

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO

**CLEONICE ZATTI**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TENTATIVA DE SUICÍDIO E HISTÓRIA DE VIVÊNCIAS  
TRAUMÁTICAS EM PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL DE PRONTO  
SOCORRO DE PORTO ALEGRE – RS**

Porto Alegre  
2017

**CLEONICE ZATTI**

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TENTATIVA DE SUICÍDIO E HISTÓRIA DE VIVÊNCIAS  
TRAUMÁTICAS EM PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL DE PRONTO  
SOCORRO DE PORTO ALEGRE – RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientadora: Lúcia Helena Machado Freitas

Porto Alegre  
2017

CIP - Catalogação na Publicação

Zatti, Cleonice

ASSOCIAÇÃO ENTRE TENTATIVA DE SUICÍDIO E HISTÓRIA  
DE VIVÊNCIAS TRAUMÁTICAS EM PACIENTES ATENDIDOS NO  
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE - RS /  
Cleonice Zatti. -- 2017.

76 f.

Orientadora: Lúcia Helena Machado Freitas.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do  
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. TENTATIVA DE SUICÍDIO. 2. TRAUMAS NA INFÂNCIA.  
3. APOIO SOCIAL. 4. TRANSTORNOS MENTAIS. I. Freitas,  
Lúcia Helena Machado , orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

CLEONICE ZATTI

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TENTATIVA DE SUICÍDIO E HISTÓRIA DE VIVÊNCIAS  
TRAUMÁTICAS EM PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL DE PRONTO  
SOCORRO DE PORTO ALEGRE – RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria e Ciências do Comportamento à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

**Porto Alegre, 12 de junho de 2017.**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Simone Hauck

Relatora da banca – UFRGS

Prof. Dr. Cleber Gibbon Ratto

Membro da banca e convidado externo – UNILASALLE

Prof. Dr. Cesar Luís de Souza Brito

Membro da banca convidado externo – PUCRS

Dedico esta dissertação, em especial, aos portadores de sofrimento psíquico que porventura participaram deste trabalho.

"...quero desistir da vida, não tenho familiares... Sabe onde encontrei carinho? Aqui no hospital..."

"...porque eu tô cansado de tudo. Me sinto sozinho."

"...porque depois dos 60, só dei pra trás. Não sei mais fazer as coisas da Vida."

"Tentei suicídio porque sou sozinha na vida. Nunca tive filhos, estou com 71 anos e não tenho familiares."

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora Lúcia Helena Freitas, pela oportunidade de realizar esta etapa na academia e pela acolhida em seu Grupo de Pesquisa. Parceira de muitas reuniões, ligações, mensagens e discussões, vistas por mim como momentos de aprendizado que levarei para a Vida. Foram dois anos de vivências, como resultado constituímos uma amizade para além desta etapa acadêmica. Não é exigência da Universidade que orientador e aluno constituam laços afetivos, mas construímos um laço de parceria sólida, da qual ainda colheremos muitos artigos, trabalhos e projetos.

Gostaria de agradecer ao Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, em especial à Presidente da Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa (COMESP), Maria Augusta Moraes Soares, pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Não esquecendo os residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência (PRIMURGE)/HPS, que foram colegas indispensáveis para o desenvolvimento do trabalho, mostrando-se dispostos a me contatar a cada novo caso.

Agradeço, também, aos meus colegas: Alcina Barros, Ana Cláudia Knackfuss, Juliana Torres Porto das Neves, Lucianne Valdivia, Virgínia Rosa e Vítor Crestani Calegaro, pelas horas reunidos desenvolvendo pesquisas e trabalhos durante esta jornada. Ao Luciano Santos Pinto Guimarães, estatístico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS, este profissional ajudou na elaboração das análises complexas deste trabalho, e assim elas se tornaram reais.

Aos meus pais, Gabriel Zatti e Iara Fernandes Zatti, um Muito Obrigada! Pela coragem e incentivo que sempre me concederam. Lá em casa não tivemos tudo o que queríamos, mas algo nunca faltou: O Afeto! Uma família com laços e união! E à minha irmã, Gabriela Zatti, pela presença nos momentos mais importantes da minha vida.

À minha terapeuta, que há quase 10 anos me fez entender que o tesouro mais valioso está dentro da gente. Cristina Kern, você fez mudar o rumo desta história. Muito obrigada!

Por último, não menos especial, ao meu marido, Tiago André Blauth, pelo apoio e compreensão nos dias em que me dediquei para que este objetivo se tornasse realidade. O Tiago se manteve presente nos momentos mais difíceis, me fazendo acreditar que estaríamos juntos nesta "Chegada"! Sou grata por Tudo...

## RESUMO

Se a criança é negligenciada ou passou por experiências traumáticas durante o processo de desenvolvimento, isso pode desencadear, além de sofrimento psíquico intenso nesta fase, predisposição para uma série de transtornos mentais e prejuízo ao funcionamento na vida adulta, inclusive levando a tentativa de suicídio. **Objetivos:** A presente pesquisa teve como objetivo identificar a ocorrência de traumas infantis em adultos sobreviventes de suicídio atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre no Rio Grande do Sul, além da ocorrência de perda de figura significativa na infância, presença de doença psiquiátrica atual, intensidade de sintomas depressivos, perda de pessoa significativa recente e apoio social em comparação a controles. **Métodos:** Tratou-se de um estudo de caso-controle (28 casos; 56 controles). O estudo foi realizado de 20 de agosto de 2015 a 21 de março de 2016, utilizando os seguintes instrumentos: *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), *Beck Depression Inventory* (BDI), e *Medical Outcomes Study* (MOS). **Justificativa:** A escolha do tema justificou-se pelo expressivo número de sujeitos que ingressam no referido hospital por tentativa de suicídio (TS), constituindo uma população em que o entendimento de fatores de risco pode auxiliar na identificação de diferentes fatores envolvidos neste fenômeno e na elaboração de estratégias de intervenção e prevenção. **Resultados:** A amostra examinada (n=84; 28 casos e 56 controles) demonstrou uma distribuição semelhante em relação ao gênero (M/F = 46,4%/53,6%) com uma idade média de 35,6 anos (DP=12,8). Através do instrumento CTQ foram avaliados os traumas na infância. Os grupos (caso x controle) apresentaram médias distintas nas variáveis abuso emocional (p<0,001), abuso físico (p<0,001), negligência emocional (p<0,001) e negligência física (p<0,001). Nos casos de tentativas de suicídio foi realizada uma análise através do BDI e MINI, onde 94,4% (n=17) tinham risco elevado de reincidência de uma nova tentativa e apresentavam Transtorno Depressivo Grave em comparação aos controles onde nenhum paciente apresentou risco de suicídio elevado e Transtorno Depressivo Grave (p <0,001) . Segundo a MOS, a contagem de um parente e/ou amigo a mais protege o risco de suicídio em 24%. Quando somados, a dimensão afetiva com a interação social, um ponto a mais protege em 70% (p<0,001). Ao relacionarmos a dimensão emocional com a dimensão informação, ficou em 63% (p<0,001). **Conclusões:** Os resultados do estudo apontaram uma importante associação entre traumas na infância e tentativa de suicídio na vida adulta, apontando por

exemplo a importância da adoção de ações preventivas e terapêuticas relacionadas a maus-tratos durante o desenvolvimento infantil como fator importante na redução de risco para o suicídio. A rede de apoio possui importância no suporte social na vida de qualquer pessoa. Nesta pesquisa, os pacientes do grupo controle apresentaram mais suporte social, com maior probabilidade de serem mais ativos e interativos com o meio em que vivem.

**Palavras-chave:** Tentativa de Suicídio. Traumas na Infância. Transtornos Mentais. Apoio Social. Fatores de Risco.

## ABSTRACT

If a child is neglected or experiences traumatic events during development, this can unleash—beyond the intense psychological suffering at the time—a predisposition for a number of mental disorders, up to and including suicide attempt, and impair functioning as an adult. **Objectives:** The present study sought to identify the incidence of childhood trauma as well as the loss of a loved one during childhood, the presence of current psychiatric illness, intensity of depression symptoms, recent loss of a loved one, and social support in comparison to controls in adult suicide attempt survivors treated at Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. **Methods:** The study is considered a case-control study (28 cases, 56 controls). It took place from August 20th, 2015 to March 21st, 2016 and utilized the following instruments: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Beck Depression Inventory (BDI), and Medical Outcomes Study (MOS). **Justification:** The choice of topic was justified by the considerable number of subjects admitted to the hospital for suicide attempt (SA). The subjects constituted a population for which the understanding of risk factors could help in the identification of the various elements involved in this phenomenon and in the elaboration of intervention and prevention strategies. **Results:** The examined sample ( $n = 84$ ; 28 cases and 56 controls) had an approximately equal gender distribution (M/F = 46.4%/53.6%) and a mean age of 35.6 years ( $SD = 12.8$ ). Childhood trauma was evaluated via the CTQ instrument. The groups (case and control) presented distinct means in variables of emotional abuse ( $p < .001$ ), physical abuse ( $p < .001$ ), emotional neglect ( $p < .001$ ), and physical neglect ( $p < .001$ ). The suicide attempt cases were analyzed using the BDI and MINI, which indicated 94.4% ( $n = 17$ ) had elevated risk of relapsing into another suicide attempt and presented Major Depressive Disorder relative to the controls, where no patient had an elevated risk of suicide attempt or Major Depressive Disorder ( $p < .001$ ). According to MOS, having a close relative and/or friend offered the greatest protection against suicide risk in 25% of cases. When added, the affective and social interaction dimensions the protection is 70% ( $p < .001$ ). By linking the dimension emotional with the informational, 63% is achieved ( $p < .001$ ). **Conclusions:** The results of the study point to a strong relationship between childhood trauma and suicide attempt in adulthood, indicating, for example, the importance of the adoption of preventative and therapeutic actions related to mistreatment in childhood as a key factor in the

reduction of suicide risk. The support network plays a critical role in the social well-being of any person. In this study, control group patients presented greater social support and were likelier to be more active and interactive in their communities.

**Key words:** Suicide attempt. Childhood trauma. Mental disorders. Social support. Risk factors.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BDI Beck	Depression Inventory
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP-HCPA	Comitê de Ética em Pesquisa desta unidade proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
CZ	Cleonice Zatti
HPS	Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre/RS
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MOS	Medical Outcomes Study
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPG-PSIQ	Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento
PRIMURGE	Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Tentativa de suicídio
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Tentativa de Suicídio no Hospital de Pronto Socorro .....</b>	<b>13</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>18</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>19</b>
<b>4.1 Primários .....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Secundários .....</b>	<b>19</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>5.1 Delineamento do estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>5.2 Local de estudo .....</b>	<b>20</b>
<b>5.3 Variáveis .....</b>	<b>20</b>
<b>5.4 Tamanho da amostra e amostragem.....</b>	<b>20</b>
<b>5.5 Procedimentos de coleta.....</b>	<b>21</b>
<b>5.6 Instrumentos .....</b>	<b>21</b>
<b>6 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>23</b>
<b>7 ARTIGO 1.....</b>	<b>26</b>
<b>8 ARTIGO 2.....</b>	<b>47</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Casos .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Controles.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO C – Questionário Sociodemográfico.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXO D – Versão em português do Childhood Trauma Questionnaire .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO E – Projeto DIS-QOL – Questionário de Apoio Social – Estudo MOS.....</b>	<b>74</b>

## **1 APRESENTAÇÃO**

Este trabalho foi desenvolvido para a dissertação de mestrado intitulada "Associação entre tentativa de suicídio e história de vivências traumáticas em pacientes atendidos no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – RS", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em junho de 2017. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

- 1) introdução e revisão da literatura;
- 2) artigos;
- 3) considerações finais.

Documentos de apoio estão apresentados em anexo.

## 2 INTRODUÇÃO

A maioria dos mais de 1,1 milhão de mortes/ano ocorridas por suicídio, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), poderia ter sido prevista e evitada de alguma forma.<sup>1</sup> A estimativa para o ano de 2020 é que mais de 1,5 milhão de pessoas consumarão o suicídio, lembrando que o número de tentativas é vinte vezes maior que o número de mortes.<sup>2</sup> Pensando no cenário brasileiro, podemos observar que algumas cidades possuem taxas de suicídio acima da média nacional, como Porto Alegre, cujo coeficiente de mortalidade por suicídio é de 6,8/100.000 habitantes.<sup>3</sup>

No que diz respeito ao desenvolvimento humano, todos os indivíduos passam por situações traumáticas. O nascimento é considerado o primeiro trauma, e, ao longo do ciclo vital, serão vivenciadas muitas outras frustrações necessárias para a maturação saudável. Contudo, existem acontecimentos que excedem a experiência usual e ficam registrados e inscritos na vida dos sujeitos.<sup>4</sup> As situações de maus-tratos nos primeiros anos de vida são previstas no Código Penal Brasileiro, no artigo 136:

Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina (BRASIL, Decreto-Lei 2.848 de 7 de dezembro de 1940).<sup>5</sup>

Tendo em vista o problema de saúde pública<sup>1</sup> que são as TSs, cuja característica é a tentativa de acabar com a própria vida, esta pesquisa foi desenvolvida para avaliar pacientes que ingressaram na emergência ou internação por TS, necessitando de cuidados médicos no HPS. Busca, também, investigar a qualidade da rede de apoio dos pacientes com e sem TS, morte recente de pessoas significativas e perda de figuras parentais na infância. Trata-se de trabalho de cunho acadêmico desenvolvido para obtenção do título de mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento (PPG-PSIQ).

## **2.1 Assistência Hospitalar de Emergência nos casos de Tentativa de Suicídio**

O Rio Grande do Sul lidera estatísticas em uma área que tem preocupado o governo e que intriga pesquisadores: o estado é recordista em taxas de suicídio no Brasil, com índices que atingem o dobro da média nacional. Entende-se que, de certa forma, o suicídio é um tema velado, pouco discutido e divulgado na sociedade em geral. Receia-se falar sobre o assunto, devido à crença de que este simples fato possa induzir sujeitos a empreender a prática. Em muitas famílias o tema só é lembrado quando um ente querido realiza uma TS que o leva para atendimento em um hospital. Lesões autoprovocadas representam um importante indício, e a maioria dos casos são atendidos em algum tipo de serviço de saúde antes de ocorrer uma tentativa fatal, destacando a emergência como o principal receptor.<sup>2</sup>

Sabe-se da importância de a equipe hospitalar atender e acolher os sujeitos e seus familiares, buscando uma melhor forma de encaminhamento para evitar novas TSs. Sendo assim, é imprescindível a compreensão da situação que envolve o paciente e dos riscos presentes no esforço de ajudá-lo. Estas pessoas que, em determinados momentos de suas vidas, optam por uma saída desesperada, necessitam de cuidados médicos de emergência, mas também precisam de um olhar para seus aspectos emocionais, ou seja, para o aparelho psíquico. Alguns desses sujeitos sofrem de transtornos mentais graves, alguns contam com rede de apoio familiar e social fragilizada.<sup>6</sup> Conforme a OMS (2000), em 2013 no mundo inteiro em torno de 900 mil pessoas se suicidaram. Segundo pesquisas internacionais, há dois fatores importantes a respeito do suicídio nos países desenvolvidos e em desenvolvimento: "Primeiro, a maioria das pessoas que cometeu suicídio tem um transtorno mental diagnosticável. Segundo, suicídio e comportamento suicida são mais frequentes em pacientes psiquiátricos".<sup>1</sup>

Em uma pesquisa desenvolvida no Departamento de Investigação do Necrotério Central de Montreal, no Canadá, 168 casos de suicídio foram avaliados através da técnica de autópsia psicológica<sup>1</sup> com familiares. Os achados sugerem que em todos os casos, provavelmente, havia algum transtorno psiquiátrico.<sup>7</sup> Nos atendimentos rotineiros de um

---

<sup>1</sup> Esta técnica consiste numa entrevista realizada com base em fontes secundárias, ou seja, os informantes mais próximos à vítima. Investiga-se por meio de procedimentos diagnósticos estruturados, psicopatologias ou outras informações de interesse.

Hospital de Pronto Socorro, os cuidados são realizados diretamente com a pessoa que cometeu a TS. A relação terapêutica no atendimento deve ocorrer de forma segura, empática e demonstrando confiança nos encaminhamentos realizados, pois o sujeito está vivenciando um dos momentos mais difíceis de sua vida.<sup>6</sup> É importante que a equipe hospitalar não despreze as ideias e fatores de risco para o suicídio que cada sujeito apresenta. Para Botega (2006, p. 441), a capacitação facilita a condução desses casos:

Para o paciente internado que mantém ideia suicida, algumas precauções devem ser tomadas, como remover objetos perigosos que estejam a seu alcance, colocá-lo em leito de fácil observação para enfermagem, se possível em andar térreo, enfatizar o risco de suicídio no prontuário e na papeleta da enfermagem e acompanhar constantemente o estado mental do paciente. O plano terapêutico deve ser flexível, passando por revisões periódicas.<sup>6</sup>

É importante ressaltar que os fatores desencadeantes de uma TS são múltiplos. Destaca-se que nos homens pode estar relacionada a fatores comumente vinculados à masculinidade, envolvendo ações de competitividade, impulsividade e o maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo, elementos que predisõem a um maior risco de suicídio.<sup>8,9</sup>

Em pesquisa realizada em um Hospital de Emergência em João Pessoa, na Paraíba, constatou-se que as mulheres corresponderam a 53% e os homens representaram 47% dos casos de TS atendidos no ano de 2007. Os métodos mais utilizados pelos homens foram os seguintes: envenenamento (21,4%), arma branca (19%), ingestão medicamentosa (19%), salto/pulo (14,3%) e automutilação (9,5%); pelas mulheres: ingestão medicamentosa (52,1%), envenenamento (37%) e salto/pulo (4,3%). O suicídio efetivo é mais frequente no gênero masculino, embora as tentativas sejam mais comuns entre as mulheres.<sup>10</sup> Sobre as formas de TS, foi realizado um estudo de coorte no Estado de Minas Gerais entre 2003 e 2009, por Vidal (2013, p.178), e concluído que:

Tentativas não letais foram as mais frequentes e predominaram entre as mulheres (68,3%), o meio mais utilizado foi intoxicação por medicamentos (64,2%) e tentativas mais letais foram observadas nos homens (51,7%), o enforcamento sendo o meio mais utilizado nesta categoria (7,8%). A repetição das tentativas predominou entre as mulheres (75,4%). A idade mediana foi de 38 anos e 59,7% dos óbitos ocorreram na faixa dos 30 aos 49 anos.<sup>2</sup>

O risco de suicídio pode aumentar de acordo com o número de tentativas e o intervalo de tempo entre elas. Sobre os pacientes atendidos em emergências, estima-se que de 30% a 60% tiveram tentativas prévias e de 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. As taxas de prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida variam de 0,4% a 4,5%.<sup>2</sup>

Derivada da SUPRE-MISS (investigação realizada pela OMS em oito países com um total de 5.980 investigados), uma pesquisa realizada em 2003 na cidade de Campinas/SP, com 538 indivíduos brasileiros, aplicou o questionário *WHO/EURO – Multicentre Study on Suicide Behaviour*, onde se destacou a prevalência ponderada de 17,1% para ideação suicida, 4,8% para planos suicidas e 2,8% para tentativa de suicídio, sendo verificado nesta última o maior índice de mulheres (5,0%). Resultados de estudos internacionais indicam fatores associados a estes elementos como o gênero feminino, os transtornos psiquiátricos (como depressão), ser divorciado, assim como situação profissional mais desfavorável (como desemprego).<sup>11</sup>

No Brasil, entre 1980 e 2006, as taxas médias de suicídio mais altas entre as capitais, para cada 100.000 pessoas, foram as seguintes: Boa Vista/RR (7,6), Porto Alegre/RS (7,3) e Florianópolis/SC (6,5). Salvador, na Bahia, tem o menor índice do Brasil: 1,8 para cada 100 mil habitantes. Segundo Souza (2010), nesses casos analisados foram encontradas algumas características predominantes: 77,3% eram homens, 34,2% com idade entre 20 e 29 anos, 44,8% sem companheiro (a) e 38,2% tinham pouca educação formal. Sabe-se também que os coeficientes de mortalidade por suicídio em algumas cidades atingem quase o triplo da média nacional. Portanto, é provável que nessas localidades as prevalências de ideação, plano e TS sejam mais elevadas.<sup>11</sup>

Em uma pesquisa no ano de 2008 na cidade de Madri, na Espanha, investigaram-se várias informações sobre o suicídio no serviço de emergência extra-hospitalar. Dos 96 pacientes pesquisados, 48,4% foram TS; 44,2% suicídios consumados e 7,4% ideação suicida. A faixa de idade com maior prevalência foi entre 16 e 24 anos (25,4%). O método mais utilizado para as TSs foi intoxicação por fármacos de caráter sedativo (60,87%); 74% possuíam diagnóstico psiquiátrico prévio e algum tipo de tratamento psiquiátrico ou psicológico.<sup>12</sup>

O Questionário de Trauma na Infância (CTQ) é um dos instrumentos mais utilizados mundialmente em pesquisas sobre traumas na infância, tanto para adolescentes quanto para

adultos. Bernstein e Fink (1998) afirmam que o CTQ é um instrumento válido, incluindo coeficientes de confiabilidade teste-reteste entre 0,78 e 0,88 em uma média de quatro meses, cujas medianas variam de  $a=0,66$ , para a subescala de negligência física, até  $a=0,92$  de abuso sexual.<sup>13</sup>

Em estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), a combinação de história de comportamento suicida familiar e trauma na infância foi associada a maior risco. Houve uma incidência significativamente elevada de traumas na infância, avaliada através do CTQ. Os escores mais altos foram obtidos nos pacientes com TS em relação àqueles que nunca haviam tentado suicídio, tanto em pacientes do sexo masculino quanto feminino. Dos 281 sujeitos pesquisados por Roy, 79,1% dos pacientes apresentaram resultado positivo para traumas na infância no CTQ. Estes tiveram ocorrências mais elevadas de tendências suicidas que aqueles que não tiveram resultados positivos de traumas na infância. Outro achado é que pacientes bipolares, com a combinação de abuso sexual infantil, realizaram ato suicida mais precoce na primeira tentativa, quando comparados a pacientes com mesma patologia sem histórico de trauma infantil. O autor conclui que os resultados do estudo sugerem a possibilidade de que a combinação de história de trauma infantil com comportamento suicida pode ser útil para alertar profissionais da área da saúde sobre a possibilidade deste paciente ter um maior risco para realizar uma TS, bem como este ato ser cometido precocemente.<sup>14</sup>

Ainda a respeito da relação entre trauma na infância e TS, estudo canadense, realizado entre outubro de 2005 e novembro de 2007, avaliou um grupo de 495 jovens moradores de rua (parcial ou totalmente), com idade entre 14 e 26 anos, utilizando o CTQ. Revelou-se que em sujeitos que passaram por abuso físico (40,6%) ( $n=201$ ) e sexual na infância (26,5%) ( $n=131$ ) os atos suicidas foram altamente prevalentes. Destes, 182 (36,8%) relataram histórico de ideias suicidas durante a vida, e 46 (9,3%) informaram TS durante os últimos seis meses. Além disso, os resultados indicaram que muitos dos pacientes avaliados passaram por algum tipo de negligência ou trauma infantil: abuso físico (40,6%), abuso sexual (26,5%), abuso emocional (50,3%), negligência física (46,3%) e negligência emocional (35,6%). Esses resultados evidenciaram a alta associação entre trauma na infância e posterior TS nos jovens pesquisados.<sup>15</sup>

Em uma revisão sistemática da literatura sobre o suicídio, vinte e três estudiosos concluíram que ele é um problema de saúde pública bastante significativo. Em 2002, cerca de 877.000 vidas foram perdidas em todo o mundo, o que representa 1,5% da carga global de doenças. As maiores taxas anuais de suicídio estão na Europa Oriental, onde dez países

apontam índices de mais de 27 casos por 100.000 pessoas.<sup>16</sup> Em agosto de 2004, especialistas de quinze países reuniram-se na Áustria para rever a eficácia das intervenções na prevenção do suicídio. Identificaram-se cinco grandes áreas de prevenção:

- a) educação e programas de conscientização para o público em geral e profissionais;
- b) métodos de triagem para pessoas de alto risco;
- c) tratamento de transtornos psiquiátricos;
- d) restrição de acesso a meios letais;
- e) mídia referente a relato de suicídio.<sup>16</sup>

O Programa de Promoção à Vida e Prevenção do Suicídio é uma iniciativa inovadora desenvolvida no município de Candelária/RS, que visa enfrentar uma situação histórica de altos coeficientes de mortalidade por suicídio. Profissionais se reuniram e fizeram parte deste projeto intermunicipal que envolvia diversos setores da saúde (como saúde mental, atenção básica e Emater). Os dados levantados comprovam que 60% dos pacientes suicidas tinham comparecido à Unidade Básica de Saúde (UBS), porém a situação de risco não foi identificada. O projeto de prevenção ao suicídio teve como finalidade o fortalecimento da atenção básica e a construção da rede intersetorial.<sup>17</sup>

Em 2006, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde formulou um manual dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental. Este manual divulgou que no ano de 2004 aproximadamente 8.000 brasileiros tiraram a própria vida. Embora a taxa média do Brasil não seja considerada alta (4,5 suicídios a cada 100 mil pessoas), o problema vem crescendo em certos segmentos da população, como homens mais jovens, índios, idosos, trabalhadores rurais que tiveram a saúde prejudicada por pesticidas, e mulheres jovens, gestantes e moradoras de rua. Algumas cidades brasileiras possuem taxas acima da média nacional. Entre elas está Porto Alegre, onde em 2004 registraram-se 16 casos para cada 100 mil pessoas do sexo masculino. Esta ação reforça que os casos de suicídio estão associados à presença de transtornos mentais.<sup>6</sup>

Segundo a OMS, anualmente mais de 800.000 pessoas tiram a própria vida, o equivalente a uma morte a cada 40 segundos. No mundo inteiro, a prevenção deste fenômeno

não foi adequadamente abordada, devido, basicamente, à falta de consciência do suicídio como um grande problema e também como um tabu para muitas sociedades. Apenas alguns países incluem a prevenção de suicídio entre suas prioridades.<sup>18</sup>

### **3 JUSTIFICATIVA**

A partir da prática profissional como psicóloga residente no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – RS (HPS), a pesquisadora CZ teve a oportunidade de realizar atendimentos e escutas aos pacientes internados por tentativa de suicídio (TS). Em muitos casos foram observados sintomas de extremo sofrimento emocional e o desejo de escapar de uma situação que culminava com a decisão de "pôr um ponto final na sua própria vida". Estes foram os aspectos que despertaram o interesse para desenvolver o projeto de mestrado. O presente trabalho revela descobertas sobre o tema escolhido: a relação entre trauma infantil e TS na vida adulta; datas comemorativas e TS; Transtornos mentais e apoio familiar nas TSs; histórico de perdas (atuais ou passadas) e TS; histórico familiar de transtornos mentais e TS.

Conforme citado, dados revelam que de 30% a 60% dos casos de TS atendidos em hospitais de emergências tiveram tentativas prévias; e de 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. As taxas de prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida variam de 0,4% a 4,5%.<sup>2</sup>

O HPS é um dos principais hospitais de emergência e urgência do Estado do Rio Grande do Sul, atendendo principalmente casos de pacientes politraumatizados, autoenvenamento e picadas de animais peçonhentos. Entende-se que a identificação e investigação das circunstâncias em que ocorrem as TSs podem trazer aportes importantes para a prática clínica.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Principais**

Estudar a associação entre tentativa de suicídio (TS) e trauma na infância em pacientes que necessitaram de hospitalização por esse motivo no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre – RS (HPS).

Avaliar a prevalência de transtornos mentais nos pacientes que tentaram suicídio internados no HPS.

### **4.2 Secundários**

- a) Comparar a rede de apoio dos pacientes com ou sem tentativa de suicídio (avaliar a associação entre qualidade da rede de apoio e tentativa de suicídio).
- b) Avaliar a prevalência de transtornos mentais nos familiares dos pacientes que tentaram suicídio.
- c) Estimar a incidência de ideação suicida persistente nos pacientes atendidos por TS.
- d) Avaliar a associação de perdas recentes ou de figuras parentais na infância com TS.
- e) Avaliar a associação de histórico familiar de suicídios ou de transtorno psiquiátrico com TS.
- f) Estudar a distribuição da tentativa de suicídio atual nos dias da semana e mês de ocorrência e sua associação com datas importantes.
- g) Estudar a incidência dos diferentes métodos empregados nas TSs.
- h) Avaliar a permanência de ideação suicida.
- i) Descrever o perfil sociodemográfico.
- j) Identificar diagnóstico psiquiátrico prévio e tratamentos em serviço de saúde.
- k) Compreender as circunstâncias e motivações que deflagraram para o ato.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Delineamento do Estudo**

Estudo de Caso-Controle.

### **5.2 Local de estudo**

O HPS presta assistência de urgência e emergência 24 horas por dia a toda a população de Porto Alegre – RS. Realiza mais de 900 atendimentos diários, em todas as especialidades, oferecendo cuidado integral a pacientes politraumatizados. Essa estrutura faz do HPS o principal serviço de emergência do Rio Grande do Sul.

### **5.3 Variáveis**

- a) Demográficas: gênero, escolaridade, situação conjugal, situação laboral.
- b) Clínicas (pessoal e familiar): história de tratamentos prévios, morte parental, período da última consulta com profissional de saúde e dados da atual hospitalização referentes à tentativa: forma, planejamento e período.

### **5.4 Tamanho da amostra e amostragem**

O cálculo amostral foi realizado com base no estudo de Roy (2011), que comparou traumas na infância em pacientes com tentativas de suicídio e sem tentativa de suicídio. O desvio-padrão da variável trauma na infância nos grupos com e sem TS foi de  $\pm 3,24$  e  $\pm 5,07$ , respectivamente. Considerando um poder de 80% e nível de significância de 5%, usando uma proporção de 2 controles para 1 caso e com o objetivo de encontrar uma diferença de 3 pontos no *Score* geral do Questionário de Trauma na Infância (CTQ), o cálculo amostral foi de 84 sujeitos (56 controles e 28 casos). Tal cálculo foi realizado pelo WINPEPI versão 11.43.<sup>14</sup>

Os casos selecionados foram os pacientes internados ou que estiveram em atendimento pela primeira tentativa de suicídio na sala de emergência do HPS no período de 20 de agosto de 2015 a 21 de março de 2016.

O grupo controle foi constituído por pacientes atendidos na mesma data que os casos, por qualquer outro motivo que não tentativa de suicídio, balanceados por sexo e idade (classe de 10 anos para mais ou para menos).

Em ambos os grupos, foram incluídos somente pacientes com idade mínima de 18 anos, em condições de responder verbalmente os questionários, sem sintomas psicóticos, que concordaram em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexos A e B).

### **5.5 Procedimentos de Coleta**

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora (CZ), com experiência em atendimento de pacientes que apresentam comportamento suicida.

Após a aprovação dos comitês de ética do Hospital de Clínicas (HCPA) e do Hospital de Pronto Socorro (HPS), ambos em Porto Alegre – RS, conforme previamente combinado, integrantes da equipe de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência – PRIMURGE do HPS informavam, via contato telefônico, a pesquisadora (CZ) sobre os casos de TS. Ao avaliar as condições do paciente, a pesquisadora realizava um levantamento de dados, para buscar os pacientes controle, então se direcionava até as respectivas unidades. Foram explicados aos pacientes (casos e controles) os objetivos da pesquisa e apresentado o TCLE. Preenchendo os critérios de inclusão, primeiramente foi aplicado o questionário sociodemográfico para aquisição de informações globais, em seguida o CTQ para avaliar abusos/traumas infantis, MINI para identificação dos transtornos mentais, BDI para verificar Transtorno Depressivo, e após o MOS para verificar o apoio social que o paciente possuía.

Somente foram incluídos no estudo aqueles adultos que concordaram em participar e assinaram o TCLE, que explana sobre todas as questões que cercam a pesquisa. Neste documento constam os objetivos, procedimentos, contribuições da pesquisa e telefone da pesquisadora. Cada sujeito recebeu uma cópia do termo.

### **5.6 Instrumentos**

a) Questionário sociodemográfico: obtenção de informações gerais e complementares ao estudo, formulado pela pesquisadora de acordo com os objetivos do trabalho. Em uma investigação adicional, a pesquisadora averiguou a impressão clínica da equipe médica, caso a

caso, quanto à gravidade e letalidade da TS. A letalidade de cada tentativa foi classificada, segundo os médicos, em: 1 'Leve' (sem complicações clínicas, não precisando de internação); 2 'Moderado' (com complicações clínicas, precisando de internação); 3 'Grave' (com sérias complicações clínicas, necessitando de cuidados médicos especiais ou UTI). (Anexo C)

b) Questionário de Trauma na Infância (CTQ): avaliação de abusos/traumas infantis. Este instrumento pode ser aplicado em adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos. A versão original conta com 70 itens, sua versão em português foi reduzida para 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala *Likert* de cinco pontos. Investiga cinco comportamentos traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Possui ainda três itens de uma escala controle de minimização/negação de respostas. A sua confiabilidade foi analisada por teste-reteste, mostrando-se bastante estável. Serão considerados escores totais que variam de 25 (ausência de qualquer trauma) a 125 (escore máximo para presença de todos os traumas). Para aplicação obtivemos a licença com a *Person Education*, os formulários aplicados foram todos originais adquiridos nos EUA.<sup>13</sup> (Anexo D)

c) *Medical Outcomes Study* (MOS): escala de apoio social que avalia as seguintes dimensões: material (quatro perguntas) – provisão de recursos práticos e ajuda material; afetiva (três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva (quatro perguntas) – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; emocional (quatro perguntas) – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo, situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida; informação (quatro perguntas) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem. São apresentadas cinco opções de resposta: 1 ("nunca"); 2 ("raramente"); 3 ("às vezes"); 4 ("quase sempre"); e 5 ("sempre").<sup>19</sup> (Anexo E)

d) *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI): entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos). O MINI é organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivos. Para permitir a redução da duração da entrevista, são utilizadas as seguintes estratégias: a prioridade é a exploração dos transtornos atuais, de forma a guiar o clínico na escolha da terapêutica mais adaptada; a cotação das questões é dicotômica (SIM/NÃO); para todas as seções diagnósticas (exceto a seção transtornos psicóticos), uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas; a disfunção induzida pelos transtornos e a exclusão de causas somáticas e/ou tóxicas dos sintomas não são sistematicamente exploradas; os algoritmos são

integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.<sup>20</sup>

e) *Beck Depression Inventory* (BDI): é um dos instrumentos mais utilizados para medir a severidade de episódios depressivos, o instrumento consiste em questões de autorrelato com 21 itens de múltipla escolha, com pontuação total de 0 a 63.<sup>21</sup>

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Todos os sujeitos pesquisados receberam os esclarecimentos necessários e foram seguidos procedimentos éticos, como cuidado com a preservação de identidade pessoal, inclusive no que se refere à publicação deste trabalho. Nos casos de recusa, não foram aplicados os instrumentos de coleta e não houve prejuízos no atendimento hospitalar.

Para a aplicação desta pesquisa contamos com o HPS como unidade-sede (coparticipante). O projeto desenvolvido foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta unidade proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA), após a aprovação foi apresentado à direção do HPS.

O estudo fica regido pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) com o seguinte registro: 44823315.1.0000.5327, via plataforma Brasil, aprovado em 2015 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA. Contém a aprovação do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS com o parecer de número 1.180.317, relatado em 30 de junho de 2015. Os Comitês de Ética foram informados sobre os dados obtidos neste trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Organização Mundial da Saúde** – Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária – Transtornos mentais e comportamentais – Departamento de Saúde Mental – Organização Mundial da Saúde (OMS) – Genebra – 2000.
2. **Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA.** Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro, jan 2013; 29(1): 175-187.
3. **Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E.** Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatr 2009; 31(supl. II): 83-93.
4. **Rank O.** (1924). O traumatismo do nascimento: influência da vida pré-natal sobre a evolução da vida psíquica individual e coletiva/estudo psicanalítico. Rio de Janeiro: Marisa Editora, 1934.
5. **Brasil, Portal da Justiça.** Dispõe sobre o Sistema de Leis e Decretos. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10623140/artigo-136-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>
6. **Botega NJ, D'oliveira, CF.** Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental/Ministério da Saúde – Brasil Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio – Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/ Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) Faculdade de Ciências Médicas Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Out. 2006.
7. **Ernst C, Lalovic A, Lesage A, Seguin M, Tousignant M, Turecki G.** Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I - Rev. psiquiátrica RS 2004; 26(3): 268-273.
8. **Meneghel SN, Victorab CG, Faria MNX, Carvalhod LA, Falke JW.** Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. Rev. Saúde Pública 2004; 38(6): 804-810.
9. **Santos SA, Lovisi G, Legay Abelha L.** Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro, 2009; vol 24, nº 9.
10. **Almeida SA, Guedes PMM, Nogueira JA, França UM, Silva ACO.** Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa - PB. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11(2): 383-9.

11. **Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P.** Prevalência de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro*, 2009 dez; 25 (12): 2632-2638.
12. **Pacheco TT, Robles SJI.** Emergências extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanid. Mil* 2011; Madrid. Vol 67 n° 3.
13. **Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC.** Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(2), 249-55
14. **Roy A.** Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of affective disorders* 2011; Vol 130, 205-208
15. **Hadland SE, Marshall BDL, Kerr T, JiezhiQi, Montaner JS, Wood E.** Suicide and history of childhood trauma among street youth. *Journal of affective disorders* 2012 February; 136(3): 377–380.
16. **Mann JJ, Apter A, Bertolote J.** Suicide Prevention Strategies. *JAMA* 2005;294(16):2064-2074
17. **Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler LZ, Cruz CW, et al.** Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva: Rio de Janeiro*, 2012 agosto; vol.17 (8).
18. **WHO (World Health Organization).** Suicide rates. Disponível em: [who.int/mental-health/suicide](http://who.int/mental-health/suicide). Acesso em: 15 de janeiro de 2017.
19. **Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E.,Werneck, G.L., Lopes, C.S.** Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study: adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro*, 2005; 21(3):703-714.
20. **Amorim P.** Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; vol.22 n.3.
21. **Gorestein C., Andrade L.** Beck Inventário de Depressão: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clín.* 1998; 25: 245-50.

**THE ASSOCIATION BETWEEN TRAUMATIC EXPERIENCES AND  
SUICIDE ATTEMPT IN PATIENTS ATTENDED AT HOSPITAL PRONTO  
SOCORRO IN PORTO ALEGRE, BRAZIL**

Authors:

Cleonice Zatti,<sup>1</sup> Luciano Santos Pinto Guimarães,<sup>2</sup> Mauro Soibelman,<sup>3</sup> Márcia Rejane Semensato,<sup>4</sup> Vítor Crestani Calegari,<sup>5</sup> Lúcia Helena Machado Freitas<sup>6</sup>

- 1 Psychologist; Educator; MS in Medical Science: Psychiatry from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Telephone: (55 51 98213838) Address: Avenida Açucena, 550 – Estância Velha – CEP: 92025840. Canoas, RS, Brasil. E-mail: cleonice.zatti@outlook.com.
- 2 Statistician (BS); MS in Epidemiology, 2012 from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Statistical Analyst at Hospital de Clínicas de Porto Alegre; member of the Comitê de Ética de Pesquisa – CEP/GPPG/HCPA. Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Porto Alegre, RS, Brazil.
- 3 Physician at Hospital Pronto Socorro, Porto Alegre, RS (HPS/POA); MS in Clinical Medicine; specialist in Internal Medicine and Occupational Health from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Porto Alegre, RS, Brazil. E-mail: smauro@brturbo.com.br.
- 4 Psychologist, Specialist in Clinical Psychology, Psychoanalyst (CEPdePA), MS in Developmental Psychology (UFRGS), Doctorate in Psychology (UFRGS). E-mail: msemensato@gmail.com.
- 5 Medical Psychiatrist at Hospital de Santa Maria; Doctoral candidate in Psychiatry and Behavioral Science at the Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Telephone (+55 55 9945.8166). Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Porto Alegre, RS, Brazil. E-mail: vcalegari@hotmail.com.
- 6 Physician, Psychiatrist, PhD. Associate Professor in the Department of Psychiatry and Legal Medicine and the Psychiatric Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Telephone: (55 51 991577667) Address: Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Bairro Santana CEP 90035-003 Porto Alegre, RS, Brazil. E-mail: luciahelena.frei@gmail.com.br.

## 8 ARTIGO: 2

# **THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND MENTAL DISORDERS IN A SAMPLE OF SUICIDE ATTEMPT SURVIVORS AT AN EMERGENCY HOSPITAL IN PORTO ALEGRE, BRAZIL**

Autores:

Cleonice Zatti<sup>1</sup>, Luciano Santos Pinto Guimarães<sup>2</sup>; Maria Augusta Soares<sup>3</sup>; Juliana Neves<sup>4</sup>; Márcia Rosane Moreira Santana Fitz<sup>5</sup>; Vítor Crestani Calegari<sup>6</sup>, Lúcia Helena Machado Freitas<sup>7</sup>.

1 Psychologist; Educator; MS in Medical Science: Psychiatry from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Graduate student in Psychoanalytic Guidance Psychotherapy in the Care and Study Group in Psychotherapy; did residency in Hospital Psychology at Hospital Pronto Socorro, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Telephone: (55 51 98213838) Address: Avenida Açucena, 550 – Estância Velha – CEP: 92025840. Canoas, RS, Brasil. E-mail: cleonice.zatti@outlook.com.

2 Statistician (BS); MS in Epidemiology, 2012 from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Statistical Analyst at Hospital de Clínicas de Porto Alegre; member of the Comitê de Ética de Pesquisa – CEP/GPPG/HCPA. Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Nurse at Hospital Pronto Socorro of Porto Alegre, RS (HPS/POA); MS in Nursing from the Universidade do Rio Grande do Sul; Coordinator of the Integrated Multiprofessional Residency Program in Urgent and Emergency Care (PRIMURGE, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência) (HPS) and President of the Multiprofessional Commission for Teaching-Service and Research (COMPESP, Comissão Multiprofissional de Ensino-Serviço e Pesquisa) of HPS, Porto Alegre. Av. Venâncio Aires, 1116 – 6º andar. Porto Alegre/RS. Brasil. E-mail: msoares@hps.prefpoa.com.br.

4 Psychologist; Master's student in Medical Science: Psychiatry at the Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Porto Alegre/RS. Brasil.

5 Psychologist, Specialist in Scientific and Technological Information in Health (FIOCRUZ); Specialist in Hospital Psychology (Federal Psychology Council); MS in Medical Sciences: Psychiatry (UFRGS). Rua Dona Augusta, 427/304. Menino Deus. Porto Alegre/RS. Brasil. E-mail: marciasantana1@yahoo.com.br. Telephone (+55 51 98456-2724).

6 Assistant Professor in the Department of Neuropsychiatry of the Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil; Doctoral candidate in Psychiatry and Behavioral Science at the Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Telephone (+55 55 9945.8166). Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Porto Alegre, RS. Brasil. E-mail: vcalegari@hotmail.com.

7 Physician, Psychiatrist, PhD. Associate Professor in the Department of Psychiatry and Legal Medicine and the Psychiatric Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Telephone: (55 51 991577667) Address: Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. Bairro Santana CEP 90035-003 Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: luciahelena.frei@gmail.com.br.

Correspondence address: Cleonice Zatti. Address: Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar – Bairro Santana – CEP 90035-003 – Porto Alegre, RS – Brasil. E-mail: cleonice.zatti@outlook.com.

Research conducted/affiliated with Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), in the city of Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul, Brazil.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO**

Os fatores em estudo contribuíram para o entendimento nos casos de tentativas de suicídio, pois este ato sufocado comunica muitas questões, dentre elas, um pedido de “olhar” para o sofrimento mental em questão. É imprescindível que todos os profissionais da área da saúde estejam atentos aos casos de pacientes com ideação suicida, pois atitudes preventivas nos atendimentos poderão salvar uma vida.

Os pacientes da amostra dos casos possuíam um ego fragilizado pela dificuldade de enfrentar situações de vida, pela dificuldade na interação social, pelos transtornos mentais já apresentados nos resultados, falta de suporte social, e o trauma em si, que desde muito cedo provocou dores psíquicas não elaboradas. Estes aspectos são essenciais para entendimento de uma questão delicada: a vida das pessoas com risco de cessarem com o seu Existir.

Dúvidas e questionamentos foram lançados sobre alguns acidentes de trânsito e aspectos inconscientes/emocionais envolvidos nestes casos. Apesar das limitações apresentadas, os resultados encontrados contribuem no âmbito da prática clínica em saúde mental.

Para finalizar, as evidências desta pesquisa quando tomadas em conjunto com a literatura revisada alertam que a prevenção do suicídio deve ser orientada também em direção a pessoas com histórico de maus-tratos infantis, transtornos mentais, tentativas prévias e transtornos psiquiátricos no núcleo familiar.

## **ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Casos**

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar de um estudo que está sendo realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar vivências significativas na infância e alguns aspectos de personalidade envolvidos em tentativas de suicídio.

Os pacientes que aceitarem participar da pesquisa responderão alguns questionários sobre aspectos emocionais relacionados a vivências da infância e dados atuais. A entrevista será realizada no próprio leito, com duração aproximada de 20 minutos. As perguntas poderão ou não, trazer algum desconforto no momento das respostas, por tratar-se de dados da história de vida, mas, os participantes terão absoluta liberdade para desistir a qualquer momento, não havendo qualquer prejuízo ao seu atendimento no Hospital de Pronto Socorro (HPS). A participação no estudo provavelmente não trará benefícios diretos aos pacientes, porém estarão contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e poderão auxiliar futuros pacientes.

Os pesquisadores se comprometem com a confidencialidade de todas as informações de identificação dos pacientes. Os resultados do estudo serão divulgados de forma agrupada, sem a identificação dos participantes. Ou seja, o nome dos pacientes não será divulgado, de maneira alguma. Não haverá custos ou remuneração associada à sua participação no estudo.

Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa você poderá contatar com a pesquisadora responsável pelo estudo, Profa. Lúcia Helena Freitas, ou com Cleonice Zatti, no Serviço de Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), telefone 33598294. Esclarecimentos Éticos poderão ser obtidos no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, no 2º andar, sala 2227, telefone (51) 33597640, de segunda à sexta, das 8h às 17h ou através do Comitê de Ética em Pesquisa SMS, Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), telefone: (51) 3289.5517, horário de atendimento externo: 8h até às 14h, sem intervalo.

Futuros projetos de pesquisa poderão surgir a partir deste projeto. Neste caso, os pesquisadores poderão entrar em contato para convidá-lo a participar dos novos estudos, sendo que será necessário um novo consentimento:

( ) concordo em ser contatado, no telefone \_\_\_\_\_.

( ) não concordo em ser contatado.

Este Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Compreendi as informações acima e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas. Aceito voluntariamente fazer parte do estudo.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## **ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Controles**

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar de um estudo que está sendo realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar vivências significativas na infância e alguns aspectos de personalidade envolvidos na situação atual de sua internação.

Os pacientes que aceitarem participar da pesquisa responderão alguns questionários sobre aspectos emocionais relacionados a vivências da infância e dados atuais. A entrevista será realizada no próprio leito, com duração aproximada de 20 minutos. As perguntas poderão ou não, trazer algum desconforto no momento das respostas, por tratar-se de dados da história de vida, mas, os participantes terão absoluta liberdade para desistir a qualquer momento, não havendo qualquer prejuízo ao seu atendimento no Hospital de Pronto Socorro (HPS). A participação no estudo provavelmente não trará benefícios diretos aos pacientes, porém estarão contribuindo para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e poderão auxiliar futuros pacientes.

Os pesquisadores se comprometem com a confidencialidade de todas as informações de identificação dos pacientes. Os resultados do estudo serão divulgados de forma agrupada, sem a identificação dos participantes. Ou seja, o nome dos pacientes não será divulgado, de maneira alguma. Não haverá custos ou remuneração associada à sua participação no estudo.

Em caso de qualquer dúvida quanto à pesquisa você poderá contatar com a pesquisadora responsável pelo estudo, Profa. Lúcia Helena Freitas, ou com Cleonice Zatti, no Serviço de Psiquiatria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), telefone 33598294. Esclarecimentos Éticos poderão ser obtidos no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, no 2º andar, sala 2227, telefone (51) 33597640, de segunda à sexta, das 8h às 17h ou através do Comitê de Ética em Pesquisa SMS, Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico), telefone: (51) 3289.5517, horário de atendimento externo: 8h até às 14h, sem intervalo.

Este Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Compreendi as informações acima e tive oportunidade de esclarecer todas as dúvidas. Aceito voluntariamente fazer parte do estudo.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO C: Dados Sociodemográficos (CASOS)

Nome: \_\_\_\_\_

Gênero: Masculino ( ) Feminino ( ) Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ (Anos de estudo)

Endereço: / Telefone: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_ (Somando a renda de todos os integrantes da família)

Situação Conjugal: Sem companheiro fixo(0) Com companheiro fixo(1), Viúvo(2), Separado (3)

Em casos de perdas/separação, quanto tempo? \_\_\_\_\_

Ocupação: Desempregado (0), Empregado (1), Aposentado (2), Temporariamente afastado (3)

Autônomo (4), Estudante (5), Outro (6)

História Psiquiátrica Prévia: Não (0) Sim (1) Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Tratamento Psiquiátrico ou Psicológico? Não (0) Sim (1) Qual: \_\_\_\_\_

Medicação? Qual? \_\_\_\_\_

História Familiar de Doença Psiquiátrica: Ausente (0), Depressão (1), *Tentativa de Suicídio* (2),

Suicídio (3), Transtorno Bipolar (4), Esquizofrenia (5), Problemas com Álcool (6), Problemas com drogas (7), Hospitalização Psiquiátrica (8), Tratamento Psiquiátrico (9), Outros (10), Não sabe (11)

Número do problema:

Pai ( ) ( ) ( ) Mãe ( ) ( ) ( ) Irmão ( ) ( ) ( ) Filho ( ) ( ) ( )

História de perdas de figuras parentais na infância? Ou perda recente? Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

### Dados da Hospitalização atual:

Data da Tentativa: \_\_\_\_\_ Dia da semana: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Método/Como fez? \_\_\_\_\_

Alguma data comemorativa próxima? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Planejamento: Não ( 0 ) Sim ( 1 )

Última consulta a um profissional de saúde? \_\_\_\_\_

Por que fez a tentativa de suicídio?

\_\_\_\_\_

Tinha alguém no local?

( 1 ) Sim ( 0 ) Não Se sim, quem? \_\_\_\_\_

Deixou algum bilhete ou ligou para alguém? ( 1 ) Sim ( 0 ) Não

Usou algum tipo de droga antes da tentativa de suicídio?

( 1 ) Sim ( 0 ) Não Se sim, qual(is) \_\_\_\_\_

Tem passado pensamentos sobre morrer?

\_\_\_\_\_

Por que pensa em se matar?

\_\_\_\_\_

O que achou de não ter morrido?

\_\_\_\_\_

Está com pensamentos sobre Morrer? (investigar se mantém risco pós-risco)

( 1 ) Sim ( 0 ) Não

Se sim, qual(is) \_\_\_\_\_

Quem trouxe você até o hospital? Recebeu ajuda? \_\_\_\_\_

Quem te ajuda? (suporte) \_\_\_\_\_

**Terceiro Módulo - Letalidade**

Foi utilizado um método letal? \_\_\_\_\_

Você tinha conhecimento de avaliar se este método levaria à morte?

\_\_\_\_\_

O método estava acessível ou seria fácil de consegui-lo?

\_\_\_\_\_

Você considera que tem problemas com álcool? Não ( 0 ) Sim ( 1 )

Uso de outras drogas? Não ( 0 ) Sim ( 1 ), Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Você imagina que esta situação provocou algum de impacto em outras pessoas?

( 1 ) Sim ( 0 ) Não

Se sim, qual(is) familiar(es)? \_\_\_\_\_

Que tipo de impacto ou sentimento provocou nesta(s) pessoa(s)?

\_\_\_\_\_

Você possui algum doença? Ou recebeu recentemente algum diagnóstico?

( 1 ) Sim ( 0 ) Não

Se sim, qual(is) \_\_\_\_\_

**Dados da Hospitalização atual:**

Data da Tentativa: \_\_\_\_\_ Dia da semana: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Método/Como fez? \_\_\_\_\_

Alguma data comemorativa próxima? Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Planejamento: Não ( 0 ) Sim ( 1 )

Última consulta a um profissional de saúde? \_\_\_\_\_

Por que fez a tentativa de suicídio?

\_\_\_\_\_

Tinha alguém no local?

( 1 ) Sim ( 0 ) Não Se sim, quem? \_\_\_\_\_

Deixou algum bilhete ou ligou para alguém? ( 1 ) Sim ( 0 ) Não

Usou algum tipo de droga antes da tentativa de suicídio?

( 1 ) Sim ( 0 ) Não Se sim, qual(is) \_\_\_\_\_

Tem passado pensamentos sobre morrer?

\_\_\_\_\_

Por que pensa em se matar?

\_\_\_\_\_

O que achou de não ter morrido?

\_\_\_\_\_

Está com pensamentos sobre Morrer? (investigar se mantém risco pós-risco)

( 1 ) Sim ( 0 ) Não

Se sim, qual(is) \_\_\_\_\_

Quem trouxe você até o hospital? Recebeu ajuda? \_\_\_\_\_

Quem te ajuda? (suporte) \_\_\_\_\_

## **ANEXO C: Dados Sociodemográficos (CONTROLE)**

Nome: \_\_\_\_\_

Gênero: Masculino ( ) Feminino ( )

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ (Anos de estudo)

Renda Familiar: \_\_\_\_\_ (Somando a renda de todos os integrantes da família)

Situação Conjugal: Sem companheiro fixo(0) Com companheiro fixo(1), Viúvo(2), Separado (3)

Em casos de perdas/separação, quanto tempo? \_\_\_\_\_

Ocupação: Desempregado (0), Empregado (1), Aposentado (2), Temporariamente afastado (3)

Autônomo (4), Estudante (5), Outro (6)

História Psiquiátrica Prévia: Não (0) Sim (1) Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Tratamento Psiquiátrico ou Psicológico? Não (0) Sim (1)

Medicação? Qual? \_\_\_\_\_

História Familiar de Doença Psiquiátrica: Ausente (0), Depressão (1), *Tentativa de Suicídio* (2),

Suicídio (3), Transtorno Bipolar (4), Esquizofrenia (5), Problemas com Álcool (6), Problemas com drogas (7), Hospitalização

Psiquiátrica (8), Tratamento Psiquiátrico (9), Outros (10), Não sabe (11)

Número do problema:

Pai ( ) ( ) ( )

Mãe ( ) ( ) ( )

Irmão ( ) ( ) ( )

Filho ( ) ( ) ( )

História de perdas de figuras parentais na infância? Ou perda recente? Se sim, qual?

\_\_\_\_\_

Alguma data comemorativa próxima? Se sim, qual \_\_\_\_\_

Dados da Hospitalização atual:

Data: \_\_\_\_\_ Dia da semana: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Última consulta a um profissional de saúde? \_\_\_\_\_

Você considera que tem problemas com álcool? Não ( 0 ) Sim ( 1 )

Uso de outras drogas? Não ( 0 ) Sim ( 1 ), Se sim, qual? \_\_\_\_\_

## ANEXO D – Versão em português do Childhood Trauma Questionnaire

(Grassi-Oliveira, Stein & Pezzi, 2006)

Enquanto eu crescia ...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tinha o suficiente para comer.					
2. Eu sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido(a)", "preguiçoso(a)" e "feio(a)".					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir-se especial ou importante.					
6. Eu tinha que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado(a).					
8. Eu achava que meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que por isso tive que ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não havia nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém em minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que me machucaram.					
13. As pessoas em minha família cuidavam uma das outras.					
14. As pessoas em minha família diziam coisas que me machucavam ou me ofendiam.					
15. Eu acredito que fui maltratado(a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância.					
17. Eu apanhei tanto que por isso foi notado por um professor, vizinho ou médico.					
18. Eu sentia que alguém na minha família me odiava.					
19. As pessoas em minha família se sentiam próximas uma das outras.					
20. Alguém tentou me tocar ou me fez tocar-lhe de uma maneira sexual.					
21. Alguém ameaçou me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Alguém tentou me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui abusado emocionalmente.					
26. Havia alguém para me levar no médico caso eu precisasse.					
27. Eu acredito que fui abusado sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

## ANEXO E – Projeto DIS-QOL – Questionário de Apoio Social – Estudo MOS

(Chor D, GPriep R, Lopes CS, Faerstein E. 2001)

Centro: Porto Alegre

ID Participante:.....

Data: ..... / ..... / .....

(dia / mês / ano)

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

**I1. Com quantos PARENTES você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Se for o caso, inclua esposo (a), companheiro (a) ou filhos nesta resposta)**

\_\_\_\_\_ parentes       não tenho nenhum parente

**I2. Com quantos AMIGOS você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? (Não inclua nesta resposta esposo (a), companheiro (a), filhos ou outros parentes)**

\_\_\_\_\_ amigos       não tenho nenhum amigo

<b>I3. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Sempre</b>
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Para levá-lo ao médico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Para divertirem-se juntos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Que lhe dê um abraço?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Com quem relaxar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
m) De quem realmente quer conselhos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
n) Com quem distrair a cabeça?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
r) Para fazer coisas agradáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
s) Que compreenda seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

---

<b>13. Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Sempre</b>
--	--------------	------------------	-----------------	---------------------	---------------

---

t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

---