



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

Nathaly Esperidião de Melo

**Gravidade da dor psicológica como fator de risco para comportamento  
suicida em pacientes com transtornos psiquiátricos**

Maceió  
2023

NATHALY ESPERIDIÃO DE MELO

**Gravidade da dor psicológica como fator de risco para comportamento suicida em pacientes com transtornos psiquiátricos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Epidemiologia, fisiopatologia e terapêutica em Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Maceió  
2023

## Ficha Catalográfica

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

M528g Melo, Nathaly Esperidião de.  
Gravidade da dor psicológica como fator de risco para comportamento suicida em pacientes com transtornos psiquiátricos / Nathaly Esperidião de Melo. – 2023.  
57 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. 40-46.  
Apêndices: f. 47-51.  
Anexos: f. 52-57.

1. Suicídio. 2. Dor – Aspectos psicológicos. 3. Transtornos psiquiátricos. I. Título.

CDU: 616.89-008.441.44

## Folha de Aprovação

Nathaly Esperidião de Melo

Gravidade da dor psicológica como fator de risco para comportamento suicida em  
pacientes com transtornos psiquiátricos

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  
14/07/2023.

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** VALFRIDO LEAO DE MELO NETO  
Data: 08/08/2023 12:17:00-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto**

Universidade Federal de Alagoas/ FAMED

Orientador(a)

**Banca Examinadora:**

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** MARIA CICERA DOS SANTOS DE ALBUQUEI  
Data: 07/08/2023 23:40:52-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Maria Cicera dos Santos de Albuquerque**

Universidade Federal de Alagoas/ EENF

Examinador externo

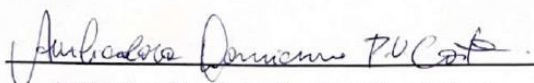
Documento assinado digitalmente  
**gov.br** ALYSSON WAGNER FERNANDES DUARTE  
Data: 28/07/2023 15:25:11-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Alysson Wagner Fernandes Duarte**

Universidade Federal de Alagoas/ FAMED

Examinador interno



**Auxiliadora Damianne Pereira Vieira da Costa**

Universidade Federal de Alagoas/ FAMED

Examinador interno

## RESUMO

O suicídio e os comportamentos relacionados representam um grande problema mundial de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte em todo mundo. Estudos apontam uma correlação entre dor psicológica e risco de suicídio, sendo a dor um componente crítico que pode influenciar os pensamentos suicidas em curto prazo. Foi objetivo geral do estudo: Analisar a gravidade da dor psicológica e sua associação com perfil sociodemográfico, traços de personalidade, história de trauma precoce e risco de suicídio. O estudo foi realizado com 8 pacientes atendidos no Hospital Geral do Estado (HGE) devido à tentativa de suicídio e 44 atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Foram aplicados os seguintes questionários: Questionário sociodemográfico e clínico próprio da pesquisa; MINI 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview); Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11); (Escala de Agressividade de Buss-Perry (AQ); Escala de dor psicológica (PAS) e Questionário de Trauma na Infância (CTQ). A maioria dos participantes (61,8%; n=21) apresentou algum risco de suicídio, classificado como baixo, moderado ou alto. Encontramos uma escore médio de  $38,48 \pm 15,11$  para dor psicológica e  $66,91 \pm 14,53$  e  $81,13 \pm 23,70$  para impulsividade e agressividade, respectivamente. Foi identificada correlação negativa entre a dor psicológica e renda familiar ( $\rho: -,320$ ; p-valor: ,030), mas positiva com impulsividade global ( $\rho: ,388$ ; p-valor: ,008) e os subtipos de impulsividade motora ( $\rho: ,350$ ; p-valor: ,017) e por não planejamento ( $\rho: ,391$ ; p-valor: ,007), assim como a agressividade global ( $\rho: ,378$ ; p-valor: ,010), raiva ( $\rho: ,424$ ; p-valor: ,003), agressão física ( $\rho: ,380$ ; p-valor: ,009) e hostilidade ( $\rho: ,328$ ; p-valor: ,026). Os resultados obtidos no presente estudo enfocam um alto risco de suicidalidade e presença de elevado escore de dor psicológica. A gravidade da dor psicológica se correlacionou com menor renda, maiores níveis de impulsividade global, motora e atencional, bem como maiores escores de agressividade global, raiva, agressão física e hostilidade, mas não com histórico de trauma precoce. Esses achados destacam a relação complexa entre a dor psicológica, fatores socioeconômicos e traços de personalidade e destacam possível associação entre essas variáveis contribuindo com o desfecho suicídio em pacientes vulneráveis.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio, prevenção ao suicídio, transtornos mentais.

## ABSTRACT

Suicide and related behaviors represent a major global public health problem, being one of the leading causes of death worldwide. Studies point to an influence between psychological pain and suicide risk, with pain being a critical component that can influence suicidal thoughts in the short term. The general objective of the study was: To analyze the severity of psychological pain and its association with sociodemographic profile, personality traits, history of early trauma and risk of suicide. The study was carried out with 8 patients attended at the General Hospital of the State (HGE) due to suicide attempts and 44 attended at the Psychiatry Ambulatory of the Prof. Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) for the treatment of psychiatric disorders. The following versions were applied: Sociodemographic and clinical questionnaire specific to the research; MINI 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview); Barratt Impulsivity Scale (BIS-11); (Buss-Perry Aggressiveness Scale (AQ); Psychological Pain Scale (PAS) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Most participants (61.8%; n=21) showed some risk of suicide, classified as low, moderate or high. found a mean score of  $38.48 \pm 15.11$  for psychological pain and  $66.91 \pm 14.53$  and  $81.13 \pm 23.70$  for impulsivity and aggressiveness, respectively. psychological pain and income familiar ( $\rho: -.320$ ; p-value: .030), but positive with global impulsivity ( $\rho: .388$ ; p-value: .008) and motor impulsivity subtypes ( $\rho: .350$  ; p-value: .017) and for not planning ( $\rho: .391$ ; p-value: .007), as well as global aggressiveness ( $\rho: .378$ ; p-value: .010), anger ( $\rho: .424$ ; p-value : .003), physical aggression ( $\rho: .380$ ; p-value: .009) and hostility ( $\rho: .328$ ; p-value: .026). suicide risk and presence of high psychological pain score. with history These findings highlight the complex relationship between psychological pain, socioeconomic factors, and personality traits, and highlight the possible association between these voluntary variables and suicide in independent patients.

Keywords: Suicide attempt, suicide prevention, mental disorders.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	10
2.1 Objetivo geral .....	10
2.2 Objetivos específicos .....	10
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	11
3.1 Panorama e epidemiologia do comportamento suicida.....	11
3.2 Traços de personalidade e sua relação com o suicídio.....	12
3.3 O impacto da presença de traumas na infância sob o comportamento suicida.....	14
3.4 Dor psicológica.....	15
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	17
4.1 Desenho, local e população do estudo.....	17
4.2. Critérios de elegibilidade.....	18
4.2.1. <b>Critérios de inclusão</b> .....	18
4.2.1. <b>Critérios de exclusão</b> .....	18
4.3 Aspectos éticos.....	18
4.4 Coleta de dados.....	19
4.4.1. <b>Questionário sócio-demográfico e clínico</b> .....	19
4.4.2. <b>BIS-11 (Escala de Impulsividade de Barratt)</b> .....	19
4.4.3. <b>AQ (Escala de Agressividade de Buss-Perry)</b> .....	20
4.4.4. <b>Escala de dor psicológica</b> .....	20
4.4.5. <b>CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)</b> .....	20
4.4.6. <b>MINI 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview)</b> .....	20
4.5. Processamento e análise dos dados.....	21
<b>5 RESULTADOS</b> .....	21
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	31
6.1 Dor psicológica.....	31
6.2 Perfil sociodemográfico, características clínicas e relação com a dor psicológica..	32
6.3 Traços de personalidade e relação com a dor psicológica.....	34
6.4 Trauma na infância e relação com a dor psicológica.....	37
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS</b> .....	40

Referências .....	41
Apêndices .....	48
Anexos .....	53



## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio e os comportamentos relacionados representam um grande problema mundial de saúde pública, com aproximadamente 700.000 mortes a cada ano, tornando-se uma das principais causas de morte em todo mundo. Além disso, estima-se que o número de tentativas de suicídio seja mais de vinte vezes maior do que as mortes por suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2021).

O comportamento suicida pode resultar da interação de muitos fatores de risco, como fatores psicossociais, biológicos, culturais e ambientais (RUMBLE *et al.*, 2018). Um dos modelos mais aceitos para explicar o comportamento suicida é o modelo estresse-vulnerabilidade descrito por Mann e Arango (1992). Neste modelo os autores descrevem que um estressor agudo (“estado”), não é suficiente para que ocorra o suicídio, mas o referem como resultado da combinação de perspectivas sociológicas, psicológicas e neurobiológicas, reafirmando a multifatorialidade do comportamento suicida.

Há muito tempo, estudos já indicavam uma correlação entre dor psicológica e risco de suicídio, sendo a dor um componente crítico que pode influenciar os pensamentos suicidas em curto prazo (MEE *et al.*, 2011; SHNEIDMAN, 1993). Teorias de ideação, como a Teoria dos Três Passos de Klonsky e May (2015), sugerem que a experiência de dor é o primeiro passo para o surgimento dos pensamentos suicidas, independentemente da sua origem, seguido de desconexão emocional e capacidade adquirida.

Viver uma vida marcada pela dor pode reduzir o desejo de viver e, conseqüentemente, despertar pensamentos suicidas. No entanto, a presença da dor por si só não é suficiente para gerar ideação suicida (KLONSKY; MAY, 2015). Compreender melhor como a dor psicológica funciona, quais os demais fatores de risco associados a ela, incluindo as características clínicas que predizem dor psicológica elevada e podem potencializar o desfecho do suicídio, pode ajudar a desenvolver intervenções mais eficazes para aliviar o sofrimento emocional e reduzir os riscos associados a ela.

Dentre outros fatores de risco que podem contribuir para o desfecho do suicídio, são citados traços de personalidade como impulsividade e agressividade. A ação impulsiva quando associada com traços relacionados à agressividade, predispõe a presença de comportamentos suicidas e a doenças psiquiátricas, como o transtorno depressivo. Além disso, a presença desses traços de personalidade se relaciona com a aplicação de métodos mais violentos e letais nas tentativas (HOLLANDER, ROSEN, 2000; SADDICHHA, SCHUETZ, 2014; DUMAIS, *et al.* 2005)

Adicionalmente, na população psiquiátrica em geral, há uma ligação significativa entre antecedentes de trauma na infância e comportamento suicida (BRUFFAERTS *et al.*, 2010). Experiências de negligência parental, abuso físico, abuso sexual ou abuso emocional durante a infância são consideradas traumáticas (TURECKI; BRENT, 2016). Investigar a presença de trauma na infância desempenha um papel crucial na compreensão das correlações existentes com o comportamento suicida. Por isso, é de suma importância avaliar se a pessoa vivenciou eventos traumáticos durante os primeiros anos de vida, como abuso, negligência ou outras formas de violência. Esses traumas podem deixar marcas emocionais profundas e contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde mental.

Embora já haja estudos indicando a correlação entre dor psicológica e risco de suicídio, poucos estudos abordam a dor psicológica como um fator central na compreensão do comportamento suicida, investigando não apenas a dor em si, mas também sua interação com outros fatores de risco, como fatores sociodemográficos, traços de personalidade (impulsividade e agressividade) e antecedentes de trauma na infância. O presente estudo propõe um aprofundamento da compreensão dos fatores associados ao comportamento suicida, com ênfase na dor psicológica e suas interações com outros elementos, contribuindo para uma abordagem mais abrangente e direcionada na prevenção do suicídio e comportamentos relacionados.

E levando em consideração a prevenção do suicídio definida pelo *Suicide Prevention Resource Center* que engloba atividades implementadas antes do surgimento de resultados adversos à saúde, é importante investigar as tentativas de suicídio, dimensionar o problema e investigar seus determinantes. Isso favorecerá a adoção de medidas mais específicas para a região estudada, a fim de reduzir as taxas de morte por suicídio (ZALSMAN, *et al.*, 2016).

Dessa forma, a pesquisa tem como questão norteadora a compreensão da associação entre a dor psicológica e outros fatores de risco relacionados ao comportamento suicida. O problema investigado é a alta incidência global de suicídio e comportamentos correlacionados, que constituem um desafio significativo para a saúde pública. A hipótese levantada é que a dor psicológica desempenha um papel crucial no desenvolvimento de pensamentos suicidas, e que sua interação com traços de personalidade, como impulsividade e agressividade, juntamente com antecedentes de trauma na infância, pode aumentar o risco de comportamentos suicidas.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo geral

- Analisar a gravidade da dor psicológica e sua associação com perfil sociodemográfico, traços de personalidade, história de trauma precoce e risco de suicídio.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra pesquisada;
- Pesquisar comportamento de risco de suicídio.
- Mensurar escores de gravidade de dor psicológica;
- Determinar a intensidade de traços de personalidade: agressividade e impulsividade;
- Investigar história de trauma na infância e/ou adolescência;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Dor psicológica

A dor psicológica, também referida como dor emocional ou mental, pode ou não ter semelhança à dor física e vai além de uma simples sensação negativa temporária (MEERWIJK *et al.* 2013). Essa dor compreende pensamentos, emoções e comportamentos caracterizados por sensação desagradável, avaliação negativa e incapacidade pessoal. Essa dor pode ser intensa e persistente, afetando significativamente o bem-estar emocional. Shneidman, descreve a dor psicológica como um estado mental intolerável e perturbador, acompanhado por fortes emoções negativas como vergonha, ansiedade, culpa, solidão e medo. Geralmente, a dor psicológica não desaparece facilmente nem em curto prazo, podendo acarretar consequências sérias ao longo do tempo. (COVINGTON, 2000; MEERWIJK, WEISS 2011; SHNEIDMAN, 1993).

A dor psicológica desempenha um papel crucial nos comportamentos suicidas, sendo considerada uma variável psicológica fundamental (CAMPOS; HOLDEN, 2020). É importante reconhecer a dor psicológica como um tipo de sofrimento mental mais primitivo do que a angústia ou a depressão. A busca por alívio dessa dor tem sido identificada como uma motivação significativa para as pessoas que tentam cometer suicídio. Assim, o desejo de escapar desse sofrimento intenso pode impulsionar alguém a considerar o suicídio como uma solução (LAMBERT *et al.*, 2020).

Segundo Shneidman (2001), o desejo subjacente ao suicídio é aliviar a dor psicológica insuportável, buscando o fim da consciência dessa dor e do sofrimento que ela acarreta. A existência de um diagnóstico psiquiátrico tem sido reconhecida como um fator de risco significativo para comportamentos suicidas, no entanto, a dor psicológica pode desempenhar um papel adicional na previsão e compreensão desses comportamentos, pois já se reconhece que “sem dor, não há suicídio”. Essa afirmativa destaca a importância da dor psicológica nos modelos de comportamento suicida (SCHNEIDMAN, 2001; KLONSKY, MAY 2015).

A dor psicológica pode estar associada a uma variedade de diagnósticos psiquiátricos (JOINER 2001). Porém, nem todos os pacientes deprimidos vivenciam dor psicológica, evidenciando uma variabilidade na sua presença (MEE *et al.* 2011). Além disso, foi observado que pacientes deprimidos que relatam níveis elevados de dor psicológica apresentam alterações na perfusão cerebral em áreas do cérebro relacionadas à regulação emocional, em comparação com pacientes deprimidos que apresentam níveis baixos de dor

psicológica. Essas descobertas sugerem que a presença e intensidade da dor psicológica podem estar associadas a diferenças neurobiológicas nos pacientes deprimidos. Esses achados indicam que a dor psicológica não é apenas um fenômeno subjetivo, mas também possui correlações objetivas com as alterações cerebrais (VAN HEERINGEN *et al.* 2010).

De acordo com Meerwijk *et al.* (2013), a dor psicológica está relacionada a uma rede neural conhecida como "rede da dor" que inclui o tálamo, o córtex pré-frontal, o córtex cingulado anterior e o córtex insular em indivíduos não suicidas. Essa rede compartilha algumas sobreposições com as regiões cerebrais envolvidas na dor física. Pesquisas realizadas na temática têm explorado diferentes abordagens no tratamento da dor psicológica, como o uso do agonista opioide buprenorfina (YOVELL *et al.*, 2016) e do anestésico cetamina (GRUNEBAUM *et al.*, 2018). Esses estudos sugerem possíveis alvos terapêuticos futuros para reduzir o sofrimento e o risco de suicídio subsequente.

### 3.2 Panorama e epidemiologia do comportamento suicida

O comportamento suicida é uma preocupação mundial de saúde pública, associado a mortes prematuras, incapacidade e comprometimento funcional. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o suicídio seja a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, sendo responsável pela morte de mais de 700 mil pessoas por ano no mundo. Este fenômeno afeta pessoas independente de sexo, cultura, idade e classe social. No entanto, existem pessoas e cenários mais propícios a esse desfecho, pois a sua etiologia se relaciona a fatores de natureza social, econômica, política, cultural, psicológica e biológica (OMS, 2021).

No Brasil, o número de mortes por suicídio tem apresentado um aumento exponencial, passando de 9.454 casos em 2010 para 13.523 em 2019. Essas taxas elevadas colocam o país entre os dez com maior incidência de suicídios no mundo. No período de 2010 a 2013, foram registrados, no Brasil, 112.230 mortes por suicídio (BOTEGA, 2014). Em 2019, a taxa calculada foi de 6,6 mortes por 100 mil habitantes, sendo as Regiões Sul e Centro-Oeste as áreas com as maiores taxas de suicídio (BRASIL, 2021).

Quanto às características sociodemográficas, observou-se uma maior prevalência de suicídio entre homens, com um risco 3,8 vezes maior em comparação às mulheres. Houve um aumento substancial de incidência de suicídios em todas as faixas etárias, de 2010 a 2019. A faixa etária de 20 a 39 anos apresentou maiores taxas de lesões autoprovocadas, correspondendo a 46,3% dos casos. Destaca-se também o aumento significativo nas taxas de

mortalidade entre os adolescentes, com um aumento de 81%, evoluindo de 3,5 para 6,4 mortes a cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2021).

A maioria das lesões autoprovocadas registradas no período ocorreu entre indivíduos com ensino médio completo ou incompleto (30,3%). Em relação à raça, a maior prevalência foi encontrada em indivíduos que se identificavam como brancos (47,3%). Os métodos mais utilizados foram envenenamento (60,2%), seguido de uso de objetos perfurocortantes (16,2%) (BRASIL, 2021).

Embora a maioria dos suicídios consumados ocorra em homens, as tentativas são mais frequentes entre as mulheres. Dentre os fatores de risco gerais, destacam-se tentativas de suicídio anteriores, automutilação, transtornos psiquiátricos e dependência ou abuso álcool e/ou outras substâncias psicoativas. No entanto, é importante ressaltar que cerca de 5% dos pacientes psiquiátricos cometem suicídio. Dessa forma, faz-se necessário entender quais são os outros fatores que determinam o comportamento suicida (BACHMANN, 2018; LESAGE *et al.*, 1994; MORTENSEN *et al.*, 2000).

Outras variáveis que demonstram associação significativa com risco de suicídio são alterações cognitivas, histórico de abuso infantil e abuso na vida adulta, comprometimento funcional e traços de personalidade. Evidências sugerem que comportamentos impulsivos e agressivos estão frequentemente presentes na maioria dos indivíduos que cometem suicídio, indicando uma correlação positiva entre esses traços de personalidade e a manifestação do comportamento suicida. (RICHARD-DEVANTOY *et al.*, 2012; ÁSGEIRSDÓTTIR *et al.*, 2018; TURECKI, 2005; MCGIRR *et al.*, 2008)

Os transtornos psiquiátricos também são comumente associados às tentativas de suicídio, sendo os mais comuns a depressão, transtorno bipolar, transtornos de personalidade e a esquizofrenia. Os transtornos de humor são os que mais se destacam nessa correlação. A depressão, em particular, está fortemente associada às tentativas de suicídio, visto que seus sintomas se conectam a fatores importantes desse desfecho (GOMES *et al.*, 2019).

### 3.3 Traços de personalidade e sua relação com o suicídio

Os traços de personalidade são descritos como fenótipos complexos, que são determinados pelo ambiente, por genes individuais e interações gene-gene e gene-ambiente. A impulsividade e a agressividade, por exemplo, são traços de personalidade que se relacionam ao risco de suicídio bem como utilização de métodos mais violentos e tentativas em indivíduos mais jovens (HIRVIKOSKI, JOKINEN 2012; DUMAIS *et al.*, 2005).

Estudos têm observado que fatores de desenvolvimento cerebral e maturação influenciam a variabilidade do comportamento impulsivo e agressivo durante o desenvolvimento inicial do sujeito. Além disso, vivenciar experiências traumáticas na infância apresenta potencial para aumentar a impulsividade, diminuir a capacidade do cérebro de inibir ações negativas e dificultar o controle emocional (ROMER, 2010; BRAQUEHAIS *et al.*, 2010). Jordan *et al.* (2019) apoiaram a hipótese de que a impulsividade e o comportamento suicida apresentam relação indireta, podendo ocorrer através da exposição a eventos dolorosos e provocativos.

A impulsividade é definida como uma capacidade aumentada de apresentar comportamentos rápidos e não planejados, de forma a não considerar as possíveis consequências negativas de suas ações (MOELLER *et al.*, 2001). A impulsividade é considerada fator de risco para o suicídio, e indivíduos com esse traço de personalidade apresentam maior propensão a agir em uma tentativa “planejada”, pois os planos podem permanecer inativos até encontrarem circunstâncias que ocasionem certo comprometimento do controle comportamental (DOIHARA *et al.* 2012; WITTE *et al.* 2008). Quando a impulsividade é associada a episódios depressivos, por exemplo, o risco de suicídio é ainda maior. Além disso, é importante considerar que quanto mais grave um desses fatores, menor gravidade é necessária no outro para aumentar o risco de suicídio. Ou seja, a presença simultânea de impulsividade e depressão pode potencializar o risco de comportamento suicida, mesmo que um dos fatores seja menos severo em comparação ao outro. (SWANN *et al.* 2007; WITTE *et al.* 2008).

A impulsividade ocorre quando há um desequilíbrio na inibição da ação e pode ser medida como uma característica de personalidade e atitude. Frequentemente é estimada por escalas como: Escala de Impulsividade de Barratt e Escala de Urgência Positiva (SWANN *et al.* 2005). Existem ainda, algumas características consideradas de risco para o surgimento ou agravamento da impulsividade, tais como: hiperexcitação, interrupção do sono, estressores, superestimulação ou utilização de agentes farmacológicos (prescritos ou não) que produzem desinibição comportamental ou facilitam a superestimulação. Com o aumento da impulsividade, conseqüentemente, há um aumento do risco de suicídio, principalmente quando associado a quadros depressivos (SWAN *et al.*, 2020; SWANN *et al.* 2009).

Herman e Duka (2018) descreveram o conceito de impulsividade em três categorias: impulsividade reflexiva (preparação impulsiva da ação), impulsividade motora (execução impulsiva da ação) e impulsividade temporal (impulsividade no estágio de resultado da ação). Mais detalhadamente, a impulsividade reflexiva pode ser descrita como uma tendência a

tomar decisões sem uma análise criteriosa das informações disponíveis. Nesse contexto, as escolhas são feitas de maneira rápida e pouco racional, o que aumenta a probabilidade de cometer erros e experimentar arrependimentos posteriores. Essa falta de consideração cuidadosa pode ter um impacto significativo na qualidade das decisões tomadas e nas consequências resultantes (KAGAN, 1965; KAGAN *et al.*, 1964).

Por outro lado, a impulsividade motora, está relacionada à execução inadequada de ações motoras devido a uma incapacidade de “parar” ou de esperar pelo momento adequado para agir. Estudos realizados por Logan (1994) e Hogg *et al.* (1975) forneceram evidências que sustentam essa relação. Já impulsividade temporal envolve a dificuldade de aguardar recompensas. Por exemplo, pessoas com esse tipo de impulsividade tendem a preferir receber uma quantia menor de forma imediata em vez de esperar por uma quantia maior disponível em um período mais longo (KIRBY *et al.*, 1999).

A agressividade é outro traço de personalidade que pode predispor a um maior risco de pensamentos e comportamentos suicidas e vice-versa. Teorias sugerem que a agressão apresenta potencial de ocasionar uma autolesão letal (JOINER, 2005; GVION; APTER, 2011; HARTLEY *et al.*, 2018). Além disso, alguns estudos têm demonstrado forte associação entre comportamentos agressivos e comportamento suicida em amostras psiquiátricas e não psiquiátricas (GVION; APTER, 2012; GVION; APTER, 2011). A agressão pode ser dividida em: agressão verbal, agressão física, hostilidade e raiva (BUSS; PERRY, 1992).

Outras pesquisas corroboram a relação entre agressividade e comportamento suicida, bem como o uso de métodos mais letais. Esses estudos revelam diferenças notáveis entre gêneros e comportamento suicida: as mulheres têm uma maior incidência de tentativas de suicídio em comparação aos homens, no entanto, os homens morrem mais frequentemente por suicídio. Esse achado pode ser explicado pela adoção de métodos mais letais nas tentativas de suicídio praticadas por homens, pois o gênero masculino frequentemente apresenta maior incidência de características como impulsividade e agressividade e tendência a responder com comportamentos agressivos em situações estressoras (CHAPPLE; JOHNSON 2007; MERGL *et al.*, 2015; FREEMAN *et al.*, 2017; SHELEF, 2021).

### 3.4 O impacto da presença de traumas na infância sob o comportamento suicida

A probabilidade de apresentar transtornos psiquiátricos, que podem iniciar na infância e perdurar até a vida adulta, aumenta de forma significativa com a exposição a traumas, violência física e emocional e história de abuso sexual vivenciadas na infância. O início do



desenvolvimento do indivíduo é crucial para o desenvolvimento do cérebro, fazendo com que experimentar essas experiências tenham consequências a longo prazo (BRIGGS-GOWAN *et al.*, 2010). Se deve levar em consideração, ainda, que essas adversidades vivenciadas na infância além de predispor a várias psicopatologias também podem ocasionar diversas outras patologias, incluindo doenças cardíacas e câncer (NILSSON *et al.*, 2008; KELLY-IRVING *et al.*, 2013)

Do ponto de vista fisiológico, o estresse precoce grave pode induzir uma série de eventos que influenciam o desenvolvimento normal do cérebro e a hiperatividade no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), sistema importante na fisiopatologia do suicídio (TEICHER *et al.* 2002; WHITNALL *et al.* 1993). Além disso, como resposta ao trauma, o sistema imunológico ativa vias inflamatórias de sinalização. Nos neurônios, o aumento das citocinas resulta em efeitos neurotóxicos e excitotóxicos, levando a déficits neurocognitivos que se associam a alterações na neuroplasticidade, brotamento sináptico, amostragem microglial, neurogênese reduzida, estresse nitro-oxidativo elevado e, finalmente, neurodegeneração, alterando a sinalização neuronal e a densidade da matéria cerebral, resultando em volumes hipocâmpais menores (LIPPARD, NEMEROFF 2020; SERAFINI *et al.*, 2020; OLMOS, LLADÓ 2014; VYTHILINGAM *et al.*, 2002).

Essas adversidades vivenciadas na infância, também estão relacionadas a um aumento na resposta emocional ao estresse (KORKEILA *et al.*, 2010). Em um estudo realizado nessa área, observou-se que pacientes com depressão associada a histórico de trauma na infância respondem de forma excessiva a situações estressoras quando comparados a pacientes também deprimidos, mas sem o histórico de trauma (SAR *et al.* 2009). Além disso, pacientes que apresentam transtornos psiquiátricos e que vivenciaram traumas na infância apresentam recuperação mais lenta, períodos mais longos com sintomas depressivos e início mais precoce desses sintomas (VALLATI *et al.* 2020).

Outros estudos relacionaram o histórico de trauma na infância à presença de automutilação e comportamento suicida, considerando-o como fator de risco forte e independente para tentativa de suicídio (JOINER *et al.* 2007; GLASSMAN *et al.* 2007). Também foi relatado associação entre tentativa de suicídio e impulsividade em crianças com história de abuso sexual, físico e abuso emocional (BRODSKY *et al.* 2001; YANIK; OZMEN 2002).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Desenho, local e população do estudo

O presente estudo faz parte do projeto intitulado "Tentativas de suicídio atendidas no Hospital Geral do Estado (HGE) em Maceió: Um estudo epidemiológico translacional com intervenção clínica em seguimento de 12 meses", financiado pelo Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS): Gestão Compartilhada em Saúde Decit-SCTIEMS/CNPq/FAPEAL, e Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas – Edital 2020.

Trata-se de um estudo quantitativo transversal analítico, realizado no período de março de 2022 a março de 2023 com casos de tentativa de suicídio que foram identificados entre os atendimentos realizados no Hospital Geral do Estado (HGE), localizado em Maceió, Alagoas, Brasil. Uma vez aceitando participar do estudo, os pacientes foram convidados para continuar a investigação sobre o comportamento suicida no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes (HUPAA/UFAL). Além disso, a coleta e aplicação dos questionários foram ampliadas para o Ambulatório de Psiquiatria do HUPAA/UFAL para investigação dos pacientes que também já são atendidos neste local, reconhecendo a relevância da investigação desse público para o campo da suicidologia e identificando essa expansão como oportunidade para o crescimento do estudo.

Obtivemos um total de 52 pacientes, sendo 8 encaminhados do Hospital Geral do Estado (HGE) para o Ambulatório do HUPAA/UFAL devido a tentativa de suicídio, e 44 pacientes que estavam sendo atendidos no Ambulatório do HUPAA/UFAL para tratamento de transtornos psiquiátricos. Os pacientes atendidos no ambulatório do HU foram selecionados por conveniência à medida que foram sendo identificados dentre os atendimentos.

Para calcular a amostra dos pacientes que tentaram o suicídio, consideramos um estudo prévio que identificou um total de 141 mortes por suicídio em Maceió entre os anos de 2013 e 2015, com uma média anual de 47 mortes por suicídio na cidade. 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 deveriam chegar a serem atendidas em Maceió, num período de 12 meses. A partir deste número, calculou-se 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 228 casos. Considerando uma taxa de 20% de perdas, ajustou-se a amostra para 274 casos a serem investigados num período de 12 meses. Assim, o tamanho da amostra obtido no presente estudo não é representativo dos pacientes que tentam suicídio em Maceió.

Para o cálculo da amostra de pacientes atendidos ambulatorialmente, considerando uma população de cerca de 300 pacientes, com um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 10%, o tamanho ideal da amostra seria de 73 pessoas. Dessa forma, o N do presente estudo também não é representativo do ambulatório de psiquiatria do HUPAA.

## 4.2. Critérios de elegibilidade

### 4.2.1. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que tenham dado entrada no Hospital Geral do Estado (HGE) por tentativa de suicídio ou que estavam sendo atendidos ambulatorialmente no Ambulatório de Psiquiatria do HUPAA/UFAL para o tratamento de transtornos psiquiátricos.

### 4.2.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes com déficit intelectual significativo, que dificultasse claramente a compreensão das perguntas feitas durante a entrevista, bem como pacientes com transtornos psicóticos crônicos, como esquizofrenia, e transtornos de humor com sintomas psicóticos agudos, como depressão com sintomas psicóticos e transtorno bipolar com sintomas psicóticos.

## 4.3 Aspectos éticos

Conforme mencionado anteriormente, este estudo faz parte de um projeto maior, intitulado "Tentativas de suicídio atendidas no Hospital Geral do Estado (HGE) em Maceió: Um estudo epidemiológico translacional com intervenção clínica em seguimento de 12 meses", o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas em atendimento as resoluções nº466/122 e 510/16 sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (nº do protocolo no CEP: 4.696.966 [Anexo A])

Os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa foram convidados pelos pesquisadores responsáveis a participar do estudo. Foram devidamente

esclarecidos sobre o objetivo, métodos, desconfortos e os benefícios do estudo, além da liberdade em retirar sua participação do estudo a qualquer momento. Após a confirmação da participação voluntária no estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E) (Apêndice A), formalizando sua participação na pesquisa.

#### 4.4. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através dos seguintes instrumentos:

##### **4.4.1. Questionário sociodemográfico e clínico**

Elaborado para o presente estudo, tem como objetivo coletar informações sobre os participantes como idade, ocupação, escolaridade, gênero, cor/raça, estado civil, renda e dados sobre história clínica e características da tentativa de suicídio (Apêndice B).

As variáveis foram descritas da seguinte forma: A variável sexo foi dividida em feminino e masculino; estado civil: com companheiro(a) ou sem companheiro(o); situação ocupacional: ativo ou inativo; prole: com filhos ou sem filhos e procedência: capital (para aqueles procedentes de Maceió) ou interior do estado. A idade foi descrita em anos e a renda familiar e per capita em reais (R\$). A escolaridade foi considerada como variável numérica sendo que cada ano de estudo equivale a uma unidade na resposta. Assim, por exemplo, um participante que concluiu o ensino fundamental, teve como resposta 9 anos de estudo. Já aquele que concluiu o ensino médio teve 12 anos de estudo. Nessa variável não são computados números a mais para os anos repetidos, apenas para os anos concluídos e com aprovação. Para a variável cor/raça, as respostas possíveis foram consideradas como branco ou não-branco (a qual incluía preto, pardo, indígena, amarelo ou qualquer outra denominação dada pelo próprio participante).

##### **4.4.2. BIS-11 (Escala de Impulsividade de Barratt)**

Esta escala é composta por 30 itens, do tipo likert de 4 pontos: nunca ou raramente (1 ponto), ocasionalmente (2 pontos), frequentemente (3 pontos) ou muito frequentemente (4 pontos). A versão original do instrumento consiste em três subescalas: 1) impulsividade atencional, composta por 8 itens (pontuação máxima de 32 pontos); 2) impulsividade motora, composta por 11 itens (pontuação máxima de 44 pontos); e 3) impulsividade relacionada à dificuldade de planejamento, composta por 11 itens (pontuação máxima de 44 pontos). A soma das três escalas perfaz uma pontuação máxima de 120 pontos. Quanto maiores os

valores obtidos na escala, maiores os níveis de impulsividade. A BIS-11 foi traduzida e submetida ao processo de adaptação transcultural para o contexto brasileiro por Malloy-Diniz *et al.* (2010). (Anexo B)

#### **4.4.3. AQ (Escala de Agressividade de Buss-Perry)**

É um instrumento psicométrico amplamente utilizado para medir a agressividade em indivíduos. É composta por 29 itens que avaliam diferentes aspectos da agressividade: agressividade física, agressividade verbal, raiva e hostilidade. Os participantes respondem aos itens indicando o grau de concordância com cada afirmação em uma escala de Likert de 7 pontos, variando de "discordo total" a "concordo totalmente". Quanto maiores os valores, maiores os níveis de agressividade. A escala foi validada no português por Gouveia *et al.* (2008). (Anexo C)

#### **4.4.4. Escala de dor psicológica**

A escala consiste em um questionário com 28 itens que avaliam a experiência da dor psicológica durante o desenvolvimento do indivíduo, avaliando sua frequência e intensidade. Cada item é pontuado em uma escala de Likert, que varia de 1 a 5, representando desde "nunca" até "sempre", sendo que quanto maiores os escores, maior o nível de dor. A escala foi traduzida e validada para o português por Campos, Holden e Gomes (2018). (Anexo D)

#### **4.4.5. CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)**

O questionário conta com 28 assertivas compostas por afirmações nas quais o indivíduo deve indicar a frequência com que experimentou cada uma delas ao longo de seu desenvolvimento. O instrumento avalia 5 componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Os itens são respondidos de forma autoaplicável por meio de escala tipo Likert de 5 pontos, com graduação que vai de 1 (nunca) a 5 (sempre). O questionário foi traduzido e validado para o português por Grassi-Oliveira; Stein e Pezzi (2006). (Anexo E)

#### **4.4.6. MINI 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview)**

É uma entrevista diagnóstica padronizada que tem como objetivo explorar os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição) de forma rápida, levando cerca de 15 minutos para ser

aplicada. Sua estrutura é composta por módulos diagnósticos independentes, cada um focado na avaliação da presença de um transtorno psiquiátrico específico. Ao todo, são abordados 17 transtornos psiquiátricos distintos por meio desses módulos. Neste estudo foi utilizado apenas o módulo C, referente ao risco suicídio. Foi validado e adaptado ao português por Amorim (2000). (Anexo F)

#### 4.5. Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram digitados em planilha do Excel e analisados com auxílio do programa estatístico SPSS, versão 29. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva da amostra, com cálculo de frequências, com números absolutos e porcentagens. Em seguida foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para examinar a normalidade da amostra. As variáveis contínuas obtiveram distribuição normal e foram analisadas por meio do Teste t de Student para comparação de médias entre grupos. As variáveis quantitativas foram investigadas para determinação de correlação por meio do teste de correlação de Pearson. As associações entre variáveis categóricas foram analisadas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson.

Os grupos foram divididos com base nos escores obtidos na Escala de Dor Psicológica: aqueles com escores abaixo de 30 foram designados para o grupo "Sem risco de suicídio", enquanto aqueles com escores acima de 30 foram incluídos no grupo "Com risco de suicídio". Essa divisão foi estabelecida com base no estudo de Holden e Campos (2020), que demonstrou que esse ponto de corte identifica pacientes com alta dor psicológica e, portanto, maior risco de suicídio (AUC = 0,754; SE = 0,035; sensibilidade = 0,70; especificidade = 0,85; OR = 11,68).

## 5 RESULTADOS

Foram incluídos na pesquisa 52 pacientes, sendo 8 encaminhados do Hospital Geral do Estado (HGE) devido a tentativa de suicídio, e 44 pacientes que estavam sendo atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes para tratamento de transtornos psiquiátricos.

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico da amostra estudada, a maioria dos participantes era do sexo feminino (73,1%; n=38), de etnia não-branca (67,3%; n=35), estado civil sem companheiro (55,8%; n=29), com filhos (82,7%; n=43), situação ocupacional inativa (73,1%, n=38) e procedentes da capital do estado (69,2%; n=36).

A média de idade da amostra foi de 50,8 ( $\pm 14,06$ ) anos, variando de 22 a 85 anos. A renda familiar foi de R\$2137,8 ( $\pm 1815,2$ ) e a renda per capita foi de e R\$ 1262,5 ( $\pm 1605,6$ ). A escolaridade dos participantes variou de 0 a 21 anos de estudo com uma média de 9,3( $\pm 5,8$ ) anos. Todos os dados referentes à caracterização geral da população estudada estão descritos na Tabela 1.

**Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos pacientes investigados no Hospital Geral do Estado por tentativa de suicídio e no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.**

Variáveis	N	%	Média	DP*
<b>Sexo</b>				
Feminino	38	73,1		
Masculino	14	26,9		
<b>Idade</b>			50,8	14,6
<b>Escolaridade (em anos)</b>			9,3	5,8
<b>Etnia</b>				
Branco	17	32,7		
Não-branco	35	67,3		
<b>Estado civil</b>				
Com companheiro (a)	23	44,2		
Sem companheiro (a)	29	55,8		
<b>Prole</b>				
Com filho(s)	43	82,7		
Sem filho(s)	9	17,3		
<b>Situação ocupacional</b>				
Ativo	14	26,9		

Inativo	38	73,1		
<b>Renda familiar (R\$)</b>			2137,8	1815,2
<b>Renda per capita (R\$)</b>			1262,5	1605,6
<b>Procedência</b>				
Capital	36	69,2		
Interior do estado	16	30,8		

\*DP: Desvio padrão

Com relação à caracterização do comportamento suicida da amostra, como já referido anteriormente, 8 pacientes estavam sendo atendidos em serviço de urgência devido à tentativa de suicídio próxima e 44 estavam em atendimento ambulatorial para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Dos pacientes incluídos na amostra, 42,3% (n=22) deles já haviam tentado o suicídio em algum momento da vida, sendo que 21,2% (n=11), já haviam tentado mais de uma vez. A maioria das tentativas foi não planejada (81,3%; n=13) e a maioria dos pacientes questionados sobre a possibilidade de tentar o suicídio novamente afirmou que existia chance, seja forte ou fraca (54,6%; n=6).

Em relação aos resultados obtidos no Módulo C do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0) sobre o risco de suicídio, a maioria dos participantes (61,8%; n=21) apresentou algum risco de suicídio, classificado como baixo, moderado ou alto. O maior percentual foi observado no grupo com risco alto (26,5%; n=9). Aproximadamente 38,2% (n=13) dos participantes relataram ter tido ideação suicida passiva no último mês, enquanto 26,5% (n=9) mencionaram ideação suicida ativa. Em relação às tentativas de suicídio no último mês, um paciente (2,9%; n=1) relatou ter feito uma tentativa. É importante destacar ainda, que o número de pacientes que responderam ao módulo de suicidalidade do MINI 5.0.0 é inferior ao número total de participantes do estudo, totalizando 34 pacientes. Isso ocorreu porque o referido questionário foi administrado apenas a uma parte dos pacientes atendidos no ambulatório para tratamento de transtornos psiquiátricos. Com o decorrer da aplicação dos demais questionários, foi percebida a necessidade de complementar essa avaliação, a partir daí, foi incluído o MINI 5.0.0.



**Tabela 2. Caracterização do comportamento suicida dos pacientes investigados no Hospital Geral do Estado por tentativa de suicídio e no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.**

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Motivo do atendimento</b>		
Tentativa de suicídio	8	15,4
Tratamento de transtornos psiquiátricos	44	84,6
<b>Tentativa de suicídio</b>		
Já tentou suicídio	22	42,3
Nunca tentou suicídio	30	57,7
<b>Tentativas anteriores</b>		
Sim	11	21,2
Não	41	78,8
<b>Planejamento da tentativa</b>		
Tentativa planejada	3	18,8
Tentativa não planejada	13	81,3
<b>Chance de tentar novamente</b>		
Sim, forte	2	18,2
Sim, fraca	4	36,4
Não há chance	5	45,5
<b>Grau de suicidalidade – MINI 5.0.0</b>		
Sem risco	13	38,2
Risco baixo	8	23,5
Risco moderado	4	11,8
Risco alto	9	26,5
<b>Ideação passiva</b>		
Não	21	61,8
Sim	13	38,2
<b>Ideação ativa</b>		
Não	25	73,5
Sim	9	26,5
<b>Tentativa no último mês</b>		
Não	33	97,1
Sim	1	2,9

\*Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0)

A tabela 3 apresenta as médias e desvio-padrão relacionados aos traços de personalidade de impulsividade e agressividade conforme pontuação obtida nos questionários de Escala de Impulsividade de Barrat – BIS 11 e Escala de Agressividade de Buss-Perry –

AQ, respectivamente, além da dor psicológica e de trauma na infância, incluindo a ocorrência de abuso emocional, físico, sexual e negligência emocional e física.

**Tabela 3. Escores de impulsividade (Escala de Impulsividade de Barrat – BIS 11), agressividade (Escala de Agressividade de Buss-Perry - AQ), dor psicológica (Escala de Dor psicológica - PAS) e trauma na infância (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ) em pacientes investigados no Hospital Geral do Estado por tentativa de suicídio e no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.**

Variáveis	N	Média	DP*	Mínimo	Máximo
<b>Impulsividade total</b>	46	66,91	14,53	40	96
Impulsividade motora	46	20,24	4,882	13	33
Impulsividade atencional	46	19,85	5,70	9	32
Impulsividade por falta de planejamento	46	26,83	6,23	13	42
<b>Agressividade total</b>	46	81,13	23,70	45	132
Raiva	46	22,35	6,63	8	35
Agressão física	46	23,15	7,45	12	42
Hostilidade	46	23,48	7,06	9	39
Agressão verbal	46	12,15	5,20	5	25
<b>Dor psicológica</b>	52	38,48	15,11	13	64
<b>Trauma na infância</b>	26	52,77	22,01	30	110
Abuso emocional	26	13,25	6,28	5	25
Abuso físico	26	9,92	6,40	4	34
Abuso sexual	26	6,19	2,98	5	16
Negligência emocional	26	12,58	5,91	5	16
Negligência física	26	10,73	4,58	5	22

\*DP: Desvio padrão

Nas tabelas 4 e 5, estão apresentados os coeficientes de correlação de Pearson para a maioria das variáveis analisadas neste estudo. Ao realizar a análise de correlação da escala de dor psicológica, observamos uma correlação fraca negativa com a renda familiar. Isso significa que há uma tendência de que quanto menor for a renda familiar, maior será a intensidade da dor psicológica.

Além disso, foi identificada correlação fraca positiva entre a dor psicológica e o grau de impulsividade global e os subtipos de impulsividade motora e por não planejamento. Esses resultados indicam que indivíduos com maior nível de dor psicológica também apresentaram

maiores pontuações nos aspectos relacionados à impulsividade motora e por não planejamento.

Tabela 4. Coeficientes de correlação de Pearson de 13 variáveis avaliadas na amostra de pacientes investigados no Hospital Geral do Estado por tentativa de suicídio e no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.

	RF	MINI	BIS	BM	BA	BNP	CTQ	CTE	CTF	CTS	CTNE	CTNF	EDP
RF	1	-,245	-,413*	-,271	-,430*	-,366*	-,340	-,186	-,388	-,108	-,193	-,507*	-,320*
MINI		1	,569**	,565**	,209	,565**	,235	,286	,286	-,185	,163	,297	,326
BIS			1	,818**	,852**	,911**	,378	,358	,524**	-,083	,305	,259	,388**
BM				1	,513**	,655**	,227	,282	,377	-,066	,079	,120	,350*
BA					1	,668**	,252	,283	,326	-,118	,279	,089	,261
BNP						1	,438*	,288	,569**	,000	,371	,439*	,391**
CTQ							1	,897**	,892**	,568**	,909**	,791**	,225
CTE								1	,746**	,443*	,802**	,577**	,365
CTF									1	,449*	,741**	,621**	,271
CTS										1	,370	,367	-,263
CTNE											1	,704**	,217
CTNF												1	,094
EDP													1

RF: renda familiar; MINI: escore total da suicidalidade do MINI IV; BIS: pontuação total de impulsividade do BIS11; BM: pontuação de impulsividade motora; BA: pontuação de impulsividade atencional; BNP: pontuação de impulsividade por não planejamento; CTQ: pontuação total de trauma na infância do CTQ; CTE: pontuação de abuso emocional; CTF: pontuação de abuso físico; CTS: pontuação de abuso sexual; CTNE: pontuação de negligência emocional; CTNF: pontuação de negligência física; EDP: escala de dor psicológica.

Em relação à escala de agressividade, os resultados demonstraram correlações positivas fracas entre a dor psicológica e as medidas de agressividade global, raiva, agressão física e hostilidade. Esse achado sugere que existe uma associação leve entre a intensidade da dor psicológica e os níveis relatados de agressividade, indicando que indivíduos que experimentam maior dor psicológica tendem a apresentar pontuações mais altas nas medidas de agressividade global, raiva, agressão física e hostilidade.

Tabela 5. Coeficientes de correlação de Pearson de 14 variáveis avaliadas na amostra de pacientes investigados no Hospital Geral do Estado por tentativa de suicídio e no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.

	RF	MINI	AQ	AQR	AQF	AQH	AQV	CTQ	CTE	CTF	CTS	CTNE	CTNF	EDP
RF	1	-,245	-	-,339*	-	-	-,301	-,340	-,186	-,388	-,108	-,193	-,507*	-,320*
MINI		1	,466**	,448**	,424**	,561**	,556**	,235	,286	,286	-,185	,163	,297	,326
AQ			1	,881**	,944**	,903**	,852**	,471*	,502*	,543**	,011	,335	,385	,378**
AQR				1	,765**	,738**	,638**	,547**	,601**	,528**	,077	,431*	,466*	,424**
AQF					1	,799**	,808**	,383	,447*	,480*	-,038	,262	,250	,380**
AQH						1	,670**	,459*	,386	,563**	,117	,309	,420*	,328*
AQV							1	,252	,343	,324	-,175	,158	,204	,192
CTQ								1	,897**	,892**	,568**	,909**	,791**	,225

CTE	1	,746**	,443*	,802**	,577**	,365
CTF		1	,449*	,741**	,621**	,271
CTS			1	,370	,367	-,263
CTNE				1	,704**	,217
CTNF					1	,094
EDP						1

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01

\* A correlação é significativa no nível 0,05

RF: renda familiar; MINI: escore total da suicidalidade do MINI IV; AQ: pontuação total de agressividade do AQ; AQR: pontuação do AQ relacionada a raiva; AQF: pontuação do AQ relacionada a agressão física; AQH: pontuação do AQ relacionada a hostilidade; AQV: pontuação do AQ relacionada a agressão verbal; CTQ: pontuação total de trauma na infância do CTQ; CTE: pontuação de abuso emocional; CTF: pontuação de abuso físico; CTS: pontuação de abuso sexual; CTNE: pontuação de negligência emocional; CTNF: pontuação de negligência física; EDP: escala de dor psicológica.

Para análise de associação entre grupos, os participantes foram divididos em dois grupos distintos: aqueles com risco de suicídio (pontuação igual ou superior a 30 na Escala de Dor Psicológica) e aqueles sem risco de suicídio (pontuação inferior a 30).

Essa abordagem de divisão em grupos com base nos níveis de dor psicológica visa explorar as diferenças entre os indivíduos que apresentam maior intensidade de dor psicológica, considerada um fator significativo para a tentativa de suicídio, e aqueles que relatam menor dor psicológica, provavelmente associada a um menor risco.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação a sexo, idade, estado civil, situação ocupacional, escolaridade ou renda per capita entre os grupos. Isso sugere que eles apresentam características sociodemográficas semelhantes na maioria das variáveis analisadas. No entanto, a análise estatística revelou uma diferença significativa entre os dois grupos em relação à renda familiar, com um valor de p de 0,014, apontando que a renda familiar é menor no grupo que apresenta maior dor psicológica e, por consequência, maior risco de suicídio.

**Tabela 7. Análise da associação das variáveis sociodemográficas e escores da escala de dor psicológica (PAS) com o risco de suicídio medido pelo grau de dor psicológica dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.**

Variáveis	Sem risco de suicídio (PAS <30) N=19		Com risco de suicídio (PAS >30) N=33		Análise estatística			
	Média	DP	Média	DP	$\chi^2$ p valor	Limite inferior	Limite superior	Teste t de Student p valor
<b>Idade</b>	55,74	15,43	48,06	13,66				
<b>Sexo; N (%)</b>					,940			
Masculino	5 (26,3)		9 (27,2)					
Feminino	14 (73,4)		24 (72,7)					

<b>Estado civil; N (%)</b>									,416
Com companheiro(a)	7 (36,8)		16 (48,5)						
Sem companheiro (a)	12 (63,2)		17 (51,5)						
<b>Situação ocupacional; N (%)</b>									,940
Ativo	5 (26,3)		9 (27,3)						
Inativo	14 (73,7)		24 (72,7)						
<b>Escolaridade</b>	10,74	6,4	8,48	5,49		,187	-1,127	5,631	
<b>Renda familiar</b>	2944,44	2159,03	1619,25	1358,0		,014	285,50	2367,88	
				6					
<b>Renda per capita</b>	1745,83	2248,31	940,28	887,75		,100	-159,86	1770,96	

Na análise da impulsividade, foram examinados tanto a presença de impulsividade global quanto os subtipos específicos, incluindo impulsividade motora, impulsividade atencional e impulsividade por falta de planejamento. Os resultados mostraram uma associação estatisticamente significativa entre níveis mais elevados de impulsividade por falta de planejamento e o grupo com risco de suicídio ( $p=0,046$ ). As demais variáveis referentes à impulsividade não demonstraram significância estatística (tabela 8).

De acordo com os resultados apresentados na tabela 8, a maioria das escalas que avaliam a presença de agressividade, como agressividade total, agressividade física, raiva e hostilidade, demonstrou diferenças estatisticamente significativas, com valores de  $p$  inferiores a 0,05. No entanto, não foram observadas diferenças significativas em relação à agressividade verbal (tabela 8).

**Tabela 8. Análise da associação dos traços de personalidade (impulsividade e agressividade) com o risco de suicídio medido pelo grau de dor psicológica dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.**

Variáveis	Sem risco de suicídio (PAS <30) N=18		Com risco de suicídio (PAS >30) N=28		Análise estatística Teste t de Student		
	Média	DP	Média	DP	p valor	Limite inferior	Limite superior
<b>BIS-11* total</b>	62,58	14,06	69,71	14,37	,104	-15,839	1,251
<b>BIS-11 – Impulsividade motora</b>	19,11	4,63	20,96	4,97	,213	-4,806	1,099
<b>BIS-11 – Impulsividade atencional</b>	18,89	5,64	20,46	5,76	,367	-5,057	1,906
<b>BIS-11 – Falta de planejamento</b>	24,56	5,44	28,29	6,35	,046	-7,395	-,065
<b>AQ** total</b>	71,61	22,42	87,25	22,81	,027	-29,44	-1,837

<b>AQ – Raiva</b>	19,33	5,13	24,29	6,84	,012	-8,75	-1,15
<b>AQ – Agressividade física</b>	20,33	7,49	24,96	6,97	,038	-9,00	-,259
<b>AQ – Hostilidade</b>	20,39	6,38	25,46	6,86	,016	-9,14	-1,00
<b>AQ – Agressividade verbal</b>	11,56	5,28	12,54	5,21	,539	-4,17	2,20

\*BIS-11: Escala de Impulsividade de Barratt; \*\*AQ: (Escala de Agressividade de Buss-Perry)

Não foram observados resultados estatisticamente significativos em relação à associação entre história de trauma precoce e risco de suicídio medido pela presença de elevada dor psicológica. Os valores de p não apresentaram significância em nenhuma das subescalas analisadas (tabela 9).

**Tabela 9. Análise da associação de história de trauma precoce com o risco de suicídio medido pelo grau de dor psicológica dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.**

Variáveis	Sem risco de suicídio (PAS <30) N=9		Com risco de suicídio (PAS >30) N=17		Análise estatística		
	Média	DP	Média	DP	p valor	Limite inferior	Limite superior
<b>CTQ – Trauma na infância</b>	49,22	19,96	54,65	23,43	,561	-24,42	13,57
<b>CTQ* – Abuso emocional</b>	12,11	5,92	14,00	6,53	,477	-7,284	3,506
<b>CTQ – Abuso físico</b>	8,56	4,66	10,65	7,18	,440	-7,58	3,40
<b>CTQ – Abuso sexual</b>	6,67	3,31	5,94	2,86	,566	-1,84	3,295
<b>CTQ – Negligência emocional</b>	11,67	5,33	13,06	6,30	,579	-6,49	3,71
<b>CTQ – Negligência física</b>	10,22	3,03	11,00	5,29	,689	-4,74	3,18

\*Childhood Trauma Questionnaire

Ao analisar o comportamento suicida por meio do MINI 5.0.0, foi identificada uma tendência estatística entre altos níveis de ideação suicida passiva no último mês e o grupo com maior intensidade de dor psicológica (p=0,056).

**Tabela 10. Análise da associação de história de trauma precoce com o risco de suicídio medido pelo grau de dor psicológica dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Maceió, 2023.**

Variáveis	Sem risco de suicídio (PAS <30) N=12		Com risco de suicídio (PAS >30) N=22		Análise estatística			
	Média	DP	Média	DP	$\chi^2$ p valor	p valor	Limite inferior	Limite superior
<b>MINI 5.0.0* – Pontuação</b>	4,17	9,50	9,05	9,04		,150	-11,609	1,852

<b>total</b>				
<b>Ideação passiva; N (%)</b>				
<b>Não</b>	10		11	,056
<b>Sim</b>	2		11	
<b>Ideação ativa; N (%)</b>				,339
<b>Não</b>	10	15		
<b>Sim</b>	2	7		
<b>Método de suicídio; N (%)</b>				
<b>Não</b>	11		14	,077
<b>Sim</b>	1		8	
<b>Tentativa último mês; N (%)</b>				
<b>Não</b>	11		22	,169
<b>Sim</b>	1		0	
<b>Tentativa longo da vida; (%)</b>				
<b>Não</b>	9		12	,241
<b>Sim</b>	3		10	

---

\*Mini International Neuropsychiatric Interview

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 Dor psicológica

A dor psicológica tem uma relação independente com o comportamento suicida (DUCASSE; HOLDEN; BOYER *et al.*, 2018). Associação entre medidas de dor psicológica, onde a presença da dor representa valor adicional para além da depressão e desesperança já foi descrita na literatura (TROISTER; HOLDEN, 2010). Por exemplo, em estudo realizado com estudantes universitários em risco de suicídio, a dor psicológica foi capaz de mediar as mudanças na ideação suicida, depressão e desesperança (TROISTER; HOLDEN, 2012).

As pontuações totais da Escala de Dor Psicológica validada no português por Campos *et al.*, (2018) podem variar entre 13 e 65 com maiores resultados indicando níveis mais elevados de dor psicológica. Em um estudo realizado por Campos e Holden (2020) com o objetivo de estabelecer um ponto de corte para identificar tentativas de suicídio anteriores, observaram que pontuações acima de 30 foram capazes de identificar uma tentativa de suicídio prévia. Essa pontuação de corte foi utilizada em nosso estudo para determinar indivíduos com risco de suicídio e alto grau de dor psicológica.

Em uma meta-análise realizada por Ducasse *et al.* (2018), foram avaliados estudos observacionais de caso-controle que abordaram a diferença na dor psicológica entre indivíduos com e sem histórico atual ou ao longo da vida de ideação suicida ou tentativa de suicídio. Os autores encontraram associação entre maiores níveis de dor psicológica, tanto em sujeitos com ideação suicida atual e ao longo da vida, quanto em tentativas de suicídio. Além disso, os autores constataram que a relação entre dor psicológica e risco de suicídio permaneceu estatisticamente significativa, mesmo quando os níveis de depressão não apresentavam diferenças significativas entre os indivíduos.

Encontramos um alto nível de dor psicológica nos pacientes estudados (média de 38,48). Isso pode ser explicado pelo próprio perfil dos pacientes: todos apresentavam algum distúrbio psiquiátrico. E sabidamente já é descrito na literatura a associação de transtornos mentais com a presença de dor psicológica, principalmente em pacientes depressivos (ALACREU-CRESPO, 2022). No entanto, é relevante destacar que todos os pacientes que participaram da pesquisa estavam recebendo tratamento, porém, mesmo com essa intervenção, eles apresentaram níveis significativos de dor psicológica. Isso indica que, apesar do cuidado clínico, a gravidade da dor persistiu e demanda uma abordagem mais abrangente



personalizada visando a atenuação desse sintoma, e conseqüentemente, reduzindo a chance de suicídio.

Um estudo conduzido por Ielmini *et al.* (2022) teve como objetivo investigar a associação entre os níveis de dor mental e o risco de suicídio ou tentativa de suicídio em pacientes ambulatoriais com diagnóstico psiquiátrico atendidos em um Hospital Universitário em Varese. A pesquisa utilizou a Escala de Dor Psicológica para avaliar esses níveis, encontrando uma média de 35,27 entre os pacientes que tentaram suicídio, enquanto os pacientes que não tentaram o suicídio apresentaram uma média de 28,34. Essa diferença foi estatisticamente significativa, confirmando que os níveis de dor mental são mais elevados naqueles que estão propensos a realizar uma nova tentativa de suicídio. A escala se mostrou potencialmente útil na distinção entre indivíduos com "alto risco de suicídio" e "baixo risco de suicídio". Essas descobertas ressaltam a importância de considerar a avaliação da dor psicológica como parte integrante da avaliação de risco suicida em pacientes psiquiátricos.

Ao comparar os resultados obtidos no presente estudo com os achados de Ielmini *et al.* (2022), observamos que a média de dor psicológica encontrada em nossa amostra de pacientes psiquiátricos, independentemente de terem ou não histórico prévio de tentativa de suicídio, foi ainda maior do que a média encontrada especificamente na parcela dos pacientes que tentaram o suicídio no estudo de Ielmini *et al.* (2022). Essa constatação ressalta a preocupante magnitude da dor psicológica e o elevado risco de suicídio identificados em nossa amostra.

Considerando a relevância reconhecida da análise da dor psicológica e sua relação com a suicidalidade, realizamos análises de associação e correlação entre a dor psicológica, perfil sociodemográfico, comportamento suicida e níveis de impulsividade, agressividade e trauma na infância. Essa análise teve o objetivo de obter uma compreensão mais aprofundada de outras características clínicas que podem estar associadas ao grau de dor psicológica e, conseqüentemente, ao risco de suicídio. As análises de correlação e associação realizadas encontram-se ao decorrer do texto.

## 6.2 Perfil sociodemográfico, características clínicas e relação com a dor psicológica

O perfil dos pacientes incluídos no nosso estudo foi, principalmente, de adultos, sexo feminino, com baixa escolaridade, vivendo sem companheiros, desempregados, com filhos, renda familiar de cerca de dois salários-mínimos e per capita de um salário-mínimo, etnia não branca e procedentes da capital. A maior frequência de mulheres neste estudo, pode estar relacionada a uma maior assiduidade da população feminina nos serviços de saúde quando

comparado à população masculina (CARNEIRO *et al.*, 2016). A respeito da etnia mais prevalente, identificada como autodeclarado não-branco, podemos atribuir esse achado à miscigenação da população em nosso país, pois observa-se uma grande variedade étnica entre os brasileiros, formando uma população heterogênea, assim como a encontrada no nosso estudo (IBGE, 2011).

Correlacionando o perfil sociodemográfico com o grau de dor psicológica, encontramos relação estatisticamente significativa com a renda familiar. A correlação foi negativa, ou seja, inversamente proporcional – quanto maior a dor psicológica, menor a renda encontrada. Além disso, a análise da associação entre os grupos revelou que no grupo com risco de suicídio, foi identificada uma renda familiar menor, o que apresentou uma associação estatisticamente significativa. Isso sugere que indivíduos mais vulneráveis ao suicídio apresentam maior chance de pertencer a famílias com menores recursos financeiros.

Abaatyó *et al.* (2023) também encontraram relação positiva entre o estresse decorrente de restrições financeiras e uma maior suscetibilidade a comportamentos suicidas em pacientes internados com transtornos mentais graves. Os autores relataram que o desemprego, subemprego e a pobreza podem levar ao surgimento de sentimentos de desesperança, desamparo e desespero, além de contribuir para a causa ou exacerbação de condições de saúde mental, como depressão e ansiedade, que são fatores que aumentam a chance de suicídio.

Bachmann (2018) relata o círculo vicioso que envolve a renda e o suicídio: a baixa renda ou desemprego são condições que podem levar à automutilação ou suicídio, da mesma forma que os suicídios podem levar à perda de produtividade e renda e, portanto, ao aumento da pobreza familiar. Ademais, pessoas em situações econômicas mais desfavoráveis tem menos acesso a serviços de saúde mental e apoio social, podendo também resultar em aumento da dor psicológica e desesperança, impactando no risco de suicídio.

Uma parcela significativa dos participantes do estudo (42,3%) relatou tentativa de suicídio em algum momento de suas vidas. Estima-se que pacientes com transtornos psiquiátricos apresentem taxas mais elevadas de tentativa de suicídio quando comparado com a população em geral. Miller e Black (2020), por exemplo, constataram que entre 30% e 50% dos indivíduos com transtorno bipolar tentam suicídio em algum momento de suas vidas, e aproximadamente 15% a 20% acabam falecendo por suicídio.

A taxa de prevalência de tentativa de suicídio encontrada em nosso estudo também é consistente com os achados de um estudo conduzido por Jentz *et al.* (2022) em pacientes psiquiátricos forenses, onde 36% dos indivíduos avaliados já haviam feito pelo menos uma tentativa de suicídio. A compreensão aprofundada dessas taxas de prevalência de tentativas de

suicídio em diferentes populações e contextos é essencial para orientar políticas públicas e práticas clínicas, visando a prevenção e intervenção precoce.

Ao analisar os dados do – Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) do Ministério da Saúde do Brasil, referentes a 2019, constatou-se 124.709 casos de lesões autoprovocadas no país (BRASIL, 2021). Isso resulta em cerca de 59,4 casos por 100.000 habitantes. Comparando esse dado com os resultados obtidos em nossa amostra, observamos a severidade do comportamento suicida entre indivíduos com condições psiquiátricas.

Ao relacionar o elevado índice de comportamento suicida com o perfil sociodemográfico identificado, observa-se que estudos anteriores também apontaram que as tentativas de suicídio estão associadas a fatores como idade adulta, níveis educacionais mais baixos e coabitação (RAPELI; BOTEAGA, 2005; ENGSTRÖM *et al.*, 1997). No contexto do presente estudo, a coabitação pode estar relacionada não somente à presença de companheiro(a), mas sim à prole.

A predominância de tentativas de suicídio não planejadas na amostra sugere a presença de um certo grau de impulsividade. Esse aspecto é relevante, pois indica que muitas das tentativas ocorrem de forma impulsiva, sem um planejamento prévio. Além disso, é importante ressaltar que a maioria dos participantes ainda acredita que existe a possibilidade de realizar novas tentativas de suicídio. Esse dado reforça a importância de abordagens preventivas e de estratégias de intervenção eficazes, que visem não apenas tratar a crise imediata, mas também fornecer suporte psicossocial e acompanhar de forma contínua esses pacientes.

Os resultados obtidos no Módulo C do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0) reforçam o perfil da amostra analisada. A maioria dos participantes apresentou chances para o risco de suicídio (baixo, alto ou moderado), sendo que alto risco foi encontrado com maior frequência. A maioria dos participantes do estudo relatou ter tido nos últimos 30 dias, pensamentos suicidas sem intenção de agir. Uma parte deles afirmou ainda, ter tido ideação suicida ativa, ou seja, planejaram e/ou consideraram ativamente métodos e meios para concretizar o ato suicida no último mês, indicando risco de comportamento suicida iminente.

### 6.3 Traços de personalidade e relação com a dor psicológica

A relação entre traços de personalidade, como a agressividade e a impulsividade com a tentativa de suicídio tem sido objeto de estudo contínuo e apresenta importante relevância na

área da suicidologia. A literatura nos oferece estudos onde a impulsividade demonstra ser uma característica que pode facilitar a transição de pensamentos suicidas para atos/comportamentos suicidas de fato. Assim como a impulsividade, níveis elevados de agressividade também aumentam a chance de o indivíduo cometer o suicídio. Esse traço de personalidade costuma ser encontrado com frequência em pessoas com tentativa de suicídio ou que cometeram autoagressão não suicida (GVION; APTER, 2011; CHARTRAND *et al.*, 2015)

Na análise da impulsividade foram investigados a presença de impulsividade total e os seguintes subtipos: impulsividade motora, impulsividade atencional e impulsividade por falta de planejamento. A impulsividade motora se caracteriza pela tendência a agir sem premeditação e é avaliada por 11 itens (pontuação máxima de 40 pontos). A impulsividade atencional se relaciona a tendência de redução da atenção decorrente de um alto fluxo de pensamentos, podendo ocasionar comportamentos descontextualizados e é avaliada por 8 itens (pontuação máxima de 32 pontos). Já a impulsividade por falta de planejamento trata-se da tendência a supervalorização do presente quando comparado ao futuro, sendo avaliada por 11 itens (pontuação máxima de 44 pontos) (STANFORD *et al.*, 2009). A pontuação máxima que pode ser obtida na BIS-11 é de 120 pontos.

O questionário de impulsividade apresentou escores elevados, indicando alto grau de impulsividade na amostra estudada. Arango-Tobón *et al.* (2021), estabeleceram associações entre desesperança, depressão e impulsividade em relação à ideação e comportamento suicida em uma amostra de estudantes universitários. Eles encontraram a média de 66.57 na pontuação do BIS-11 naqueles indivíduos que apresentaram alto risco de suicídio. Em nossa amostra, observou-se um alto risco de suicidalidade, e os escores de impulsividade encontrados foram semelhantes aos relatados por Arango-Tobón *et al.* (2021).

Em estudo realizado por Lira *et al.* (2022) com o objetivo de investigar a relação entre traço de impulsividade, histórico de exposição ao trauma ao longo da vida e presença de transtorno de estresse pós-traumático com tentativas de suicídio em estudantes universitários brasileiros, identificou que a impulsividade permaneceu associada à tentativa de suicídio, mesmo quando consideradas outras variáveis que também influenciam esse comportamento. Dessa forma, os autores sugerem que a impulsividade tenha atuado de forma longitudinal, sendo mediada de forma parcial pelas pela exposição ao trauma e transtorno de estresse pós-traumático.

Identificamos uma correlação fraca positiva entre a dor psicológica e o grau de impulsividade global e os subtipos de impulsividade motora e por não planejamento. Esses

resultados sugerem que maiores níveis de dor psicológica se correlacionam com realização de ações sem planejamento prévio e uma tendência a supervalorização do presente quando comparado ao futuro, podendo resultar em comportamentos descontextualizados ou inadequados.

Na análise da associação entre grupos, os resultados mostraram uma associação estatisticamente significativa entre níveis mais elevados de impulsividade por falta de planejamento e o grupo com risco de suicídio. A interpretação dos dados indica que indivíduos com risco de suicídio tendem a supervalorizar o presente em detrimento do futuro quando comparado com indivíduos sem risco de suicídio. Dessa forma, essa perspectiva de curto prazo pode predominar nas decisões e comportamentos desses indivíduos.

Outro importante traço de personalidade estudado foi a agressividade. Ela se relaciona ao risco de suicídio bem como utilização de métodos mais violentos, sendo um comportamento que resulta em danos pessoais e destruição física. Os trabalhos realizados na temática, enfatizam o papel da agressão física, verbal, da raiva e da hostilidade como subtipos da agressividade. A agressão verbal e física constitui o componente instrumental do comportamento. A raiva envolve a preparação para a agressão e representa o componente emocional. Finalmente, a hostilidade consiste em sentimentos de má vontade ou injustiça e representa o componente cognitivo (HIRVIKOSKI, JOKINEN 2012; DUMAIS *et al.*, 2005; BUSS, PERRY, 1992; HARRIS, 1995)

O questionário utilizado para medir o nível de agressividade foi o Questionário de Agressividade de Buss-Perry (Buss-Perry Aggression Questionnaire). A sua pontuação total pode variar de 29 a 145 pontos. Quanto maior a pontuação, maior é a tendência à agressividade. A pontuação máxima das suas subescalas é de 36 para “raiva” e 24 para “hostilidade”, “agressão física” e “agressão verbal”. A média encontrada no nosso estudo (81,13) indica alto grau de agressividade na amostra. Assim como a média global, as subescalas também apresentaram altas médias, chegando bem próximo da pontuação máxima nas categorias de “agressão física” e “hostilidade” (médias de 23,15 e 23,48, respectivamente).

Em estudo realizado por Colegaro *et al.*, (2019) para descrever perfil clínico e avaliar níveis de agressividade em pacientes com história de tentativa de suicídio em internação psiquiátrica em um hospital, constatou que a presença de agressividade foi observada na maioria dos indivíduos com comportamentos suicidas. Outros autores também têm corroborado a associação entre a presença de agressividade e o comportamento suicida (MCGIRR *et al.*, 2008; DUMAIS *et al.*, 2005). Essa relação evidencia a importância de

considerar a agressividade como um fator relevante na compreensão e prevenção das tentativas de suicídio.

Os resultados revelaram correlação positivas, embora modestas, entre a dor psicológica e as medidas de agressividade global, raiva, agressão física e hostilidade. A partir desses resultados podemos pressupor que esses traços de personalidade podem influenciar a presença de alta dor psicológica e, por sua vez, aumentar o risco de suicídio.

É interessante, ainda, enfatizar as disparidades de gênero já conhecidas em relação à agressão: homens tendem a exibir níveis mais elevados de agressão em comparação com as mulheres (BUSS; PERRY 1992). Porém, curiosamente, apesar de grande parte da amostra ser do sexo feminino, ainda assim, obtivemos altas médias nos níveis de agressividade, incluindo agressão global e física, componentes instrumentais da agressão.

A raiva, também correlacionada com a dor psicológica no nosso estudo, pode ser considerada tanto como um estado transitório quanto como um traço de personalidade duradouro. Quando presente em forma de traço se relaciona com a propensão a sentir o sentimento de raiva de forma mais intensa e por um maior período quando comparado com as outras pessoas (DEFFENBACHER, OETTING, THWAITES *et al.*, 1996). Já a hostilidade está relacionada aos pensamentos, percepções e crenças negativas em relação aos outros (BUSS; PERRY 1992).

Na associação de grupos, a forte presença da agressividade foi evidenciada com diferenças estatísticas também entre os grupos. Observou-se que o grupo com risco de suicídio, obteve médias significativamente mais altas no escore de agressão, reforçando mais uma vez a relevância da agressividade na multicausalidade do suicídio e destacando a necessidade de se considerar a agressividade como um fator de risco importante na avaliação e no tratamento de indivíduos vulneráveis.

#### 6.4 Trauma na infância e sua relação com a dor psicológica

O trauma na infância é um fator de risco forte e independente para o comportamento suicida (PARK *et al.*, 2021). Em uma metanálise conduzida por Angelakis *et al.* em 2019, com o objetivo de analisar a associação entre diversas formas de adversidades na infância e o comportamento suicida, foi constatado que todas as formas distintas de maus-tratos na infância, como abuso sexual, abuso físico e abuso emocional, estavam correlacionadas com um aumento de duas a três vezes no risco de tentativas de suicídio. Adicionalmente, verificou-se que a negligência física e emocional se associava a um risco 1,5 vezes maior de

manifestação de ideação suicida. No entanto, é importante a investigação de fatores de risco que possam agravar ainda mais essa relação. No nosso estudo, encontramos médias totais que denotaram nível baixo de abuso na infância.

Martins *et al.* (2022) em estudo realizado com pacientes que possuíam transtorno por uso de substâncias, identificaram resultados que apontam para a relação entre trauma na infância, sintomas depressivos e controle da dor psicológica. Os resultados revelaram que sintomas depressivos e níveis mais baixos de controle da dor psicológica mediam a associação entre trauma na infância e ideação suicida, indicando que experiências traumáticas durante a infância podem levar a dificuldades no manejo da dor e, por consequência, na regulação emocional, contribuindo para um aumento na ideação suicida.

Na correlação de Pearson não encontramos correlação significativa entre a dor psicológica e trauma precoce, incluindo o abuso emocional, físico, sexual e negligência emocional e física. No âmbito de nossa pesquisa, considerando que o trauma na infância é um fator de risco distal, ele pode ou não, se relacionar com o nível atual de dor psicológica, uma vez que esse sofrimento pode variar ao longo do tempo. O fato de alguém ter vivenciado um trauma na infância não implica que essa pessoa carregará consigo uma dor psicológica durante toda a vida adulta, pois a intensidade dessa dor pode oscilar. O mesmo nos ocorre na análise da associação de grupos, onde não foi possível observar diferença significativa entre trauma na infância e risco de suicídio, quando esse risco iminente de suicídio foi determinado de acordo com os escores de dor psicológica.

Um estudo conduzido por Passos *et al.* (2023) com o objetivo de avaliar os efeitos mediadores da tolerância à dor psicológica na relação entre trauma na infância e ideação suicida, verificou que baixos níveis de controle da dor mediarão de forma parcial a relação entre trauma infantil, abuso emocional, negligência física, negligência emocional e ideação suicida, e mediarão de forma total a relação de abuso físico e abuso sexual com ideação suicida. Ou seja, a incapacidade de lidar adequadamente com a dor psicológica está diretamente ligada ao histórico de trauma na infância e ao aumento do risco de ideação suicida. Dessa forma, estudos futuros levando em consideração não somente a dor, mas também a capacidade de tolerá-la, pode nos fornecer achados mais precisos e aprofundados sobre essa temática.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo enfocam uma forte presença de dor psicológica e alta taxa de comportamento suicida entre pacientes com algum distúrbio psiquiátrico. A gravidade da dor psicológica se correlacionou com menor renda, maiores níveis de impulsividade global, motora e atencional, bem como maiores escores de agressividade global, raiva, agressão física e hostilidade, mas não com histórico de trauma precoce.

Esses achados destacam a relação complexa entre a dor psicológica, fatores socioeconômicos e traços de personalidade e destacam possível associação entre essas variáveis contribuindo com o desfecho suicídio em pacientes vulneráveis. Essas descobertas são importantes para aprimorar a compreensão e a abordagem clínica dessas condições, com o objetivo de implementar medidas preventivas e intervenções adequadas, como por exemplo, estratégias clínicas voltadas para auxiliar e capacitar os indivíduos no enfrentamento de sua dor. Ao oferecer suporte adequado e promover habilidades de regulação emocional, é possível proporcionar um ambiente propício à recuperação desses pacientes e a consequente diminuição do risco suicida.

Além disso, os questionários aplicados no presente estudo foram escolhidos por sua confiabilidade e validade em pesquisas semelhantes e podem ser adaptados para o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), mostrando-se uma estratégia relevante em termos de praticidade e tempo de aplicação. A utilização de instrumentos padronizados, que demandam menos tempo e recursos, pode facilitar a incorporação dessas avaliações na rotina de atendimento dos profissionais de saúde do SUS.



## 8 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Como limitação do nosso estudo podemos destacar o tamanho e tipo da amostra. O tamanho amostral sofreu impactos devido a mudança de fluxo no atendimento de urgência em nosso estado. O estudo foi desenhado para ser realizado no Hospital Geral do Estado (HGE), onde, majoritariamente, os casos de tentativa de suicídio eram atendidos. No entanto, atualmente, grande parte dos casos são encaminhados as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), o que dificultou a nossa captação. Além disso a amostra foi coletada de forma conveniente, ou seja, a partir dos pacientes disponíveis no Hospital Geral do Estado (HGE) e do Ambulatório de Psiquiatria do HUPAA/UFAL no momento da pesquisa. Essa abordagem pode gerar viés de seleção, tornando a amostra menos representativa da população-alvo.

Para solucionar esta questão, solicitamos autorização junto a Secretaria do Estado para expandir a coleta de dados para as UPAS, porém não obtivemos autorização para coletar nesses locais em tempo hábil. Dessa forma, resolvemos ampliar a aplicação dos questionários para o Ambulatório de Psiquiatria do HUPAA/UFAL para investigação dos pacientes que também são atendidos neste local, reconhecendo a relevância da investigação desse público para o campo da suicidologia e identificando essa expansão como oportunidade para o crescimento do estudo.

Outra limitação do nosso estudo foi a falta de um levantamento dos diagnósticos psiquiátricos dos pacientes que receberam atendimento ambulatorial. Consequentemente, temos uma amostra que inclui pacientes com diferentes condições, como depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade e outras patologias psiquiátricas. Além disso, é possível que haja outras comorbidades associadas aos participantes, as quais não foram descritas no presente estudo. Essas informações adicionais podem ter relevância na interpretação dos resultados e devem ser consideradas em estudos futuros.

## REFERÊNCIAS

- ABAATYO, J. *et al.* Suicidal behavior among inpatients with severe mental conditions in a public mental health hospital in Uganda. **BMC Psychiatry**. v.23, n.1, p.346, 2023.
- ALACREU-CRESPO, A. *et al.* Clinical dimensions associated with psychological pain in suicidal patients: one-year follow-up study. **J Clin Psychiatry**, v. 83, n. 2, 2022.
- AMORIM P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n.3, p.106-115, 2000.
- ARANGO-TOBÓN, O. E. *et al.* Structural Model of Suicidal Ideation and Behavior: Mediating Effect of Impulsivity. **An Acad Bras Cienc**. v.22, n.93, 2021.
- ANGELAKIS *et al.* Childhood maltreatment and adult suicidality: A comprehensive systematic review with meta-analysis. **Psychological Medicine**. v. 49, n.7, p.1057–1078, 2019.
- ÁSGEIRSDÓTTIR, H. G. *et al.* The association between different traumatic life events and suicidality. **Eur J Psychotraumatol.**, v.9, n.1, 2018.
- BACHMANN S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.15, n.7, p.1425, 2018.
- BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n.3, p.231-236, 2014.
- BRAQUEHAIS, M. D. *et al.* Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? **Comp Psychiatry**, v.51, n.2, p.121-129, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. v.52, n.33, 2021.
- BRIGGS-GOWAN, M. J. *et al.* Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. **J Child Psychol Psychiatry**, v.51, n.10, p.1132–1140, 2010.
- BRODSKY, B. S. *et al.* The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. **Am J Psychiatry**, v.158, n.11, p.1871-1877, 2001.
- BRUFFAERTS, R. *et al.* Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. **Br. J. Psychiatry**, v.197, n.1, p.20-27, 2010.
- BUSS A. H; PERRY M. The aggression questionnaire. **J Personal Soc Psychol.**, v. 63, n.3, p. 452, 1992.

- CALEGARO, V. C. *et al.* Suicidal patients in a psychiatric emergency unit: clinical characteristics and aggression profile. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v.41, n.1, p.9–17, 2019.
- CAMPOS, R. C.; HOLDEN R. R.; GOMES, M. Ronald R. Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale. **Death Studies**, v. 43, n.8, p.527-533, 2018.
- CAMPOS, R. C.; HOLDEN, R. 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.
- CARNEIRO, L. M. R. *et al.* Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.29, n.4, p.554-563, 2016.
- CHAPPLE, C. L.; JOHNSON K. A. Gender differences in impulsivity. **Youth violence and juvenile justice**. v.5, n.3, p.221-34, 2007.
- CHARTRAND, H. *et al.* Correlates of nonsuicidal self-injury and suicide attempts among tertiary care, emergency department patients. **Can J Psychiatry**, v. 60, n. 6, p. 276-83, 2015.
- COVINGTON, E. C. Psychogenic pain-what it means, why it does not exist, and how to diagnose it. **Pain Med.**, v.1, n.4, p.287-294, 2000.
- DEFFENBACHER, J. L. *et al.* State-trait anger theory and the utility of the Trait Anger Scale. **Journal of Counseling Psychology**, v.43, n.2, p.131-148, 1996.
- DOIHARA, C. *et al.* Trait impulsivity in suicide attempters: preliminary study. **Psychiatry Clin Neurosci.**, v.66, n.6, p.529-523, 2012.
- DUCASSE, D. *et al.* Psychological pain in suicidality: a meta-analysis. **J Clin Psychiatry**, v.79, n.3, 2018.
- DUMAIS, A. *et al.* Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? **Am J Psychiatry**, v.162, n.7, p.1375-1378, 2005.
- ENGSTRÖM, G. *et al.* Clinical characteristics and biological parameters in temperamental clusters of suicide attempters. **J Affect Disord.**, v.44, n.1, p.45-55, 1997.
- FREEMAN, A. *et al.* A cross-national study on gender differences in suicide intent. **BMC Psychiatry**, v.17, n.1, p.1-11, 2017.
- GLASSMAN, L. H. *et al.* Child maltreatment, non-suicidal selfinjury, and the mediating role of self-criticism. **Behav Res Ther.**, v.45, n.10, p.2483-24-90, 2007.
- GOMES, E. R. *et al.* Revisão Integrativa de Produções Científicas da Psicologia Sobre Comportamento Suicida. **Revista Psicologia e Saúde**, v.11, n.2, 2019.

GOUVEIA, V. V. *et al.* Medindo a agressão: o Questionário de Buss-Perry. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 3, 2008.

GRASSI-OLIVEIRA, R.; STEIN, L. M.; PEZZIL, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 249-55, 2006.

GRUNEBAUM, M. F. *et al.* Ketamine for rapid reduction of suicidal thoughts in major depression: a midazolam-controlled randomized clinical trial. **Am. J. Psychiatry**, v.175, n.4, p.327-335, 2018.

GVION, Y. APTER, A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. **Arch Suicide Res.**, v. 15, n.2, p. 93-112, 2011.

GVION, Y.; APTER, A. Suicide and suicidal behavior. **Public Health Rev.**, v. 34, n.2, p.1-20, 2012.

HARRIS, J. A. Confirmatory factor analysis of the aggression questionnaire. **Behavior Research and Therapy**, v.33, p.991-993, 1995.

HARTLEY, C. M. Reactive aggression and suicide-related behaviors in children and adolescents: A review and preliminary meta-analysis. **Suicide and Life Threatening Behavior**, v.48, n.1, p.1-14, 2018.

HERMAN, A.M.; DUKA, T. Facets of impulsivity and alcohol use: What role do emotions play? **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v.106, p.202-2016, 2018.

HIRVIKOSKI, T.; JOKINEN J. Personality traits in attempted and completed suicide. **Eur Psychiatry**, v.27, n.7, p.536-541, 2012.

HOGG, B.Y.J. *et al.* Stimulus generalization following extradimensional training in educationally subnormal (severely) children. **Br. J. Psychol.**, v.66, n.2, p.211–224, 1975.

HOLLANDER, E.; ROSEN J. Impulsivity. **J Psychopharmacol.**, v.14, p.39–44, 2000.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características Étnico-raciais da População**. Um estudo das categorias de classificação de cor ou raça. 2011.

IELMINI, M. *et al.* Assessing Mental Pain as a Predictive Factor of Suicide Risk in a Clinical Sample of Patients with Psychiatric Disorders. **Behav Sci (Basel)**. v.12, n.4, p.111, 2022.

JOINER, T. E. *et al.* Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. **Behav Res Ther.**, v.45, n.3, p.539-547, 2007.

JOINER, T. E. Negative attributional style, hopelessness depression and endogenous depression. **Behav Res Ther.**, v.39, n.2, p.139-149, 2001.

JOINER, T. E. **Why people die by suicide**. Cambridge, MA: Harvard Press; 2005.

JORDAN, J. T. *et al.* Impulsivity, painful and provocative events, and suicide intent: testing the interpersonal theory of suicide. **Suicide Life Threat Behav.**, v.49, p.1187–1195, 2019.

KAGAN, J. *et al.* Information processing in the child: significance of analytic and reflective attitudes. **Psychol. Monogr. Gen. Appl.**, v.78, n.1, p.1-37, 1964.

KAGAN, J. Individual differences in the resolution of response uncertainty. **J. Pers. Soc. Psychol.** v.2, p.154–160, 1965.

KELLY-IRVING, M. *et al.* Childhood adversity as a risk for cancer: findings from the 1958 British birth cohort study. **BMC Public Health**, v. 13, 2013.

KIRBY, K.N. *et al.* Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. **J. Exp. Psychol. Gen.**, v.128, p.78-87, 1999.

KLONSKY, E. D.; MAY, A. M. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. **Int J Cogn Ther.**, v.8, n.2, p.114-129, 2015.

KORKEILA J. *et al.* Childhood adversities, adulthood life events and depression. **J Affect Disord.**, v.127, p.130-138, 2010.

LAMBERT, C. E. *et al.* Psychache Predicts Suicide Attempter Status Change in Students Starting University. **Suicide Life Threat Behav.**, v.50, n.3, p.668-678, 2020.

LESAGE, A. D. *et al.* Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Men. **American Journal of Psychiatry**, v.151, n.7, p.1063-1068, 1994.

LIPPARD, E. T. C.; NEMEROFF, C. B. The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. **Am J Psychiatry**, v.177, n.1, p.20-36, 2020.

LIRA, S. B. *et al.* “Suicide attempt, impulsivity, and exposure to trauma in college students.” **Revista brasileira de psiquiatria**, v.44, n.3, p:279-288, 2022.

LOGAN, G. D. On the ability to inhibit thought and action: a users’ guide to the stop signal paradigm. In: DAGENBACH, D., CARR, T.H. (Eds.), **Inhibitory Processes in Attention, Memory, and Language**. Academic Press, San Diego, 1994.

MALLOY-DINIZ, L. F. *et al.* Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. **J. bras. psiquiatr.**, v.59, n.2, 2010.

MANN, J. J.; ARANGO, V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behaviour. **J Clin Psychopharmacol.**, v.12, n.2, 1992.

MARTINS, L. C.; CAMPOS, R. C.; MORUJÃO, I. S. The mediating role of tolerance for psychological pain in the relationship of childhood trauma to suicidal ideation in individuals with a substance use disorder. **Br J Clin Psychol.**, v. 61, n.2, p.197-213, 2022.

- MCGIRR, A. *et al.* Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. **Psychol Med.**, v. 38, n.3, p.407-417, 2008.
- MEE, S. Assessment of psychological pain in major depressive episodes. **J Psychiatr Res.**, v.45, n.11, p.1504-1510, 2011.
- MEERWIJK, E. L. *et al.* Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain. **Brain Imaging Behav.**, v.7, n.1, p.1-14, 2013.
- MEERWIJK, E. L.; WEISS, S. J. Toward a unifying definition of psychological pain. **J Loss Trauma**, v. 16, n.5, p.402-412, 2011.
- MERGL, R. *et al.* What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. **PloS one**, v.10, n.7, 2015.
- MILLER, J. N.; BLACK, D. W. “Bipolar Disorder and Suicide: a Review.” **Current psychiatry reports**, v.22, n.2, 2020.
- MOELLER, F.G. *et al.* Psychiatric aspects of impulsivity. **Am. J. Psychiatry**, v.158, n.11, p.1783-1793, 2001.
- MORTENSEN, P. *et al.* Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. **Lancet**, v.355, n.9197, p.9–12, 2000.
- NILSSON, P. M. *et al.* The early life origins of vascular ageing and cardiovascular risk: the EVA syndrome. **J Hypertens.**, v. 26, n.6, p.1049-1057, 2008.
- OLMOS, G.; LLADÓ, J. Tumor necrosis factor alpha: a link between neuroinflammation and excitotoxicity. **Mediators Inflamm.**, 2014.
- OMS, World Health Organization. **Suicide**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>> Acesso em: abril 2023.
- PARK, C. *et al.* Association between Childhood Trauma and Suicidal Behavior in the General Population. **Chonnam Med J.**, v. 57, n. 2, p. 126-131, 2021.
- PASSOS, B. *et al.* The Mediating Role of Tolerance for Psychological Pain in the Relationship Between Different Types of Childhood Traumatic Experiences and Suicidal Ideation. **Omega**, 2023.
- RAPELI, C. B.; BOTEAGA, N. J. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.27, n.4, p.285-289, 2005.

RICHARD-DEVANTOY, S. R. *et al.* Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *Journal of Affective Disorders*, v.140, n.2, p.193-199, 2012.

ROMER, D. Adolescent risk taking, impulsivity, and brain development: implications for prevention. *Dev. Psychobiol.*, v.52, n.3, p.263-276, 2010.

RUMBLE, M. E. *et al.* The relationship of person-specific eveningness chronotype, greater seasonality, and less rhythmicity to suicidal behavior: a literature review. *J Affect Disord.*, v.227, p.721-730, 2018.

SADDICHHA S.; SCHUETZ C. Impulsivity in remitted depression: a meta-analytical review. *Asian J Psychiatr.*, v.9, p.13-6, 2014.

SAR, V. *et al.* Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and clinical neurosciences*, v.63, n.5, p.670–677, 2009.

SERAFINI G. *et al.* A specific inflammatory profile underlying suicide risk? Systematic review of the main literature findings. *Int J Environ Res Public Health*, v.17, n.7, p. 2393, 2020.

SHELEF, L. The gender paradox: do men differ from women in suicidal behavior? *J men's health*, v.17, n.4, p.22-29, 2021.

SHNEIDMAN, E. S. Anodyne therapy: relieving the suicidal patient's psychache. In: ROSENTHAL, H. G. **Favorite counseling and therapy homework assignments**. New York, NY: Routledge; 2001.

SHNEIDMAN, E. S. **Suicide as psychache: a clinical approach to selfdestructive behavior**. New York, NY: Aronson; 1993.

STANFORD, M.S. *et al.* Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, v.47, n.5, p.385-395, 2009.

SWANN, A. C. *et al.* Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatr.*, v.162, n.9, p.1680-1687, 2005.

SWANN, A. C. *et al.* Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disord.*, v.9, n.3, p.206-212, 2007.

SWANN, A. C. *et al.* Severity of bipolar disorder is associated with impairment of response inhibition. *J Affect Disord.*, v.116, n.1, p.30–36, 2009.

SWANN, A.C. *et al.* Impulsivity and Suicidal Behavior. In: DE WIT, H.; JENTSCH, J.D. (eds) **Recent Advances in Research on Impulsivity and Impulsive Behaviors**. Current Topics in Behavioral Neurosciences, Springer, 2020.

TEICHER, M. H. *et al.* Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. **Psychiatr Clin North Am.** v.25, n.2, p.397-426, 2002.

TROISTER, T.; HOLDEN, R. R. A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. **Journal of clinical psychology**, v.68, n.9, p.1019–1027, 2012.

TROISTER, T.; HOLDEN, R. R. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. **Personality and Individual Differences**, v.49, n.7, p.689–693, 2010.

TURECKI, G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. **J Psychiatry Neurosci.**, v.30, n.6, p.398-408, 2005.

TURECKI, G., BRENT, D.A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet**, v.387, n.10024, p.1227–1239, 2016.

VALLATI, M. *et al.* Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *Journal of abnormal psychology*, v.129, n.5, p.469–479, 2020.

VAN HEERINGEN, K. *et al.* The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Res.*, v.181, n.2, p.141-144, 2010.

VYTHILINGAM, M. *et al.* Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. **Am J Psychiatry**, v.159, v.12, p.2072-2080, 2002.

WHITNALL, M, H. Regulation of the hypothalamic corticotropin-releasing hormone neurosecretory system. **Prog Neurobiol.** v.40, n.5, p.573-629, 1993.

WITTE, T. K. *et al.* “Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. **J Affect Disord.**, v.107, n.3, p.107-116, 2008.

YANIK, M.; OZMEN, M. The relation of childhood trauma with suicide attempt and self-mutilation. **Anadolu Psikiyatri Derg.**, v.3, p.140-146, 2002.

YOVELL, Y. *et al.* Ultra-low-dose buprenorphine as a time-limited treatment for severe suicidal ideation: a randomized controlled trial. **Am. J. Psychiatry**, v.173, n.5, p. 491-498, 2016.

ZALSMAN, G. *et al.* Suicide Prevention Strategies Revisited: 10-Year Systematic Review. **Lancet Psychiatry**, v.3, p.646–659, 2016.



## APÊNDICE

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

“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 sóciodemográficos 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:**

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 páginas)**

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Nº BE: \_\_\_\_\_ Data de Entrada na instituição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_ Idade em anos: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_\_ cm IMC: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino ( ) Outro

Etnia: ( ) Branco ( ) Não-branco

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

Tem filhos? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_ Algum dos filhos tem doença crônica? ( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual? \_\_\_\_\_ Requer cuidados especiais? ( ) Sim ( ) Não

Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos completos

Situação Ocupacional: Ativo ( ) Inativo ( )

Renda Familiar (em dólar): \_\_\_\_\_ Renda per Capita (em dólar): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Uf: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Local de Procedência: \_\_\_\_\_ Motivo do Atendimento \_\_\_\_\_ Data Da Tentativa: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Turno: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Dia Da Semana: ( ) Dom ( ) Seg ( ) Ter ( ) Qua ( ) Qui ( ) Sex ( ) Sab

Mês: \_\_\_\_\_ Data Comemorativa: \_\_\_\_\_

Estação Do Ano: ( ) Primavera ( ) Verão ( ) Outono ( ) Inverno

Método Utilizado: ( ) Arma de Fogo ( ) Arma Branca ( ) Enforcamento ( ) Precipitação Altura ( ) Queimaduras intencionais ( ) Afogamentos ( ) Incidente de trânsito ( ) Autoagressão ( ) Intoxicação exógena: Se sim, qual substância?

( ) Medicamento, qual? \_\_\_\_\_

( ) Drogas ilícitas, qual? \_\_\_\_\_

( ) Álcool ( ) Agrotóxicos, qual? \_\_\_\_\_

( ) Produtos químicos, qual? \_\_\_\_\_

Tentativas anteriores: ( ) Sim ( ) Nº de tentativas ( ) Não

Se sim, quando foi a última? ( ) últimos 12 meses ( ) entre 12-24 meses ( ) mais de 24 meses atrás

Tentativa atual planejada: ( ) Sim ( ) Não

Sentiu a necessidade ou impulso de se matar antes do planejado? ( ) Sim ( ) Não

Qual a probabilidade de vir tentar se matar nos próximos 3 meses, de 0 a 100%? (marcar sim para qualquer probabilidade maior que 0%) ( ) Sim ( ) Não

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

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_HUP AA.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 B – BIS-11 (Escala de Impulsividade de Barratt)

## Escala de Impulsividade de Barratt - BIS 11

**Instruções:** As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Esta é uma escala para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda de forma rápida e honestamente.

Afirmações	Raramente ou nunca	De vez em quando	Com frequência	Quase sempre / Sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu faço coisas sem pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu tomo decisões rapidamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu não presto atenção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu tenho pensamentos que se atropelam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu planejo viagens com bastante antecedência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu tenho autocontrole.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu me concentro facilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu economizo (poupo) regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu penso nas coisas com cuidado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu falo coisas sem pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu gosto de pensar em problemas complexos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu troco de emprego.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu ajo por impulso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eu ajo no "calor" do momento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Eu troco de casa (residência).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu compro coisas por impulso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby").	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Enquanto estou pensando em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ou ao mesmo tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Eu gosto de jogos e desafios mentais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Eu me preparo para o futuro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXO C – AQ (Escala de Agressividade de Buss-Perry)

**INSTRUÇÕES** – Por favor, leia atentamente as frases abaixo e pensando em você mesmo, indique o quanto concorda ou discorda de cada uma delas. Para isso utilize a escala de resposta abaixo.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente

01. \_\_\_ Se alguém me bater, eu bato de volta.
02. \_\_\_ Quando me provocam o suficiente, é possível que eu bata em outra pessoa.
03. \_\_\_ Alguns amigos dizem que sou cabeça quente.
04. \_\_\_ Algumas vezes gostaria de saber por que sou tão exigente com as coisas.
05. \_\_\_ Eu tenho ameaçado algumas pessoas que conheço.
06. \_\_\_ Eu entro em brigas um pouco mais que outras pessoas.
07. \_\_\_ Eu desconfio de pessoas estranhas que são amigáveis demais.
08. \_\_\_ Quando decepcionado, deixo minha irritação aparecer.
09. \_\_\_ Sei que "amigos" falam de mim pelas costas.
10. \_\_\_ Meus amigos dizem que sou bastante discutidor (cabeça quente, esquentado), sempre tenho algo a debater.
11. \_\_\_ Algumas vezes me sinto como uma bomba prestes a explodir.
12. \_\_\_ Fico furioso (a) facilmente, mas também me acalmo rapidamente.
13. \_\_\_ Às vezes fico nervoso (a) sem nenhuma boa razão e não consigo me controlar.
14. \_\_\_ Existem pessoas que me provocam tanto que nós acabamos brigando.
15. \_\_\_ Eu tenho ficado tão nervoso (a) e irritado(a) que quebro coisas.
16. \_\_\_ Quando as pessoas me aborrecem, é possível que eu fale o que realmente penso delas.
17. \_\_\_ Tenho dificuldade em controlar meu temperamento.
18. \_\_\_ Algumas vezes o ciúme me corrói por dentro.
19. \_\_\_ Algumas vezes eu sinto que as pessoas estão rindo de mim pelas costas.
20. \_\_\_ Constantemente me vejo discordando das pessoas.
21. \_\_\_ Se eu tiver que partir para violência para garantir os meus direitos, eu parto.
22. \_\_\_ Uma vez ou outra não consigo controlar a vontade de bater em outra pessoa.
23. \_\_\_ Às vezes sinto que a vida tem sido injusta comigo.
24. \_\_\_ Quando as pessoas são muito gentis, duvido de suas intenções.
25. \_\_\_ Outras pessoas parecem sempre se controlar para não desrespeitar as leis.
26. \_\_\_ Eu não consigo ficar calado (a) quando as pessoas discordam de mim.



## ANEXO D – 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 E – CTQ (Childhood Trauma Questionnaire)

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

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

## ANEXO F – Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 5.0.0)

**C. RISCO DE SUICÍDIO**

<b>Durante o último mês:</b>				<b>Pontos</b>
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
<b>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</b>	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>