA.

4. Os benefícios previstos com a sua participação são conseguir observar a relação entre transtorno depressivo, dor psicológica e comportamento suicida em pacientes da instituição pesquisada e conhecer o papel da dor psicológica em pacientes com comportamento suicida, podendo, assim, estudar mais formas de prevenção do suicídio, conseguidos através da coleta e divulgação posterior dos dados e da detecção precoce de fatores de risco por vezes não investigados, como a dor psicológica. Além disso, as participantes da pesquisa em que seja identificado risco de suicídio se beneficiarão de um diagnóstico preciso e intervenção precoce, assim que se defina esse risco, o que será feito a partir da aplicação e análise dos questionários preenchidos. O pesquisador principal, Dr. Valfrido Leão de Melo Neto, oferecerá consulta psiquiátrica ou contato com o psiquiatra, a fim de fazer essa intervenção precoce e manejar a dor psicológica e o comportamento suicida da participante da pesquisa da melhor forma possível e reduzir seu sofrimento.

5. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

6. A qualquer momento, a Senhora poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

7. A Senhora deverá ser ressarcida por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizada por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. A Senhora tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo “Estudo de Associação entre dor psicológica e comportamento suicida em pacientes com depressão”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

Ciente, _____ DOU O MEU
 CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU
 OBRIGADA.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Residência: (rua).....Bloco:

Nº:, complemento:Bairro:

Cidade:CEP.:.....Telefone:

 Ponto de referência:

Nome e Endereço do Pesquisador Responsável:

Valfrido Leão de Melo Neto, Tel: (82) 99101-9100, Rua Dr. José Afonso de Mello, n. 68. Sala 514. Edf. Harmony Relações Médicas, Jatiúca, Maceió. CEP: 57036-510.

Instituição: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Rua Dr. Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, Maceió – Alagoas. CEP: 57010-300. TEL: 82-3315-6809

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: comitedeeticaucisal@gmail.com . Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Maceió, _____ de _____ de _____

VALFRIDO LEÃO DE MELO NETO
 CRMAL 5397 - CPF 035.307.524-18
 Rua Dr. José Afonso de Mello, 68 - Sala 514
 Jatiúca - CEP 57036-510 - Maceió/AL

Assinatura do pesquisador principal
 (rubricar as demais folhas)

Assinatura ou impressão digital do(a)
 voluntário(a) ou responsável legal
 (rubricar as demais folhas)

João Emanuel Gomes Neto

Assinatura de testemunha
 (rubricar as demais folhas)

Juizara Lima Santana de Oliveira

Assinatura de testemunha
 (rubricar as demais folhas)

Jacyara Laires de Melo

Assinatura de testemunha
 (rubricar as demais folhas)

ANEXO**ANEXO A – Questionário sócio demográfico.****Questionário Sócio Demográfico**

1. Gênero: M F
2. Idade: _____
3. Nacionalidade: _____
4. Endereço: _____
5. Estado Civil:
 Casada/Amasiada Solteira Divorciada Viúva
6. Número de Filhos: _____
7. Escolaridade:
 Analfabeta Sabe ler e escrever Ensino primário
 Ensino secundário Curso Superior
8. Profissão: _____
9. Como classifica a sua situação econômica:
 Ruim Média Boa

ANEXO B- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I 7.0.2)**M.I.N.I.****MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL****Portuguese for Brazil Version 7.0.2****Para
DSM-5**

Copyright © 1992-2016 Sheehan DV

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, eletrônica ou mecânica, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia do Dr. Sheehan. Pesquisadores, clínicos e estudantes que trabalham em instituições públicas e entidades não lucrativas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação, mas não para uso institucional, nem qualquer outro que gere lucros financeiros. Qualquer utilização envolvendo ganho financeiro exigirá um contrato de licenciamento do detentor dos direitos autorais e o pagamento de uma taxa de licença por uso.

AVISO

Nosso objetivo é de auxiliar a avaliação e o acompanhamento de pacientes com maior eficiência e precisão. Antes que qualquer ação seja tomada em relação à informação coletada e processada por este programa, esta deve ser revisada e interpretada por um clínico autorizado.

Esse programa não foi desenvolvido e não se destina a substituir uma avaliação médica e psiquiátrica completa efetuada por um clínico - psiquiatra qualificado e autorizado. Ele se destina apenas a ser uma ferramenta que facilita a coleta e o processamento de dados confiáveis relativos aos sintomas obtidos por uma equipe treinada. Não é um teste diagnóstico.

M.I.N.I. 7.0.2 (August 8, 2016) (8/8/16)

M.I.N.I. - Brazil/Portuguese - Version of 29 Aug 17 - Mapl.
ID060137 / M.I.N.I.7.0.2_AU1.1_porBR.doc

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, CIRCULAR NÃO E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

A1	a	Você <u>alguma vez</u> se sentiu deprimido(a) ou desanimado(a), ou se sentiu triste, vazio(a) ou sem esperança durante a maior parte do dia, quase todos os dias durante duas semanas?	NÃO	SIM
		SE NÃO, ASSINALAR NÃO PARA A1b. SE SIM, PERGUNTAR:		
	b	Nas <u>duas últimas semanas</u> , você se sentiu deprimido(a) ou desanimado(a), ou se sentiu triste, vazio(a) ou sem esperança durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM
A2	a	Você <u>alguma vez</u> teve, durante 2 semanas, muito menos interesse pela maioria das coisas ou foi muito menos capaz de aproveitar as coisas das quais gostava habitualmente?	NÃO	SIM
		SE NÃO, ASSINALAR NÃO PARA A2b. SE SIM, PERGUNTAR:		
	b	Nas <u>duas últimas semanas</u> , você teve, durante a maior parte do tempo, muito menos interesse pela maioria das coisas ou foi muito menos capaz de aproveitar as coisas das quais gostava habitualmente?	NÃO	SIM
		A1a OU A2a FOI ASSINALADA SIM?	NÃO	SIM
A3	SE A1b OU A2b = SIM: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL E O EPISÓDIO PASSADO MAIS SINTOMÁTICO, CASO CONTRÁRIO, SE A1b E A2b = NÃO: EXPLORAR SOMENTE O EPISÓDIO PASSADO MAIS SINTOMÁTICO			
	Durante essas duas semanas, quando você se sentia deprimido(a) ou sem interesse pela maioria das coisas:			
			<u>2 últimas semanas</u>	<u>Episódio passado</u>
	a	O seu apetite diminuiu ou aumentou quase todos os dias? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado (isto é, variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês ou ± 8 lb ou $\pm 3,5$ kg para uma pessoa de 160 lb/70 kg)? SE SIM EM QUALQUER UMA, ASSINALAR SIM.	NÃO	SIM
	b	Você teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, ou dormir demais)?	NÃO	SIM
	c	Você falou ou se movimentou mais lentamente que de costume ou se sentiu agitado(a), irrequieto(a) ou teve dificuldade em ficar sentado(a) quieto(a) quase todos os dias? Alguém notou isso?	NÃO	SIM
	d	Você se sentiu cansado(a) ou sem energia quase todos os dias?	NÃO	SIM
	e	Você se sentiu sem valor ou culpado(a) quase todos os dias?	NÃO	SIM
		SE SIM, PEDIR EXEMPLOS. OBSERVE DELÍRIOS DE FALHA, INADEQUAÇÃO, CULPA OU RUÍNA, OU NECESSIDADE DE PUNIÇÃO OU DELÍRIO DE DOENÇA OU MORTE OU DELÍRIOS NELITAS OU SOMÁTICOS. OS EXEMPLOS SÃO COERENTES COM UMA IDEIA DELIRANTE.		
		Episódio atual <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
		Episódio passado <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
	f	Você teve dificuldade em se concentrar, pensar ou em tomar decisões quase todos os dias?	NÃO	SIM
	g	Você pensou repetidamente sobre a morte (MEDO DE MORRER NÃO CONTA AQUI), ou teve pensamentos sobre se matar, ou teve qualquer intenção ou plano de se matar? Você tentou suicídio? SE SIM EM QUALQUER UMA, ASSINALAR SIM.	NÃO	SIM
A4	Esses sintomas causaram sofrimento ou problemas significativos em casa, no trabalho, na escola, socialmente, em seus relacionamentos ou de qualquer outra maneira importante e significam uma mudança no seu desempenho anterior?		NÃO	SIM
A5	Entre 2 episódios de depressão, você alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses sem nenhuma depressão importante ou nenhuma perda de interesse importante?		N/A	NÃO

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS (A1-A3) SIM E A4 FOI ASSINALADA SIM PARA ESSE PERÍODO EXPLORADO?

E

"DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)" FOI ASSINALADA SIM?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E/OU PASSADO.

SE A5 FOI ASSINALADA SIM, ASSINALAR SIM PARA RECORRENTE.

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	
ATUAL	<input type="checkbox"/>
PASSADO	<input type="checkbox"/>
RECORRENTE	<input type="checkbox"/>

A6 ■ Quantos episódios de depressão você teve ao longo de sua vida? _____

Entre cada episódio deve haver pelo menos 2 meses sem nenhuma depressão importante.

B13	Teve dificuldade de resistir a esses impulsos?	NÃO	SIM	8
B14	Tomou alguma iniciativa para preparar uma tentativa de suicídio na qual esperava ou tinha a intenção de morrer (incluindo qualquer coisa feita ou não propositalmente que faça com que chegue mais perto de tentar se suicidar)? Isso inclui as vezes em que você ia se matar, mas foi interrompido(a) ou parou por vontade própria antes que se fizesse algum mal. SE B14 FOR NÃO, PASSAR PARA B15.	NÃO	SIM	
B14 a	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas não deu início à tentativa de suicídio?	NÃO	SIM	9
B14 b	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas parou por vontade própria pouco antes que se fizesse algum mal ("abortou a preparação")?	NÃO	SIM	10
B14 c	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas alguém ou algo interrompeu você pouco antes que se fizesse algum mal ("a preparação foi interrompida")?	NÃO	SIM	11
B15	Machucou-se de propósito sem intenção de se matar? (B15 NÃO É CONSIDERADA COMO UM COMPORTAMENTO SUICIDA)	NÃO	SIM	0
B16	Tentou se suicidar (se matar)? SE B16 FOR NÃO, PASSAR PARA B17.	NÃO	SIM	
B16 a	Deu início a uma tentativa de suicídio (para se matar), mas parou por conta própria e não terminou a tentativa?	NÃO	SIM	12
B16 b	Deu início a uma tentativa de suicídio (para se matar), mas foi interrompido(a) e não terminou a tentativa?	NÃO	SIM	13
B16 c	Você já fez alguma tentativa de suicídio (tentou se matar), exatamente como pretendia? Uma tentativa de suicídio significa que você fez alguma coisa que poderia causar lesão, com ao menos uma pequena intenção de morrer. SE B16c FOR NÃO, PASSAR PARA B17:	NÃO	SIM	14
	Esperou ser socorrido(a) / sobreviver <input type="checkbox"/>			
	Esperou / pretendeu morrer <input type="checkbox"/>			
B17	TEMPO GASTO DIARIAMENTE COM IMPULSOS, PENSAMENTOS OU AÇÕES SUICIDAS: Tempo habitual gasto por dia: _____ horas _____ minutos. Tempo mínimo gasto por dia: _____ horas _____ minutos. Tempo máximo gasto por dia: _____ horas _____ minutos. Ao longo da sua vida:			
B18	Você já fez alguma tentativa de suicídio (tentou se matar)? Se a resposta for SIM, quantas vezes? _____ Se a resposta for SIM, quando foi a última tentativa de suicídio? Atual: durante os últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Em remissão recente: entre 12 e 24 meses atrás <input type="checkbox"/> Em remissão: mais de 24 meses atrás <input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	4

"Uma tentativa de suicídio é um comportamento autolesivo, com ao menos alguma intenção (> 0) de morrer como resultado da ação. A evidência que a pessoa tinha a intenção de se matar, ao menos até certo grau, pode ser explícita ou inferida do comportamento ou circunstância. Por exemplo, é definido como tentativa de suicídio se é óbvio que não é um acidente ou se a pessoa pensa que o ato poderia ser fatal, mesmo negando a intenção." (Documento FDA Guidance for Industry Suicidal Ideation and Behavior 2012 e definição C-CASA.) Posner K et al. Am J Psychiatry 2007; 164 (7): 1035-1043 & <http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/default.htm/>

- B19** Qual é a probabilidade de você tentar se matar nos próximos 3 meses numa escala de 0 a 100%
QUALQUER PROBABILIDADE > 0% NA B19 DEVE SER ASSINALADA SIM

NÃO SIM 13

PELO MENOS 1 DAS PERGUNTAS ACIMA (EXCETO B1) FOI ASSINALADA SIM?

SE SIM, SOMAR O TOTAL DE PONTOS PARA AS RESPOSTAS (B1 A B19) ASSINALADAS "SIM" E ESPECIFICAR O RESULTADO DA SUICIDALIDADE COMO INDICADO NO QUADRO DIAGNÓSTICO:

INDICAR SE A SUICIDALIDADE É ATUAL (ÚLTIMO MÊS) OU UMA TENTATIVA AO LONGO DA VIDA OU AMBAS, ASSINALANDO AS CAIXAS APROPRIADAS OU DEIXANDO UMA DELAS OU AMBAS SEM ASSINALAR.

ATUAL = QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DE B1a ATÉ B16c (EXCETO B15) OU QUALQUER TEMPO GASTO EM B17.

TENTATIVA AO LONGO DA VIDA = B18 ASSINALADA SIM.

PROBABILIDADE EM UM FUTURO PRÓXIMO = B19 ASSINALADA SIM.

FAZER QUALQUER COMENTÁRIO ADICIONAL SOBRE SUA AVALIAÇÃO DA SUICIDALIDADE ATUAL E EM UM FUTURO PRÓXIMO DESTA PACIENTE NO ESPAÇO ABAIXO:

NÃO		SIM	
SUICIDALIDADE			
1-8 pontos	Leve	<input type="checkbox"/>	
9-16 pontos	Moderada	<input type="checkbox"/>	
≥ 17 pontos	Elevada	<input type="checkbox"/>	
ATUAL		<input type="checkbox"/>	
TENTATIVA AO LONGO DA VIDA		<input type="checkbox"/>	
PROBABILIDADE EM UM FUTURO PRÓXIMO		<input type="checkbox"/>	

B18 FOI ASSINALADA SIM?

E UMA RESPOSTA SIM PARA

O ATO DE SUICÍDIO COMEÇOU QUANDO O PACIENTE NÃO ESTAVA EM ESTADO DE CONFUSÃO OU DELÍRIO?

E UMA RESPOSTA SIM PARA

O ATO DE SUICÍDIO FOI COMETIDO SEM FINS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O TRANSTORNO É ATUAL, EM REMISSÃO RECENTE OU EM REMISSÃO.

NÃO		SIM	
TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO SUICIDA			
Atual		<input type="checkbox"/>	
Em remissão recente		<input type="checkbox"/>	
Em remissão		<input type="checkbox"/>	

C. EPISÓDIO MANÍACO E HIPOMANÍACO

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AOS QUADROS DIAGNÓSTICOS, ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

	Você tem alguma história familiar de doença maniaco-depressiva ou de transtorno bipolar, ou algum membro da sua família teve mudanças de humor tratadas com medicação como lítio, valproato de sódio (Depakote) ou lamotrigina (Lamictal)? ESTA PERGUNTA NÃO É UM CRITÉRIO PARA TRANSTORNO BIPOLAR, MAS É FEITA PARA AUMENTAR A VIGILÂNCIA DO CLÍNICO EM RELAÇÃO AO RISCO DE TRANSTORNO BIPOLAR. CASO SIM, ESPECIFICAR QUEM: _____	NÃO	SIM
C1	a Você alguma vez teve um período em que se sentia 'pra cima' ou 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)' e tão ativo(a) ou cheio(a) de energia ou se achava superior aos outros que isso lhe causou problemas ou em que outras pessoas pensaram que você não estava no seu estado habitual? (Não considerar períodos em que estava sob o efeito de drogas ou álcool.) SE O PACIENTE NÃO COMPREENDE OU ESTÁ CONFUSO SOBRE O SIGNIFICADO DE 'PRA CIMA' OU 'EUFÓRICO' OU 'SUPEREXCITADO', EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por 'pra cima', 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)', quero dizer: ter humor elevado; aumento de energia ou aumento de atividade; precisar dormir menos; rapidez do pensamento; estar cheio de ideias; aumento da produtividade, da motivação, da criatividade ou comportamento impulsivo; telefonar ou trabalhar excessivamente ou gastar mais dinheiro. SE NÃO, ASSINALAR NÃO PARA C1b. SE SIM, PERGUNTAR:	NÃO	SIM
	b Você atualmente se sente 'pra cima' ou 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)' ou cheio(a) de energia?	NÃO	SIM
C2	a Você alguma vez esteve constantemente irritável, durante vários dias, se desentendiá ou brigava, verbalmente ou fisicamente, ou gritava com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas perceberam que você estava mais irritável ou que reagia além do normal em comparação com outras pessoas, mesmo em situações em que achava que sua reação se justificava? SE NÃO, ASSINALAR NÃO PARA C2b. SE SIM, PERGUNTAR:	NÃO	SIM
	b Atualmente você se sente irritável o tempo todo?	NÃO ➔	SIM
	C1a OU C2a FOI ASSINALADA SIM?	NÃO	SIM

C3 SE C1b OU C2b = SIM: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL PRIMEIRO E DEPOIS O EPISÓDIO PASSADO MAIS SINTOMÁTICO. CASO CONTRÁRIO, SE C1b E C2b = NÃO: EXPLORAR SOMENTE O EPISÓDIO PASSADO MAIS SINTOMÁTICO

AO EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL, COMECE CADA PERGUNTA DA SEGUINTE MANEIRA:

Nos últimos dias, incluindo hoje, quando se sentiu eufórico(a) e cheio(a) de energia ou irritável, você:

AO EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO, COMECE CADA PERGUNTA DA SEGUINTE MANEIRA:

Em um período de alguns dias no passado, quando se sentiu o mais eufórico(a) e cheio(a) de energia ou irritável possível, você:

	Episódio atual		Episódio passado	
a Teve a sensação de que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM, PEDIR EXEMPLOS. OS EXEMPLOS SÃO COERENTES COM UMA IDEIA DELIRANTE.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	Episódio atual	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Episódio passado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
b Teve menos necessidade de dormir do que de costume (por exemplo, sentiu-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
c Fez ou sentiu uma pressão para ficar fazendo?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
d Observou seus pensamentos evoluindo muito rápido ou atribulados ou acelerado ou indo muito rapidamente de um assunto para o outro?	NÃO	SIM	NÃO	SIM

		<u>Episódio atual</u>		<u>Episódio passado</u>	
e	Ficava distraído com tanta facilidade que a menor interrupção o(a) fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
f	Teve um aumento significativo da sua atividade ou da sua motivação no trabalho, na escola, socialmente ou sexualmente ou se tornou fisicamente ou mentalmente irrequieto(a)? Esse aumento na atividade pode ter sido com ou sem um propósito.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareçam agradáveis que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (por exemplo, gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter um comportamento sexual irresponsável)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C3	SUMÁRIO: AO PONTUAR O EPISÓDIO ATUAL: SE C1b É NÃO, HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS C3, INCLUINDO C3f, ASSINALADAS SIM? SE C1b É SIM, HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS C3, INCLUINDO C3f, ASSINALADAS SIM? AO PONTUAR O EPISÓDIO PASSADO: SE C1a É NÃO, HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS C3, INCLUINDO C3f, ASSINALADAS SIM? SE C1a É SIM, HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS C3, INCLUINDO C3f, ASSINALADAS SIM? ASSINALAR SIM SOMENTE SE 3 OU 4 SINTOMAS ACIMA ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO EXPLORADO. REGRA: EXALTAÇÃO/EXPANSIVIDADE EXIGE SOMENTE 3 SINTOMAS C3, ENQUANTO IRRITABILIDADE SOZINHA REQUER 4 SINTOMAS C3.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C4	Qual foi o tempo mais longo de duração desses sintomas (durante a maior parte do dia, quase todos os dias)? AVALIE A DURAÇÃO DESDE O INÍCIO ATÉ O FIM DOS SINTOMAS, NÃO APENAS O FOCO.				
	a) 3 dias consecutivos ou menos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	b) 4, 5 ou 6 dias consecutivos ou mais		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	c) 7 dias consecutivos ou mais		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C5	Você foi internado(a) por causa desses problemas? SE RESPOSTA SIM, ASSINALAR SIM NO EPISÓDIO MANÍACO PARA ESSE PERÍODO EXPLORADO E PASSAR PARA C7.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C6	Esses sintomas causaram problemas significativos em casa, no trabalho, socialmente, em seus relacionamentos com outras pessoas, na escola ou de qualquer outra maneira importante?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C7	Esses sintomas foram associados com uma clara mudança na sua maneira de agir anterior e isso foi diferente do seu jeito normal de ser?	NÃO	SIM	NÃO	SIM

O SUMÁRIO DE C3 E C7 E (C4c OU C5 OU C6 OU QUALQUER SINTOMA PSICÓTICO DE K1 ATÉ K8) FORAM ASSINALADOS SIM?

E

"DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE Q2)" FOI ASSINALADA SIM?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO.

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
ATUAL	<input type="checkbox"/>
PASSADO	<input type="checkbox"/>

O SUMÁRIO DE C3 FOI ASSINALADO SIM E C5 E C6 FORAM ASSINALADAS NÃO E C7 FOI ASSINALADA SIM E C4b OU C4c FORAM ASSINALADAS SIM?

E

"DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE Q2)" FOI ASSINALADA SIM?

E

TODOS OS SINTOMAS PSICÓTICOS DE K1 ATÉ K8 FORAM ASSINALADOS NÃO?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO.

SE SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO ATUAL, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL COMO NÃO.

SE SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO PASSADO, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO PASSADO COMO NÃO EXPLORADO.

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

ATUAL NÃO
 SIM

PASSADO NÃO
 SIM
 NÃO EXPLORADO

O SUMÁRIO DE C3 E O ITEM C4a FORAM ASSINALADOS SIM E C5 FOI ASSINALADO NÃO?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO

SE SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO ATUAL, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL COMO NÃO.

SE SIM PARA EPISÓDIO MANÍACO PASSADO OU SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO, ENTÃO ASSINALAR OS SINTOMAS HIPOMANÍACOS PASSADOS COMO NÃO EXPLORADOS.

SINTOMAS HIPOMANÍACOS

ATUAIS NÃO
 SIM

PASSADOS NÃO
 SIM
 NÃO EXPLORADOS

- | | | | |
|----|--|-----|-----|
| CB | <p>a) SE O EPISÓDIO MANÍACO É POSITIVO PARA ATUAL OU PASSADO, PERGUNTAR:
Pelo menos 2 desses episódios (maníacos) duraram 7 dias ou mais (C4c) ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual, caso presente)?</p> | NÃO | SIM |
| | <p>b) SE O EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO É POSITIVO PARA ATUAL OU PASSADO, PERGUNTAR:
Pelo menos 2 desses episódios (hipomaniacos) duraram 4 dias ou mais (C4b) ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual)?</p> | NÃO | SIM |
| | <p>c) SE A CATEGORIA "SINTOMAS HIPOMANÍACOS" PASSADOS ESTIVER ASSINALADA POSITIVA, PERGUNTAR:
Esses sintomas hipomaniacos que duram somente de 1 a 3 dias (C4a) aconteceram pelo menos 2 vezes ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual, caso presente)?</p> | NÃO | SIM |

ANEXO C- Inventário de Depressão de Beck (BDI)

BDI _____ Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 CONTINUAÇÃO NO VERSO

Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um inventário de The Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes. 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo. 3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes. 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual. 1 Não durmo tão bem como costumava. 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual. 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava. 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser. 2 Meu apetite é muito pior agora. 3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio. 2 Perdi mais do que 5 quilos. 3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava. 2 Estou muito menos interessado por sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	--

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ **Score Total.**

ANEXO D- Escala de dor psicológica (PAS)

Escala de dor psicológica**Psychache Scale**(Holden e colaboradores, 2000)
versão portuguesa, Campos, 2013

INSTRUÇÕES: As frases a seguintes referem-se à sua dor psicológica **NÃO** a sua dor física. Faça um círculo à volta do número que indica a frequência com que ocorre cada uma das seguintes experiências.

1 = nunca; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = muito frequentemente; 5 = sempre

1.	Sinto dor psicológica	1	2	3	4	5
2.	Parece-me que dói por dentro	1	2	3	4	5
3.	A minha dor psicológica parece pior do que qualquer dor física	1	2	3	4	5
4.	A minha dor faz-me ter vontade de gritar	1	2	3	4	5
5.	A minha dor faz a minha vida parecer sombria	1	2	3	4	5
6.	Não consigo compreender porque soffro	1	2	3	4	5
7.	Psicologicamente, sinto-me terrivelmente mal	1	2	3	4	5
8.	Dói-me, porque me sinto vazio	1	2	3	4	5
9.	A minha alma dói	1	2	3	4	5

Por favor continue, usando a escala seguinte

1 – discordo fortemente; 2 – discordo; 3 – indeciso(a); 4 – concordo; 5 – concordo fortemente

10.	Não consigo aguentar mais a minha dor	1	2	3	4	5
11.	Por causa da minha dor, a minha situação é impossível	1	2	3	4	5
12.	A minha dor está a desfazer-me	1	2	3	4	5
13.	A minha dor psicológica afeta tudo o que faço	1	2	3	4	5

ANEXO E- Questionário de Trauma na Infância (CTQ)

Rev Saúde Pública 2006;40(2):249-55

Rodrigo Grassi-Oliveira^I

Lilian Milnitsky Stein^I

Julio Carlos Pezzi^{II}

Tradução e validação de conteúdo da versão em português do *Childhood Trauma Questionnaire*

Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language

RESUMO

OBJETIVO: O *Childhood Trauma Questionnaire* é um instrumento auto-aplicável em adolescentes e adultos que investigam história de abuso e negligência durante a infância. O objetivo do trabalho foi de traduzir, adaptar e validar o conteúdo do questionário para uma versão em português denominada Questionário Sobre Traumas na Infância.

MÉTODOS: O processo de tradução e adaptação envolveu cinco etapas: (1) tradução; (2) retradução; (3) correção e adaptação semântica; (4) validação do conteúdo por profissionais da área (juizes) e (5) avaliação por amostra da população-alvo, por intermédio de uma escala verbal-numérica.

RESULTADOS: As 28 questões e as instruções iniciais traduzidas e adaptadas criaram o Questionário Sobre Traumas na Infância. Na avaliação pela população-alvo, 32 usuários adultos do Sistema Único de Saúde responderam a avaliação, com boa compreensão do instrumento na escala verbal-numérica (média=4,86±0,27).

CONCLUSÕES: A versão mostrou ser de fácil compreensão obtendo-se adequada validação semântica. Entretanto, ainda carece de estudos que avaliem outras qualidades psicométricas.

DESCRITORES: Testes psicológicos. Maus-tratos Infantis. Maus-tratos sexuais Infantis. Violência doméstica. Questionários.

Tabela 2 - Tradução para o português do Childhood Trauma Questionnaire: Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI).

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "fêlo (a)".					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					