



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

Gabriela Barbosa Azevedo

Relação entre violência doméstica e tentativa de suicídio entre as mulheres

MACEIÓ/AL

2023

GABRIELA BARBOSA AZEVEDO

Relação entre violência doméstica e tentativa de suicídio entre as mulheres

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Doenças Crônicas e Degenerativas

Orientador: Prof. Dr Valfrido Leão de Melo Neto

MACEIÓ/AL

2023

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

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

A994r Azevedo, Gabriela Barbosa.
Relação entre violência doméstica e tentativa de suicídio entre mulheres
/ Gabriela Barbosa Azevedo. – 2023.
65 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, 2023.

Bibliografia: f. 44-49.
Apêndice: f. 50-51.
Anexos: f. 52-65.

1. Violência doméstica contra a mulher. 2. Tentativa de suicídio. 3. Dor –
Aspectos psicológicos. I. Título.


CDU: 616.89-008.441.44

Folha de Aprovação

Gabriela Barbosa Azevedo

Relação entre violência doméstica e tentativas de suicídio entre as mulheres


Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 18/07/2023.

Documento assinado digitalmente
 VALFRIDO LEAO DE MELO NETO
Data: 30/08/2023 14:17:31-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Universidade Federal de Alagoas/ FAMED Orientador


Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 MARIA CICERA DOS SANTOS DE ALBUQUERQUE
Data: 30/08/2023 19:52:49-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Maria Cicera dos Santos de Albuquerque

Universidade Federal de Alagoas/ EENF


Examinador externo

Documento assinado digitalmente
 ALYSSON WAGNER FERNANDES DUARTE
Data: 30/08/2023 12:50:47-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Alysson Wagner Fernandes Duarte

Universidade Federal de Alagoas/ FAMED

Examinador interno

Documento assinado digitalmente
 MERCIA LAMENHA MEDEIROS
Data: 27/08/2023 20:54:04-0300
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Mércia Lamenha Medeiros

Universidade Federal de Alagoas/ FAMED

Examinador interno

Quando chegar

Quando chegar aos 30
serei uma mulher de verdade
nem Amélia nem ninguém
um belo futuro pela frente
e um pouco mais de calma talvez

e quando chegar aos 50
serei livre, linda e forte
terei gente boa ao lado
saberei um pouco mais do amor
e da vida quem sabe

e quando chegar aos 90
já sem força, sem futuro, sem idade
vou fazer uma festa de prazer
convidar todos que amei
registrar tudo que sei
e morrer de saudade.

-Martha Medeiros

AGRADECIMENTOS

Ao meu avô Martires sertanejo forte sempre a frente do seu tempo, criou três mulheres fortes uma delas a minha mãe, eu sou grata por ter nascido neta do seu Barbosa.

A minha mãe Janete que sempre foi exemplo de força e trabalho, sempre me ensinou a valorizar a educação, assim como minha tia Jaisa, eu serei feliz se um dia for metade das mulheres que elas são.

A todos os professores que tive até aqui, em especial àqueles nascidos para ensinar, guardo deles o exemplo.

A meus colegas de jornada de residência e de mestrado, aos meus tutores e ao meu orientador, foi um caminho cheio de aprendizado, obrigada Valfrido cresci muito.

O ensino é sempre transformador, leva a gente a qualquer lugar sem mesmo mudar a localização.

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública global. No Brasil são elevados e crescentes os casos de agressão doméstica contra mulheres. Essa violência pode levar a uma série de transtornos mentais e condições que favorecem o comportamento suicida. **Objetivos:** A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a relação entre histórico de violência doméstica provocada pelo parceiro e comportamento suicida em mulheres atendidas pelo SUS. **Métodos:** Neste estudo transversal, quantitativo e analítico foram entrevistadas pacientes com idade mínima de 18 anos, utilizando um questionário sociodemográfico criado para a presente pesquisa, bem como os instrumentos a seguir: Woman Abuse Screening Tool (WAST) para investigar violência doméstica contra as mulheres, Escala de Dor Psicológica (Psychache Scale – PAS), para avaliar o risco iminente de suicídio e também o módulo de suicidalidade da Mini Entrevista Neuropsiquiátrica em sua versão 5.0 (MINI 5.0), para pesquisar histórico recente e progresso de comportamento suicida (ideação suicida passiva, ativa, planejamento e tentativa de suicídio). **Resultados:** Foram entrevistadas 51 mulheres, com uma mediana de idade de 57 anos (variando de 18 a 85 anos) e 8 anos de estudo. A maioria se identificava como não branca (78,4%), sem companheiro (51,0%), porém com filhos (88,0%), apesar de não serem economicamente ativas (76,5%). Quase metade das mulheres apresentaram histórico de violência por parceiro íntimo (47,0%). Destas, 54,0% encontravam-se em um relacionamento íntimo no momento da entrevista, porém não necessariamente com o parceiro agressor. A investigação sobre dor psicológica identificou que 53,0% das entrevistadas apresentaram risco iminente de suicídio, o qual se relacionou com a presença, nos últimos 30 dias, de ideação suicida passiva ($p < 0,01$; odds ratio: 14,2; IC 95% 2,6 – 76,2) e ideia de auto-agressão ($p < 0,01$; odds ratio: 7,2; IC95% 1,3 – 38,2), também, com tentativa de suicídio ao longo da vida ($p < 0,05$; odds ratio: 6,1; IC 95% 1,1 – 32,4). O histórico de violência contra a mulher por parceiro íntimo apresentou correlação de fraca intensidade com comportamento suicida ($\rho = 0,3$; $p < 0,05$). **Conclusões:** A presente pesquisa identificou elevadas taxas de risco iminente de suicídio e de histórico ao longo da vida de violência pelo parceiro íntimo entre as mulheres entrevistadas. Também identificou uma correlação entre a histórico de violência doméstica e gravidade do comportamento suicida dessas mulheres. Isto ressalta a importância de políticas públicas que colaborem para a redução da violência doméstica para consequentemente contribuir com a prevenção do suicídio entre mulheres.

Palavras-chave: Sofrimento psicológico. Tentativa de suicídio. Violência doméstica. Mulheres.

ABSTRACT

Introduction: Violence against women is a serious global public health issue. In Brazil, cases of domestic violence against women are high and increasing. This violence can lead to a range of mental disorders and conditions that favor suicidal behavior. **Objectives:** This research aimed to evaluate the relationship between a history of domestic violence perpetrated by intimate partners and suicidal behavior in women treated the Brazilian Unified Health System (SUS). **Methods:** In this cross-sectional, quantitative, and analytical study, patients aged 18 years and older were interviewed using a sociodemographic questionnaire created for this research, as well as the following instruments: the Woman Abuse Screening Tool (WAST) to investigate domestic violence against women, the Psychological Pain Scale (Psychache Scale – PAS) to assess imminent suicide risk, and the suicidality module of the Mini International Neuropsychiatric Interview version 5.0 (MINI 5.0.) to investigate recent and past history of suicidal behavior (passive suicidal ideation active suicidal ideation suicide planning, and suicide attempt). **Results:** Fifty-one women were interviewed, with a median age of 57 years (range 18 to 85 years) and 8 years of education. The majority identified as non-white (78.4%), without a partner (51.0%), but with children (88.0%), although they were not economically active (76.5%). Almost half of the women reported a history of intimate partner violence (47.0%). Of these, 54.0% were in an intimate relationship at the time of the interview, but not necessarily with the abuse partner. Investigation into psychological pain identified that 53.0% of the interviewees had an imminent risk of suicide, which was associated with the presence, in the last 30 days, of passive suicidal ideation ($p < 0.01$; odds ratio: 14.2; 95% CI 2.6 – 76.2) and self-harm ideation ($p < 0,01$; odds ratio: 7.2; 95% CI 1.3 – 38.2), as well as with lifetime suicide attempt ($p < 0,05$; odds ratio: 6.1; 95% CI 1.1 – 32.4). A history of violence against women by an intimate partner showed a weak correlation with suicidal behavior (ρ : 0.3; $p < 0.05$). **Conclusions:** This research identified high rates of imminent suicide risk and lifetime history of intimate partner violence among the interviewed women. It also identified a correlation between a history of domestic violence and the severity of suicidality in these women. This underscores the importance of public policies that contribute to the reduction of domestic violence, consequently aiding in the prevention of suicide among women.

Keywords: Psychological distress. Suicide attempt. Domestic Violence. Women.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição e Análise de Associação dos Dados Demográficos das Mulheres Estudadas de Acordo com a História de Violência por Parceiro Íntimo (escala WAST, ponto de corte 13).....	30
Tabela 2 - Análise de Associação entre Comportamento Suicida nos Últimos 30 Dias e História de Violência Íntima por Parceiro (WAST, ponto de corte= 13) entre 43 mulheres entrevistadas.....	32
Tabela 3 – Análise de Associação entre História de Violência Íntima por Parceiro (WAST, ponto de corte 13) e Risco Iminente de Suicídio de Acordo com Gravidade da Dor Psicológica (PAS, ponto de corte 30).....	34
Tabela 4 - Distribuição e Análise de Associação dos Dados Demográficos das Mulheres Estudadas de Acordo com o Risco Iminente de Suicídio Determinado pela Gravidade da Dor Psicológica (PAS, ponto de corte 30).....	33
Tabela 5 - Análise de Associação entre Comportamento Suicida nos Últimos 30 Dias e Risco Iminente de Suicídio de Acordo com a Gravidade da Dor Psicológica (PAS, ponto de corte= 30) entre 43 mulheres entrevistadas.....	36
Tabela 6 - Coeficiente de Correlação de Spearman segundo as variáveis: idade, número de filhos, escolaridade, renda familiar total, número de tentativas de suicídio, grau de suicidalidade(MINI), grau de dor psicológica (PAS) e rastreamento de violência (WAST).....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

- APS** Atenção Primária à Saúde
- CVV** Centro de valorização da vida
- MINI** Minientrevista psiquiátrica
- OMS** Organização Mundial de Saúde
- PAS** Escala de dor psicológica
- SUS** Sistema Único de Saúde
- TMC** Transtorno mental
- UBS** Unidade Básica de Saúde
- VPI** Violência por parceiro íntimo
- WAST** Woman abuse screening tool (rastreamento de abuso contra mulher)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4 METODOLOGIA.....	26
4.1. Natureza do estudo.....	26
4.2. Amostra.....	26
4.3. Local.....	26
4.4.Aspectos Éticos e legais.....	27
4.5. Critérios de inclusão.....	27
4.6.Critérios de exclusão.....	27
4.7.Instrumentos de coleta.....	27
4.7.1.Questionário sociodemográfico.....	28
4.7.1. Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version (MINI 5.0.) – MóduloC: Risco de suicídio	28
4.7.2.Escala de dor psicológica - Psychache Scale (PAS).....	28
4.7.3.WAST(Woman Abuse Screening Tool)	28
4.8. Procedimentos.....	29
5 RESULTADOS.....	30
6 DISCUSSÃO.....	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS.....	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES.....	52
ANEXOS.....	54

1 INTRODUÇÃO

As tentativas de suicídio assim como a ideação suicida e as lesões autoprovocadas fazem parte do grupo que personaliza o comportamento suicida; apesar dos números de boletins nacionais e internacionais apontarem a maioria entre os que cometem suicídio sendo do sexo masculino, mulheres são as que tentam mais vezes por utilizarem métodos menos letais. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2021) as taxas de suicídio entre homens são geralmente mais altas em países de alta renda 16,5 por 100 mil. Para mulheres, as taxas de suicídio mais altas são encontradas em países de baixa-média renda 7,1 por 100 mil. Comparando os anos de 2010 e 2019, verificou-se um aumento de 29% nas taxas de suicídios de mulheres, e 26% das taxas entre homens. (BRASIL, 2021).

O suicídio é considerado um ato intencional e consciente, no qual o indivíduo utiliza de um meio que acredita ser letal tendo como objetivo tirar a sua própria vida, sua ocorrência está relacionada a diversos fatores: ambientais, sociais, psicológicos, genéticos e culturais, afetando não apenas o sujeito, mas seus familiares, amigos e toda a sociedade. A cada quarenta segundos um suicídio é concretizado. O levantamento da OMS (2021) aponta que as taxas de suicídio caíram nos 20 anos entre 2000 e 2019, com a taxa global diminuindo 36%, diminuições variando de 17% na região do Mediterrâneo Oriental a 47% na região europeia e 49% no Pacífico Ocidental, mas na Região das Américas, as taxas aumentaram 17% no mesmo período. Para Bertolote e Fleischmann (2002) em 97% dos casos caberia, um diagnóstico de transtorno mental a época do ato fatal.

As tentativas de suicídio são compostas basicamente de ambivalência, impulsividade e rigidez, neste sentido podem ser prevenidas caso a intervenção seja feita em momento oportuno assim como o tratamento, logo nota-se que por se tratar de uma importante causa de morte entre os jovens e adultos impacta na população economicamente ativa do país e na sociedade como um todo visto que para cada pessoa que comete o suicídio haverá amigos e familiares afetados que viverão com algum tipo de transtorno mental em decorrência deste ato, para tanto a pesquisa dos mecanismos e fatores envolvidos é crucial para que intervenções sejam realizadas, a prevenção pode ocorrer de forma acessível por profissionais de saúde sobretudo aqueles que compõem a Atenção Primária à Saúde (APS). Nessa perspectiva, realizar a identificação e a

avaliação precoce do risco de suicídio é uma prática fundamental para prevenção (DE OLIVEIRA, DE SOUSA, 2023, p.1).

No Brasil entre todos adolescentes e jovens, o número de suicídios é bastante elevado. De 2012 a 2016 ocorreram em média 11 mil suicídios na população geral e 3.043 suicídios entre adolescentes e jovens, colocando o suicídio como a quarta causa de morte nesses grupos etários (BRASIL, 2018). Explorando os fatores que envolvem o comportamento suicida se evidencia que a dor psicológica é um componente obrigatoriamente presente nos indivíduos que tentam suicídio, independentemente de haver ou não um diagnóstico psiquiátrico envolvido. Lambert et al. (2020) observaram que ao contrário de muitas investigações que se concentram na ideação suicida em vez do comportamento suicida, a mensuração da dor mental pode prever tentativas de suicídio autorrelatadas entre estudantes universitários que estão começando a universidade.

A violência contra a mulher é um problema de proporções epidêmicas. Causa danos devastadores ao longo da vida delas. Também prejudica a saúde econômica e social de suas famílias, comunidades e países. (WHO, 2018, p.2). Segundo o Código Penal “a violência contra a mulher é qualquer conduta ação ou omissão de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial”, esses números alertam para que ações globais precisam ser tomadas para que a realidade melhore, através da atuação dos setores da saúde, educação, economia, enfim toda a sociedade precisa se engajar. As questões sociais, culturais, econômicas de um país têm impacto na saúde da população, a violência também. Um terço das mulheres sofrerão violência física e/ou sexual ao longo da vida, principalmente por parte de um parceiro íntimo (WHO, 2018, p.2).

Os dados mensais de feminicídios no Brasil entre 2019 e 2021 indicam que houve um aumento dos casos entre os meses de fevereiro e maio de 2020, quando houve maior restrição nas medidas de isolamento social devido à Pandemia de Covid 19. Foram registrados 56.098 boletins de ocorrência de estupros, incluindo vulneráveis, apenas do gênero feminino. Isso significa dizer que em 2020 uma menina ou mulher foi vítima de estupro a cada 10 minutos, considerando apenas os casos que chegaram até as autoridades policiais. A violência, em suas diferentes formas, segue como um dos principais obstáculos ao empoderamento feminino. É preciso garantir condições básicas de vida para meninas e mulheres, livres da violência

endêmica que continua a atingi-las, estima-se que no Brasil atualmente a cada 7 horas uma mulher seja vítima de feminicídio, ainda, segundo dados da Agência de Segurança Pública, o Brasil circula entre os países mais violentos do mundo para as mulheres, as que sofrem mais são mulheres de baixa renda, em sua maioria a violência é sofrida dentro da própria casa, vinda de um companheiro.

O Brasil enfrenta desafios econômicos e nos últimos anos vem sofrendo com os reflexos da Pandemia de Covid 19 e da gestão administrativa, o custo de vida está mais alto, há muitos desempregados, neste cenário há aumento das desigualdades sociais e da violência sobretudo nos grandes centros urbanos e quem está mais vulnerável são as mulheres; neste panorama o que se observa é aumento da violência doméstica e maior risco para as mulheres tanto quanto a agressões externas provocadas por parceiros, mas também do sofrimento mental e transtornos que levam à deterioração da autoestima, do prazer pela vida, sentimento de abandono de impotência, agonia, todos esses sentimentos em um cenário de ausência de apoio familiar, somado a desestruturação familiar geram dor e adoecimento mental, conforme Tretin et al, 2022).

A OMS está trabalhando para garantir que a capacidade do setor de saúde atenda às necessidades das mulheres que sofreram violência, fortalecendo o conhecimento e as habilidades dos provedores e da prestação de serviços e garantindo diretrizes e ferramentas baseadas em evidências sobre a resposta de saúde à violência contra as mulheres. disponíveis para uso em contextos humanitários. (WHO, 2018, p.8).

Consoante Barros (2020) a APS é o meio de entrada da população e a principal vinculação da comunidade a todos os níveis de atenção à saúde, nela há a possibilidade de conhecer a comunidade, a família, a rede de apoio de um indivíduo, bem como manter a longitudinalidade de cuidado e a integração com outros serviços, em um trabalho interdisciplinar, integrando não somente instituições de saúde.

Assim, diante do exposto a presente pesquisa questiona: quais aspectos do histórico de violência doméstica pelo parceiro íntimo se relacionam com o comportamento suicida de mulheres atendidas pelo SUS? Espera-se que quanto maior a gravidade da exposição à violência doméstica, maior o risco de suicídio entre mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a relação entre histórico de violência doméstica provocada pelo parceiro e comportamento suicida em mulheres atendidas pelo SUS.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres avaliadas.
- Avaliar se estas mulheres vivenciam ou já vivenciaram abusos.
- Avaliar a dor psicológica (risco iminente de suicídio) das mulheres estudadas.
- Caracterizar a frequência de comportamento suicida entre eles a ideação suicida passiva, ativa e tentativas de suicídio entre as mulheres e sua gravidade.
- Relacionar a violência contra a mulher às variáveis sociodemográficas.
- Relacionar a gravidade da dor psicológica às variáveis sociodemográficas.
- Avaliar a relação da gravidade da dor psicológica ao risco de suicídio.
- Avaliar a prevalência de violência entre as mulheres.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Violência contra mulher e suicidalidade

No Brasil assim como nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento há estimativas alarmantes quanto à violência contra mulher, diariamente mulheres em todo mundo são expostas à violência, na maioria das vezes dentro de seus lares, seus autores são pais, filhos, esposos, vizinhos, amigos; essas mulheres são expostas à violência de gênero, violência física, violência moral, violência patrimonial, violência psicológica, violência sexual, violência intrafamiliar e doméstica. (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021).

Já no final do século passado Cassorla (1991) e Shneidman (1994) indicaram que o comportamento suicida demonstra várias faces, ao longo do que pode denominar-se um contínuo: a partir de pensamentos de autodestruição, na demonstração de ameaças, e através de gestos no cotidiano que podem culminar em tentativas de suicídio. (DANTAS, 2019, p.34).

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMF-DH), em parceria com a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos (ONDH), declarou que nos meses de fevereiro, março e abril de 2020 o número de denúncias de violência doméstica teve um aumento de 14,12% em comparação com o mesmo período de 2019. (SOUZA e FARIAS, 2022, p.4).

Ainda segundo o Boletim de 2021 o perfil das notificações de lesões autoprovocadas foi de pessoas brancas, do sexo feminino, com baixo grau de instrução e com idade entre 15 e 29 anos, sendo a residência o principal local de ocorrência, e o envenenamento o meio mais empregado para a tentativa de suicídio, contudo os dados revelaram que a violência ocorrida durante o isolamento decorrente da pandemia atinge de forma mais contundente mulheres negras e pobres (SOUZA e FARIAS, 2022).

Através de lutas conseguiu-se progredir em direitos e defesas, porém as mulheres ainda são mais vulneráveis à violência os dados do Fórum de Segurança corroboram, em 2021, 18 Unidades Federativas tiveram um aumento nos registros de estupros de mulheres em relação ao ano anterior, os maiores destaques são os estados da Paraíba (11,3%), Maranhão (46,3%), Alagoas (23,5%), Piauí (19,3%), Sergipe (19%) e Rio Grande do Norte (11%).

A violência doméstica contra a mulher é um fenômeno crescente em todo o mundo, configurando-se enquanto problema de saúde pública visto que acarreta adoecimento físico e mental, no qual se insere o suicídio. (CORREIA, 2018, p. 3). Reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública, a violência cometida contra a mulher geralmente ocorre na esfera privada e o parceiro íntimo é o principal perpetrador. (LEITE et al., 2017, p.2).

Estudo realizado por Maronezi *et al.* (2021) no Rio Grande do Sul quanto ao perfil de lesões autoprovocadas verificou predomínio do sexo feminino (67%), idade entre 30 e 59 anos (46,4%), cor da pele branca (86%), ensino fundamental completo/incompleto (58,3%) e residência em zona urbana/periurbana (89,2%), com a maioria dos episódios ocorridos na própria residência do indivíduo (88,8%). Destacam-se os envenenamentos/intoxicações (39,7%), enforcamentos (13,8%), uso de agentes perfurocortantes (13,6%) e armas de fogo (2%). Vale salientar que tanto o adoecimento quanto a morte dessas mulheres interferem na produtividade do país, tendo em vista os anos potenciais de vida perdidos, os custos com tratamento, além do aumento na concessão de benefícios financeiros gerados à Seguridade Social. (CORREIA, 2018, p.2).

Aguiar et al (2022) constataram alta prevalência de tentativa de suicídio, em comparação à média nacional, e associação com idade adulta, sexo feminino, menor escolaridade, ausência de cônjuge, diagnóstico de doenças crônicas, insônia e história familiar de suicídio. É plausível admitir que a prevalência encontrada esteja subestimada, pois, embora o planejamento seja um risco para tentativa, muitos casos ocorrem de forma impulsiva. A rigidez do pensamento diante do sofrimento psíquico decorrente da violência doméstica, algumas mulheres apresentam ideiação constante de morte como a única solução para os problemas, incluindo-se recorrentes tentativas de suicídio. (CORREIA, 2018, p.6).

Conforme O'Rourke et al, 2021 possivelmente justificada pela maior frequência de mulheres em idade reprodutiva, que correspondem a cerca de 70% das vítimas, compondo uma “janela de vulnerabilidade” muito relacionada a maiores exposições, pressões e cargas sociais, quanto aos métodos de violência empregados, destacaram-se os envenenamentos/intoxicações (39,7%), enforcamentos (13,8%), agentes perfurocortantes (13,6%) e armas de fogo (2,0%). Essa realidade adverte para o elevado gasto público em internações e tratamentos direcionados ao reestabelecimento da saúde das mulheres, sinalizando para a necessidade de olhares profissionais mais atentos, sobretudo no sentido de prevenir tais situações ou mesmo identificá-las precocemente. (CORREIA, 2018, p.2).

O estudo alerta para a violência intrafamiliar enquanto agravo relacionado ao comportamento suicida, oferecendo elementos que auxiliam na identificação de suas expressões, o que possibilitará atenção para o comportamento suicida e consequentemente prevenção do suicídio. (O'ROURKEET al, 2021, p.5)

Correia *et al* (2019) entrevistou mulheres que tentaram suicídio entre uma e quatro vezes, todas por envenenamentos com uso de medicamentos ou raticidas. Faixa etária entre 27 e 57 anos, a maioria era negra, apresentava baixa escolaridade e dependia total ou parcialmente de seus parceiros. Quanto à vivência de violência intrafamiliar na infância e/ou adolescência, a história oral das mulheres revela que essa se expressou nas formas psicológica, sexual e física, rejeição e negligência.

Além disso, sabe-se que, em decorrência das marcas físicas e psicológicas da vivência de violência, comumente essas mulheres são atendidas no âmbito secundário, nas emergências dos hospitais ou na atenção primária, em unidades básicas de saúde e centros de atenção psicossocial. (CORREIA, 2018, p.2).

A violência contra a mulher se estabelece na desigualdade de poder entre o sexo feminino e o masculino, decorrente do sistema patriarcal, cuja estrutura de poder está fundamentada sob a ideologia machista, prevalecendo as relações de poder que submetem as mulheres ao domínio e ao controle dos homens, refletindo em violência contra a mulher. Os resultados da pesquisa de Souza e Farias (2022) revelam que a violência contra as mulheres brancas está em queda, à medida que aumenta contra as pretas e pardas.

Correia et al (2014) evidenciou que das 150 palavras evocadas por mulheres vítimas de abuso, 31 eram diferentes, denotando a baixa dispersão em torno da representação do tema pesquisado, ou seja, apontando para o fato de a maioria das mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio ter a mesma representação sobre o suicídio.

O modelo de suicídio de Shneidman propõe que a *psychache* (ou seja, dor psicológica intensa) é a causa psicológica preeminente da tendência suicida e medeia a influência de todos os outros correlatos psicológicos, como depressão ou desesperança. (PEREIRA, 2010, p.1). Para Correia (2018) enquanto algumas mulheres com histórias de tentativas de suicídio demonstram ideias e planos constantes de morte, outras agem também de forma impulsiva, principalmente diante situações conflitantes. Não há como prever quem cometerá suicídio, mas é possível avaliar o risco individual que cada paciente apresenta, tendo em vista a investigação detalhada e empática da entrevista clínica. (BERTOLOTE, BOTEGA, 2010, p.1).

A ambivalência independentemente da rigidez de pensamento ou impulsividade, a urgência para sair de uma vida de violência é percebida nas falas de forma conflitante, por pensamentos ambivalentes entre os desejos de viver e os de pôr fim à dor psíquica. Assim, mesmo em face da exposição ao risco de morte, com a tentativa de suicídio, as mulheres não expressam claramente o desejo de morrer, mas o de livrar-se do sofrimento a qualquer custo. (CORREIA, 2018, p.6).

O comportamento suicida representa um foco de prevenção, haja vista que todos esses aspectos podem fazer parte do cotidiano de atendimentos em saúde, incluindo a APS (AGUIAR et al., 2022, p.2). Faz-se importante ainda referir sobre o pensamento contínuo ou impetuoso da ideação suicida perante as frustrações vivenciadas no âmbito doméstico. A primeira situação, rigidez do pensamento, caracteriza-se pela ideação constante de morte, podendo ser identificada precocemente, a partir da investigação da reação da mulher diante das situações difíceis ou extremas de vida, a exemplo dos conflitos conjugais. Nesses casos, a dificuldade para se pensar em outras possibilidades de saída do sofrimento, assinalada pela rigidez do pensamento, confere ao suicídio a única via para a resolução de problemas. (CORREIA, 2018, p.4).

Ainda assim, o controle mais efetivo dessas violências depende da identificação da correta classificação e da notificação dos casos, de modo que, ao caracterizar a demanda, a descrição das populações acometidas pode fornecer instrumentos importantes para a adoção de estratégias. (MARONEZI et al., 2021).

Assim, diante da tendência de não tornar visível o problema no ambiente privado, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam mais atentos para o fato de que a violência traumatiza, incapacita, humilha, frustra, altera os comportamentos e deixa sequelas. (CORREIA et al 2014, p.2)

Suicidalidade

A tentativa de suicídio caracteriza-se por fenômenos complexos e multifacetados, com destaque na saúde pública mundial. (CORREIA et al, 2014, p.1). Segundo dados da OMS (2019) no ano de 2016 o suicídio foi a segunda principal causa de óbito entre jovens de 15 a 29 anos, permanecendo atrás apenas dos acidentes de trânsito. (CASSINI, 2023, p.3).

A tentativa de suicídio tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal; neste sentido, deve-se diferenciá-la de outros comportamentos autodestrutivos, nos quais não existe uma intenção de pôr fim à vida,

embora elementos exteriores possam ser comuns a ambos. (BERTOLOTE, BOTEAGA, 2010, p.2).

Cassini et al (2023) apontam sobre a multidimensionalidade presente, como da dor emocional e emoções negativas relacionadas, e do suicídio se apresentar como resolução de problema para o indivíduo. No entanto, mesmo presentificados no contexto da dinâmica social de cada uma delas, na maioria das vezes, os familiares não encaram esse desejo expresso de não existir como um preditor fatídico para o suicídio. (DANTAS, 2019, p. 37).

Nesse sentido, nomeia características centrais, tais como o propósito refletindo a procura de solução; o objetivo, de parar a consciência; o estímulo, da dor psicológica intolerável; do estresse, sendo da frustração pela falta das necessidades psicológicas; a emoção, como desespero e desesperança; do estado cognitivo, a ambivalência; do estado perceptivo, sendo a constrição; da ação, a fuga; do ato interpessoal, a comunicação de intenção; e a consistência, de acordo com estratégias de "cópia" mal adaptativas do passado. (CASSINI et al., 2023, p.4).

Numa emergência psiquiátrica, as principais situações clínicas associadas ao comportamento suicida são os pacientes que apresentam grave ideação suicida e os sobreviventes de tentativas de suicídio, que já estão com os possíveis comprometimentos clínicos e cirúrgicos estabilizados. As três principais funções do psiquiatra, em particular, e de todo o pessoal de saúde, no geral, em relação ao comportamento suicida, são: identificar o risco, proteger o paciente e remover ou tratar os fatores de risco. (BERTOLOTE, BOTEAGA, 2010, p.2).

Dor Psicológica e suicidalidade

O modelo de Shneidman criado em 1987 conceitua as condições para o suicídio: 1ª) níveis máximos de dor psicológica resultantes da frustração de necessidades básicas; 2ª) pressão resultante de acontecimentos de vida negativos e 3ª) perturbação resultante de uma maior restrição cognitiva (perturbação interior). Embora reconheça que nem todas as pessoas que experienciam estas três condições irão necessariamente cometer suicídio, defende que aquelas que o cometem se encontrarão dentro destas condições no momento do ato. (LUÍS, 2016, p. 12). Shneidman (1993) concluiu que todos os suicídios são resultado de uma dor psicológica intensa, chamada por ele de *psychache*. Para Flamenbaum (2009) esta dor pode ser caracterizada

como sendo uma dor aguda intensa, associada sempre a um sentimento de vergonha, humilhação, angústia, desespero, solidão e medo.

Na área da suicidologia, o maior esforço dos estudiosos tem sido a identificação de fatores de risco para o ato suicida, e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação auxilia no reconhecimento de grupos de risco, na identificação de sua gravidade e intensidade, e sua associação com diversas variáveis. (FENSTERSEIFER; WERLANG, 2005, p.5). Há seis componentes na progressão ao suicídio: 1) a ocorrência de várias situações de estresse ao longo da vida e insultos psicológicos (e.g. as mudanças, as falhas pessoais); 2) a influência de outras vulnerabilidades como os fatores genéticos e sociais; 3) a percepção da vida como sendo algo doloroso e negativo; 4) a percepção da dor como sendo algo insuportável e inaceitável; 5) ideação suicida como forma de terminar com essa dor, considerada como sendo a dor psicológica; e 6) o nível da dor sentida ultrapassa o limiar da dor para conseguir tolerar (PEREIRA apud FLAMENBAUM, 2013, p.6).

Referindo-se à dor mental Baumeister (1990) descreve-a como o resultado do desapontamento individual quando objetivos e expectativas pessoais não são alcançados e sobre os quais se fazem atribuições internas. Indivíduos com tendência excessiva a fazer atribuições negativas das suas próprias falhas podem experimentar mais dor psicológica. Shneidman, (1993) atribuíu a causa desta dor à frustração de necessidades psicológicas básicas, como a necessidade de conforto, segurança, autonomia, afiliação, de evitar a vergonha, à rutura de relações interpessoais importantes e ainda a dificuldades em lidar com o sofrimento, com a raiva e com a hostilidade. Também Sensky (2010), reforça esta ideia e afirma que o sofrimento pode ter diversos significados e como tal, impactos distintos em cada pessoa. Embora estes conceitos variem, todos remetem para uma avaliação negativa que o indivíduo faz sobre si próprio o que provoca uma dor insuportável, sendo impossível mantê-la indefinidamente. Definem a dor psicológica como um sentimento insustentável e desagradável, que resulta de uma avaliação negativa sobre as capacidades pessoais face a uma perda, de algo ou de alguém, ou face ao fracasso em alcançar objetivos relacionados com necessidades psicológicas básicas. (LUÍS, 2016, p. 12).

Shneidman (1993, 1996, 1999) concluiu que a dor psicológica, que designou por *psychache*, é a causa e condição necessária para que o suicídio possa ocorrer, de tal forma que todos os outros estados afetivos, nomeadamente a depressão e a desesperança, também

variáveis importantes para o risco, só o serão quando esta dor psicológica intensa estiver presente. Contrariando as tendências anteriores de explicação do suicídio, que enfatizavam as perturbações mentais, especialmente a depressão e outros estados psicológicos como a desesperança, como causa para o suicídio, Shneidman (1996) defende que a dor psicológica é uma constante na base dos comportamentos suicidários e que por isso os atos suicidas podem ser considerados como uma tentativa de fuga ao sofrimento intolerável sentido. Conceitualizar o suicídio numa perspectiva funcional e não como o resultado de uma perturbação psiquiátrica. Considera que o suicídio não é um caminho para a morte, mas sim um caminho para terminar com o sofrimento, pelo que se a intensidade da dor diminuir os indivíduos escolherão não morrer (Shneidman, 2001a, 2001b). (LUÍS, 2016, p. 12).

Violência contra mulher e a suicidologia

A incidência de transtornos mentais comuns foi de 44,6% entre as mulheres que relataram violência por parceiro íntimo nos últimos 12 meses e de 43,4% entre as que relataram violência nos últimos sete anos. Os transtornos mentais permaneceram associados à violência psicológica (RR = 3,0; IC95% 1,9–4,7 e RR = 1,8; IC95% 1,0–3,7 nos últimos 12 meses e sete anos, respectivamente), mesmo na ausência de violência física ou sexual. Quando a violência psicológica foi relacionada à violência física ou sexual, o risco de transtornos mentais comuns foi ainda maior, tanto nos últimos 12 meses (RR = 3,1; IC95% 2,1–4,7) quanto nos últimos sete anos (RR = 2,5; IC 95% 1,7–3,8) para Mendonça e Ludemir (2017). A violência por parceiro íntimo está associada à incidência de transtornos mentais comuns em mulheres. É essencial o tratamento das consequências da violência por parceiro íntimo (VPI) e o apoio às mulheres na busca de proteção para si mesmas nos serviços públicos.

Ou seja, mais de uma a cada três mulheres no mundo já foi vítima de pelo menos um episódio desses tipos de violência, embora ainda existam muitas outras formas de violência contra a mulher, que abrangem um amplo espectro, desde a agressão verbal e outras formas de abuso emocional, passando pela violência física ou sexual, e que tem como expressão máxima o feminicídio. É evidente que as estatísticas sobre violência contra a mulher no Brasil revelam somente uma pequena fração da ocorrência das diversas formas de violência às quais as

mulheres são cotidianamente submetidas. Diante disto, evidencia-se a necessidade de aprimoramento dos sistemas de informação, no sentido de se ampliar sua cobertura e melhorar sua qualidade. (Garcia LP, 2016, p.1). Nesse contexto, as unidades de saúde constituem um espaço privilegiado para o rastreamento dos casos de violência. Nesse ambiente, ocorre o acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de suas vidas. (LEITE, et al, 2017, p.3).

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública de proporções epidêmicas no Brasil, embora sua magnitude seja em grande parte invisível. Este problema não pode ser tratado como se fora restrito a alguns segmentos, uma vez que permeia toda a sociedade brasileira. A prevenção e o enfrentamento da violência contra a mulher passam necessariamente pela redução das desigualdades de gênero e requerem o engajamento de diferentes setores da sociedade, para se garantir que todas as mulheres e meninas tenham acesso ao direito básico de viver sem violência. (GARCIA, 2016, p.2).

A incidência de TMC (transtorno mental) nos últimos sete anos foi maior em mulheres com renda mensal inferior a 1 salário-mínimo. De acordo com as características socioeconômicas e demográficas, a maioria das mulheres tinha mais de 28 anos, não era branca, vivia com companheiro e tinha cinco ou mais anos de estudo. A maioria das mulheres também estava desempregada e recebia menos de 1 salário-mínimo. (MENDONÇA, LUDERMIR, 2017, p.4).

Além disso, o TMC aumenta com a gravidade da violência, sendo 30,6% para mulheres vítimas apenas de violência física e 62,9% para as que sofreram todas as formas de violência. Estimar o TMC na população ajuda a entender sua distribuição em diferentes grupos em relação às suas diferentes características, bem como aos fatores de risco associados à sua ocorrência. O diagnóstico fornece informações relevantes para orientar as políticas de intervenção em saúde mental, reduzindo ou prevenindo o agravamento. (MENDONÇA, LUDERMIR, 2017, p.3).

Rastreamento de violência contra mulher na população feminina

A violência por parceiro íntimo (VPI) causa danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. (MENDONÇA, LUDERMIR, 2017, p.1). As mulheres podem sofrer isolamento, incapacidade para o trabalho, perda de salários e falta de participação em atividades regulares, além de limitar

sua capacidade de cuidar de si e de seus filhos. (MENDONÇA, LUDERMIR, 2017, p.1). A triagem para violência por parceiro íntimo (VPI) em serviços de saúde tem sido recomendada por algumas organizações profissionais, embora haja informações limitadas sobre a precisão, aceitabilidade e abrangência de diferentes métodos e instrumentos de triagem. (MACMILLAN, et al, 2006, p.1).

O objetivo do estudo de BROWN, SCHMIDT (2000) foi avaliar a validade e confiabilidade da Ferramenta de Triagem de Abuso Feminino (WAST) na população em geral dentro do ambiente de prática familiar; determinar os níveis de conforto dos médicos de família que administram o WAST, suas percepções de sua capacidade de ajudá-los a identificar mulheres vítimas de abuso e sua vontade de continuar a usá-lo na prática; e para determinar o autorrelato de conforto dos pacientes que responderam às perguntas do WAST por seus médicos de família.

Na triagem para VPI, as mulheres preferiram abordagens autopreenchidas em vez de questionamentos face a face; a triagem por computador não aumentou a prevalência; e as telas escritas tiveram menos dados perdidos. Estas são considerações importantes para os esforços clínicos e de pesquisa na triagem de IPV. (MACMILLAN, et al, 2006, p.1).

Na validação do estudo de Brown, Schmidt e Sas (2000) foram encontradas diferenças significativas entre as mulheres abusadas e não abusadas nas pontuações médias gerais do WAST (18 vs 8,8, respectivamente; $P < 0,001$).

4 METODOLOGIA

4.1. Natureza do Estudo

Trata-se de estudo quantitativo, transversal e analítico.

4.2. Amostragem

A amostra estudada foi obtida por conveniência de modo consecutivo, quando aceitavam participar do estudo, foram entrevistadas exclusivamente mulheres atendidas em ambulatórios do Sistema Único de Saúde, ao todo foram entrevistadas 51 mulheres, 34 no HUPAA e 17 na UBS Canafístula, entre janeiro e abril de 2023.

Não ocorreram recusas diretas à participação do estudo, porém algumas pacientes evadiram dos locais de coleta antes de serem abordadas pelas entrevistadoras, uma paciente por possuir deficiência intelectual não pode participar pois não tinha entendimento suficiente, duas pacientes que participaram nunca estiveram em um relacionamento amoroso, portanto essas mulheres não responderam o WAST. O cálculo amostral foi feito através da calculadora eletrônica: <https://www.qualtrics.com/blog/calculating-sample-size/>, sendo para o HUPAA 132 o N considerando o intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%; não foi possível dimensionar a quantidade de mulheres com idade superior a 18 anos atendidas na UBS, devido a variação de perfil de atendimentos a cada dia.

4.3. Local

As entrevistas ocorreram no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) em Maceió, capital do estado de Alagoas no ambulatório de Psiquiatria Geral e na Unidade Básica de Saúde (UBS) Canafístula, localizada em Arapiraca, interior de Alagoas, ambas unidades escola em que os pesquisadores realizavam suas atividades acadêmicas e assistenciais.

O HUPAA/UFAL – é o único hospital universitário do estado de Alagoas, sendo referência ao município de Maceió e ao estado de Alagoas para a especialidade de Psiquiatria entre outras, sendo também o hospital escola da graduação de pós graduação da UFAL.

A UBS Canafístula– é uma das unidades de saúde que compõem a Atenção Primária à Saúde do município de Arapiraca, possuindo 04 equipes de saúde da família e sendo unidade escola, umas das unidades sede da Residência em Medicina de Família e Comunidade

vinculadas ao programa de residência do HUPAA e sendo sede de estágio para graduação em Medicina da UFAL.

4.4. Aspectos Éticos e legais

A presente pesquisa fez parte de um projeto maior aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com o parecer número 4.696.966, respeitando-se as orientações do Conselho Nacional de Saúde de acordo com os termos da Resolução 466/12 e Resolução 510/2016. Para tanto as coordenações das unidades de saúde envolvidas neste estudo formalmente autorizaram sua execução e as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após o convite e explicação sobre a pesquisa. As entrevistas ocorreram em ambiente privativo, silencioso e calmo. Os dados quando divulgados cientificamente não identificam as participantes e suas identidades estão mantidas em sigilo.

4.5. Critérios de inclusão

4.5.1. Ser mulher biologicamente ou possuir identidade de gênero feminina;

4.5.2. Ter 18 anos de idade ou mais;

4.5.3. Ser paciente do Ambulatório de Psiquiatria do HUPAA, Maceió-AL; ou da UBS Canafístula, Arapiraca-AL;

4.5.4. Possuir capacidade cognitiva, intelectual e física para responder as questões sem auxílio;

4.5.5. Estar envolvida em um relacionamento estável hetero ou homoafetivo ou já ter estado em algum momento da vida, critério exclusivo para responder o instrumento WAST;

4.6. Critérios de exclusão

4.6.1. Déficit intelectual significativa que claramente impede o entendimento das perguntas realizadas na entrevista.

4.7. Instrumentos de coleta

Foram utilizados o Questionário Sociodemográfico, o Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0.0 (MINI 5), a Escala de Dor Psicológica e o Questionário de rastreamento de violência doméstica (WAST).

4.7.1. Questionário sociodemográfico e clínico preparado para a pesquisa criado pelos pesquisadores, agrega dados de identificação, idade, renda familiar em reais (considerando o valor atualizado de salário-mínimo segundo a medida Provisória 1172/23 que reajustou o salário-mínimo para R\$ 1.320 a partir de 1º de maio de 2023), atividade laboral (ativa ou inativa), procedência (interior ou capital do estado de Alagoas e outro estado), escolaridade em anos, possuir ou não filhos e a quantidade no caso de possuir, possuir ou não parceiro (anexo 2).

4.7.2. Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0.0 (MINI 5): Sheehan DV & Lecrubier Y. traduzida por Amorim P. (2002) é uma entrevista diagnóstica padronizada acerca de transtornos psiquiátricos, o módulo C: Risco de Suicídio utilizado neste estudo é composto por 06 perguntas criado para graduar o risco atual de suicídio; permite investigar ideação suicida passiva, ativa, tentativa ao longo da vida, além de intenção, planejamento de métodos e acesso a meios, a resposta positiva para o quesito história pessoal de tentativa de suicídio anterior, representa risco de suicídio pelo instrumento, ainda que no momento negue quaisquer outras atitudes ou mesmo ideação atual, podendo variar de 0 a 33 pontos; entre 1 e 5 o risco é baixo, entre 6 e 9 o risco é moderado e maior ou igual a 10 o risco é alto (anexo 3).

4.7.3. Escala de dor psicológica - Psychache Scale (PAS): Esta escala composta por 13 itens, tipo likert, tem por objetivo avaliar a frequência e intensidade da dor psicológica (sofrimento mental), podendo variar de 13 a 65; Campos e Holden (2020) conceituaram 30 como ponto de corte para risco de suicídio, quanto maiores os escores, maior o nível de dor, por exemplo, “Parece que dói por dentro” os itens são respondidos em classificações de 5 pontos a 1 ponto (nunca ou discordo totalmente) a 5 (sempre ou concordo totalmente). A validade da pontuação da escala foi indicada por correlações com medidas de ideação suicida ($r = 0,65$), tentativas de suicídio ($r = 0,45$), probabilidade de cometer suicídio no futuro ($r = 0,33$) e automutilação ($r = 0,50$) Holden, Campos, Lambert, 2020, (anexo 4).

4.7.4. WAST (Woman Abuse Screening Tool): o grupo de doutorado em medicina de família do qual Brown e Schmidt (2000) fazem parte buscou avaliar a validade e confiabilidade do WAST na população em geral no contexto do ambiente de prática familiar, contém 8 perguntas do tipo likert que varia de 1 a 3 determinando uma pontuação global de 8 a 24 pontos, com ponto de corte de 13 para indicar presença de abuso, suas questões versam sobre quão complicado é o relacionamento, como ocorre o diálogo entre a mulher e seu parceiro, se ela sente-se mal após discussões, se tem medo do parceiro, se já sofreu violência física ou psicológica e se já foi sexualmente abusada, através do mesmo pode ser indicado se ela sofreu ou sofre violência e se a mesma é física, psicológica, verbal ou sexual (anexo 5).

4.8. Procedimentos e Análise Estatística

Após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, com consentimento dos estabelecimentos de saúde conforme parecer, foi iniciado o planejamento da coleta de dados, as pacientes foram convidadas a participar do estudo durante a consulta psiquiátrica no HUPAA e com médico de família na UBS Canafístula, uma pesquisadora se identificou explicou a relevância e os aspectos éticos, com a permissão as pacientes assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e responderam as questões apresentadas, a entrevista ocorreu em sala a parte só estavam no local a pesquisadora (entrevistadora) e a paciente (entrevistada), os dados foram tabulados no EXCEL, posteriormente foram analisados através do SPSS versão 29. Primeiro realizou-se uma análise descritiva da amostra, apresentando resultados absolutos e percentuais, médias, medianas e desvios-padrão, em seguida, o teste de Kolmogorov-Sminorv foi aplicado para determinar o tipo de distribuição das variáveis dependentes contínuas da amostra.

Os escores da WAST e da PAS apresentaram distribuição não normal e foram analisadas a partir de testes não paramétricos, como teste de Mann-Whitney e Correlação de Spearman, valores entre 0 e 0,3 (ou 0 e 0,3) são diminutos; entre 0,31 e 0,5 (ou -0,31 e -0,5) são correlações fracas; entre 0,51 e 0,7 (ou -0,51 e -0,7) são moderadas; entre 0,71 e 0,9 (ou -0,71 e 0,9) são correlações fortes; e $> 0,9$ (ou $< -0,9$) são consideradas muito fortes (MUKATA, 2012, p.3).

Os testes Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher foram empregados para comparar grupos envolvendo variáveis dicotômicas, sendo o teste Exato de Fisher escolhido quando uma das variáveis apresentavam menos de 5 respostas no teste. Foi estabelecido o nível de significância estatística em $p < 0,05$, com intervalo de confiança de 95%.

4.9. Produtos

Esta dissertação será apresentada à banca de mestrado e o artigo fruto dela será enviado para publicação em revista e eventos científicos de saúde, podendo inclusive subsidiar capacitação de funcionários.

5 RESULTADOS

Foram incluídas na análise 51 mulheres, sendo 33 (65%) procedentes da capital e 18 (35%) procedentes do interior do estado de Alagoas, 40 (78,4%) eram não brancas e 11 (21,6%) brancas, a média de idade das mulheres foi 53,31 anos, variando de 18 a 85 anos, sendo 2 (4,6%) mulheres na faixa etária entre 18 e 24 anos, 2 (4,6%) entre 25 e 34 anos, 8 (18,7%) entre 35 e 44 anos, 9 (21%) entre 45 e 54 anos, 14 (32,5%) entre 55 e 64 anos, 6 (14%) entre 65 e 74 anos e 2 (4,6%) entre 75 e 84 anos de idade; com em média 8,22 anos de estudos, correspondente ao ensino fundamental incompleto, o menor tempo de estudo foi de 0 e o maior 21 anos (pós-graduação completa), 10 mulheres (19,6%) analfabetas, 15 (29,5%) com escolaridade entre 1 e 8 anos, dezesseis (31,3%) entre 9 e 12 anos de escolaridade e 10 (19,6%) com escolaridade superior a 12 anos.

Tabela 1 – Distribuição e análise de associação dos dados demográficos das mulheres estudadas de acordo com a história de violência por parceiro íntimo (escala WAST, ponto de corte 13).

Variáveis	Total	Sofreu Violência	Não Sofreu Violência	Análise Estatística	
	N (%)	N (%)	N (%)	X ² (p-valor)	Odds ratio (IC: 95%)
Etnia					
- Branca	11 (21,6)	8(33)	1(4)	7,0 (0,01)	12,0 (1,4-105,4)
- Não branca	40 (78,4)	16(67)	24(96)		
Estado civil					
- Com companheiro	24 (49)	13 (54)	11(44)	0,5 (0,48)	1,5 (0,5-4,6)
- Sem companheiro	25 (51)	11 (46)	14(56)		
Situação ocupacional					
- Ativo	12 (25)	8 (33)	4 (16)	1,99 (0,19)	0,38 (0,1-1,5)
- Inativo	37 (75)	16 (67)	21 (84)		
Procedência					
- Interior	26 (53)	9 (38)	17 (68)	4,6 (0,03)	0,28 (0,09-0,92)
- Capital	23 (47)	15 (62)	8 (32)		
- Outro estado	0 (0)	0 (0)	0 (0)		
Filhos					
- Com filhos	45 (88)	23 (95,8)	21 (84,0)	1,87 (0,35)	4,38 (0,45-42,39)
- Sem filhos	6 (12)	1 (4,2)	4 (16,0)		
	Mediana (Q1-Q3)			Mann-Whitney (p-valor)	
Idade, em anos	57 (44-64)	57 (50-62)	53,5 (39-64)	324,5 (0,62)	
Escolaridade, em anos	9 (3-12)	9 (4-15)	4,5 (2-12)	379,5 (0,11)	
Renda familiar, em reais	1.400 (940-2.550)	1500 (670-3100)	1320(1200-1975)	182,5 (0,43)	

A maioria era inativa laboralmente 39 (76,5%), 12 (23,5%) trabalhavam fora de casa, apenas 6 (12%) não possuíam filhos, a maioria possuía filhos 45 (88%) sendo o número de filhos em média 2,9; duas mulheres (4,5%) tinham apenas 1 filho, 21(46,5%) 2 filhos, onze mulheres (24,5%) possuíam 3 filhos, 5 (11%) possuíam 4 filhos e 6 mulheres (13,5%) possuíam 5 filhos ou mais; desses, 9% necessitavam de cuidados especiais.

A renda familiar era em média de R\$ 2.086,05 reais, sendo assim, dezessete mulheres (46%) tinham renda menor que um salário-mínimo, dezessete (46%) renda mensal entre 1 e 3 salários-mínimos, 1 (3%) possuía salário entre 4 e 5 salários-mínimos e 2 (5%) possuíam mais que 5 salários-mínimos de renda mensal; 27 (52,9%) não tinham companheiro, 24 (47,1%) relataram ter companheiro, a descrição dos dados sociodemográficos consta na tabela 1.

Vinte e quatro (49%) apresentaram rastreamento positivo para violência por parceiro íntimo, 11 (46%) não tinham companheiro e 13 (54%) possuíam; sendo destas 15 provenientes da capital e 09 do interior (X^2 : 4,573 e p 0,032; razão de chance 1,81, IC95%: 0,9-3,3), ser da capital representou nesta amostra maior risco para sofrer violência, 16 (66,6%) eram não brancas e 8 (33,4%) brancas (p 0,01) representando um risco 12 vezes maior de sofrer violência quando se era branca, na amostra investigada; 11 (46%) não possuíam companheiro e 13 (54%) possuíam companheiro, apenas uma não teve filho; a escolaridade em anos foi de 9,6 anos o que corresponde ao ensino médio incompleto, 8 (33,4%) ativas economicamente e 16 (66,6%) inativas, a média de renda em reais foi R\$ 2.473,30; 15 (62%) procedentes da capital e 9 (38%) do interior.

Vinte e cinco mulheres não sofreram violência pelo escore do WAST, destas 14 sem companheiro e 11 com companheiro; a média do WAST foi 13,8 desvio padrão (4,301), mínimo 8 e máximo 23; em relação a todas as mulheres entrevistadas, 21 (43%) têm medo do parceiro, 27 (55%) sofreram agressões físicas, 28 (57%) sofreram abuso emocional (humilhação e agressão verbal) e 13 (26,5%) foram estupradas; 24 (49%) apresentaram rastreamento positivo para abuso segundo o escore total do WAST (maior ou igual a 13), destas, 17 (71%) tinham medo de seus parceiros, 23 (96%) sofreram abuso emocional, 23 (96%) sofreram agressões físicas e 13 (54%) sofreram violência sexual.

Foi observado portanto entre as pacientes entrevistadas, maior prevalência de mulheres não brancas (78,4%), a maioria com idade entre 55 e 64 anos, sem companheiro (52,9%) WAST (Woman Abuse Screening Tool) média 13,80 (mínimo 8 e máximo 23), com nove a doze anos de estudo (ensino médio completo ou incompleto); a maioria possuía filhos e sua renda variou de um a três salários mínimos; a maioria 76,5% laboralmente inativa (ver tabela 1).

A tabela 2 apresenta uma análise inferencial sobre a relação entre os diferentes aspectos do comportamento suicida de acordo com a presença ou ausência de violência doméstica pelo parceiro íntimo de acordo com o ponto de corte de 13 da WAST. De acordo com essa divisão, as mulheres que pontuaram mais de 13 pontos na WAST não apresentaram diferenças significativas entre os diferentes aspectos do comportamento suicida (tais como ideação passiva, ativa, ideia de autoagressão, seleção de método, tentativa recente ou tentativa ao longo da vida e ter) daquelas que não vivenciaram violência doméstica por parceiro íntimo ao longo da vida.

Tabela 2 - Análise de associação entre comportamento suicida nos últimos 30 dias e história de violência íntima por parceiro (WAST, ponto de corte= 13) entre mulheres entrevistadas.

Comportamento Suicida	Sofreu Violência N (%)	Não Sofreu Violência N (%)	X² (p valor)	Odds ratio (IC-95%)
Ideação Passiva			2,62 (0,10)	2,86 (0,8-10,34)
Sim	10 (55)	7 (30)		
Não	8 (45)	16 (70)		
Ideação Ativa			0,001(1,0)	1,03 (0,23-4,56)
Sim	4 (22)	5 (22)		
Não	14 (78)	18 (78)		
Ideia de Autoagressão			0,4 (0,84)	1,14 (0,3-4,29)
Sim	6 (33)	7 (30)		
Não	12 (67)	16 (70)		
Seleção de Método			0,64 (0,47)	1,83 (0,41-8,12)
Sim	5 (28)	4 (17)		
Não	13 (72)	19 (83)		
Tentativa < 1 mês			0,80 (1,0)	0,55 (0,42-0,73)
Sim	0 (0)	1 (4)		
Não	18 (100)	22 (96)		
Tentativa ao longo da vida			0,25 (0,61)	1,42 (0,37-5,47)
Sim	6 (33)	6 (26)		
Não	12 (67)	17 (74)		

Não houve relação entre a história positiva de violência pelo parceiro e a presença de risco de suicídio clinicamente relevante pelo MINI 5.0. (X²:0,039 e p: 0,843).

Analisando cada item do WAST para todas as entrevistadas: o **tipo de relacionamento**, 11 (22,5%) não referiam problemas e 38 (77,5%) possuíam relacionamentos problemáticos; **qualidade de diálogo**, 13 (25,5%) não tinham dificuldades no diálogo e 36 (70,6%) possuíam dificuldades em conversar sobre temas pertinentes à relação ou assuntos complicados; se as **discussões** terminam mal 12 (23,5%) negaram e 37 (72,5%) afirmaram que sim, às vezes ou sempre, ver na tabela a seguir.

Tabela 3 – Análise de associação entre história de violência íntima por parceiro (wast, ponto de corte 13) e risco iminente de suicídio de acordo com gravidade da dor psicológica (PAS, ponto de corte 30).

Itens do WAST	Com Risco Iminente de Suicídio N (%)	Sem Risco Iminente de Suicídio N (%)	X ² (p-valor)	Odds Ratio (IC:95%)
Tipo de Relacionamento				
- Sem problemas	4 (15)	7 (30)	1,59 (0,30)	2,40 (0,60-9,63)
- Com problemas	22 (85)	16 (70)		
Qualidade do Diálogo				
- Sem dificuldade	4 (15)	9 (40)	3,53 (0,10)	3,53 (0,91-3,71)
- Com dificuldade	22 (85)	14 (60)		
Discussões Terminam Mal				
- Nunca	5 (19)	7 (30)	0,83 (0,36)	1,83 (0,49-6,87)
- Às vezes/sempre	21 (81)	16 (70)		
Agressões Pós-discussão				
- Nunca	15 (57)	17 (74)	1,42 (0,23)	2,08 (0,62-6,98)
- Às vezes/sempre	11 (43)	6 (26)		
Medo do Parceiro				
- Nunca	12 (46)	15 (65)	1,79 (0,18)	2,19 (0,69-6,93)
- Às vezes/sempre	14 (54)	8 (35)		
Agressão Física				
- Nunca	18 (70)	19 (82)	1,18 (0,33)	2,11 (0,54-8,24)
- Às vezes/sempre	8 (30)	4 (18)		
Abuso Emocional				
- Nunca	10 (38)	11 (48)	0,44 (0,51)	1,47 (0,47-4,57)
- Às vezes/sempre	16 (62)	12 (52)		
Abuso Sexual				
- Nunca	20 (77)	17 (74)	0,06 (0,81)	0,85 (0,23-3,13)
- Às vezes/sempre	6 (23)	6 (26)		

Sobre as **agressões físicas** após discussão 32 (62,7%) negaram ter sofrido e 17 (33,3%) referiram já ter sofrido às vezes ou sempre; no quesito possuir **medo do parceiro** 27 (52,9%) negaram, enquanto 22 (43,1%) referiram possuir medo às vezes ou sempre 22; 10 (20%) sofreram **abusos físicos** e 39 (80%) não sofreram; 21 (43%) não sofreram **abuso emocional** e 28 (57%) sofreram; por fim sobre **abuso sexual** 37 (75,5%) negaram estupro e 12 (24,5%) foram estupradas, ver na tabela 3.

Em relação à dor psicológica mensurada pela escala PAS, a média foi 35,27 ($\pm 16,65$), mínimo 13 e máximo 64, mediana 30; 24 mulheres (47%) apresentaram pontuação inferior a

30 na PAS sem risco de suicídio iminente, enquanto 27 mulheres (53%) apresentaram pontuação acima de 30 (com risco de suicídio iminente); dessas, 21 eram não brancas e 6 brancas, tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição e análise de associação dos dados demográficos das mulheres estudadas de acordo com o risco iminente de suicídio determinado pela gravidade da dor psicológica (PAS, ponto de corte 30).

Variáveis	Total	Com Risco Iminente de Suicídio	Sem Risco Iminente de Suicídio	Análise Estatística	
				X ² (p-valor)	Odds ratio (IC: 95%)
	N (%)	N (%)	N (%)		
Etnia					
- Branca	11 (21)	6 (22)	5 (21)	0,14 (0,90)	1,09 (0,28-4,14)
- Não branca	40 (79)	21 (78)	19 (79)		
Estado civil					
- Com companheiro	24 (47)	13 (48)	11 (46)	0,03 (0,87)	1,10 (0,36-3,30)
- Sem companheiro	27 (53)	14 (52)	13 (54)		
Situação ocupacional					
- Ativo	12 (24)	5 (19)	7 (29)	0,80 (0,37)	1,81 (0,49-6,72)
- Inativo	39 (76)	22 (81)	17 (71)		
Procedência					
- Interior	27 (53)	12 (44)	15 (62)	1,66 (0,20)	0,48 (0,15-1,47)
- Capital	24 (47)	15 (56)	9(38)		
- Outro estado	0 (0)				
Filhos					
- Com filhos	45 (88)	26 (96,3)	19 (79,2)	3,59 (0,09)	6,84 (0,74-63,4)
- Sem filhos	6 (12)	1 (3,7)	5 (20,8)		
	Mediana (Q1-Q3)			Mann-Whitney (p-valor)	
Idade, em anos	57 (44-64)	51 (37-60)	59 (45-65)	260,5 (0,23)	
Escolaridade, em anos	9 (3-12)	7 (4-12)	12 (1-15)	283 (0,43)	
Renda familiar, em reais	1.400 (940-2.550)	1200 (1200-2400)	2050 (1275-3300)	105 (0,05)	

Na avaliação da Dor Psicológica: 53% apresentaram dor psicológica significativa indicando risco de suicídio iminente.

Entre as mulheres com risco clínico e risco de suicídio iminente 5 eram ativas e 22 inativas economicamente, entre as mulheres sem risco iminente de suicídio (PAS ≤ 30) 07 eram ativas e 17 inativas.

Houve significância entre já ter tentado suicídio ao longo da vida e possuir risco de suicídio iminente (dor psicológica significativa); PAS ≥ 30, 10 mulheres; (PAS<30) 2 mulheres (X²: 5,11 e p 0,024, razão de chance 6,071; IC95%: 1,13-32,41). Houve também significância

estatística a respeito da correlação do risco clínico de suicídio e da Escala de Dor psicológica (risco de suicídio iminente. Podemos perceber na tabela 5 que as mulheres com elevado grau de dor psicológica apresentaram um risco quase 12 vezes maior de terem relatado pensamentos sobre morte ou desejo de estar morta nos últimos 30 dias.

Tabela 5 - Análise de associação entre comportamento suicida nos últimos 30 dias e risco iminente de suicídio de acordo com a gravidade da dor psicológica (PAS, ponto de corte= 30) entre 43 respostas.

Comportamento	Com Risco	Sem Risco		
Suicida	Iminente de	Iminente de		
	Suicídio	Suicídio		
	N (%)	N (%)	X² (p valor)	Odds ratio (IC-95%)
Ideação Passiva			11,98 (<0,001)	14,17 (2,63-76,18)
Sim	15 (62)	2 (10)		
Não	9 (38)	17 (90)		
Ideação Ativa			2,23 (0,26)	3,5 (0,63-19,34)
Sim	7 (30)	2 (10)		
Não	17 (70)	17 (90)		
Ideia de Autoagressão			6,27 (0,01)	7,19 (1,35-38,24)
Sim	11 (46)	2 (10)		
Não	13 (54)	17 (90)		
Seleção de Método			5,05 (0,05)	9 (1,01-80,03)
Sim	8 (33)	1 (5)		
Não	16 (67)	18 (95)		
Tentativa < 1 mês			1,29 (0,44)	0,43 (0,30-0,61)
Sim	0 (0)	1 (5)		
Não	24 (100)	18 (95)		
Tentativa ao longo da vida			5,11 (0,04)	6,07 (1,14-32,41)
Sim	10 (42)	2 (10)		
Não	14 (58)	17 (90)		

Assim, como é notável que mulheres com elevada dor psicológica à entrevista apresentaram um risco 6,3 vezes maior de terem pensado em autoagressão no último mês, um risco 5 vezes maior de terem pensado num método para se matarem, bem como um risco 5 vezes maior de terem referido alguma tentativa de suicídio ao longo da vida, tabela 5.

Na análise do grau de suicidalidade e risco de suicídio iminente: oito mulheres não tinham risco, cinco baixo risco, três risco moderado e oito risco alto; enquanto entre as que não tinham risco de suicídio iminente uma sem risco, um risco baixo, uma apresentou risco

moderado e um alto risco. ($X^2:11,35$; $p 0,010$), houve significância estatística entre o risco de suicídio iminente e o grau de suicidalidade dos instrumentos utilizados, dados descritos na tabela 5.

Risco clinicamente significativo (moderado/ alto) e risco de suicídio iminente (avaliado pelo escore de dor psicológica); 13 mulheres com 30 pontos ou mais na escala de dor psicológica, apresentaram risco baixo ou ausente de suicídio (investigado pela MINI 5.0.) e 11 apresentaram risco moderado ou alto, ou seja, clinicamente significativo. Comparando o grupo com pontuação igual ou superior a 30 pontos na escala de dor psicológica, com o grupo com escore menor que 30, observou-se que havia uma maior ocorrência de casos de risco de suicídio clinicamente significativo, avaliados pela MINI 5.0, no grupo com maiores escores de dor psicológica ($X^2:6,26$ e $p 0,012$; razão de chance: 7,192; IC95%: 1,35-38,23), ver na tabela 5.

Quanto à análise do módulo de suicidalidade do MINI 5.0, relacionando aos dados de violência; das que apresentaram ideação de autoagressão no último mês 6 já sofreram violência, porém 7 entre as que não sofreram violência também apresentaram ideação, não havendo portanto nesta análise relação estatística ($X^2: 0,039$ e $p 0,843$); 11 com pontuação acima de 30 no PAS e 02 com pontuação abaixo de 30 ($X^2: 6,26$, $p 0,01$; razão de chance= 7,19; IC: 1,35-38,23), ou seja, a presença de dor psicológica elevada representou risco de aproximadamente 7 vezes maior de pensar em se autoagredir. Já quanto à ideação suicida ativa no último mês, não houve relação com história de violência doméstica pelo parceiro ($X^2: 0,001$, $p 0,970$), tabela 5.

Trinta mulheres (67%) sem risco ou baixo risco, 13 (29%) de risco moderado a alto; como era de se esperar, mulheres com risco iminente de suicídio apresentavam 14 vezes mais chances de serem classificadas com risco de suicídio clínico moderado a grave pela MINI 5.0. Entre as mulheres com risco iminente de suicídio de acordo com os escores da PAS, 15 apresentaram risco de suicídio moderado a grave de acordo através do escore do módulo de suicidalidade do MINI 5.0 ($X^2: 11,98$; $p<0,001$; razão de chance: 14,16; IC 95% 2,63-76,17), (ver tabela 5).

Na tabela abaixo (6) pode-se notar a descrição das correlações das variáveis conforme a correlação de Spearman, houve correlação diretamente proporcional fraca entre o Número de filhos e Idade, Renda e Escolaridade, houve correlação moderada entre a PAS e a MINI 5.0.; inversalmente proporcional entre a escolaridade e o número de filhos e a idade e renda familiar das mulheres. Apesar de fraca, a análise dicotômica por Spearman demonstrou correlação entre

ter histórico de abuso por parceiro e possuir ideação suicida, esta relação pode não ter ficado evidente na análise de Qui quadrado devido ao N da amostra.

Os dados indicam que no geral a linguagem do WAST foi de fácil compreensão entre as pacientes, as perguntas foram respondidas de forma rápida e objetiva. Duas mulheres negaram ter se envolvido em algum relacionamento íntimo duradouro ao longo da vida, portanto não responderam ao WAST.

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Spearman segundo as variáveis: idade, número de filhos, escolaridade, renda familiar total, número de tentativas de suicídio, grau de suicidalidade(mini), grau de dor psicológica (pas) e rastreamento de violência (wast).

Variável	Idade	Filhos	Esco.	Renda	MINI	PAS	WAST
Idade	1	0,34*	-0,23	0,17	-0,21	-0,24	0,08
Filhos		1	-0,46**	0,02	0,09	0,11	0,03
Esco.			1	0,37*	0,07	-0,19	0,20
Renda				1	0,02	-0,286	0,17
MINI					1	0,65**	0,30*
PAS						1	0,25
WAST							1

(*) a correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades); (**) a correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Os questionários apesar de no construto geral apresentarem muitas questões, separadamente são sucintos e foram de compreensão razoável dentro da população estudada, as pacientes se sentiram a vontade para responder os questionamentos ainda que suscitassem questões e lembranças difíceis de suas vidas.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo entrevistou em sua maioria mulheres não brancas, a maioria proveniente da capital do estado, a maioria economicamente inativa e, portanto, dependente de seus parceiros ou programas sociais, porém essas características podem diferir quanto as regiões do país.

Rastreamento da violência contra a mulher

O nosso estudo identificou que 24 mulheres, representando 49% da amostra sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo dessas, 11 (46%) não tinham companheiro e 13 (54%) possuíam; sendo destas 15 provenientes da capital e 09 do interior (p 0,032) razão de chance 1,81, ou seja, ser da capital representou nesta amostra uma tendência aproximada duas vezes maior de relatar abuso, o que corrobora os demais estudos e estatísticas que demonstram que as zonas urbanas por diversos fatores incluindo a desigualdade social e o desemprego concentram áreas de violência; porém no nosso estudo isto pode decorrer também do fato das mulheres da capital realizarem seguimento ambulatorial na psiquiatria.

Neste sentido Correia (2018) observou sinais de comportamento depressivo, tais como labilidade emocional e baixa autoestima, foram evidenciados nas mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio. Vários estudos e boletins de saúde já comprovaram que entre as mulheres há maior prevalência de transtornos psiquiátricos que têm influência de fatores hereditário, histórico de violência durante a infância e abusos domésticos; há muitos fatores envolvidos nas tentativas de suicídio, se formos pensar nos apontamentos de estudiosos da área há o sentimento de não pertencimento, a destruição da autoimagem, humilhações entre outras violências que são características de mulheres que sofrem abuso são preponderantes para que haja ideação suicida. (DE OLIVEIRA, DE SOUSA, 2023).

Apesar disso, são poucas as pesquisas sobre a violência contra a mulher desenvolvidas na Região Nordeste; e reconhecendo-se que há significativas variações regionais nas taxas de homicídios femininos e que os fatores sociais, econômicos e culturais influenciam a violência no período estudado por Barros (2012), foram registradas 32.308 notificações de violência contra a mulher, com predomínio na faixa etária de maiores de 20 anos (70,8%), negras/pardas (81,6%) e não casadas (73,3%). A maioria residia em zona urbana (87,9%), onde também ocorreu a maior parte das ocorrências (86,7%). A violência mais notificada foi do tipo física (73%), por meio de força corporal (58,4%); a violência aconteceu no domicílio (67,8%), tendo

como agressores parceiro/ex-parceiro (48,9 %). Algumas mulheres apresentaram reincidência de violência (4,6%).

No entanto o presente estudo identificou que mulheres brancas relataram abusos 12 vezes mais que as mulheres negras, isso pode evidenciar que as mulheres brancas tem mais oportunidade para relatar abusos e esclarecimento sobre a violência doméstica, tendo menos vergonha para relatarem histórico de violência ao serem indagadas sobre o assunto; culturalmente há grupos e indivíduos que naturalizam violências contra a mulher como sendo parte dos atributos de esposa, ao longo dos anos as lutas femininas desmistificaram padrões e estabeleceram leis mais rígidas contra a violência.

Ao analisar cada item do instrumento WAST em relação a todas as mulheres entrevistadas, 43% têm medo do parceiro, 55% sofreram agressões físicas, 57% sofreram abuso emocional (humilhação e agressão verbal) e 26,5% foram estupradas; 49% apresentaram rastreamento positivo para abuso segundo o escore total do WAST (maior ou igual a 13), destas, 71% tinham medo de seus parceiros, 96%, sofreram abuso emocional, 96% sofreram agressões físicas e 54% sofreram violência sexual, estas estatísticas referem-se a amostra inteira e demonstram que ainda que o escore mínimo para rastreio de violência tenha sido alcançado por pouco menos de metade da amostra os números da violência são elevados; 43% das mulheres vivenciavam relacionamentos complicados, onde havia dificuldade de diálogo e diferentes formas de violação; mesmo as que não atingiram o ponto de corte para violência, apresentaram altas prevalências de abuso.

Para Leite (2017) a violência psicológica foi a mais frequente, com prevalência de 25,3% seguida da violência física 9,9%; a violência sexual apresentou a menor prevalência 5,7%. Para violência física a idade, escolaridade e estado civil associaram-se significativamente à violência física no modelo ajustado. Mulheres mais velhas (40 a 59 anos) sofreram menos violência física em relação às de 20 a 29 anos, enquanto maior prevalência de vitimização por violência física ocorreu, em média, em mulheres com menor escolaridade que se declararam divorciadas ou separadas ou cuja mãe era a vítima da violência.

Em nosso estudo não foram identificadas relações estatisticamente significativas quanto aos resultados obtidos através do WAST e as variáveis sociodemográficas, porém os resultados indicaram valores elevados, indicando alta prevalência de violência na amostra. Mulheres que vivenciavam relacionamentos problemáticos estiveram mais propensas a relatar histórico de abuso do que as que tinham relacionamentos não problemáticos. Observou-se ainda

significância estatística entre o medo do parceiro e o maior risco de ideação suicida as mulheres com medo apresentaram risco aumentado em cerca de 11 vezes para comportamento suicida.

Plazaola-Castano, Ruiz-Perez, Hernandez-Torres (2008) identificaram de acordo com a versão curta do WAST, 7,4% das mulheres relataram muito estresse no relacionamento com o parceiro e 41,3% algum estresse, 6,9% da amostra afirmou ter muita dificuldade em resolver as discussões com o parceiro e 34,6% alguma dificuldade. Assim, de acordo com o primeiro critério de pontuação, foram identificadas 132 mulheres (33,8%) que testaram positivo para violência contra a mulher por parceiro íntimo; de acordo com o segundo critério, 39 mulheres (10%) testaram positivo.

Não obstante, as informações aqui expostas ressaltam a importância de identificar e abordar a violência contra a mulher nos relacionamentos íntimos, considerando os diferentes aspectos sociodemográficos e os efeitos negativos na saúde mental das vítimas, a Anvisa destaca o alto número de suicídios em serviços de saúde, especialmente entre pacientes que receberam atendimento na atenção primária, mas cujas questões de saúde mental não foram identificadas durante o atendimento, a capacitação dos profissionais dos serviços de saúde e principalmente da APS é necessária, a equipe têm que se ater a isso pois fatores individuais e culturais podem dificultar a abertura das mulheres a relatarem seus históricos, além disso de muitas vítimas de abuso não se sentem a vontade para partilhar suas histórias. (LEITE, 2017; BROWN E SCHMIDT, 2000; CASSINI, 2023).

Dor psicológica, suicidalidade e o histórico de violência por parceiro

Este estudo avaliou fatores importantes no comportamento suicida entre as mulheres, da violência doméstica por parte de parceiro íntimo e a análise da dor psicológica através de duas escalas a PAS que determina o grau de dor psicológica (o risco de suicídio iminente já que pacientes com dor apresentam risco substancial) e o Módulo de Suicidalidade do MINI 5.0 que avalia o risco de suicídio clínico; a utilização de tais variáveis e análises não está presente em outros trabalhos da literatura o que torna este um estudo inédito, todavia podem ser estabelecidos paralelos através das considerações feitas das diversas escalas que podem ser aplicadas para avaliar a dor psicológica.

Sentindo-se impotente diante da necessidade de mudança e libertação, as mulheres decidem pela morte, o que permite apreender que as histórias de violência vivenciadas em diversos momentos da vida

familiar e conjugal desencadeiam problemas de âmbito emocional que culminam na decisão de interromper a própria vida. (CORREIA, COUTO, ERDMANN, 2014, p.6).

No estudo de Campos e Holden (2014) participou uma amostra também por conveniência de 810 adultos com idades compreendidas entre os 19 e os 67 anos ($M = 36,34$, $DP = 12,46$) e residentes em várias regiões portuguesas, os participantes responderam a questões sociodemográficas, ao Questionário de Experiências Depressivas, à Escala do Centro de Estudos Epidemiológicos da Depressão e ao Questionário de Comportamentos Suicidários revisado, na amostra, 4,3% dos participantes indicaram tentativas anteriores de suicídio, 27,9% relataram alguma ideação suicida ao longo da vida e 6,4% indicaram um plano de suicídio anterior; sintomas depressivos, ter consultado psicólogo ou psiquiatra, autocrítica e educação discriminaram entre participantes que tentaram suicídio e aqueles que não tentaram morrer por suicídio.

Há na psiquiatria diversos fatores e estudos relacionados ao suicídio, buscando principalmente o diagnóstico precoce de risco e tratamento eficaz para que o ato fatal seja impedido. Dor psicológica refere-se à dor, angústia, e associa-se ao sentimento excessivo de culpa, vergonha, solidão, medo. (FENSTERSEIFER; WERLANG, 2005, p2). O presente estudo identificou que houve significância estatística entre a escala de dor psicológica PAS e a ideação suicida passiva, as pacientes com esse tipo de ideação têm aproximadamente 12 vezes mais risco de suicídio iminente, as pacientes que relataram ideação de autoagressão têm aproximadamente 7 vezes mais risco de suicídio e já ter apresentado tentativa de suicídio ao longo da vida representou um risco aumentado em 5 vezes de risco de suicídio iminente.

Para Campos e Holden (2020) a Psychache Scale (PAS) foi 1,8 vezes mais importante do que ter um diagnóstico psiquiátrico para indicar um suicídio; demonstrando a importância da escala PAS em prever o risco de suicídio em uma determinada amostra, este estudo estabeleceu a PAS como importante ferramenta para diagnóstico de comportamento suicida, assim como Lambert (2020) que também avaliou a contribuição da dor psicológica para os comportamentos auto lesivos, controlando várias covariáveis uma amostra de conveniência de 207 residentes nos Estados Unidos forneceu informações sociodemográficas e clínicas e respostas da PAS, a dor psicológica forneceu uma contribuição significativa na previsão de comportamentos autodestrutivos.

A média de dor psicológica mensurada pela PAS em nosso estudo foi 35,27 ($\pm 16,65$), 27 mulheres (53%) apresentaram pontuação acima de 30 na escala PAS representando risco de

suicídio iminente. O grau de suicidalidade pela MINI 5.0. identificou que 67% não tinha risco ou apresentava baixo risco e 29% de risco moderado a alto.

Alguns suicídios são planejados e outros acontecem de maneira impulsiva, por esse motivo é importante identificar o grau de intencionalidade para avaliação do risco de suicídio, buscando a prevenção e auxílio a esse sujeito. (DE OLIVEIRA, DE SOUSA, 2023, p.5). Um fator importante frente à prevenção das tentativas de suicídio e do suicídio é conhecer as causas, identificar os sinais de alerta, estabelecer programas de prevenção e de tratamento. (CASSINI et al, 2023, p.6).

Ainda que não tenha havido diferença significativa entre os grupos com e sem história de violência pelo parceiro e a presença de risco de suicídio clinicamente pelo MINI 5.0. e o risco de suicídio iminente (PAS) através da análise de Qui quadrado, houve correlação segundo a análise de Spearman, ainda que fraca, esta significa que as mulheres que sofreram violência têm maior risco para comportamento suicida, tendo assim, risco de suicídio, esses resultados podem ter sido encontrados em decorrência do número de mulheres entrevistadas, ou indicar resiliência das mulheres que já sofreram abuso, outro fator atenuante foi o fato da maioria da amostra realizar tratamento de suporte psiquiátrico, que provavelmente contribuiu na diminuição do risco de suicídio.

O estudo de Correia (2018) revelou que os comportamentos depressivo e suicida consistem em sinais de alerta para o risco de suicídio em mulheres com história de violência doméstica. Sinalizou ainda que o quadro de depressão pode evoluir para a ideação suicida, ou ainda permeá-lo, de modo que tais sintomas; menciona também que, independentemente das características apresentadas, a história de violência doméstica pode ser considerada importante preditor na investigação de risco para o suicídio. Da mesma forma Dantas (2019) afirmou que na trajetória de vida das mulheres que se suicidaram, identificou-se presença de ideação suicida e tentativa prévia ao ato, transtorno mental como depressão e esquizofrenia, além de situações conflitantes no seio familiar aliados a desigualdades de gênero e violência intrafamiliar.

Na análise do grau de suicidalidade e risco de suicídio iminente: oito mulheres não tinham risco, cinco baixo risco, três risco moderado e oito risco alto; enquanto entre as que não tinham risco de suicídio iminente uma sem risco, um risco baixo, uma apresentou risco moderado e uma, alto risco clínico; houve significância estatística entre o risco de suicídio iminente e o grau de suicidalidade dos instrumentos utilizados. Observou-se que 51% das mulheres do presente estudo apresentaram dor psicológica significativa (risco de suicídio

iminente), 49% das mulheres sofreram algum tipo de violência por parceiro íntimo e 24 % já tentaram suicídio em algum momento da vida.

Em Correia et al (2014) a dor, insuportável segundo as mulheres, surge como elemento do quadro depressivo que as impede de viver, ou seja, a ideação suicida começa a se esboçar como um possível recurso, e pode culminar na morte, consequência fatal da depressão: é uma dor muito grande, de ficar desesperada por ajuda, de querer se libertar da situação “[...]. Queria dormir e não acordar. Queria perder a consciência [...]”; o termo morte foi evocado 10 vezes (6,6%), sendo que seis mulheres o consideraram como o elemento mais importante, como o desejo de sair de uma situação de sofrimento e dor: “não queria me matar, queria me livrar da situação [...]”

Aqui as mulheres com elevado grau de dor psicológica apresentaram um risco quase 12 vezes maior de terem relatado pensamentos sobre morte ou desejo de estar morta nos últimos 30 dias; não houve ainda significância estatística entre a dor psicológica significativa e o fato de terem sofrido agressão física, sexual e apresentarem dificuldades de diálogo intraconjugal. Houve uma tendência entre o medo do parceiro e grau de suicidalidade moderado a alto.

O suicídio é um problema grave de saúde pública, sendo complexo e multifatorial e que não acomete apenas o sujeito, mas também seus familiares, amigos e toda a sociedade; é importante considerar que os pacientes com pensamentos suicidas, na maioria dos casos, sentem-se aliviados e acolhidos por terem tido a oportunidade de expor seus pensamentos e sentimentos relacionados ao suicídio. Na trajetória de vida das mulheres que se suicidaram, identificou-se presença de ideação suicida e tentativa prévia ao ato, transtorno mental como depressão e esquizofrenia, além de situações conflitantes no seio familiar aliados a desigualdades de gênero e violência intrafamiliar. ampliando à Atenção Básica em Saúde como norteadora de ações nos planos de identificação do risco suicida e de intervenções planejadas. (BERTOLOTE, BOTEGA, 2010; CAMPOS, HOLDEN, 2014; CASSINI et al, 2023; CORREIA, 2014; DANTAS, 2019).

Portanto os profissionais que compõem a APS em sua maioria são mulheres o que pode facilitar a abertura das mulheres a falarem sobre sua dor, histórico de abuso e ideação suicida, o Brasil possui um dos maiores e mais eficazes programas de saúde pública do mundo, sendo o mesmo universal; cabe a atenção primária à saúde resolver a maioria de problemas de saúde da população atendendo o indivíduo de forma integral, olhando também a comunidade e os fatores determinantes para determinado adoecimento em uma população, os profissionais da APS realizam seguimento das famílias, conhecem seus familiares, vizinhos e portanto

estabelecem vínculos que aumentam a possibilidade de identificar problemas de saúde de forma eficaz; quando o cuidado está além da possibilidade de abrangência da APS a mesma continua no cuidado descentralizando e compartilhando as iniciativas e terapias com os outros níveis de atenção (secundário, terciário, quaternário); se torna valioso capacitar os profissionais que atuam neste cenário para identificar problemas de violência doméstica e fatores envolvidos com o risco de suicídio.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres avaliadas eram em sua maioria não brancas, com baixa renda, dependentes financeiramente do parceiro ou de auxílios sociais governamentais; de baixa escolaridade. A maioria não tinha companheiro à época da entrevista, porém, possuía filhos.

Cerca de metade destas mulheres já sofreu algum tipo de violência por parceiro íntimo ao longo de suas vidas, sendo que 26,5% já foram estupradas. As mulheres brancas proporcionalmente apresentaram 12 vezes mais relatos de violência do que as não brancas.

O nível de dor psicológica identificado foi elevado, pouco mais da metade apresentava risco de suicídio iminente, com elevados escores de dor psicológica.

Não foi identificada correlação entre dor psicológica e histórico de violência, porém foi encontrada entre dor psicológica e as variáveis do comportamento suicida tais como ideação passiva, ativa, método e tentativa. Também, entre histórico de violência e comportamento suicida.

Prevenir as tentativas de suicídio, identificar e intervir nas violências sofridas pelas mulheres no ambiente doméstico, são iniciativas de impacto positivamente na prevenção de possíveis fatores que têm relação com o suicídio.

8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

No decorrer do mestrado houve a necessidade de adaptar o desenho e a amostra do estudo frente as necessidades e possibilidades que surgiram.

Apesar da amostra ser reduzida o estudo aqui exposto é suficiente para embasar estudos longitudinais, bem como para observação do panorama e embasamento de outros estudos, além de proporcionar dados para capacitações e fluxogramas para melhor tomada de decisões quanto às problemáticas abordadas. Nessa perspectiva há vieses que podem interferir nos resultados, porém os dados demonstram associações importantes.

Apesar que estatisticamente o WAST e a PAS não demonstrarem correlação, ficou evidente que ambas as escalas ao que se propõem são suficientes.

Na literatura científica são ainda incipientes os estudos que buscam estabelecer a fundo as relações aqui investigadas. O estudo da ideação suicida bem como da violência contra mulher e suas implicações é de interesse à saúde pública global e precisa ser incentivada, embora sejam assuntos de interesse coletivo há pouca literatura, esse trabalho é um dos poucos a realizar a associação entre dor psicológica, violência contra a mulher e tentativas de suicídio.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Renata Aguilhera et al. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 71, p. 133-140, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TYMcyqMJzyLp4hP96pr6cLw/?format=html&lang=pt>

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de breve entrevista para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n. 3, pág. 106–115, conjunto. 2000.

BARROS, Sheyla Carvalho de et al. Fatores associados aos homicídios de mulheres vítimas de violência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0630>

BERTOLETE, José Manoel; FLEISCHMANN, Alexandra. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*, v. 1, n. 3, p. 181, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489848/>

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEAGA, Neury José. Detecting suicide risk at psychiatric emergency services. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 32, p. S87-S95, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. v. 52, set. 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Departamento de Apoio à Gestão participativa Universidade de Brasília. Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade, 2018.

BROWN, J. Belle et al. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *Journal of family practice*, v. 49, n. 10, p. 896-903, 2000. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Barbara-Lent/publication/12274837_Application_of_the_Woman_Abuse_Screening_Tool_WAST_and

[_WASTShort_in_the_family_practice_setting/links/55c62dce08aea2d9bdc544d6/Application-of-the-Woman-Abuse-Screening-Tool-WAST-and-WAST-Short-in-the-family-practice-setting.pdf](#)

CAMPOS, Rui C.; HOLDEN, Ronald R. Psychological pain and previous suicide attempts in young adults: Results with the Portuguese version of the Psychache Scale. *Journal of Clinical Psychology*, v. 76, n. 10, p. 1965-1971, 2020.

CAMPOS, Rui C.; HOLDEN, Ronald R. Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *The European Journal of Psychiatry*, v. 28, n. 4, p. 230-241, 2014. Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632014000400004&lng=es&nrm=iso>. acessado em 23 de maio de 2023. <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632014000400004>.

CASSINI, Meire Rose de Oliveira Loureiro; DE SOUSA COSTA, Aline Júlia. ABORDAGEM AO PACIENTE EM RISCO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: Do acolhimento e intervenção precoce à abordagem multiprofissional em saúde. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 10, n. 3, p. 1554-1562, 2022. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1051>. Acesso em: 20 maio. 2023.

CORREIA, Cíntia Mesquita et al. Child and adolescent violence: oral story of women who attempted suicide. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, p. 1450-1456, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/jcwV7hmJjkw5JfRT69GXsFg/?lang=en&format=html>

CORREIA, Cíntia Mesquita et al. Representations about suicide of women with history of domestic violence and suicide attempt. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 23, p. 118-125, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3nkc7ZHMYMq9hQ76tJh8HTk/abstract/?lang=en>

CORREIA, Cíntia Mesquita et al. Sinais de risco de suicídio em mulheres com histórico de violência doméstica. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, pág. 219-225, dez. 2018. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000400005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 maio 2023.
<http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.151401>.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Suicídio de mulheres em um contexto psicossocial. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2018. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1051>. Acesso em: 20 maio. 2023.

FENSTERSEIFER, Liza; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação de Dor Psicológica. *PsicoUSF*, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 21-29, jun. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000100004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 maio 2023.

FLAMENBAUM, Ricardo. Testing Shneidman's theory of suicide: Psychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness. Tese de doutorado, 2009, Queen's University Kingston, Ontario, Canada

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Violência contra mulheres em 2021

GARCIA, Leila Posenato. The invisible magnitude of violence against women. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, p. 451-454, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000300001>

HOLDEN, Ronald R. et al. The multidimensionality of suicide risk factors and criteria in a nonclinical population: Replication across two countries and two languages. *International journal of psychology*, v. 55, n. 6, p. 926-935, 2020.

HOLDEN, Ronald R.; CAMPOS, Rui C.; LAMBERT, Christine E. Psychological pain and self-harming behaviours in an adulthood community sample: An exploratory study. *The European Journal of Psychiatry*, v. 34, n. 3, p. 173-176, 2020.

LAMBERT, Christine E. et al. Psychache predicts suicide attempter status change in students starting university. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, v. 50, n. 3, p. 668-678, 2020.

LEITE, Franciele Marabotti Costa et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/FgqPNLYMTBgfvZMHK8zbTxw/?format=html&lang=pt>

LUÍS, Maria Margarida Candeias Gomes. Dor psicológica e risco suicidário: um estudo longitudinal com indivíduos da comunidade. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Évora, 2016. Disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/19910>

MACMILLAN, Harriet L. et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *Jama*, v. 302, n. 5, p. 493-501, 2006. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/184340>

MAIA, G. L. de S.; MELO GOMES DO NASCIMENTO, M. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO SUICIDA EM ALAGOAS: 2008-2018. *SEMPESq - Semana de Pesquisa da Unit - Alagoas*, [S. l.], n. 8, 2020. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/al_sempesq/article/view/13693. Acesso em: 28 maio. 2023.

MARONEZI, Luis Felipe Chaga et al. Prevalência e características das violências e intoxicações exógenas autoprovocadas: um estudo a partir de base de dados sobre notificações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, p. 293-301, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/7sVxYs4Rgwp4NNjjsLHjnZF/>

MENDONÇA, Marcela Franklin Salvador de; LUDERMIR, Ana Bernarda. Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Revista de saude publica*, v. 51, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pz3g38HCG5nG94pxpks7z4B/abstract/?lang=en>

MUKAKA, Mavuto M. Um guia para o uso apropriado do coeficiente de correlação em pesquisas médicas. *Revista médica de Malawi*, v. 24, n. 3, pág. 69-71, 2012.

O'ROURKE, Maria C; JAMIL Radia T; RT, SIDDIQUI Waquar. Suicide Screening and Prevention. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 6, 2023.

PLAZAOLA-CASTANO, Juncal; RUIZ-PEREZ, Isabel; HERNANDEZ-TORRES, Elisa. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención

primaria en España. Gac Sanit, Barcelona , v. 22, n. 5, p. 415-420, oct. 2008 . Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500005&lng=es&nrm=iso>. acessado em 23 mayo 2023

PEREIRA, Ariana Andreia Martins. Dor psicológica e ideação suicida em estudantes. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Aveiro, 2013. Disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/11527>

PEREIRA, Effie J. et al. Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates. Personality and Individual Differences, v. 49, n. 8, p. 912-917, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019188691000382X>

SCHNEIDMAN, Edwin S. Perspectivas sobre a sociologia: novas reflexões sobre o suicídio e a psique. **Suicídio e comportamento ameaçador à vida**, v. 28, n. 3, pág. 245, 1998.

SOUZA, Lídia de Jesus; FARIAS, Rita de Cássia Pereira. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, p. 213-232, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/RWf4PKDthNRvWg89y947zgw/?format=html&lang=pt&stop=next>

TRENTIN, Daiane et al. MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL: VALIDACIÓN DE UN DIAGRAMA DE FLUJO. Enferma Foco, v. 13, p. -, 2022. Disponível em: <https://enfermfoco.org/es/article/mujeres-en-situacion-de-violencia-sexual-validacion-de-un-diagrama-de-flujo/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide 2021. Disponível em: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide. Acesso em agosto de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva. Disponível em www.who.int/publications/i/item/9789240026643. Acesso em janeiro de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341726>. Acesso em setembro de 2021.

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“O respeito 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”

Eu,.....tendo sido convidado (a) para participar como voluntário(a) do estudo “TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL DO ESTADO (HGE) EM MACEIÓ: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO TRANSLACIONAL COM INTERVENÇÃO CLÍNICA EM SEGUIMENTO DE 12 MESES”, que será realizado no serviço no Hospital Universitário (HU) Prof. Alberto Antunes – Universidade Federal de Alagoas na cidade de Maceió (Alagoas) no período de doze meses. Recebi do Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos: 1) Que o objetivo geral do estudo é avaliar o impacto da associação de teleatendimentos breves regulares, durante um período de 12 meses, ao tratamento convencional, no comportamento suicida de pacientes inicialmente atendidos por tentativa de suicídio no Hospital Geral do Estado (HGE). 2) Que para atingir o objetivo acima serão aplicados questionários sócio-demográficos e clínicos para investigar características da tentativa e do comportamento suicida, além de questionários para avaliar sintomas depressivos, ansiosos, de traços de personalidade, história de trauma precoce e violência doméstica, além de dor psicológica. 3) Que além da colheita de dados por intermédio de questionários, será colhida uma amostra de meu sangue, para dosar alguns indicadores de inflamação no meu organismo, para estudar a associação entre inflamação e comportamento suicida. 4) Que durante o tempo da pesquisa, por 12 meses serão feitos contatos telefônicos ou por vídeo chamada para investigarem como estou me sentindo mentalmente quanto ao risco de suicídio. 5) Que no final do acompanhamento de 12 meses, nova amostra do meu sangue será colhida. 6) Que os possíveis riscos à sua saúde são constrangimento ao responder o questionário e as escalas, além de dor ou complicações como inflamação ou infecção na parte do meu corpo de onde será colhido meu sangue. 7) Que o anonimato dos participantes da pesquisa será resguardado e suas informações pessoais só serão divulgadas de modo que não seja possível me identificar. 8) Que os benefícios esperados são: fornecer uma melhor assistência às pessoas com comportamento

suicida, por meio de contatos de teleatendimento regulares. Também, informações sobre a condição estudada e orientações sobre educação em saúde, como também, a partir das avaliações dos pacientes favorecer a identificação de fatores que contribuam para o comportamento suicida. 9) Que o estudo começará a partir da aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). 10) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. 11) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo. 12) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. 13) Que eu deverei ser ressarcido por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas foi-me garantida a existência de recursos. 14) Garantimos que o participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios, da assistência que será prestada e do sigilo que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO. Nome e Endereço dos Pesquisadores Responsáveis: (Obrigatório) Nome: Valfrido Leão de Melo Neto Endereço: Av. Lourival Melo Mota, S/N, Tabuleiro do Martins, Maceió - AL, Cep: 57072-970 Instituição: Universidade Federal de Alagoas Maceió, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável pela pesquisa (rubricar todas as páginas)

Assinatura do responsável pelo estudo (rubricar todas as folhas)

ANEXOS

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS NO HOSPITAL GERAL DO ESTADO (HGE) EM MACEIÓ: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO TRANSLACIONAL COM INTERVENÇÃO CLÍNICA EM SEGUIMENTO DE 12 MESES

Pesquisador: Valfrido Leão de Melo Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40327720.1.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE ALAGOAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.696.966

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Suicídio é um problema de saúde pública global. Atinge cerca de 800 mil pessoas por ano no mundo. Apesar dos esforços da Organização Mundial de Saúde para diminuir o número de suicídios no mundo, as taxas de suicídio no Brasil tem aumentado. Além disso, a qualidade dos registros e a dificuldade de se falar sobre o assunto, encarado como tabu na sociedade, apontam para uma subnotificação dos casos. Assim, se torna imperativo o estudo das tentativas de suicídio para contribuir com a diminuição dos casos de suicídio na região. **Objetivos:** Avaliar o impacto da associação de teleatendimentos breves regulares, durante um período de 12 meses, ao tratamento convencional, no comportamento suicida de pacientes atendidos por tentativa de suicídio no Hospital Geral do Estado (HGE). **Métodos:** Trata-se de estudo quantitativo longitudinal prospectivo. **Tamanho da amostra:** 137 adultos residentes de Maceió. Serão aplicados questionários para investigar características associadas com risco de suicídio: questionário sócio demográfico, escala de dor psicológica, HAD, SRQ-20, CTQ, WAST, AUDIT, BIS-11 e AQ. Será colhido sangue para dosar marcadores citocinas inflamatórias. Será feito um seguimento de 12 meses, por contato telefônico, dos participantes. Por fim, será investigado o número de novas tentativas de suicídio e comparado com os escores dos instrumentos inicialmente aplicados. Também serão reaplicados a

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.696.966

escala de dor psicológica e HAD para avaliar ansiedade e depressão. Resultados esperados: espera-se que o seguimento por contato telefônico leve a uma taxa de suicídio baixa na amostra e que aqueles que tenham maior número de tentativas de suicídio sejam aqueles com escores mais elevados de psicopatologia na avaliação de baseline.

Metodologia Proposta:

Trata-se de estudo quantitativo longitudinal prospectivo. Amostra: Baseado em levantamento anterior em que foi identificado entre os anos de 2013 e 2015 um total de 141 mortes por suicídio em Maceió, calculou-se uma média anual de 47 mortes por suicídio na referida capital¹⁹. Levando-se em consideração que a média de tentativas de suicídio é em geral 20 vezes maior que o número de mortes, estimou-se uma média de 940 tentativas de suicídio por ano na capital Alagoana. Tendo em vista que apenas 1/3 das tentativas de suicídio atingem o atendimento hospitalar, cerca de 314 tentativas de suicídio devem chegar a serem atendidas em Maceió, num período de 12 meses. Sendo assim, o cálculo para o número de tentativas de suicídio que chegam ao atendimento hospitalar num intervalo de 6 meses seria aproximadamente de 160 casos. A partir deste número, calculouse o tamanho da amostra do estudo, levando em consideração um nível de confiabilidade de 95% e uma margem de erro de 5%, chegando ao número de 114 casos. Considerando uma taxa de 20% de perdas, ajustou-se a amostra para 137 casos a serem investigados num período de 6 meses. Local: Os casos de tentativa de suicídio serão identificados entre os atendimentos realizados no Hospital Geral do Estado (HGE) e uma vez aceitando participar do estudo, os pacientes serão convidados para continuar a investigação sobre o comportamento suicida no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA/UFAL). Aspectos Éticos e Legais: Respeito às orientações do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12 e Resolução 510/2016. O projeto será iniciado apenas após aprovação do comitê de ética. Instrumentos de colheita de dados Questionário sócio-demográfico e clínico preparado para a pesquisa: Tem por objetivos coletar dados de identificação e de características da tentativa de suicídio (anexo 1); Escala de dor psicológica: Esta escala composta por 13 itens, tipo likert, tem por objetivo avaliar a frequência e intensidade da dor psicológica, sendo que quanto maiores os escores, maior o nível de dor (anexo 2); SRQ 20 (Self Report Questionnaire 20): Instrumento de triagem para transtornos mentais comuns, testado e validado em populações urbanas brasileiras. Avalia: 1-humor depressivo-ansioso, 2-sintomas somáticos, 3-decréscimo da energia vital e 4-pensamentos depressivos (anexo 3); HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale): Esta escala contém 14 questões de múltipla escolha, sendo 7 itens sobre depressão e 7 sobre ansiedade (anexo 4); AUDIT (Alcohol Use

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.696.966

Disorders Identification Test): Desenvolvido pela OMS e validado para o português, para triagem e diagnóstico de problemas relacionados ao álcool(anexo 5);BIS-11 (Escala de impulsividade de Barratt): Esta escala é composta por 30 itens, do tipo likert avalia: impulsividade atencional, motora e dificuldade de planejamento.3.7.7. AQ (Escala de Agressividade de Buss-Perry): É uma escala tipo likert que avalia: agressividade física, verbal, raiva e hostilidade (anexo 7); CTQ (Childhood Trauma Questionnaire): Questionário auto aplicável que avalia abuso físico, sexual e emocional na infância; WAST (Woman Abuse Screening Tool): Instrumento com 8 perguntas que avalia violência doméstica contra a mulher. Procedimento: Após identificados os pacientes no HGE, eles serão convidados para entrevistas no HUPAA para responderem os questionários supracitados e colher sangue para avaliar citocinas inflamatórias. Também passarão por um seguimento de 12 meses, por telefone. Serão 4 contatos no primeiro mes, 2 no segundo, 4 mensais até o sexto mês, um contato no 9o. e outro no 12o. mês, quando serão reaplicados os questionários de dor psicológica e HAD. Nos contatos telefônicos serão realizadas 2 perguntas: 1-Como você está se sentindo? 2- Você precisa de alguma coisa?. A conduta poderá ser expectante ou encaminhar para serviço de emergência a depender da resposta dada. Análise de Dados: analisados por meio do pacote estatístico SPSS, versão 22.

Critério de Inclusão:

-Ter 18 anos de idade ou mais;-Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1);-Residir em Maceió.

Critério de Exclusão:

Retirar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Dificuldade intelectual significativa que claramente impede o entendimento das perguntas realizadas na entrevista.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da associação de teleatendimentos breves regulares, durante um período de 12 meses, ao tratamento convencional, no comportamento suicida de pacientes atendidos por tentativa de suicídio no Hospital Geral do Estado (HGE).

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.696.966

Objetivo Secundário:

- Estimar a prevalência de tentativas de suicídio atendidas no HGE no ano de 2021 a partir dos casos registrados durante 6 meses;
- Caracterizar o perfil sócio-demográfico da amostra pesquisada;
- Mensurar o grau de dor psicológica dos pacientes estudados, no momento quando chegam para atendimento no HGE;-Investigar traços de personalidade (agressividade e impulsividade) que podem contribuir para o maior risco de comportamento suicida;
- Avaliar a presença de sintomas depressivos e ansiosos, o grau de risco de suicídio, bem como a história de uso de álcool, entre os pacientes investigados;-Pesquisar história pessoal de trauma precoce e de violência doméstica entre os participantes da pesquisa;
- Dosar marcadores inflamatórios e de neuroplasticidade, dos pacientes no período próximo à tentativa de suicídio;
- Analisar a associação entre risco de suicídio e perfil sócio-demográfico, grau de dor psicológica, traços de personalidade, presença de sintomas depressivos e de abuso de substâncias, história de trauma precoce e de violência doméstica e com marcadores inflamatórios e de neuroplasticidade;
- Avaliar os escores de sintomas depressivos e ansiosos e de dor psicológica, bem como de novas tentativas de suicídio, após um seguimento de 12 meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento do paciente pelas entrevistas nas quais vão ser discutidos assuntos sensíveis ao indivíduo, sua vida emocional e relacionamento com parceiros, além de características de suas tentativas de suicídio. Também, pode haver dor local, flebites e sangramentos provocados na colheita do sangue. Para minimizar tal risco, a colheita será feita por equipe treinada da área de saúde ou estudante de medicina ou enfermagem, em local reservado e confortável.

Benefícios:

Conhecer o perfil das pessoas e circunstâncias nas quais se tenta suicídio em Maceió, ajudará na elaboração de políticas públicas locais que vão beneficiar toda a sociedade. Do ponto de vista individual, os participantes identificados como tendo um provável transtorno mental, serão

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.696.966

encaminhados para atendimento especializado no HUPAA/UFAL, onde a equipe de saúde mental dessa instituição além de prover atendimento, irá manter contato com a rede de atenção básica para inserção do paciente na rede para continuidade do tratamento durante ou ao término da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TENTATIVAS DE SUICÍDIO ATENDIDAS NO HGE: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO TRANSLACIONAL COM INTERVENÇÃO CLÍNICA EM SEGUIMENTO DE 12 MESES

Tema da pesquisa: casos de tentativas de suicídio na cidade de Maceió. Pesquisa quantitativa.

Avaliar o impacto da associação de teleatendimento breves regulares, durante o período de 12 meses. Amostra: 137 adultos, vítimas de tentativas de suicídio e atendidos no HGE de Maceió, nos últimos 12 meses, e que aceitem participar da pesquisa que se realizará no HU.

Instrumentos:

Questionário sócio demográfico, escala de dor psicológica, HAD, SRQ-20, CTQ, WAST, AUDIT, BIS-11 e AQ.

Colheita sangues para dosar marcadores citocinas inflamatórias.

Seguimento de 12 meses, por contato telefônico, dos participantes.

Por fim, investigado o número de novas tentativas de suicídio e comparado com os escores dos instrumentos inicialmente aplicados.

Reaplicados a escala de dor psicológica e HAD para avaliar ansiedade e depressão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos do protocolo foram examinados.

Recomendações:

Vide Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.696.966

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa sem óbices éticos.

Os documentos atualizados e corretos que foram enviados para e-mail deste CEP para constar nos autos da Plataforma Brasil e foram apreciados pelo parecerista, coletado e anexado pelo perfil de coordenador.

1. Junto ao item orçamento (documentos Projeto e Orçamento) informar quem arcará com os custos.
PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Imediatamente após o cronograma (documento Projeto), garantir que a pesquisa será realizada somente após aprovação pelo CEP. PENDÊNCIA ATENDIDA

3. No documento TCLE:

Os itens 6 e 14 apresentam uma fala estranha àquela do participante. Difere dos demais itens, escritos na primeira pessoa (questão pronominal: Item 6: "Que os possíveis riscos à SUA saúde..."; It 14: "GARANTIMOS que o participante da pesquisa...."). PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Critérios de Inclusão e exclusão:

O pesquisador responde no Projeto, mas não transfere o texto para o documento Informações Básicas.

4.1 O critério de Inclusão não esclarece a amostra ("Ter 18 anos de idade ou mais;-Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1);- Residir em Maceió"). Entende-se que basta ter essa idade, assinar o Termo e residir em Maceió para participar da pesquisa.

Solicitamos determinar qual a condição para ser participante da pesquisa (está na metodologia).

PENDÊNCIA ATENDIDA

4.2 No critério de exclusão consta como condição de exclusão: "Retirar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". A frase não contém nexos esclarecedor.

Solicitamos esclarecer com precisão. PENDÊNCIA ATENDIDA

5. O documento "Documentação de compromisso" precisa ser melhor elaborado:

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.696.966

5.1 Informar por quanto tempo os dados da pesquisa ficarão armazenados, e depois disso o que será feito dele; PENDÊNCIA ATENDIDA

5.2 Garantir que os resultados do estudo serão tornados públicos (publicizados), ainda que não sejam o que espera o pesquisador (ou não se confirme a hipótese do projeto).

PENDÊNCIA ATENDIDA

6. No documento TCLE:

6.1 Garantir indenização ao participante em caso de danos.

6.2 Como será feita a devolução dos resultados da pesquisa a cada participante;

Solicitamos acrescentar estes dois itens.

PENDÊNCIAS ATENDIDAS

6.3 Em Riscos e Benefícios (item 6), incluir outros riscos, tais como: vazamento de informações obtidas de cada participante; afetação de sentimentos inesperados (e involuntários) etc.

Observamos que neste documento (TCLE) o referido item não contemplam o que se encontra escrito no documento Projeto. Após os ajustes solicitados, uniformizar os documentos. PENDÊNCIA ATENDIDA

6.4 Elencados esses e outros riscos, prosseguir, no mesmo item, explicando quais os procedimentos preventivos para evita-los.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Observamos que há descrição de procedimento relacionado a riscos físicos, precisa levar em conta, também, os psicológicos, dado o caráter de exaustiva investigação subjetiva à qual o projeto se propõe.

PENDÊNCIA ATENDIDA

6.5 Ainda no mesmo item, garantir assistência psicológica e/ou física, caso ocorram danos relacionados ao curso da pesquisa, explicando onde e como ela será oferecida. Neste caso, anexar, a este protocolo, declaração do setor de atendimento se comprometendo ao atendimento (também aqui a questão psicológica aparece como menos observada).

PENDÊNCIA ATENDIDA

Em todo caso, solicitamos unificar os documentos Projeto e o TCLE.

PENDÊNCIA ATENDIDA

7. Acrescentar à documentação quais os critérios de suspensão/encerram

Pendência respondida.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Ilmo. (a) Pesquisador lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e complementares:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S.^a deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.696.966

de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Assistspsicologica.pdf	06/05/2021 12:08:58	CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatualizado.pdf	06/05/2021 12:08:44	CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI	Aceito
Brochura Pesquisa	TentativasSeguimento12meses.pdf	06/05/2021 12:08:30	CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI	Aceito
Outros	CartarespostaaoCEPUFAL.pdf	06/05/2021 12:03:41	CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1661558.pdf	03/05/2021 11:13:12		Aceito
Outros	Carta_resposta_aos_pareceristas_CEP_UFAL.pdf	03/05/2021 11:12:05	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_atualizado_atendendo_parecer_CEP.pdf	03/05/2021 11:05:30	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Outros	declaracao_de_compromisso_com_o_participante_armazenamento_dados_encaminhamento_atualizada.pdf	03/05/2021 10:34:47	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_atualizado.pdf	03/05/2021 10:30:07	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_Anuencia_HGE.pdf	23/11/2020 19:07:17	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_de_ANUENCIA_HUPAA.pdf	23/11/2020 19:06:07	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Anuencia_ProfValfrido.pdf	23/11/2020 19:04:54	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_anuencia_ProfEmiliano.pdf	23/11/2020 19:04:36	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_anuencia_ProfDiego.pdf	23/11/2020 19:04:27	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.696.966

Declaração de Pesquisadores	Carta_de_anuencia_ProfBertolote_UNE SP.pdf	23/11/2020 19:04:18	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_anuencia_ProfaMercia.pdf	23/11/2020 19:04:08	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_anuencia_Profa_Cicera.pdf	23/11/2020 19:03:48	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_anuencia_Profa_Auxiliadora.pdf	23/11/2020 19:03:38	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_anuencia_Prof_Claudio_Miranda.pdf	23/11/2020 19:03:26	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_Infraestrutura_HUPAA.pdf	23/11/2020 18:52:56	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	11/11/2020 19:52:02	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/11/2020 19:47:53	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_projeto_suicidio.pdf	11/11/2020 19:31:40	Valfrido Leão de Melo Neto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 07 de Maio de 2021

Assinado por:

CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO 2 - Questionário Sociodemográfico

Data da entrevista: _____ Procedência: _____

Identificação: _____ Idade em anos: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Etnia: ()Branco () Não-branco

Estado Civil: ()Com companheiro(a) ()Sem companheiro (a)

Escolaridade: _____ anos completos

Situação Ocupacional: ativo () inativo ()

Renda Familiar (em real): _____

Tem filhos? ()Sim ()Não. Se sim, quantos? _____

Algun dos filhos tem doença crônica? ()Sim ()Não. Se sim, qual? _____

Requer cuidados especiais? ()Sim ()Não

C. RISCO DE SUICÍDIO



Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
<i>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</i>	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

ANEXO 4 - Escala de Dor Psicológica - Psychache Scale (PAS)

Holden e colaboradores, 2000

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 sofro	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 5 - WAST (Woman Abuse Screening Tool)

Instrumento de Rastreio da Violência pelo Parceiro Íntimo – Moçambique – (WAST-M)
Violence Screening Instrument for the Intimate Partner – WAST-M

.....

1. Em geral, como descreve o seu relacionamento com seu/sua parceiro/a?
Muita Problemática Um Pouco Problemática Sem Problemas

2. Você e seu/sua parceiro/a discutem os vossos assuntos (complicados/problemáticos) com:
Grande dificuldade Alguma dificuldade Sem dificuldade

3. As vossas discussões sempre terminam mal para ambos ou você se sentindo mal consigo mesmo/a?
Muitas vezes Às vezes Nunca

4. As vossas discussões resultam em agressões físicas (ser batido/a, baterem-se, chutar ou empurrar)?
Muitas vezes Às vezes Nunca

5. Você já se sentiu assustado/a com o que seu/sua parceiro/a diz ou faz?
Muitas vezes Às vezes Nunca

6. Seu/sua parceiro/a já abusou fisicamente de si (bater, chutar, usar força física)?
Muitas vezes Às vezes Nunca

7. Seu/sua parceiro/a já abusou de si emocionalmente (insultar, falar mal, desprezar, humilhar)?
Muitas vezes Às vezes Nunca

8. Seu/sua parceiro/a já o/a obrigou a manter relações sexuais?
Muitas vezes Às vezes Nunca

.....

Idade: 18 – 21Anos ; 22 – 25Anos ; 26 – 29Anos ; Mais de 30Anos

Sexo: Masculino ; Feminino

Estado Civil: Solteira (o) ; Casada(o)/União de facto ; Divorciada(o)/Separado ; Viúva(o)

Ocupação: Estudante ; Doméstico ; Assalariado ; Conta Própria

Grau de Escolaridade: Iltrado ; Primário ; Secundário ; Superior

Adaptado de: Brown, J., Lent, B., Schmidt, G., & Sas, S. (2000). application of the woman abuse screening tool (wast) and wast-short in the family practice setting. *journal of family practice*, 49, 896-903.

Figure 1. Intimate Partner Violence Screening Tool - WAST-M.