

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

ANGÉLICA GONÇALVES PETER

INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR

Pelotas
2018

ANGÉLICA GONÇALVES PETER

**INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comportamento

Orientador: Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

Pelotas
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P478i Peter, Angélica Gonçalves
Incidência e fatores de risco para tentativas de suicídio em pacientes diagnosticados com transtorno depressivo maior. / Angélica Gonçalves Peter. – Pelotas: UCPEL, 2018.

113 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza.

1. depressão. 2. tentativa de suicídio. 3. Incidência. I. Souza, Luciano Dias de Mattos, or. II. Título.

CDD 616

**INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a. Karen Jansen

Dr^a. Thaíse Campos Mondin

Dr. Augusto Duarte Faria

Orientador – Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese de Revisão de Literatura	24
Quadro 2 – Forma de coleta das variáveis independentes	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre o número de fatores de risco e a incidência de tentativas de suicídio em pacientes diagnosticados com TDM. 107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das características socioeconômicas da amostra de pacientes com TDM e associação com a incidência de tentativa de suicídio.	102
Tabela 2 – Descrição do histórico clínico da amostra de pacientes com TDM e associação com a incidência de tentativa de suicídio.	103
Tabela 3 – Descrição da saúde mental da amostra de pacientes com TDM e associação com a incidência de tentativa de suicídio.	104
Tabela 4 – Regressão logística para incidência de tentativa de suicídio em pacientes diagnosticados com TDM.	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APESM	Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental
ASSIST	<i>Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
MCMII	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
MDD	<i>Major Depressive Disorder</i>
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds ratio</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TP	Transtorno de Personalidade
UCPel	Universidade Católica de Pelotas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
PARTE I – PROJETO.....	14
1. Identificação	15
1.1. Título	15
1.2. Designação da titulação pretendida pelo autor	15
1.3. Orientador	15
1.4. Instituição	15
1.5. Curso	15
1.6. Linha de pesquisa	15
2. Introdução	18
3. Objetivos.....	21
3.1. Geral	21
3.2. Específicos.....	21
4. Hipóteses.....	22
5. Revisão de Literatura.....	23
6. Método	35
6.1. Delineamento.....	35
6.2. Participantes	35
6.2.1.Critérios de inclusão	35
6.2.2.Critérios de exclusão	36
6.3. Procedimentos e instrumentos	36
6.3.1 Desfecho primário	38

6.3.2. Desfecho secundário.....	38
6.4. Análise de dados.....	40
6.5. Aspectos éticos	40
6.5.1 Riscos	40
6.5.2 Benefícios	40
6.6. Cronograma.....	42
6.7. Orçamento	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	50
Anexo I: Aprovação no Cômite de Ética em Pesquisa	51
Anexo II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	54
Anexo III: Instrumentos	56
PARTE II – ARTIGO	84

APRESENTAÇÃO

As tentativas de suicídio são o principal fator de risco para o suicídio de acordo com vários estudos. Na depressão, as tentativas de suicídio configuram um comportamento frequente, no entanto seus preditores não são totalmente reconhecidos. Assim, a presente dissertação tem o objetivo de apresentar os resultados de um estudo longitudinal que investigou a incidência de tentativas de suicídio em uma amostra clínica de indivíduos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior. Ela está dividida em duas partes, em que se apresenta, primeiramente, o Projeto de Pesquisa e, posteriormente, o artigo científico, produzido a partir das análises e discussões dos resultados da pesquisa.

RESUMO

Os preditores para tentativas de suicídio em populações clínicas com depressão ainda não são totalmente conhecidos. Este estudo objetiva investigar a incidência cumulativa e fatores de risco para tentativas de suicídio em uma amostra ambulatorial de adultos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (TDM). Trata-se de um estudo longitudinal que acompanhou 377 pacientes entre 18 e 60 anos, diagnosticados com TDM, sem histórico de tentativas de suicídio, que buscaram atendimento no Ambulatório de Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas entre 2012 e 2015. Os participantes foram avaliados com a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI Plus) e responderam instrumentos de investigação clínica e questionário sociodemográfico. A incidência cumulativa de tentativa de suicídio na amostra foi de 10,1%. Jovens de até 29 anos, com baixa escolaridade, que sofreram abuso físico na infância e apresentavam risco de suicídio prévio tiveram mais chances de incidência de uma tentativa de suicídio. Os achados deste estudo podem auxiliar os profissionais da saúde a identificar pacientes deprimidos com maior risco de realizar a primeira tentativa de suicídio, contribuindo com a decisão clínica e com o planejamento terapêutico.

Palavras-chave: depressão, tentativa de suicídio, incidência.

ABSTRACT

Predictors for suicide attempts in clinical populations with depression are not yet fully understood. This study aims to investigate the cumulative incidence and risk factors for suicide attempts in an outpatient sample of adults diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD). This is a longitudinal study that followed 377 patients between 18 and 60 years of age, diagnosed with MDD, with no history of suicide attempts, who sought care at the Mental Health Outpatient Clinic of the Catholic University of Pelotas between 2012 and 2015. Participants were evaluated with the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus) and answered instruments of clinical investigation and sociodemographic questionnaire. The cumulative incidence of suicide attempt in the sample was 10.1%. Youths of up to 29 years of age with low schooling who suffered physical abuse in childhood and were at risk for prior suicide were more likely to have an attempted suicide. The findings of this study may help health professionals to identify depressed patients at greater risk for the first suicide attempt, contributing to clinical decision and therapeutic planning.

Keywords: depression, suicide attempt, incidence.

PARTE I – PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Incidência e fatores de risco para tentativas de suicídio em pacientes diagnosticados com transtorno depressivo maior

1.2 Designação da titulação pretendida pelo autor: Mestre Angélica Gonçalves Peter

1.3 Orientador: Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Transtornos de humor

1.7 Data: maio de 2018

RESUMO

O suicídio é uma das principais causas de morte no mundo. No entanto, os comportamentos suicidas não fatais ocorrem em frequências significativamente mais altas do que os suicídios. As tentativas de suicídio são cerca de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si e constituem o fator de risco mais importante para a consumação posterior. A associação entre depressão e suicídio é reconhecida na literatura, no entanto pouco se sabe sobre os fatores de risco que podem contribuir para a incidência de tentativas de suicídio em pessoas com Transtorno Depressivo Maior (TDM). O objetivo deste estudo é verificar a incidência cumulativa de tentativas de suicídio em uma amostra ambulatorial de adultos diagnosticados com TDM. Os objetivos específicos envolvem investigar a associação entre trauma na infância, abuso/dependência de substâncias, transtornos de personalidade e comorbidades psiquiátricas com a incidência de tentativas de suicídio em pessoas com depressão. Trata-se de um estudo longitudinal, que acompanhou indivíduos com TDM sem histórico de tentativas de suicídio, durante três anos, em média. A *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* (MINI) foi utilizada para o diagnóstico de TDM e para aferição de tentativas de suicídio. Os demais instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico e clínico, critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI), *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). Os dados foram coletados com o auxílio de tablets PCs e processados pelo aplicativo *Open Data Kit Collect 1.1.7*. A análise estatística será realizada por meio do *software* SPSS 22.0. Na análise bivariada será utilizado o teste qui-quadrado. As variáveis independentes significativas na análise bivariada serão inseridas em modelos de regressão logística multivariada. Espera-se encontrar uma incidência de tentativa de suicídio de 10%. Nossas hipóteses são que a presença de Negligência Emocional, Abuso Sexual e Abuso Emocional, comorbidades com transtorno de personalidade borderline, abuso/dependência de álcool, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático estejam associados ao aumento da incidência de tentativas de suicídio.

Palavras-chave: tentativa de suicídio, depressão, longitudinal.

ABSTRACT

Suicide is one of the leading causes of death in the world. However, nonfatal suicidal behaviors occur at significantly higher frequencies than suicides. Suicide attempts are about 10 to 20 times more frequent than suicide and are the most important risk factor for later consummation. The association between depression and suicide is recognized in the literature, but little is known about the risk factors that may contribute to the incidence of suicide attempts in people with Major Depressive Disorder (MDD). The objective of this study is to verify the cumulative incidence of suicide attempts in an outpatient sample of adults diagnosed with MDD. Specific objectives involve investigating the association between childhood trauma, substance abuse / dependence, personality disorders, and psychiatric comorbidities with the incidence of suicide attempts in people with depression. This was a longitudinal study, which followed individuals with MDD with no history of suicide attempts, for an average of three years. The Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI) was used for the diagnosis of MDD and for the measurement of suicide attempts. The other instruments used were: sociodemographic and clinical questionnaire, economic classification of the Brazilian Association of Research Companies (ABEP), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Millon III Multiaxial Clinical Inventory (MCMI), Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). The data were collected with the aid of tablets PCs and processed by the Open Data Kit Kit 1.1.7. Statistical analysis will be performed using SPSS 22.0 software. Significant independent variables in the bivariate analysis will be inserted into multivariate logistic regression models. It is expected to find a suicide attempt incidence of 10%. Our hypotheses are that the presence of Emotional Neglect, Sexual Abuse and Emotional Abuse, comorbidities with borderline personality disorder, alcohol abuse / dependence, anxiety disorders, and posttraumatic stress disorder are associated with an increased incidence of suicide attempts.

Keywords: suicide attempt, depression, longitudinal

2. INTRODUÇÃO

O suicídio é uma das principais causas de mortalidade no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 800 mil pessoas se suicidam a cada ano, o que significa uma morte por suicídio a cada 40 segundos. As elevadas taxas denotam o grande impacto desse fenômeno sobre a saúde pública mundial, tendo a sua prevenção sido preconizada pela OMS como um objetivo a nível global (OMS, 2014). Em 2015, o suicídio se tornou a 17ª principal causa de morte no mundo e 78% dos casos foram identificados em países de baixa e média renda. No Brasil, entre os anos 2000-2015, foi encontrada uma taxa de 6,3 suicídios por 100 mil habitantes (OMS, 2016), podendo, no entanto, estar subestimada devido ao sub-registro e subnotificação dos óbitos (BOTEGA, 2014).

O comportamento suicida é etiologicamente heterogêneo, apresenta diferenças entre gêneros, faixas etárias, regiões geográficas e realidades sociopolíticas, e associa-se de forma variável a diferentes fatores de risco (CHACHAMOVICH et al., 2009; TURECKI e BRENT, 2016). De modo geral, os comportamentos suicidas não fatais ocorrem em frequências significativamente mais altas do que os suicídios, e indicam um *continuum*, no qual a ideação suicida aumenta o risco para tentativas de suicídio, que fica ainda maior na presença de um planejamento suicida (BORGES et al., 2010; NOCK et al., 2013).

As tentativas de suicídio são cerca de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si e constituem o fator de risco mais importante para a consumação posterior (OMS, 2014). Elas são definidas como um comportamento potencialmente auto-prejudicial associado a pelo menos alguma intenção de morrer (TURECKI; BRENT, 2016). Nock et al. (2008), em um estudo de amostra transnacional, demonstrou uma prevalência de tentativas de suicídio na população geral de 2,7% ao longo da vida, semelhante aos achados revelados por Botega et al. (2009) no Brasil, que apontaram uma prevalência de 2,8%.

Além da tentativa de suicídio anterior, a psicopatologia constitui um preditor muito importante (TURECKI e BRENT, 2016), sendo o Transtorno Depressivo Maior (TDM) o diagnóstico mais predominantemente associado ao suicídio (CHACHAMOVICH et al., 2009; BROMET et al., 2011). O TDM é um dos transtornos psiquiátricos mundialmente mais comuns e debilitantes, tendo uma prevalência global estimada em 4,4% (FERRARI, 2013) e afetando cerca de 300 milhões de pessoas (OMS,

2017). Entre as nações em desenvolvimento, o Brasil apresenta a maior prevalência, entre 10 a 18% no período de 12 meses, o que afeta de 20 a 36 milhões de pessoas e equivale a aproximadamente 10% dos indivíduos com depressão em todo o mundo (RAZZOUK, 2016). A prevalência de tentativas de suicídio entre pessoas com TDM é ainda maior. Estudos epidemiológicos apontam que 15% dos deprimidos tentaram suicídio em algum momento da vida (CHEN e DILSAVER, 1996). Nos Estados Unidos, a depressão foi o transtorno mental mais frequente (53,8%) entre as pessoas que tentaram suicídio (NOCK e KESSLER, 2006), assim como no Brasil, onde a prevalência de TDM foi de 35,4% entre os casos de tentativas de suicídio atendidos em um hospital de emergência (SANTOS et al., 2009).

Entre os indivíduos com TDM, estudos longitudinais têm apontado como importantes fatores de risco para a tentativa de suicídio a comorbidade com transtornos de personalidade (OQUENDO et al., 2007; MAY et al., 2012; BOLTON et al., 2010) e com transtornos de ansiedade (BOLTON et al., 2010). Contudo, esses achados demandam mais investigação (HOLMA et al., 2010; RIIHÄMKI et al., 2013; CHAN, SHAMSUL e MANIAM, 2014). Por outro lado, tentativa de suicídio anterior (SOKERO et al., 2005; OQUENDO et al., 2007; HOLMA et al., 2010; BOLTON et al., 2010; MAY et al., 2012, RUENGORN et al., 2012; RIIHIMÄKI et al., 2013;) e abuso de álcool ou transtorno do uso de substâncias (OQUENDO et al., 2004; OQUENDO et al., 2006; BOLTON et al., 2010; RUENGORN et al., 2012; RIIHIMÄKI et al., 2013; CHAN, SHAMSUL e MANIAM, 2014), são preditores robustos na literatura. A exposição à traumas no início da vida também é retratada como um fator de risco relevante (SARCHIAPONE et al., 2007; SOUZA et al., 2016), no entanto não foram encontrados estudos longitudinais que investigassem a associação entre trauma precoce e tentativas de suicídio em indivíduos deprimidos.

De modo geral, o suicídio e sua relação com a depressão parece estar bem estabelecida na literatura, contudo, os fatores de risco que podem contribuir para as tentativas de suicídio em populações clínicas ainda não são totalmente reconhecidos (HAWTON et al., 2013). Os estudos prospectivos que investigam a causalidade das tentativas de suicídio no TDM ainda são escassos e os fatores preditivos identificados em pesquisas anteriores são de difícil generalização devido à discrepâncias na população e na metodologia (RUENGORN et al., 2012). Outra limitação importante na literatura diz respeito à carência de estudos que investiguem a incidência de tentativas de suicídio e seus preditores entre pessoas deprimidas (BOLTON et al., 2010). Embora seja importante

entender a contribuição das tentativas de suicídio anteriores para o risco do comportamento futuro, o conhecimento dos preditores de tentativas incidentes pode auxiliar na detecção de indivíduos deprimidos em alto risco e subsidiar o planejamento terapêutico. Nesse sentido, é possível contribuir para a prevenção da incidência de tentativa de suicídio, que aumenta consideravelmente o risco para outras e para o suicídio em si.

A literatura fica ainda mais limitada quando nos reportamos ao contexto sociocultural brasileiro, demonstrando a importância de novas pesquisas. Assim, estudos nacionais longitudinais, são necessários para compreender os fatores que convergem para a ocorrência de tentativas de suicídio em indivíduos deprimidos, com vistas a incluí-los na avaliação clínica e possibilitar a intervenção preventiva em diversos contextos. Nesse sentido, o presente estudo objetiva verificar a incidência de tentativas de suicídio em uma amostra ambulatorial de adultos diagnosticados com TDM, bem como investigar as variáveis clínicas associadas a este desfecho.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Verificar a incidência cumulativa de tentativas de suicídio em uma amostra ambulatorial de adultos diagnosticados com TDM.

3.2 Específicos

Identificar a associação entre os diferentes tipos de trauma de infância e a incidência de tentativas de suicídio.

Identificar a associação entre indicativo de transtornos de personalidade e a incidência de tentativas de suicídio.

Identificar a associação entre transtornos mentais comórbidos e a incidência de tentativas de suicídio.

Identificar a associação entre abuso/dependência de substâncias e a incidência de tentativas de suicídio.

4. HIPÓTESES

A incidência cumulativa de tentativas de suicídio na amostra será de 10%.

Será verificada maior proporção de tentativa de suicídio conforme a presença de Negligência Emocional, Abuso Sexual e Abuso Emocional.

O transtorno de personalidade borderline estará independentemente associado ao aumento da incidência de tentativas de suicídio.

Transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático estarão associados ao aumento da incidência de tentativas de suicídio.

O abuso/dependência de álcool estará associado ao aumento da incidência de tentativas de suicídio.

5. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura ocorreu no período de setembro de 2017 a fevereiro de 2018, através de busca na base de dados PUBMED. A fim de garantir uma busca específica foi elaborada a seguinte estratégia: *((depression [Title] OR depressive[Title])) AND (incidence OR cohort OR longitudinal) AND (suicida[Title] OR suicide attempt[Title] OR suicide attempters[Title] OR suicide attempts[Title])*, que resultou em 124 estudos. As referências dos artigos encontrados que sinalizavam abordar os objetivos de pesquisa propostos foram identificadas e analisadas para acrescentar qualidade nas informações da presente revisão.

Os principais trabalhos de delineamento longitudinal identificados e analisados na presente revisão estão sumarizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese de Revisão de Literatura

AUTOR/ANO/ NÚMERO DE SUJEITOS/TIPO DE ESTUDO/LOCAL	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	PRINCIPAIS RESULTADOS	OBSERVAÇÕES
<p>Autores: Bolton, Pagura, Enns, Grant e Sareen. Ano: 2010 N: 6004 (pessoas com ou sem tentativa de suicídio anterior) e 5261 (pessoas sem tentativa de suicídio anterior). Tipo de estudo: Coorte Local: Canadá</p>	<p>Entrevista; Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview (AUDADIS – IV).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo 1 (grupo sem tentativas de suicídio anteriores) <p>- A incidência de uma tentativa de suicídio foi de 1,2% durante o seguimento de 3 anos (1,3 por 100 pessoas-ano).</p> <p>- Ter idade igual ou superior a 45 anos foi fator de proteção para tentativa de suicídio (OR=0,30);</p> <p>- Transtorno do pânico (OR=3,01), fobia específica (OR=2,29), transtorno de estresse pós-traumático (OR=2,86) e qualquer transtorno de ansiedade (OR=2,76) foram significativamente associados à tentativa de suicídio, após ajuste para idade;</p> <p>- Entre os transtornos de personalidade, paranoide (OR=2,44), borderline (OR=7,23), esquizotípica (OR= 3,11), de esquiva (OR=3,32) e qualquer transtorno de personalidade (OR= 3,12) foram preditivos de tentativa de suicídio, após ajuste para idade.</p>	<p>- A amostra é oriunda de um inquérito longitudinal nacionalmente representativo sobre doenças mentais na população;</p> <p>-Tamanho de amostra grande.</p> <p>- Seguimento de 3 anos.</p>

		<p>- Qualquer transtorno do uso de drogas (OR= 2,57), qualquer transtorno do uso do álcool (OR= 2,57), dependência de nicotina (OR= 3,17) e qualquer transtorno do uso de substâncias (OR= 3,85) foram associados à tentativa de suicídio, após ajuste para idade.</p> <p>- No modelo final (que utilizou categorias de transtorno psiquiátrico ao invés de cada transtorno separadamente), as variáveis que permaneceram como preditores de tentativas de suicídio foram qualquer transtorno de personalidade (OR= 2,44) e qualquer transtorno do uso de substâncias (OR= 4,10).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudo 2 (grupo com tentativas de suicídio incidentes e recorrentes) <p>- A incidência de tentativas de suicídio no período de seguimento foi de 2,7%.</p> <p>- Indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos e com renda nas três categorias mais altas foram menos propensos à tentativa de suicídio; Nunca ter sido casado foi um fator de risco para tentativa de suicídio;</p> <p>- Após ajuste para fatores demográficos, verificou-se associações entre ideação suicida, tentativa de suicídio anterior ao baseline, anedonia, culpa,</p>	
--	--	--	--

		<p>número de sintomas depressivos e tentativas de suicídio.</p> <p>- Após ajuste para fatores sociodemográficos e características depressivas, permaneceram associados às tentativas de suicídio, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático, qualquer transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade dependente, paranoide, esquizóide, de esquiva, borderline, esquizotípico e qualquer transtorno de personalidade, qualquer transtorno do uso de drogas e dependência de nicotina;</p> <p>- No modelo final (que utilizou categorias de transtorno psiquiátrico ao invés de cada transtorno separadamente), idade, renda, tentativa de suicídio anterior ao baseline, qualquer transtorno de ansiedade, qualquer transtorno de personalidade e qualquer transtorno de substância continuaram sendo preditores de futuras tentativas de suicídio.</p>	
<p>Autores: Riihimäki, Vuorilehto, Melartin, Haukka e Isometsä Ano: 2013 N: 134 pacientes de atenção primária Tipo de estudo: Coorte Local: Finlândia</p>	<p>SCID-I/ P; SCID II; Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D); Beck Scale Suicide Ideation (SSI); Social and Occupational</p>	<p>- Durante o seguimento de 5 anos, 10,4% dos pacientes tentaram suicídio;</p> <p>- Tentativa de suicídio anterior (OR=4,4) e presença de transtorno de uso de substâncias (OR=20,4) foram preditores de tentativas de suicídio, após análise ajustada;</p>	<p>- Amostra de pacientes de atenção primária;</p> <p>- Transtornos de ansiedade e de personalidade não foram associados às tentativas de suicídio.</p>

	<p>Functioning Assessment Scale; Beck Depression Inventory; Beck Anxiety Inventory; Beck Hopelessness Scale; Perceived Social Support Scale – Revised (PSSS-R); Questionário de autorrelato, registros médicos e entrevista.</p>	<p>- 95% das tentativas ocorreram durante um Episódio Depressivo Maior (EDM) e 5% durante a remissão parcial;</p> <p>- 41% das tentativas ocorreram durante EDM concomitante com abuso de substâncias;</p> <p>- A incidência de tentativas de suicídio foi de 36,0 por 1000 pacientes-ano;</p> <p>- As tentativas de suicídio foram associadas com tentativas de suicídio anteriores a entrada no estudo (OR= 4,38) e comorbidade com transtorno do uso de substâncias (OR= 20,39).</p>	
<p>Autores: Holma, et. al Ano: 2010 N: 249 pacientes psiquiátricos Tipo de Estudo: Coorte Local: Finlândia</p>	<p>Entrevistas diagnósticas gravadas em vídeo; SCID-II; Hamilton Depression Rating Scale (HAMD); Beck Depression Inventory; Beck Anxiety Inventory; Beck Hopelessness Scale; Beck Scale Suicide Ideation; Social and Occupational Functioning Assessment Scale;</p>	<p>- Durante o seguimento de 5 anos, 14,5% dos pacientes tentaram suicídio;</p> <p>- A taxa de incidência de tentativas de suicídio foi de 104,1 por 1000 pacientes-ano;</p> <p>- Dentre as tentativas, 73% ocorreram durante um episódio depressivo maior, 19% durante a remissão parcial e 8% durante a remissão completa;</p> <p>- Após análise ajustada, no modelo de Cox, duração de episódios depressivos maiores, tempo de remissão parcial, tentativa de suicídio anterior, menor percepção de suporte social foram</p>	<p>- Amostra de pacientes psiquiátricos;</p> <p>- Diferenças significativas foram encontradas entre os que tentaram e os que não tentaram suicídio em termos de ansiedade, transtornos de personalidade e comorbidades psiquiátricas, mas estas variáveis não se apresentaram como preditores na análise multivariada.</p>

	<p>Social Adjustment Scale–Self-Report; Interview for Recent Life Events; Interview Measure of Social Relationships; Perceived Social Support Scale–Revised; Eysenck Personality Inventory; Lista de verificação para transtornos médicos crônicos (Eixo III)</p>	<p>preditores de tentativas de suicídio, sendo a duração de EDM o preditor mais robusto (OR = 7,74);</p>	
<p>Autores: Chan, Shamsul e Maniam Ano: 2014 N: 66 pacientes internados Tipo de estudo: Coorte Local: Malásia</p>	<p>SCID-I/CV; Beck Depression Inventory; Beck Scale Suicide Ideation; Social Readjustment Rating Scale (SRRS); National Readship Survey (NRS); Questionário de autorrelato;</p>	<p>- Durante o seguimento de 1 ano, 18,2% dos pacientes tentaram suicídio; - Na análise ajustada, hospitalização psiquiátrica prévia (OR = 18,76, IC 95% = 1,88-187,71) e transtorno de uso de substância (OR = 7,82, IC 95% = 1,50-40,79) foram preditores de tentativas de suicídio;</p>	<p>- Transtornos de ansiedade foram avaliados, mas não houve associação com aumento do risco de tentativas de suicídio.</p>
<p>Autores: Sokero et. al Ano: 2005</p>	<p>SCAN 2.0; SCID-II;</p>	<p>- Durante o seguimento de 18 meses, 8% dos pacientes tentaram suicídio;</p>	<p>- Amostra composta por pacientes psiquiátricos.</p>

<p>N: 269 pacientes Tipo de estudo: Coorte Local: Finlândia</p>	<p>Hamilton Depression Rating Scale (HAMD); Beck Depression Inventory; Beck Scale Suicide Ideation (SSI); Beck Hopelessness Scale; Social and Occupational Functioning Assessment Scale; Interview for Recent Life Events; Interview Measure of Social Relationships; Perceived Social Support Scale – Revised</p>	<p>- O risco relativo foi de 2,50 durante a remissão parcial, e de 7,54 durante um EDM, em comparação ao período de remissão total.</p> <p>- Após análise ajustada, a duração dos EDM (OR = 1,13), tentativas de suicídio (OR = 5,62) e falta de parceiro (OR = 5,10) foram associadas à tentativa de suicídio.</p>	<p>- Pacientes com algum transtorno de personalidade tiveram mais tentativas de suicídio.</p>
---	---	---	---

O trauma precoce tem sido associado ao comportamento suicida (ROY, 2011; TURECKI; BRENT, 2016), sendo considerado um fator de risco ainda mais importante entre amostras clínicas (BRODSKY; STANLEY, 2008). Um estudo realizado no sul do Brasil com população geral de jovens na faixa etária entre 14 e 35 anos, demonstrou associação entre trauma infantil e risco de suicídio (ideação e comportamento suicida). As chances de risco de suicídio aumentaram na presença de todos os tipos de trauma: negligência emocional (*odds ratio* [OR] = 3,7), negligência física (OR = 2,8), abuso sexual (OR = 3,4), abuso físico (OR = 3,1) e abuso emocional (OR = 6,6) (BARBOSA, et al., 2014).

Já Saraçlı et al. (2016), identificaram somente dois tipos de trauma associados ao risco de suicídio em uma amostra populacional: abuso e negligência emocional. O abuso emocional aumentou as chances de ideias (OR = 3,2) e tentativas de suicídio ao longo da vida (OR = 3,5), enquanto a negligência emocional mostrou um alto *odds ratio* para as tentativas de suicídio (OR = 3,3).

Em relação, especificamente, às tentativas de suicídio, um estudo realizado com mulheres da população geral, revelou que todos os tipos de trauma infantil estavam associados com este comportamento suicida (AKYÜZ et al., 2005). Uma metanálise de estudos longitudinais realizados na última década, por sua vez, demonstrou que os tipos de trauma infantil que contribuem para a tentativa de suicídio posterior são o abuso físico, emocional e sexual e a negligência física, enquanto a negligência emocional não foi associada a este comportamento (ZATTI et al., 2017).

Norman et al. (2012), concluíram em uma metanálise de estudos sobre as consequências de maus-tratos não sexuais na infância, que o abuso emocional e o abuso físico aumentaram as chances de tentativas de suicídio em mais de 3 vezes e os traumas relacionados à negligência em quase 2 vezes. Já a metanálise de Ng et al. (2018), que se propôs a investigar justamente o papel do trauma sexual, demonstrou que o abuso sexual na infância foi consistentemente associado ao aumento do risco de tentativas de suicídio em estudos transversais e longitudinais.

Park et al. (2015) demonstraram que a exposição ao trauma infantil foi associada à ideia suicida (OR = 3,2), planejamento suicida (OR = 4,2) e tentativas de suicídio (OR = 4,5) ao longo da vida. Além disso, identificaram que o risco de tentativas de suicídio relacionadas ao trauma na infância aumentou com a presença de uso de álcool, depressão ou distúrbio alimentar.

De modo geral, vários estudos encontraram associações entre diferentes traumas e comportamento suicida, contudo ainda não está claro o efeito de cada tipo de trauma sobre o risco de tentativas de suicídio, e esta relação é ainda mais desconhecida em pacientes com depressão.

No que tange às amostras clínicas, o estudo de Carlier et al. (2016) encontrou que todos os tipos de trauma aumentaram o risco de suicídio em pacientes com transtornos de humor, ansiedade e somatoformes, apesar de terem expressado um tamanho de efeito pequeno.

Entre os indivíduos com depressão, em um estudo transversal, o risco de suicídio foi associado de forma independente ao abuso sexual, abuso emocional e a negligência emocional (SOUZA, et al., 2016). No entanto, são poucos os estudos que examinaram a relação entre trauma precoce e risco de suicídio em pacientes deprimidos, sendo ainda mais escassos aqueles que investigaram os traumas como fatores de risco para tentativas de suicídio. Ademais, entre estes últimos, não foi verificado um consenso quanto aos tipos de trauma associados às tentativas de suicídio.

Brodsky e Oquendo (2001) relataram que adultos deprimidos com histórico de abuso físico ou sexual na infância tiveram uma taxa significativamente maior de tentativas de suicídio em comparação com aqueles que não sofreram os traumas. Sarchiapone et al. (2007), encontrou escores mais elevados de trauma total, negligência emocional e abuso emocional em indivíduos com depressão que tentaram suicídio, porém, somente negligência emocional foi associada de forma independente com o aumento significativo das chances de tentativas de suicídio. Já o estudo de Yildirim et al. (2014), identificou maior pontuação de trauma total, abuso físico e abuso emocional entre o grupo com história de tentativas de suicídio, contudo, apenas abuso físico foi considerado um preditor de tentativas de suicídio. Ou seja, ainda não está totalmente reconhecido o potencial efeito de cada tipo de trauma sobre as tentativas de suicídio nesta população. Além disso, ressalta-se a carência de pesquisas de delineamento longitudinal, sendo necessárias novas investigações.

Outros fatores de risco importantes para tentativas de suicídio em deprimidos, ainda encontram inconsistência e foram pouco explorados em estudos longitudinais. A congruência entre os resultados de estudos deste tipo é importante para determinação de relações causais entre os fatores de risco e o comportamento suicida (OQUENDO et al., 2006), de modo a definir a capacidade preditiva de algumas variáveis clínicas. Ainda é contraditório na literatura o papel da comorbidade com transtornos de personalidade e

transtornos de ansiedade (OQUENDO et al., 2006; BOLTON et al., 2010; HOLMA et al., 2010; MAY et al., 2012; RIIHÄMKI et al., 2013; CHAN; SHAMSUL; MANIAM, 2014).

A comorbidade entre depressão e transtornos de personalidade do grupo B, em especial, o transtorno de personalidade borderline, tem sido associada ao aumento do risco de comportamento suicida (OQUENDO et al., 2006). Oquendo et al. (2007) demonstraram que a comorbidade com transtorno de personalidade borderline em indivíduos com depressão, triplicou o risco de atos suicidas em homens e dobrou em mulheres, durante um seguimento de 2 anos. May et al. (2012) mostraram que os transtornos de personalidade do grupo B predisseram de forma independente futuras tentativas de suicídio em uma coorte de pacientes deprimidos com ideação suicida.

Sokero et al. (2005) identificaram, em um seguimento com pacientes deprimidos, que as pessoas com transtornos de personalidade apresentaram maior número de tentativas de suicídio, e que estas eram ainda mais prevalentes entre os pacientes com transtorno de personalidade borderline ou algum outro transtorno do grupo B. Entretanto, após ajuste para possíveis fatores de confusão, os transtornos de personalidade não foram associados ao aumento do risco de tentativas de suicídio. De modo semelhante, no estudo prospectivo de Holma et al. (2010), as tentativas de suicídio em pacientes deprimidos aumentaram na presença de transtornos de personalidade comórbidos, entretanto esta associação não se manteve significativa após análise ajustada.

Bolton et al. (2010), em estudo longitudinal de base populacional, encontrou, após análise ajustada, que comorbidades com transtornos paranoides, de esquiva, borderline, esquizotípicos e qualquer transtorno de personalidade foram significativamente associados à incidência de tentativas de suicídio entre indivíduos com TDM ao longo da vida. Neste estudo, a presença de qualquer transtorno de personalidade mais do que triplicou as chances de novas tentativas (OR=3,12) e, especificamente, o transtorno borderline as aumentou em mais de 7 vezes (OR = 7,23).

Jylhä et al. (2016) investigou prospectivamente a relação entre transtornos de personalidade e tentativas de suicídio em três coortes de pacientes com transtorno de humor, encontrando um risco cerca de duas vezes maior entre os indivíduos com transtornos de personalidades comórbidos, tanto para tentativas ao longo da vida quanto para as observadas no período de seguimento do estudo. Inicialmente, todos os grupos de transtornos de personalidade foram associados com o aumento da taxa de novas tentativas de suicídio, embora o grupo C tenha se mostrado mais importante. No entanto, após ajuste

para a duração de episódios depressivos maiores, as associações foram atenuadas e somente a do grupo C permaneceu significativa.

Contrariamente ao demonstrado pelos pesquisadores citados acima, o estudo de Riihämki et al. (2013) não encontrou associação entre transtorno de personalidade e tentativas de suicídio em uma coorte de pacientes deprimidos, ainda que a análise univariada tenha indicado uma relação muito próxima da significância entre transtornos do grupo B e tentativas de suicídio. Desse modo, percebe-se que há controvérsias entre os estudos prospectivos quanto aos transtornos de personalidade enquanto preditores do comportamento suicida, e existem ainda mais dúvidas em relação ao papel dos transtornos dos grupos A e C, menos investigados até o momento (BOLTON et al. 2010; JYLHÄ et al., 2016).

No que se refere ao papel dos transtornos de ansiedade comórbidos, a literatura ainda parece inconsistente e enfatiza-se a necessidade de estudos prospectivos (OQUENDO et al., 2006). De modo geral, os achados de Bolton et al. (2008) sugerem que os transtornos de ansiedade são fatores de risco independentes para tentativas de suicídio. Todavia, entre os indivíduos com TDM os efeitos dos transtornos de ansiedade sobre o comportamento suicida são controversos (SOKERO, et al., 2005; BOLTON et al., 2010; HOLMA et al., 2010; MAY et al., 2012; RIIHÄMKI et al., 2013; CHAN; SHAMSUL; MANIAM, 2014).

A comorbidade entre TDM e transtornos de ansiedade é uma das mais prevalentes (MERIKANGAS et al., 2003). Um estudo epidemiológico mostrou que a prevalência de pelo menos um transtorno de ansiedade ao longo da vida foi de 59% em pacientes com TDM (KESSLER; MERIKANGAS; WANG, 2007). Thaipisuttikul et al. (2014) investigou, por meio de um estudo transversal, as comorbidades psiquiátricas em indivíduos deprimidos e constatou que pacientes com risco suicida apresentaram mais comorbidades com qualquer transtorno de ansiedade. Do mesmo modo, em um estudo transversal com adolescentes com TDM, Bilgic et al. (2017) demonstraram uma associação significativa entre a presença de transtornos de ansiedade e tentativas de suicídio.

Já entre as coortes de pacientes com TDM os resultados divergem. Nos estudos de Chan, Shamsul e Maniam (2014) e Riihämki et al. (2013) os transtornos de ansiedade comórbidos não foram preditores de tentativas de suicídio. Holma et al. (2010) e Sokero et al. (2005) encontraram os mesmos resultados, apesar de observarem que os escores de ansiedade avaliados pelo *Beck Anxiety Inventory* diferiram significativamente entre os

pacientes que tentaram o suicídio, sendo mais severos do que entre aqueles que não tentaram.

Por outro lado, Bolton et al. (2010) mostrou que qualquer transtorno de ansiedade é preditor de futuras tentativas de suicídio entre indivíduos que já tentaram ao longo da vida. Entre aqueles que nunca tiveram este comportamento, a comorbidade com transtorno do pânico, fobia específica e transtorno de estresse pós-traumático aumentou as chances de uma tentativa de suicídio incidente em 3,01, 2,3, 2,3 e 1,8 vezes, respectivamente. Katz et al. (2011), encontrou associação entre a presença ataques de pânico no último ano e o aumento do risco de tentativas de suicídio (OR = 2,1) em indivíduos deprimidos, corroborando com a ideia de que a transtorno de pânico comórbido parece ser um fator de risco independente para tentativas de suicídio.

Tendo em vista as lacunas na literatura em relação aos fatores de risco para incidência de tentativas de suicídio em pacientes com TDM, considerando o tamanho amostral pequeno de estudos com pacientes ambulatoriais (SOKERO et al., 2005; HOLMA et al., 2010; CHAN; SHAMSUL; MANIAM, 2014) e os resultados contraditórios entre as coortes, novas investigações mostraram-se necessárias.

6. MÉTODOS

6.1 Delineamento

Trata-se de um estudo longitudinal realizado com indivíduos diagnosticados com TDM, sem histórico de tentativas de suicídio, vinculado ao projeto de pesquisa “Perfil da saúde mental e funcionalidade cognitiva dos pacientes do Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental”.

6.2 Participantes

Foram convidados a participar do estudo 464 indivíduos diagnosticados com TDM, sem histórico de tentativas de suicídio. Os participantes entraram no estudo entre julho de 2012 a junho de 2015, quando buscaram atendimento no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (APESM) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Uma segunda avaliação foi realizada entre janeiro de 2017 e fevereiro de 2018, em média, três anos após o diagnóstico de TDM.

Considerando-se 95% de intervalo de confiança, poder estatístico de 80%, a incidência de tentativa de suicídio de 14,5% e um risco para expostos de 2,29 (HOLMA et al., 2010), seria necessária a participação de 288 indivíduos na reavaliação.

6.2.1 Critérios de inclusão

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para o presente projeto:

- Ter entre 18 e 60 anos de idade no momento da primeira avaliação;
 - Ser diagnosticado com TDM pela equipe do estudo no momento da primeira avaliação.
- Para o diagnóstico de TDM foi utilizada a MINI 5.0 (*Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0*), sendo considerado quando havia presença de Episódio Depressivo Atual e/ou Passado e ausência de Episódio Maníaco e/ou Hipomaníaco Atual e/ou Passado;
- Não apresentar histórico de tentativas de suicídio no momento da primeira avaliação.

6.2.2 Critérios de exclusão

Incapacidade de compreender os instrumentos na primeira ou na segunda avaliação.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

Para a captação da amostra realizou-se o convite de pacientes para uma avaliação em saúde mental no APESM, através de divulgação nas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial e outros serviços de atenção à saúde, escolas e meios de comunicação da cidade de Pelotas (jornais, sites, rádio e televisão), além da comunicação aos participantes de outras pesquisas científicas. Ao total 1686 indivíduos (participantes de pesquisa, pessoas que foram encaminhadas por serviços de saúde ou procuraram espontaneamente devido à divulgação na mídia) agendaram uma entrevista. Destes, 966 realizaram a avaliação e 598 foram diagnosticados com TDM. Entre os indivíduos com depressão maior, 464 não possuíam histórico de tentativas de suicídio e, portanto, foram incluídos no presente estudo de seguimento.

A entrevista diagnóstica MINI foi realizada por psicólogas doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, e os demais instrumentos foram aplicados por bolsistas de iniciação científica. A equipe de pesquisa foi previamente treinada e os mesmos receberam supervisão semanal dos coordenadores do estudo.

Os participantes responderam os seguintes instrumentos, no momento do ingresso no estudo:

- **Questionário sociodemográfico e clínico:** composto por perguntas elaboradas pela equipe de pesquisa referentes a sexo, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, classe econômica, etc. A classe econômica foi aferida de acordo com o critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), o qual se baseia na capacidade de acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família. De acordo com esse critério, as pessoas são classificadas como pertencentes aos níveis econômicos A, B, C, D ou E, os quais estão dispostos num crescente em que E se refere à menor classificação econômica e A à mais alta

(ABEP, 2008). As questões clínicas envolveram uma investigação sobre tratamento em saúde mental e histórico de saúde mental familiar.

- **Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST):** um questionário estruturado, adaptado e validado para a população brasileira, composto por oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e maior ou igual a 16 como sugestiva de dependência. A variável abuso/dependência de substância foi calculada a partir da soma dos escores relacionados a cada classe de drogas (HENRIQUE et al., 2004).
- **Childhood Trauma Questionnaire (CTQ):** um instrumento autoaplicável, indicado para uso em adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos, que investiga a história de abuso e negligência durante a infância. Através deste questionário podem ser avaliados cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. É composto por 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância em uma escala Likert de cinco pontos (GRASSI-OLIVEIRA et al., 2014). Para cada domínio do CTQ, aqueles indivíduos que apresentaram escores dentro do quintil superior foram considerados com histórico de trauma intenso.
- **Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI):** o MCMI-III consiste em um inventário de 175 sentenças, com alternativas do tipo verdadeiro ou falso. Pode ser aplicado em pessoas a partir de 18 anos e é indicado para indivíduos que estejam em processo de avaliação psicológica ou em acompanhamento de saúde mental. O inventário é composto por 28 escalas para avaliação de 14 padrões de personalidade e 10 síndromes clínicas (CRAIG, 2008). No presente estudo, foram utilizadas apenas as informações relativas a presença de transtorno de personalidade e considerou-se prevalência mínima destes de 15%.

- **Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI):** uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. Indicada para avaliação dos transtornos mentais ao longo da vida, explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de várias categorias diagnósticas do DSM-IV (AMORIM, 2000). Neste estudo, primeiramente, para a inclusão dos participantes, a MINI foi utilizada para o diagnóstico de TDM e para identificação da presença ou ausência de tentativas de suicídio ao longo da vida. A entrevista também foi empregada para a identificação das seguintes comorbidades psiquiátricas: algum transtorno de ansiedade (fobia social, fobia específica, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), bem como avaliou o risco de suicídio por meio das questões referentes à ideação e planejamento suicida do módulo C da entrevista.

Após 3 anos, em média, os participantes foram convidados para uma segunda avaliação, na qual a MINI foi aplicada para aferição de tentativas de suicídio, por meio da questão C6 do módulo C.

6.3.1 Desfecho primário

A incidência de tentativas de suicídio será mensurada através da pergunta C6 do módulo C da MINI, que se refere ao risco de suicídio. Trata-se de uma variável dicotômica, na qual os sujeitos afirmarão terem tido ou não tentativas de suicídio.

6.3.2 Desfecho secundário

Serão incluídas como variáveis de exposição: trauma precoce, indicativo de transtornos de personalidade, abuso ou dependência de substâncias e presença de comorbidades psiquiátricas. Cada variável independente será coletada por meio de instrumento específico, exposto a seguir:

Quadro 2 – Forma de coleta das variáveis independentes

Item	Instrumento	Variável
Trauma precoce	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	5 variáveis dicotômicas (Abuso Sexual, Abuso Físico, Abuso Emocional, Negligência Física e Negligência Emocional): Presente (quartil mais elevado) ou ausente (demais escores)
Indicativo de transtorno de personalidade	Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI)	10 variáveis dicotômicas (TP Esquizoide, TP Esquizotípica, TP Paranoide; TP Borderline; TP Narcisista; TP Histriônica; TP Antissocial; TP Dependente; TP Evitativa; TP Obsessivo-Compulsiva): Sim ou não
Abuso ou dependência de substâncias	Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)	3 variáveis dicotômicas (Abuso/Dependência de álcool de tabaco; Abuso/Dependência de álcool; Abuso/Dependência de hipnóticos; Abuso/Dependência de outras drogas): Sim ou não
Comorbidades psiquiátricas	Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)	4 variáveis dicotômicas (Algum Transtorno de Ansiedade; Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Transtorno de Estresse Pós-Traumático; Risco de Suicídio): Sim ou não

6.4 Análise de dados

Os dados, na primeira e na segunda avaliação, foram coletados e armazenados em tablets PCs e posteriormente transferidos para computadores. Utilizou-se o aplicativo *Open Data Kit Collect 1.1.7*, que interpretou os questionários no formato *extensible markup language* (XML) e gravou os dados coletados em pacotes XML individuais para cada sujeito que participou.

Para o tratamento estatístico dos dados será utilizado o *software* SPSS 22.0. A análise inicial terá como objetivo observar as medidas de ocorrência do objeto de estudo, através da frequência relativa e absoluta. Assim, será verificada a incidência de tentativas de suicídio ao longo da vida dos pacientes com TDM. Para a identificação dos fatores de risco ao desfecho, será utilizado o teste qui-quadrado, considerando o valor de $p < 0,05$. Também será realizada técnica de regressão logística ajustada. Para a análise ajustada serão consideradas as variáveis com valor $p < 0,20$. No modelo final, somente serão mantidas as variáveis independentes que apresentarem valor $p < 0,05$.

6.5 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, sob parecer nº 1.879.902. Este protocolo de pesquisa respeita os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução Nº 196 de 10 de Outubro de 1996. Os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foi assegurado o sigilo da identidade, bem como o direito à desistência da participação no estudo e à solicitação de esclarecimentos.

6.5.1 Riscos

A presente proposta apresenta riscos mínimos à saúde dos participantes. Os mesmos podem sentir desconforto emocional na ocasião da entrevista clínica.

6.5.2 Benefícios

Os indivíduos diagnosticados com transtorno mental foram encaminhados para atendimento especializado nos serviços de saúde do município. Aqueles que, no momento da segunda avaliação, apresentaram risco de suicídio foram encaminhados ao CAPS mais adequado de acordo com a localização de sua residência ou ao hospital psiquiátrico (Hospital Espírita de Pelotas). Imediatamente após a detecção do risco de suicídio, os familiares foram chamados para receber instruções sobre como proceder, conforme o Manual de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2006), bem como para conduzir o participante ao local de atendimento apropriado.

Os encaminhamentos visam ser uma forma de agilizar o acesso ao tratamento de pessoas com transtornos mentais e risco de suicídio. Além disso, os participantes do estudo obtiveram diagnóstico clínico especializado, realizado por profissionais devidamente treinados.

Os resultados do estudo visam à ampliação do conhecimento científico sobre fatores associados ao comportamento suicida em pessoas deprimidas, podendo contribuir para decisões clínicas e subsidiar ações preventivas em prol dos participantes e/ou outras pessoas em condições semelhantes.

6.6 Cronograma

ATIVIDADES	2017						2018						
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X					
Qualificação do projeto									X				
Análise dos dados									X	X	X		
Redação do artigo											X	X	
Defesa da dissertação													X

6.7 Orçamento

O presente projeto não apresentará custos adicionais para sua implementação uma vez que utilizará infraestrutura pessoal e tecnológica já adquirida através de projetos de pesquisa anteriores.

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2005 – IBOPE, 2008 – www.abep.org.

AMORIM, Patrícia. 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, set. 2000.

AKYUZ, Gamze et al. Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. **European Psychiatry**, v. 20, n. 3, p.268-273, maio 2005.

BARBOSA, Luana Porto et al. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14–35 years in southern Brazil. **Child Abuse & Neglect**, v. 38, n. 7, p.1191-1196, jul. 2014.

BILGIC, Ayhan et al. The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. **Psychiatria Danubina**, v. 29, n. 4, p.473-479, 30 nov. 2017.

BOLTON, James M. et al. Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. **Depression and Anxiety**, v. 25, n. 6, p. 477-481, 2008.

BOLTON, James M. et al. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. **Journal Of Psychiatric Research**, v. 44, n. 13, p.817-826, out. 2010.

BORGES, Guilherme et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 71, n. 12, p. 1617, 2010.

BOTEGA, Neury José et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia Usp**, v. 25, n. 3, p.231-236, 2014.

BROMET, Evelyn et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.

BRODSKY, Beth S. et al. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 11, p. 1871-1877, 2001.

BRODSKY, Beth S.; STANLEY, Barbara. Adverse Childhood Experiences and Suicidal Behavior. **Psychiatric Clinics Of North America**, v. 31, n. 2, p.223-235, jun. 2008.

CARLIER, Ingrid Ve et al. Characteristics of suicidal outpatients with mood, anxiety and somatoform disorders: The role of childhood abuse and neglect. **International Journal Of Social Psychiatry**, v. 62, n. 4, p.316-326, 19 fev. 2016.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.18-25, 2009.

CHAN, Lai Fong; SHAMSUL, Azhar Shah; MANIAM, Thambu. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: a 12-month prospective study among patients with depressive disorders. **Psychiatry research**, v. 220, n. 3, p. 867-873, 2014.

CHEN, Yuan-Who; DILSAVER, Steven C. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. **Biological Psychiatry**, v. 39, n. 10, p. 896-899, 1996.

CRAIG, J. Millon Clinical Multiaxial Inventory – III. In: STRACK, S. (Org.). Essentials of Millon inventories assessment. New Jersey: John Wiley & Sons, 2008. p. 18-38.

FERRARI, Alize J. et al. The epidemiological modelling of major depressive disorder: application for the Global Burden of Disease Study 2010. **PloS one**, v. 8, n. 7, p. e69637, 2013.

GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo; STEIN, Lilian Milnitsky; PEZZI, Júlio Carlos. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p.249-255, abr. 2006.

HAWTON, Keith et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. **Journal of affective disorders**, v. 147, n. 1, p. 17-28, 2013.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p.199-206, abr. 2004.

HOLMA, K. Mikael et al. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: a five-year prospective study. **American Journal of Psychiatry**, v. 167, n. 7, p. 801-808, 2010.

JYLHÄ, Pekka et al. Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders. **Journal of affective disorders**, v. 190, p. 632-639, 2016.

KATZ, Curren Elizabeth. et al. Panic as an independent risk factor for suicide attempt in depressive illness: findings from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). **J Clin Psychiatry**, v. 72, n. 12, p. 1628-35, 2011.

KESSLER, Ronald C.; MERIKANGAS, Kathleen R.; WANG, Philip S. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 3, p. 137-158, 2007.

MAY, Alexis M.; KLONSKY, E. David; KLEIN, Daniel N. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 46, n. 7, p. 946-952, 2012.

MERIKANGAS, Kathleen Ries et al. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. **Archives of general psychiatry**, v. 60, n. 10, p. 993-1000, 2003.

NG, Qin Xiang et al. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 99, p.129-141, abr. 2018.

NOCK, Matthew K. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **The British Journal of Psychiatry**, v. 192, n. 2, p. 98-105, 2008.

NOCK, Matthew K. et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **JAMA psychiatry**, v. 70, n. 3, p. 300-310, 2013.

NOCK, Matthew K.; KESSLER, Ronald C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. **Journal of abnormal psychology**, v. 115, n. 3, p. 616, 2006.

NORMAN, Rosana E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. **PLoS medicine**, v. 9, n. 11, p. e1001349, 2012.

OQUENDO, Maria A. et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 8, p. 1433-1441, 2004.

OQUENDO, M. A.; CURRIER, D.; MANN, J. J. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, v. 114, n. 3, p. 151-158, 2006.

OQUENDO, M. A. et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, v. 164, n. 1, p. 134-141, 2007.

PARK, Subin et al. Childhood exposure to psychological trauma and the risk of suicide attempts: the modulating effect of psychiatric disorders. ***Psychiatry investigation***, v. 12, n. 2, p. 171-176, 2015.

RAZZOUK, Denise. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?. ***Epidemiologia e Serviços de Saúde***, v. 25, n. 4, p. 845-848, 2016.

RIIHIMÄKI, K. et al. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. ***Psychological medicine***, v. 44, n. 2, p. 291-302, 2014.

ROY, Alec. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. ***Journal of Affective Disorders***, v. 130, n. 1, p. 205-208, 2011.

RUENGORN, Chidchanok et al. Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. ***International journal of general medicine***, v. 5, p. 323, 2012.

SANTOS, Simone Agadir et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. ***Cadernos de Saúde Pública***, v. 25, p. 2064-2074, 2009.

SARAÇLİ, Özge et al. Childhood trauma and suicide risk in the population living in Zonguldak Province. ***Asia-pacific Psychiatry***, v. 8, n. 2, p.136-144, 6 out. 2015.

SARCHIAPONE, Marco et al. Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. ***Depression and anxiety***, v. 24, n. 4, p. 268-272, 2007.

SOKERO, T. Petteri et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM–IV major depressive disorder. **The British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 4, p. 314-318, 2005.

SOUZA, Luciano Dias de Mattos et al. History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. **Psychiatry research**, v. 246, p. 612-616, 2016.

THAIPISUTTIKUL, Papan et al. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 10, p. 2097-2103, nov. 2014.

TURECKI, Gustavo; BRENT, David A. Suicide and suicidal behaviour. **The Lancet**, v. 387, n. 10024, p. 1227-1239, 2016.

YILDIRIM, Feride et al. The relationship of childhood abuse and neglect with suicide attempts in an adult unipolar depression sample. **Nöro Psikiyatri Arşivi**, v. 51, n. 2, p. 133, 2014.

World Health Organization. Mental health: suicide prevention. 2014

World Health Organization. Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva, 2016.

World Health Organization. Depression: World Health Organization Depression Fact sheet Updated February 2017.

ZATTI, Cleonice et al. Childhood trauma and suicide attempt: a meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. **Psychiatry research**, v. 256, p. 353-358, 2017.

ANEXOS

Anexo I: Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Perfil da saúde mental e funcionalidade cognitiva dos pacientes do Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental

Pesquisador: Luciano Dias de Mattos Souza

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 25814113.7.0000.5339

Instituição Proponente: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA (SPAC)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.879.902

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda referente ao projeto "Perfil da saúde mental e funcionalidade cognitiva dos pacientes do Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental"

Objetivo da Pesquisa:

- Verificar a incidência de tentativas de suicídio em uma amostra ambulatorial de adultos diagnosticados com Trastorno Depressivo Maior (TDM);
- Identificar os fatores de risco clínicos e sócio demográficos para tentativa de suicídio em uma amostra clínica de pacientes diagnosticados com TDM;
- Verificar a incidência de suicídio consumado em uma amostra ambulatorial de adultos diagnosticados com TDM;
- Observar o curso clínico de pacientes diagnosticados com TDM que apresentaram tentativa de suicídio;
- Avaliar os fatores de riscos relacionados a conversão diagnóstica;
- Verificar a prevalência do espectro bipolar;

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
Bairro: Centro **CEP:** 96.010-000
UF: RS **Município:** PELOTAS
Telefone: (53)2128-8023 **Fax:** (53)2128-8298 **E-mail:** cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 1.879.902

- verificar características relacionadas ao transtorno e espectro bipolar em pacientes primeiramente diagnosticados com TDM
- Identificar traços de personalidade dos sujeitos com TDM que converteram para transtorno bipolar

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Aprovar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovar

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_819220 E1.pdf	21/12/2016 16:19:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/12/2016 16:16:26	Luciano Dias de Mattos Souza	Aceito
Outros	cartaCEP.pdf	12/12/2016 18:10:38	Luciano Dias de Mattos Souza	Aceito
Outros	carta.pdf	08/12/2016 17:51:41	Luciano Dias de Mattos Souza	Aceito
Outros	Gabriele Cordenonzi Ghisleni.pdf	12/12/2013 12:18:17		Aceito
Outros	Karen Jansen.pdf	12/12/2013 12:18:00		Aceito
Outros	Jean Pierre Oses.pdf	12/12/2013 12:17:39		Aceito
Outros	Ricardo Azevedo da Silva.pdf	12/12/2013 12:16:46		Aceito

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
Bairro: Centro CEP: 96.010-000
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)2128-8023 Fax: (53)2128-8298 E-mail: cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 1.879.902

Outros	Luciano Dias de Mattos Souza.pdf	12/12/2013 12:18:22		Aceito
Outros	42-Rua02.pdf	12/12/2013 12:14:43		Aceito
Outros	44-Rua01B.pdf	12/12/2013 12:14:20		Aceito
Outros	43-Rua01A.pdf	12/12/2013 12:13:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de consentimento APESM 2014.pdf	12/12/2013 12:12:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO CEP 2014 Perfil da saúde mental e funcionalidade cognitiva dos pacientes do Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental.pdf	12/12/2013 12:12:16		Aceito
Outros	Orçamento.pdf	09/12/2013 09:54:30		Aceito
Outros	01 Teste MoCA Brasil (2).pdf	09/12/2013 09:38:58		Aceito
Outros	Carta do local APESM.pdf	09/12/2013 09:06:24		Aceito
Outros	Carta de apresentação.pdf	09/12/2013 09:06:02		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	09/12/2013 09:04:34		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 22 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Luciana de Avila Quevedo
(Coordenador)

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
Bairro: Centro CEP: 96.010-000
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)2128-8023 Fax: (53)2128-8298 E-mail: cep@ucpel.tche.br

Anexo II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Conhecer aspectos da saúde e da funcionalidade da população que procura o Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel. Havendo inicialmente uma avaliação psicológica que investigará a presença de transtornos mentais. Para medir possíveis alterações bioquímicas, será coletado sangue das pessoas com indicativo do transtorno. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias durante alguma alteração emocional importante.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma avaliação psicológica e uma coleta de sangue do seu braço, na qual serão retirados 10 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função. Caso positivo para algum transtorno mental, será realizado encaminhamento adequado.

Caso esteja em sofrimento psíquico e não preencha os critérios de inclusão no estudo, será encaminhado para o serviço de saúde apropriado.

Quais são os riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área da saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função da presença de transtornos mentais.

Item importante!

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir

maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste local.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida, caso este seja o tratamento mais adequado. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora do transtorno, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe ao pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

Data: __ / __ / _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Mariane Lopez pelos telefones: 81133404 / 84023356 / 91385835 / 21288404

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas Fone: 21288404 – 81180444

Anexo III: Instrumentos

Questionário sociodemográfico e clínico

Insira número de identificação do avaliador.

Insira o REC do entrevistado.

Insira a data da entrevista.

I - Dados sociodemográficos

Selecione a opção correspondente ao sexo do(a) entrevistado(a).

Selecione a opção que corresponde à cor da pele do(a) entrevistado(a).

Qual a data do seu nascimento?

Quantos anos completos o(a) Sr(a). tem?

Quantos anos completos de estudo o(a) Sr(a). tem?

Tu estás estudando (ou estudaste) este ano?

Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca?

Estás trabalhando atualmente?

Você tem filhos ou filhas?

Quantos filhos ou filhas você tem?

Qual a sua renda aproximada?

Qual a renda aproximada da família?

Quantas pessoas moram com você?

Acomodação

Você é casado(a), namora ou possui um companheiro(a)?

Você tem religião na qual é praticante?

II - Histórico clínico

Alguma vez tu já consultaste ou fizeste tratamento com psicólogo(a)?

Quanto tempo, em meses, durou o tratamento que fizeste com psicólogo(a)?

Alguma vez tu já consultaste ou fizeste tratamento com psiquiatra?

Quantos psiquiatras já consultou?

Quanto tempo, em meses, durou o tratamento que fizeste com psiquiatra?

Tu já tomaste medicamento receitado por psiquiatra ou medicamento psiquiátrico?

Ao longo da vida quantos medicamentos psiquiátricos diferentes já tomou?

Quanto tempo, em meses, durou o tratamento medicamentoso que fizeste?

Já tomaste moderadores do humor?

Já tomaste antipsicóticos?

Já tomaste antidepressivos ou ansiolíticos?

Já tomaste benzodiazepínicos?

Já tomaste barbitúricos?

Já tomaste medicamentos fitoterápicos?

Já tomaste outros medicamentos psiquiátricos não listados anteriormente?

Quais medicamentos psiquiátricos foram tomados ao longo da vida?

Quais medicamentos psiquiátricos está tomando atualmente?

Já foste internado em hospital psiquiátrico?

Quantas vezes já foste internado em hospital psiquiátrico?

Alguma vez algum médico lhe diagnosticou com transtorno bipolar?

Já recorreste a serviços públicos de saúde mental?

III - História familiar de transtornos psiquiátricos

Há alguém com história de doença psiquiátrica na tua família?

A sua mãe teve alguma doença psiquiátrica?

Qual doença psiquiátrica a sua mãe teve ou tem?

A sua mãe usou ou usa medicamento psiquiátrico?

A sua mãe já foi internada em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica?

A sua mãe já tentou suicídio?

Quantas vezes?

O seu pai teve alguma doença psiquiátrica?

Qual doença psiquiátrica o seu pai teve ou tem?

O seu pai usou ou usa medicamento psiquiátrico?

O seu pai já foi internado em hospital psiquiátrico ou comunidade terapêutica?

O seu pai já tentou suicídio?

Quantas vezes?



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é exclusivamente de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 - 48	0,9%
A2	35 - 41	4,1%
B1	29 - 34	8,9%
B2	23 - 28	15,7%
C1	18 - 22	20,7%
C2	14 - 17	21,8%
D	8 - 13	25,4%
E	0 - 7	2,6%

M.I.N.I. PLUS

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Brazilian Version 5.0.0

USA: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital Salpêtrière - Paris



Tradução para o português (Brasil) : Patrícia Amorim

© 1994, 1998, 2000, Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia dos autores. Os pesquisadores e os clínicos que trabalham em instituições públicas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem *solicitar** uma versão do M.I.N.I. (*mediante cadastro*), para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

UM TREINAMENTO PRÉVIO* É OBRIGATÓRIO, PARA QUALQUER UTILIZAÇÃO DO M.I.N.I.

* *versões brasileiras do M.I.N.I. - cadastro, cópias e treinamentos* : pat.amorinha@gmail.com.br

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Julho, 2002)

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANIACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
		SE A1a = SIM:			
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias,?	NÃO	SIM	2
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	3
		SE A1a = SIM:			
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo ?	NÃO	SIM	4
		A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?	→	NÃO	SIM

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (A1b OU A2b = SIM), EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.
SE NÃO, EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>	
Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:					
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIACÃO DE ±5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, ± 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) <small>COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO</small>	NÃO	SIM	NÃO	SIM 5
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 6
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 7
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 8
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM 9
	SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDEIA DELIRANTE ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>			
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11
A4	HA 3 O U MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a O U A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO O U SE A1b O U A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	
	VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.					
	SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	12
	SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?			→ NÃO	SIM	13
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
	SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO:</i> O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSARIO).					
	A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14					
	SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.					

A8 COTAR SIM SE A7 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

A9 COTAR SIM SE A7b = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.
 ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

- A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em que apresentou esses problemas de depressão ? idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)
 SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = SIM, ATUAL), EXPLORAR O SEGUINTE:

A13 a	A2b É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam? SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?	NÃO	SIM	17
	A13a OU A13b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

- A14 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:
- a Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida? NÃO SIM 18
- b Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? NÃO SIM 19
- c Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias? NÃO SIM 20
- d A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)? NÃO SIM
- e A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)? NÃO SIM
- f Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia? NÃO SIM 21

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior com características melancólicas Atual</i>	

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

Leve	<input type="checkbox"/>	296.21/296.31
Moderado	<input type="checkbox"/>	296.22/296.32
Severo sem aspectos psicóticos	<input type="checkbox"/>	296.23
Severo com aspectos psicóticos	<input type="checkbox"/>	296.24
Em remissão parcial	<input type="checkbox"/>	296.25
Em remissão completa	<input type="checkbox"/>	296.26
Crônico	<input type="checkbox"/>	
Com características catatônicas	<input type="checkbox"/>	
Com características melancólicas	<input type="checkbox"/>	
Com características atípicas	<input type="checkbox"/>	
Com início no pós-parto	<input type="checkbox"/>	
Com padrão sazonal	<input type="checkbox"/>	
Com recuperação completa entre episódios	<input type="checkbox"/>	
Sem recuperação completa entre episódios	<input type="checkbox"/>	

Assinale tudo que se aplica

SE A8 OU A9 OU A10 = SIM, ➔ PASSAR PARA RISCO DE SUICÍDIO

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UME PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

Se a sintomatologia do(a) entrevistado(a) preenche os critérios para um Episódio Depressivo Maior Atual, NÃO explore Transtorno Distímico Atual, mas explore Transtorno Distímico Passado. Assegure-se de que a Transtorno Distímico Passado explorado não corresponde, de fato, a um Episódio Depressivo Maior passado e de que existe um intervalo de pelo menos 2 meses de remissão completa entre qualquer Episódio Depressivo Maior anterior e o Transtorno Distímico Passado. [APLICAR ESSAS REGRAS UNICAMENTE SE ESTÁ INTERESSADO EM EXPLORAR DEPRESSÃO DUPLA.]

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
 Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	➔ NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	➔ SIM	23
B3	Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [sentia-se] sem esperança ?	NÃO	SIM	29
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	➔ NÃO	SIM	

B4 Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ? → NÃO SIM 30

B5 Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim

Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSARIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

B6 Que idade idade quando, pela primeira vez, teve esses problemas de depressão, continuamente, por um período de 2 anos ou mais ? [] idade 32

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A 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
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos Baixo	<input type="checkbox"/>
6-9 pontos Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos Alto	<input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR ADOTAR A SEGUINTE ORDEM DE ADMINISTRAÇÃO DOS MÓDULOS:

- 1) PARTE 1 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M1-M18).
- 2) MÓDULOS A-D (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR A EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 DO MÓDULO "M" (TRANSTORNOS PSICÓTICOS M19-M23).
- 4) OUTROS MÓDULOS NA SUA SEQUÊNCIA USUAL.

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA, ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1	a Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCÓOL).	NÃO	SIM	1
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO(A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).				
SE D1a = SIM:				
	b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCÓOL).	NÃO	SIM	3
SE D2a = SIM:				
	b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
→				
	D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	NÃO	SIM	

- D3 SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
 SE D1b E D2b = "NÃO": EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando sentiu-se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

	Episódio Atual		Episódio Passado		
a Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>										
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10								
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11								
D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?		NÃO	SIM	→ NÃO	SIM									
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.														
SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D 3 a - D3 g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D4	a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim													
	b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim													
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA (HIPO)MANIA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).														
D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	INCERTO	NÃO	SIM								
INCERTO 12														
SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D 3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.														
D5	Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13								
D6	COTAR SIM PARA EPISÓDIO HIPOMANIACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = NÃO, E NENHUMA IDEIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.			<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO HIPOMANIACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NÃO	SIM	EPISÓDIO HIPOMANIACO		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>	
NÃO	SIM													
EPISÓDIO HIPOMANIACO														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D7	COTAR SIM PARA EPISÓDIO MANIACO SE: D3 (SUMÁRIO) = SIM E D4 (SUMÁRIO) = SIM OU INCERTO E D5 = SIM OU UMA IDEIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM D3a. ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.			<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">EPISÓDIO MANIACO</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NÃO	SIM	EPISÓDIO MANIACO		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>	
NÃO	SIM													
EPISÓDIO MANIACO														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													
D8	COTAR SIM SE: D3 (SUMÁRIO) E D4b E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.			<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Episódio (Hipo) Maniaco devido a condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Passado</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		NÃO	SIM	Episódio (Hipo) Maniaco devido a condição médica geral		Atual	<input type="checkbox"/>	Passado	<input type="checkbox"/>	
NÃO	SIM													
Episódio (Hipo) Maniaco devido a condição médica geral														
Atual	<input type="checkbox"/>													
Passado	<input type="checkbox"/>													

D9 COTAR SIM SE:
D3 (SUMÁRIO) E D4a E D5 = SIM E D4 (SUMÁRIO) = NÃO

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

SE D8 OU D9 = SIM, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão ?

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

Episódio Misto

ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA.

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

Padrão Sazonal

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO ANO.

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

Com remissão completa entre episódios

Entre os dois episódios mais recentes de euforia/ irritabilidade excessiva teve um período de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum desses problemas ?

NÃO	SIM ¹⁷
<i>Com remissão completa entre episódios</i>	

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

O EPISÓDIO MAIS RECENTE É MANÍACO / HIPOMANÍACO / MISTO / DEPRESSIVO

GRAVIDADE

- | | | |
|----|--------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | <input type="checkbox"/> |
| X2 | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X4 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X5 | Em remissão parcial | <input type="checkbox"/> |
| X6 | Em remissão completa | <input type="checkbox"/> |

CRONOLOGIA

D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ? idade 18

D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve? 19

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E6, E7 E E8, ASSINALAR NÃO EM CADA QUADRO DIAGNÓSTICO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irrealis ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
		E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
E5	a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
	b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
		<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DOS ATAQUES DE PÂNICO ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).</i>			
		E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	18
		SE E5 (SUMÁRIO) = NÃO, PASSAR A E9.			

E6	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?	NÃO	SIM	19
		<i>TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA</i>		
E7	SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?	NÃO	SIM	
		<i>ATAQUES POBRES EM SINTOMAS VIDA INTEIRA</i>		
E8	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ? (SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM E4).	NÃO	SIM	19
		<i>TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL</i>		
E9	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral</i> ATUAL		
E10	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância</i> ATUAL		
CRONOLOGIA				
E11	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de ansiedade de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	20
E12	No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios ?	<input type="text"/>		21

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO SIM ⁴	

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL

SUBTIPOS

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ? NÃO SIM

SE SIM → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o)
SE NÃO → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)

CRONOLOGIA

G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/> idade	5
G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>	6

H. FOBIA ESPECÍFICA

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

H1	Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?	→ NÃO SIM	1
H2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO SIM	2
H3	Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO SIM	3
H4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO SIM ⁴	

FOBIA ESPECÍFICA
ATUAL

CRONOLOGIA

H5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?	<input type="text"/> idade	5
H6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?	<input type="text"/>	6

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (T.O.C.)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

I1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.)	NÃO	SIM	1						
		→ passar a 14								
<small>(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ALCÓOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.)</small>										
I2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2						
		→ passar a 14								
I3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3						
		obsessões								
I4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4						
		compulsões								
	I3 OU I4 SÃO COTADAS SIM?	NÃO	SIM							
		→								
I5	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5						
		→								
I6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6						
I7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim							
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim							
<small>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</small>										
	I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	7						
	I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL			
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
I8	I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>devido a condição médica geral</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL		<i>devido a condição médica geral</i>	
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
<i>devido a condição médica geral</i>										
I9	I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>induzido por substância</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL		<i>induzido por substância</i>	
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
<i>induzido por substância</i>										
CRONOLOGIA										
I10	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	[] idade		8						
I11	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	[]		9						

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? <small>EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...</small>	→ NÃO	SIM	1				
J2	Durante o último mês, pensou frequentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou frequentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2				
J3	Durante o último mês:							
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3				
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4				
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5				
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6				
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7				
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8				
	J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J3 ?	→ NÃO	SIM					
J4	Durante o último mês:							
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9				
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10				
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11				
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12				
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13				
	J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM J4 ?	→ NÃO	SIM					
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14				
	J5 É COTADA SIM ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="padding: 2px;">NÃO</th> <th style="padding: 2px;">SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL								
	CRONOLOGIA							
J6	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?	<input type="text"/>	idade	15				
J7	Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?	<input type="text"/>		16				
J8	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?	<input type="text"/>		17				

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

P1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1				
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias ?	→ NÃO	SIM	2				
		A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?	→ NÃO	SIM	3				
P2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4				
P3		DE P3 a A P3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE: Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:							
	a	Sentia -se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	5				
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	6				
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	7				
	d	Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ?	NÃO	SIM	8				
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	9				
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	10				
		P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?	→ NÃO	SIM					
P4		Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	→ NÃO	SIM	11				
P5	a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim					
	b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim					
		NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA ANSIEDADE GENERALIZADA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).							
		P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	12				
		P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL									
P6		P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral									
P7		P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>YES</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância</td> </tr> </tbody> </table>			NO	YES	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância	
NO	YES								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância									

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST – Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas

1 – Na sua vida, qual (is) dessas substâncias você já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1
j. Outras, Especificar: _____	0	1

2 – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

3 – Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

4 – Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST - Teste para triagem do envolvimento com fumo, álcool e outras drogas

5 – Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2	3	4
c. Maconha (baseado, ena, haxixe...)	0	1	2	3	4
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2	3	4
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4

6 – Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, ena, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

7 – Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (Primeira droga, depois a segunda droga, etc)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	2
c. Maconha (baseado, ena, haxixe...)	0	1	2
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem...)	0	1	2
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...)	0	1	2
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	2
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2

8 – Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico)?	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses
	0	1	2

Escore das questões 2.2 – 2.8

	Uso ocasional	Sugestivo de abuso	Sugestivo de dependência
Tabaco	0-3	4-15	16-20
Álcool	0-3	4-15	16-20
Maconha	0-3	4-15	16-20
Cocaína	0-3	4-15	16-20
Anfetaminas	0-3	4-15	16-20
Inalantes	0-3	4-15	16-20
Sedativos	0-3	4-15	16-20
Alucinógenos	0-3	4-15	16-20
Opiáceos	0-3	4-15	16-20

Questionário de Trauma na Infância

Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, utilize a escala abaixo para melhor descrever o que você acha que ocorreu enquanto crescia.

(0) Nunca, (1) Poucas vezes, (2) Às vezes, (3) Muitas vezes, (4) Sempre

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

26. Enquanto eu crescia houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.
27. Enquanto eu crescia eu acredito que fui abusado(a) sexualmente.
28. Enquanto eu crescia minha família foi uma fonte de força e apoio.

Inventário Clínico Multiaxial de Millon – III

A seguir existe uma série de frases sobre como as pessoas se descrevem. Estas frases são apresentadas como uma forma de auxiliar a descrever ações e sentimentos. Responda da maneira mais sincera possível, marcando V (Verdadeiro) ou F (Falso) na folha de respostas. Não existem respostas certas ou erradas. Não se preocupe se algumas frases lhe parecem pouco comuns, pois elas representam ações que podem servir a outras pessoas como descrição. Não deixe nenhuma frase em branco. Se não estiver seguro sobre o julgamento de uma sentença você deve marcar o espaço da letra F (Falso).

- 1) Ultimamente, me sinto sem força já pela manhã.
- 2) Acho que as normas são muito importantes, pois servem como guias.
- 3) Gosto de fazer tantas coisas diferentes que não consigo decidir qual fazer primeiro.
- 4) A maior parte do tempo me sinto fraco(a) e cansado(a).
- 5) Sou uma pessoa superior, por isso não me importa o que os outros pensam.
- 6) As pessoas nunca demonstraram reconhecimento suficiente pelas coisas que fiz.
- 7) Quando pressionado(a) pela minha família, fico irritado(a) e resisto a fazer o que eles querem.
- 8) As pessoas zombam nas minhas costas, falando do meu comportamento ou da minha aparência.
- 9) Com frequência critico severamente as pessoas que me chateiam.
- 10) Raramente demonstro os poucos sentimentos que tenho.
- 11) Tenho dificuldade em manter o equilíbrio ao caminhar.
- 12) Demonstro meus sentimentos de maneira fácil e rápida.
- 13) Várias vezes tive problemas por causa do uso de drogas.
- 14) Às vezes sou muito duro(a) e cruel com a minha família.
- 15) As coisas que hoje estão bem não vão durar muito tempo.
- 16) Sou uma pessoa cordata e submissa.
- 17) Quando adolescente, por mau comportamento no colégio, me meti em problemas.
- 18) Tenho medo de me tornar muito próximo de alguém e terminar sendo ridicularizado(a) ou envergonhado(a).
- 19) Parece que sempre escolho amigos que acabam me tratando mal.
- 20) Tive pensamentos tristes durante grande parte da minha vida, desde criança.
- 21) Gosto de paquerar com pessoas do sexo oposto.
- 22) Sou muito inconstante, mudo de opinião e de sentimentos o tempo todo.
- 23) Beber nunca me causou problemas no trabalho.
- 24) Há alguns anos, comecei a me sentir um fracasso.
- 25) Quase sempre me sinto culpado/a, e não sei a razão.
- 26) As pessoas invejam minhas habilidades.
- 27) Quando posso, prefiro fazer as coisas sozinho(a).
- 28) Acho necessário estabelecer um controle rígido sobre membros da minha família.
- 29) Geralmente as pessoas acham que eu sou reservado(a) e sério(a).
- 30) Ultimamente sinto vontade de quebrar as coisas.

- 31) Creio que sou uma pessoa especial que merece atenção especial dos outros.
- 32) Sempre tento conhecer pessoas novas e fazer novas amizades.
- 33) Se alguém me critica por cometer um erro, imediatamente lhe mostro alguns erros que cometeu.
- 34) Ultimamente estou desestruturado(a).
- 35) Frequentemente deixo de fazer as coisas por ter medo de não fazê-las bem.
- 36) Frequentemente demonstro a raiva que sinto, e logo me sinto muito culpado(a) por isso.
- 37) Com muita frequência perco a sensibilidade em partes do corpo.
- 38) Faço o que quero sem me preocupar com as consequências para os outros.
- 39) Usar drogas pode não ser o melhor, embora já senti que precisava.
- 40) Acho que sou uma pessoa medrosa e muito tímida.
- 41) Fiz coisas estúpidas por impulso que me causaram grandes problemas.
- 42) Nunca perdoo um insulto nem esqueço quando alguém me fez passar por alguma vergonha.
- 43) Frequentemente me sinto triste e tenso(a) depois que algo bom me acontece.
- 44) Sinto-me terrivelmente deprimido(a) e triste a maior parte do tempo.
- 45) Sempre faço grande esforço para agradar as outras pessoas, mesmo que não goste delas.
- 46) Sempre tive menos interesse por sexo do que a maioria das pessoas.
- 47) Tenho tendência a me culpar quando as coisas dão errado.
- 48) Há muito tempo decidi que é melhor não me envolver com pessoas.
- 49) Desde criança preciso ter cuidado com as pessoas que tentam me enganar.
- 50) Tenho ressentimento das pessoas que acham que podem fazer as coisas melhor do que eu.
- 51) Gosto de dar emoção às coisas quando elas se tornam monótonas.
- 52) Eu tenho um problema com álcool que criou problemas para mim e para minha família.
- 53) Nenhum castigo nunca me impediu de fazer o que eu queria.
- 54) Há muitas ocasiões em que, sem nenhum motivo, me sinto muito alegre e entusiasmado.
- 55) Nas últimas semanas me senti muito cansado sem nenhum motivo especial.
- 56) Há algum tempo me sinto muito culpado(a) porque não consigo mais fazer as coisas corretamente.
- 57) Acho-me uma pessoa muito sociável e extrovertida.
- 58) Fiquei muito nervoso(a) nas últimas semanas.
- 59) Controlo bastante meus gastos, assim estarei preparado(a) caso uma necessidade apareça.
- 60) Na vida, não tive a sorte que os outros tiveram.
- 61) Há ideias que não me saem da cabeça.
- 62) Há um ou dois anos fiquei bastante triste e desencorajado(a) com a vida.
- 63) Muita gente espiona a minha vida há anos.
- 64) Não sei por que, mas às vezes digo coisas cruéis só para fazer os outros infelizes.
- 65) Ano passado fui a Europa de avião umas trinta vezes.
- 66) O hábito de abusar das drogas fez com que eu faltasse o trabalho no passado.

- 67) Tenho muitas ideias que são avançadas para os dias de hoje.
- 68) Ultimamente, sem razão alguma, tenho que pensar as coisas várias vezes.
- 69) Evito reuniões sociais porque espero que as pessoas me critiquem ou me rejeitam.
- 70) Com frequência penso que não mereço as coisas boas que acontecem comigo.
- 71) Com frequência, quando estou só, sinto a presença forte de alguém que não se pode ver.
- 72) Sinto que não tenho objetivos e não sei para onde vou na vida.
- 73) Com frequência permito que outros tomem decisões importantes por mim.
- 74) Quando acordo, estou tão cansado quanto quando me deitei; parece que não dormi nada.
- 75) Ultimamente, tenho transpirado muito e me sinto tenso(a).
- 76) Com frequência tenho pensamentos estranhos que gostaria de não ter.
- 77) Esforço-me muito para controlar o desejo de beber em excesso.
- 78) Mesmo quando estou acordado(a), pareço não me dar conta das pessoas que estão perto de mim.
- 79) Com frequência estou mal-humorado(a) e sou grosseiro(a).
- 80) Para mim é muito fácil fazer amizades.
- 81) Envergonho-me dos maus tratos que sofri quando era criança.
- 82) Sempre me certifico de que o meu trabalho esteja bem planejado e organizado.
- 83) O meu humor parece mudar muito de um dia para o outro.
- 84) Sou tão inseguro(a) a meu respeito que não me arrisco a tentar algo novo.
- 85) Não culpo quem se aproveita de alguém que lhe permite.
- 86) Faz tempo que me sinto triste e depressivo(a) e não consigo me animar.
- 87) Com frequência me irrita com as pessoas que fazem as coisas lentamente.
- 88) Nunca passo despercebido quando estou numa festa.
- 89) Observo bastante minha família para saber em quem posso confiar.
- 90) Às vezes fico confuso(a) e irritado(a) quando as pessoas são boas comigo.
- 91) Meu uso de drogas provocou discussões na minha família.
- 92) Quase sempre estou sozinho(a) e prefiro que seja assim.
- 93) Algumas pessoas da minha família dizem que sou egoísta e que só penso em mim.
- 94) As pessoas podem me fazer mudar de ideia facilmente, mesmo quando eu pensava estar decidido.
- 95) Frequentemente deixo as pessoas com raiva porque tento mandar nelas.
- 96) As pessoas diziam que eu me tornei excessivamente entusiasmado(a) e interessado(a) por muitas coisas.
- 97) Eu acredito no ditado: “Deus ajuda quem cedo madruga”.
- 98) Os meus sentimentos pelas pessoas importantes para mim oscilam entre do amor e ódio.
- 99) Em reuniões sociais, quase sempre estou tenso e preocupado com o que vão pensar de mim.
- 100) Penso que não sou diferente dos meus pais, por estar me tornando um(a) alcoolista como eles.
- 101) Acho que não assumo as minhas responsabilidades de família com a seriedade que devia.

- 102) Desde criança venho perdendo o contato com o mundo real.
- 103) Existem pessoas aproveitadoras que aceitam o reconhecimento por coisas que fiz ou pensei.
- 104) Não posso sentir muito prazer porque sinto que não mereço.
- 105) Tenho pouco desejo por amizades íntimas.
- 106) Na minha vida tive muitos períodos nos quais estive animado(a) e com tanta energia que depois ficava desanimado.
- 107) Perdi o apetite completamente e quase todas as noites tenho problemas para dormir.
- 108) Fico muito preocupado pensando que vou ficar só e que terei de cuidar de mim mesmo(a).
- 109) A lembrança de algo muito ruim que aconteceu volta sempre e me assombram.
- 110) Estive na capa de várias revistas o ano passado.
- 111) Parece que perdi o interesse pela maioria das coisas que antes achava prazerosas, como o sexo, por exemplo.
- 112) Desde muito jovem tenho estado deprimido(a) e triste a maior parte do tempo.
- 113) Estive envolvido em problemas com a lei algumas vezes.
- 114) Um bom método para evitar erros é fazer as coisas sempre do mesmo jeito.
- 115) Frequentemente as pessoas me culpam por coisas que não fiz.
- 116) Tive que ser muito duro(a) com algumas pessoas para mantê-las na linha.
- 117) As pessoas pensam que eu, algumas vezes, falo de coisas estranhas ou diferentes das que elas falam.
- 118) Por vezes não pude passar o dia sem usar drogas.
- 119) As pessoas tentam me fazer acreditar que estou maluco(a).
- 120) Teria uma atitude desesperada para evitar que as pessoas que amo me abandonem.
- 121) Algumas vezes na semana como compulsivamente.
- 122) Parece que estrago as boas oportunidades que me aparecem.
- 123) Sempre tive muita dificuldade para deixar de me sentir triste e infeliz.
- 124) Em geral quando estou só e longe de casa, sinto-me tenso(a) e apavorado(a).
- 125) Às vezes as pessoas se aborrecem comigo porque dizem que falo muito ou rápido demais.
- 126) A maioria das pessoas que tem sucesso hoje, ou teve sorte ou foi desonesta.
- 127) Nunca me envolvo com ninguém, a menos que tenha certeza de que vai gostar de mim.
- 128) Sinto-me profundamente deprimido(a) e não compreendo a razão disso.
- 129) Ainda tenho pesadelos com alguma coisa que pôs a minha vida em perigo há muitos anos.
- 130) Já não tenho mais energia para me concentrar nas minhas atividades do dia-a-dia
- 131) Quando me sinto triste, beber me ajuda.
- 132) Odeio pensar em algumas das formas como fui maltratado na minha infância.
- 133) Mesmo quando as coisas andam bem, fico com medo que logo comecem a dar mal.

- 134) Às vezes, quando as coisas começam a andar mal na minha vida, sinto-me como uma pessoa louca ou irreal.
- 135) Estar só, sem a ajuda de alguém próximo de quem eu possa depender, me assusta.
- 136) Sei que gastei mais dinheiro do que deveria comprando drogas.
- 137) Sempre quero estar seguro(a) de ter terminado meu trabalho antes do lazer.
- 138) Percebo que as pessoas estão falando de mim quando passo por elas.
- 139) Sou muito bom(a) para inventar desculpas quando me envolvo em problemas.
- 140) Acho que estão planejando alguma coisa contra mim.
- 141) Sinto que a maioria das pessoas pensam que tenho pouco valor.
- 142) Frequentemente, penso que não tenho nada dentro de mim, é como se estivesse vazio(a) ou oco(a).
- 143) Às vezes, provoco vômitos depois de comer.
- 144) Acho que me desvio de meus objetivos para que as pessoas admirem o que digo ou faço.
- 145) Passo a vida me preocupando com uma coisa ou outra.
- 146) Sempre que alguém me trata muito bem, me pergunto qual será o verdadeiro motivo.
- 147) Alguns pensamentos me ocorrem repetidamente.
- 148) Poucas coisas na vida me dão prazer.
- 150) Ao começar cada dia, pensar no futuro me deprime terrivelmente.
- 151) Nunca pude me livrar do sentimento de que não tenho valor para os outros.
- 152) Tenho problemas com o álcool que tentei solucionar, mas não consegui.
- 153) Alguém tem tentado controlar minha mente.
- 154) Já tentei suicídio.
- 155) Estou disposto a passar muita fome para ser ainda mais magro(a) do que sou.
- 156) Não entendo porque algumas pessoas sorriem para mim.
- 157) Há dez anos não vejo um automóvel.
- 159) Para entender todas as minhas habilidades, a pessoa tem que ser especial.
- 160) Minha vida ainda é perturbada por recordações de algo terrível que me aconteceu.
- 161) Parece que provoco situações nas quais outras pessoas me ferem ou me fazem sentir rejeitado.
- 162) Frequentemente me perco em meus pensamentos e esqueço do que está acontecendo à minha volta.
- 163) As pessoas dizem que sou magro(a), mas sinto que as minhas coxas e meu bumbum são muito grandes.
- 165) Com exceção da minha família, não tenho amigos próximos.
- 166) Ajo muito rápido na maioria das vezes e não penso nas coisas tão bem quanto deveria.
- 167) Tomo todos os cuidados para evitar que saibam de minha vida, pois assim ninguém poderá tirar vantagem de mim.
- 168) Às vezes escuto coisas com tanta clareza que fico incomodado.
- 169) Frente a uma discordância, sempre estou disposto(a) a ceder, pois temo a raiva ou rejeição das pessoas.

- 171) Recentemente, pensei em acabar com a minha vida.
- 172) As pessoas me dizem que sou muito correto(a) e moralista.
- 173) Ainda me sinto apavorado(a) quando penso numa experiência traumática que tive anos atrás.
- 174) Ainda que tenha medo de fazer novas amizades, gostaria de ter mais amigos do que tenho.
- 175) Existem pessoas que se dizem minhas amigas, mas que gostariam de me fazer mal.

PARTE II – ARTIGO

**INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO
MAIOR**

**INCIDENCE AND RISK FACTORS FOR SUICIDE ATTEMPTS IN PATIENTS
DIAGNOSED WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER**

Angélica Gonçalves Peter¹

Mariane Lopez Molina¹

Taiane de Azevedo Cardoso¹

Thaíse Campos Mondin¹

Ricardo Azevedo da Silva¹

Karen Jansen¹

Marcelo M D Barros¹

Luciano Dias de Mattos Souza¹

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, Brasil

Autor correspondente

Luciano Dias de Mattos Souza

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

Rua Gonçalves Chaves, 373, sala 418 C

Pelotas, RS 96015-560

Brasil

E-mail: luciano.dms@gmail.com

RESUMO

Os preditores para tentativas de suicídio em populações clínicas com depressão ainda não são totalmente conhecidos. Este estudo objetiva investigar a incidência cumulativa e fatores de risco para tentativas de suicídio em uma amostra ambulatorial de adultos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior (TDM). Trata-se de um estudo longitudinal que acompanhou 377 pacientes entre 18 e 60 anos, diagnosticados com TDM, sem histórico de tentativas de suicídio, que buscaram atendimento no Ambulatório de Saúde Mental da Universidade Católica de Pelotas entre 2012 e 2015. Os participantes foram avaliados com a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI Plus) e responderam instrumentos de investigação clínica e questionário sociodemográfico. A incidência cumulativa de tentativa de suicídio na amostra foi de 10,1%. Jovens de até 29 anos, com baixa escolaridade, que sofreram abuso físico na infância e apresentavam risco de suicídio prévio tiveram mais chances de incidência de uma tentativa de suicídio. Os achados deste estudo podem auxiliar os profissionais da saúde a identificar pacientes deprimidos com maior risco de realizar a primeira tentativa de suicídio, contribuindo com a decisão clínica e com o planejamento terapêutico.

Palavras-chave: depressão, tentativa de suicídio, incidência.

ABSTRACT

Predictors for suicide attempts in clinical populations with depression are not yet fully understood. This study aims to investigate the cumulative incidence and risk factors for suicide attempts in an outpatient sample of adults diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD). This is a longitudinal study that followed 377 patients between 18 and 60 years of age, diagnosed with MDD, with no history of suicide attempts, who sought care at the Mental Health Outpatient Clinic of the Catholic University of Pelotas between 2012 and 2015. Participants were evaluated with the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus) and answered instruments of clinical investigation and sociodemographic questionnaire. The cumulative incidence of suicide attempt in the sample was 10.1%. Youths of up to 29 years of age with low schooling who suffered physical abuse in childhood and were at risk for prior suicide were more likely to have an attempted suicide. The findings of this study may help health professionals to identify depressed patients at greater risk for the first suicide attempt, contributing to clinical decision and therapeutic planning.

Keywords: depression, suicide attempt, incidence.

INTRODUÇÃO

O suicídio é uma das maiores causas de morte no mundo, especialmente entre os jovens. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de 800 mil pessoas se suicidam a cada ano. Consequente a sua alta prevalência, o suicídio tem sido considerado como uma questão de saúde pública e a sua prevenção foi preconizada pela OMS como um objetivo a nível global (OMS, 2014).

Não obstante, as tentativas de suicídio são ainda mais prevalentes. Estas definem-se como um comportamento potencialmente auto-prejudicial associado a pelo menos alguma intenção de morrer (TURECKI; BRENT, 2016), são cerca de 10 a 20 vezes mais frequentes que os suicídios e constituem o principal fator de risco para a consumação posterior (OMS, 2014). Além da história de tentativa prévia, a psicopatologia é um importante preditor de suicídio e está fortemente associada a outras formas de comportamento suicida (TURECKI; BRENT, 2016).

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é o diagnóstico mais predominantemente associado ao suicídio (NOCK; KESSLER, 2006; CHACHAMOVICH et. al, 2009; BROMET et al., 2011). Ele é um transtorno mental altamente prevalente e debilitante, que afeta aproximadamente 300 milhões de pessoas no mundo (OMS, 2017). Estima-se que cerca de 15% das pessoas com depressão tentam suicídio ao longo da vida (CHEN; DILSAVER, 1996).

Entre os indivíduos com TDM, estudos longitudinais apontam como fatores de risco para a tentativa de suicídio a comorbidade com transtornos de personalidade, ansiedade e uso de substâncias psicoativas (OQUENDO et al., 2007; BOLTON et al., 2010; MAY et al., 2012). Contudo, esses achados não são consistentes na literatura

(HOLMA et al., 2010; RIIHÄMKI et al., 2013; CHAN et al., 2014), sendo necessárias novas investigações.

A tentativa de suicídio anterior, por sua vez, mostra-se um preditor robusto (SOKERO et al., 2005; OQUENDO et al., 2007; BOLTON et al., 2010; HOLMA et al., 2010; MAY et al., 2012; RUENGORN et al., 2012; RIIHIMÄKI et al., 2013). A exposição à traumas no início da vida também parece ser um fator de risco importante (SARCHIAPONE et al., 2007; SOUZA et al., 2016), no entanto, verifica-se uma carência de estudos longitudinais que investiguem a associação entre trauma precoce e tentativas de suicídio em indivíduos diagnosticados com TDM.

Alguns fatores sociodemográficos como idade, situação conjugal, escolaridade e renda (SOKERO et al., 2005; BOLTON et al., 2010; HOLMA et al., 2010; EIKELNBOOM et al., 2018), têm sido motivo de divergências entre os estudos, mostrando a necessidade de novas investigações dessas variáveis como preditoras do risco de suicídio em pessoas deprimidas.

De modo geral, os fatores de risco para as tentativas de suicídio em populações clínicas com depressão ainda não são totalmente reconhecidos (HAWTON et al., 2013). Estudos que investiguem a incidência de tentativas de suicídio ao longo da vida e seus preditores em pessoas com depressão são muito escassos (BOLTON et al., 2010), e novas investigações capazes de determinar relações causais mostram-se importantes (RUENGORN et al., 2012).

O conhecimento dos preditores de tentativas incidentes na depressão pode auxiliar na detecção de indivíduos em risco para o comportamento suicida e subsidiar a intervenção terapêutica. Nesse sentido, este estudo objetiva investigar a incidência cumulativa e os fatores de risco para tentativas de suicídio em uma amostra ambulatorial de adultos diagnosticados com TDM.

MÉTODO

Amostra e procedimentos

Este é um estudo longitudinal realizado com indivíduos diagnosticados com TDM, sem histórico de tentativas de suicídio.

A captação da amostra ocorreu por conveniência, através do convite para uma avaliação em saúde mental às pessoas que buscaram atendimento no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (APESM) da Universidade Católica de Pelotas. O APESM realizou a divulgação da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços de atenção à saúde, escolas e meios de comunicação da cidade de Pelotas (jornais, sites, rádio e televisão), a fim de recrutar um maior número de participantes.

Um total de 966 pacientes aceitaram participar da pesquisa e tiveram uma primeira avaliação no período entre julho de 2012 a junho de 2015. Destes, 585 receberam diagnóstico de TDM e foram convidados para uma reavaliação, realizada entre janeiro de 2017 e fevereiro de 2018, em média 3 anos após o ingresso na pesquisa. No presente estudo, especificamente, foram incluídos 464 indivíduos que na primeira avaliação tinham idade entre 18 e 60 anos, haviam recebido diagnóstico de TDM pela equipe de pesquisadores e não apresentavam histórico de tentativas de suicídio. Destes pacientes que ingressaram no estudo na primeira etapa, 377 foram reavaliados no período de janeiro de 2017 a fevereiro de 2018, havendo 87 perdas (18,8%). As entrevistas diagnósticas foram conduzidas por psicólogas doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da UCPel e todos os instrumentos foram aplicados por equipe treinada e supervisionada.

Instrumentos

O Transtorno Depressivo Maior e o histórico de tentativas de suicídio foram avaliados através da *Mini Internacional Neuropsychiatric Interview 5.0* (MINI), para fins de inclusão dos pacientes no estudo. A MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10, utilizada para avaliação dos transtornos mentais ao longo da vida (AMORIM, 2000). A entrevista também foi empregada para a avaliação de transtornos de ansiedade (fobia social, fobia específica, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico), transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e risco de suicídio.

Utilizamos o *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), um questionário estruturado, validado para a população brasileira (HENRIQUE et al., 2004), para avaliar abuso/dependência de substâncias psicoativas.

O trauma na infância foi avaliado através do *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), um instrumento autoaplicável composto por 28 assertivas, que investigam a história de abuso e negligência durante a infância. O questionário aborda cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional (GRASSI-OLIVEIRA et al., 2014). No presente estudo, para cada domínio do CTQ, os indivíduos que apresentaram escores dentro do quintil superior foram considerados com histórico de trauma intenso.

O Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) foi aplicado para aferição de indicativo de transtorno de personalidade. Este é um instrumento composto por 28 escalas para avaliação de 14 padrões de personalidade e 10 síndromes clínicas (CRAIG, 2008). Consideramos a prevalência mínima de 15% para os transtornos de personalidade no grupo de pacientes que realizaram a entrevista inicial (esquizoide,

esquizotípico, paranoide, borderline, histriônico, narcisista, anti-social, dependente, obsessivo-compulsivo e evitativo).

Informações sociodemográficas foram obtidas por meio de questionário elaborado pela equipe de pesquisadores e a classe econômica dos participantes foi aferida segundo a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ABEP, 2008).

Todas as variáveis independentes foram avaliadas no *baseline* e o desfecho foi verificado na segunda etapa do estudo, por meio da questão “*Você já tentou suicídio alguma vez na vida?*”, pertencente ao módulo C da MINI.

Análise de dados

Os dados foram coletados com o auxílio de tablets PCs e utilizou-se o aplicativo Open Data Kit Collect 1.1.7 para o processamento dos mesmos. Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o software SPSS 22.0. A análise inicial teve como objetivo observar as medidas de ocorrência do objeto de estudo e descrever as características da amostra, através da apresentação das frequências absolutas e relativas. Assim, foi verificada a incidência de tentativas de suicídio ao longo da vida dos pacientes com TDM. Para verificar as associações entre a variável dependente e cada variável independente, realizou-se a análise bivariada, por meio do teste Qui-Quadrado de Pearson. A fim de ajustar os fatores de confusão foi realizada análise multivariada, utilizando-se a regressão logística. Foram incluídos na regressão os fatores de risco que na análise bruta apresentaram $p < 0,20$.

A análise ajustada foi realizada obedecendo a um modelo hierárquico definido com três níveis a partir da análise associativa. No primeiro, foram incluídas as variáveis

sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, ocupação); no segundo nível estavam as variáveis relativas à história de vida (tentativa de suicídio da mãe, abuso físico); e no terceiro, as variáveis comportamentais e clínicas (risco de suicídio, abuso/dependência de tabaco, abuso/dependência de hipnóticos, transtorno de personalidade esquizoide, transtorno de personalidade borderline). Foram consideradas significantes as associações com $p < 0,05$ e as medidas de efeito cujo intervalo de confiança não incluiu a unidade.

Por fim, avaliamos a relação entre o número de preditores apresentados pelos pacientes e a incidência de tentativas de suicídio, utilizando o teste Qui-Quadrado de Pearson.

Aspectos éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel, sob parecer nº 1.879.902. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os indivíduos diagnosticados com transtorno mental e/ou risco de suicídio foram encaminhados para atendimento especializado nos serviços de saúde do município.

RESULTADOS

A amostra, em sua maioria, foi constituída por indivíduos do sexo feminino (81,5%), com 30 anos de idade ou mais (67,7%) e escolaridade igual ou superior a 9 anos de estudo (73,1%), que trabalhavam ou estudavam (65,2%), possuíam companheiros (58,6%), tinham filhos (65,9%) e eram pertencentes às classes econômicas C, D ou E (55,3%) (Tabela 1). Quanto às variáveis relacionadas à história pregressa, 5,8% dos

pacientes relataram que a mãe já havia tentado suicídio alguma vez na vida, e em relação à vivência de trauma na infância, 24,8% tinham sofrido negligência física, 22,6% negligência emocional, 21,3% abuso físico, 19,2% abuso emocional e 19% abuso sexual (Tabela 2). No que se refere à presença de comorbidades psiquiátricas, 62,5% dos entrevistados apresentaram algum transtorno de ansiedade, 23,5% tinham TOC e 5,4% possuíam TEPT. O transtorno de personalidade (TP) dependente foi o TP mais frequente na amostra (21,1%) e o risco de suicídio esteve presente em 37,7% dos pacientes. Quanto ao uso de substâncias, 26% dos entrevistados abusavam ou eram dependentes do álcool, 24,4% de tabaco, 24,1% de hipnóticos e 5,2% de outras drogas (Tabela 3).

A incidência cumulativa de tentativas de suicídio na amostra foi de 10,1%. Na análise bivariada, os indivíduos com até 8 anos de estudo apresentaram maior incidência de tentativas de suicídio em relação àqueles com escolaridade mais elevada ($p = 0,035$) (Tabela 1). Os pacientes que apresentavam risco de suicídio no momento do ingresso no estudo tiveram uma incidência 4 vezes maior de tentativas de suicídio em comparação àqueles sem risco ($p < 0,001$) (Tabela 3). Ter sofrido abuso físico na infância foi associado com o aumento da incidência de tentativa de suicídio entre os adultos deprimidos ($p = 0,020$) (Tabela 2).

Além disso, as variáveis sexo, idade, ocupação, tentativa de suicídio da mãe, abuso/dependência de tabaco e abuso/dependência de hipnóticos, transtorno de personalidade esquizoide e transtorno de personalidade borderline apresentaram associação com a incidência de tentativas de suicídio suficiente para serem incluídas na análise ajustada. As variáveis idade ($p = 0,054$) e transtorno de personalidade borderline ($p = 0,073$) apresentaram uma tendência de associação significativa com a incidência de tentativas de suicídio. Os indivíduos com até 29 anos e que apresentavam transtorno de personalidade borderline mostraram maiores incidências.

Na análise multivariada, os indivíduos com idade até 29 anos tiveram 2 vezes mais chances de apresentarem uma tentativa de suicídio incidente em comparação aos sujeitos mais velhos (OR = 2,23; IC95% 1,13; 4,64). Aqueles com até 8 anos de estudo apresentaram uma chance 2,4 vezes maior de realizar uma tentativa de suicídio em relação aos indivíduos com maior escolaridade (OR = 2,35; IC95% 1,15; 4,80). Os pacientes que sofreram abuso físico na infância mostraram uma chance quase 3 vezes maior de incidência de tentativas de suicídio (OR = 2,77; IC95% 1,31; 5,84) e aqueles que apresentavam risco de suicídio tiveram uma chance 3,4 vezes maior para o desfecho em estudo (OR = 3,39; IC95% 1,56; 7,37) (Tabela 4).

Após identificados os preditores significativos pela análise multivariada, foi demonstrada a associação entre o número de fatores de risco apresentados pelos pacientes e a incidência de tentativas de suicídio ($p < 0,001$). A figura 1 mostra que 2% dos participantes que não apresentavam nenhum preditor tentaram suicídio. Entre aqueles que tinham um fator de risco, a incidência de tentativas de suicídio foi de 5,2%. Já entre os pacientes com dois e três ou quatro fatores de risco, as incidências foram de 18,8% e 26,5%, respectivamente, observando-se um aumento conforme o acúmulo de preditores (Figura 1).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou identificar a incidência de tentativas de suicídio e avaliar fatores de risco em pacientes diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior. Foi encontrada uma incidência de tentativas de suicídio de 10,1% e elas foram associadas de forma independente à idade inferior a 30 anos, escolaridade abaixo de 9 anos de estudo, abuso físico na infância e risco de suicídio prévio.

Os achados do nosso estudo devem ser interpretados considerando-se algumas limitações. Primeiramente, a captação por conveniência e o poder estatístico pequeno da amostra podem dificultar a generalização dos achados. Além disso, análises realizadas com uma amostra modesta podem retratar associações com efeitos superestimados e amplos intervalos de confiança. Ainda no que tange à amostra, tivemos um percentual considerável de perdas de seguimento (18,8%) devido à dificuldade de localização dos participantes na segunda etapa do estudo.

Em segundo lugar, o estudo foi composto por apenas duas etapas de avaliação, sendo a primeira na ocasião do ingresso dos participantes e a segunda após decorridos, em média, três anos. Assim, não foram investigados fatores clínicos no momento da tentativa de suicídio, nem no decorrer dos três anos entre as avaliações.

Por outro lado, nossa pesquisa apresenta importantes forças metodológicas. Primeiramente, adotamos o delineamento longitudinal prospectivo, através do qual é possível identificar o efeito do fator de exposição na ocorrência do desfecho (CARSON, 2010). Além disso, incluímos uma ampla gama de variáveis de diversos domínios, abrangendo possíveis preditores ainda pouco explorados em coortes de pacientes com depressão. Pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo prospectivo a avaliar preditores de tentativas de suicídio em pacientes deprimidos na América Latina.

Outro ponto forte do estudo diz respeito à utilização de uma entrevista diagnóstica estruturada, aplicada por psicólogos treinados, para avaliação clínica dos pacientes. Por fim, apesar da amostra ter sido captada por conveniência, cabe salientar que os participantes ingressaram na pesquisa por meio de encaminhamentos oriundos dos serviços de atenção básica em saúde e de saúde mental municipais, ou através do interesse espontâneo, o que pode contribuir para retratar a população que busca pela rede de saúde pública.

A literatura carece de estudos prospectivos que avaliem a incidência de tentativas de suicídio ao longo da vida em indivíduos com TDM. Não encontramos estudos com este delineamento incluindo exclusivamente pacientes ambulatoriais com TDM sem histórico de tentativa de suicídio. A única pesquisa que avaliou tentativas de suicídio incidentes na vida, que temos conhecimento, envolveu uma amostra não-clínica de pessoas deprimidas nos Estados Unidos (BOLTON et al., 2010). Desta maneira, torna-se difícil a comparação entre os dados da literatura e os resultados obtidos no presente estudo.

Em nossa amostra a incidência de tentativas de suicídio (10,1 %) ao longo da vida difere dos achados de Bolton et al. (2010), que revelaram uma incidência de 1,2% em um follow-up de 3 anos. É possível que o menor percentual observado neste caso seja explicado pelo estudo de uma amostra populacional não-clínica de pessoas com TDM. De maneira semelhante, a coorte avaliada por Eikelenboom et al. (2018), composta por indivíduos com depressão provenientes da atenção básica e da comunidade, mostrou uma incidência de tentativas de suicídio de 3,4%, porém em um período de seguimento de 6 anos. Em geral, entre os pacientes com TDM, a incidência de tentativas de suicídio varia acentuadamente dependendo da intensidade da depressão (HOLMA et al., 2010).

No entanto, resultados semelhantes ao nosso foram relatados por Riihimaki et. al (2013) e Sokero et. al (2005), que encontraram incidências cumulativas de 10,4% e 8% em seguimentos de 5 anos e de 18 meses, respectivamente. Incidências ainda mais elevadas foram referidas nos estudos de Holma et. al (2010), que revelou uma taxa de 14,5% ao longo de 5 anos, e Chan et al. (2014), o qual mostrou uma incidência de 18,2% no período de 1 ano de acompanhamento. Apesar desses estudos terem sido realizados com amostras de pacientes clínicos diagnosticados com TDM, não excluíram os indivíduos com história prévia de tentativa de suicídio, tendo avaliado a incidência de

tentativas durante o seguimento e não ao longo da vida. É possível inferir, portanto, que havia um maior risco de incidência nessas amostras, levando em consideração a tentativa de suicídio anterior como principal preditor de uma tentativa futura (SOKERO et al., 2005). Tendo em vista esse aspecto, podemos considerar que a incidência em nossa amostra foi alta.

Escolaridade e idade mais baixas predisseram uma tentativa de suicídio na coorte investigada. Esses achados são condizentes com a literatura. No que diz respeito à idade, Bolton et al. (2010), identificaram que os sujeitos com 45 anos ou mais tinham 60% menos chance de uma tentativa de suicídio na vida em relação àqueles com idade entre 18 e 29 anos. Eikelenboom et al. (2018) e Holma et al. (2010) igualmente demonstraram que entre os indivíduos deprimidos os jovens estão mais propensos a tentar suicídio. A menor escolaridade também foi relatada por Eikelenboom et al. (2018) como um fator de risco para tentativa de suicídio em indivíduos com TDM. Do mesmo modo, a associação entre a baixa escolaridade e as tentativas foi demonstrada em um estudo com uma amostra psiquiátrica de pessoas com transtorno de personalidade borderline (SOLOFF; CHIAPPETTA, 2012). Tais resultados apontam para a elevação do risco de tentativas de suicídio em pacientes com menos anos de estudo.

No que tange aos fatores clínicos, em nosso estudo, abuso físico na infância e risco de suicídio anterior foram preditores da incidência do desfecho em questão. Nosso achado sobre o trauma precoce corrobora com os dados obtidos na pesquisa de Yldirim et al. (2014), que indicaram que o abuso físico aumentou as chances de tentativa de suicídio em 63% em indivíduos com depressão maior. Por outro lado, outros estudos demonstraram associação com diferentes tipos de trauma. Sarchiapone et al. (2007) verificaram que ter sofrido negligência emocional na infância está associado com tentativas de suicídio na idade adulta em pessoas deprimidas. Já Souza et al. (2016)

encontraram associação entre risco de suicídio e abuso sexual, abuso emocional e negligência emocional em sujeitos que estavam em episódio depressivo.

Quando avaliado na população geral, o abuso físico na infância figurou como um preditor de ideação suicida ao longo da vida (FULLER-THOMSON et al., 2012). Em uma metanálise ele foi identificado como o trauma que mais contribui para as tentativas de suicídio, aumentando a chance de ocorrência do comportamento em mais de 4 vezes (ZATTI et al., 2017). O abuso físico foi também reconhecido como um dos fatores de risco para a transição da ideação para a tentativa de suicídio (YANG et al., 2014), independentemente da presença de um plano suicida (NOCK et al., 2008).

Tendo em vista esses resultados, é fundamental considerar o papel do abuso físico enquanto um preditor importante para o comportamento suicida, especialmente para as tentativas, apesar de serem observadas inconsistências na literatura. O trauma precoce foi pouco explorado em estudos longitudinais com indivíduos deprimidos, sendo necessárias novas investigações para determinar o efeito de cada subtipo de abuso e negligência em relação às tentativas de suicídio nesta população.

Segundo Turecki e Brent (2016), abusos e negligências sofridas na infância atuam como fatores de risco distais para a ocorrência do comportamento suicida e tendem a ser mediados por traços de personalidade agressiva. Melhem et al. (2007) relataram níveis mais altos de agressividade e impulsividade ao longo da vida em indivíduos com transtorno de humor que apresentaram um comportamento suicida incidente em uma coorte acompanhada por 6 anos. As explicações para a influência de traços de personalidade impulsivo-agressivos provavelmente envolvem interações ambientais abusivas na infância. Um comportamento agressivo pode, por exemplo, ser explicado por conflitos familiares intensos, que são mais prováveis de surgir em lares abusivos (BREZO et al., 2008). Assim, é possível que o abuso infantil propicie o desenvolvimento da

impulsividade e da agressividade, que podem atuar como mediadores do comportamento suicida.

De acordo com Séguim et al. (2014), os suicidas mais jovens relatam mais intensamente histórico de abuso e negligência na infância. O trauma infantil pode desempenhar um papel importante para o comportamento suicida em adultos jovens, considerando que está associado à idade precoce de surgimento de transtorno psiquiátrico (SCOTT et al., 2012), e que seus efeitos cognitivos interagem com sistemas corticais pré-frontais ainda não desenvolvidos completamente, aumentando a probabilidade do comportamento impulsivo (LEE et al., 2014). Assim, é possível inferir que agressividade e impulsividade estão relacionados de maneira mais evidente com comportamento suicida em adultos jovens.

Acrescido a isso, a baixa escolaridade pode dificultar a resolução de problemas e a expressão de comportamentos mais adaptativos, favorecendo a ocorrência de atos suicidas. Desta maneira, é importante atentar para o fato de que o acúmulo de diferentes preditores para tentativas de suicídio elevam ainda mais o risco deste comportamento.

No que se refere ao risco de suicídio prévio enquanto preditor de tentativas, nosso estudo encontra-se alinhado com a literatura. Chan et al. (2014) demonstraram que em uma coorte de pacientes com transtornos depressivos todos aqueles que tentaram suicídio haviam apresentado ideação suicida anterior. Nessa perspectiva, Ten Have et al. (2013), apontaram entre os sujeitos com ideação suicida uma probabilidade de 26,8% de cometer uma tentativa de suicídio, bem como revelaram a idade precoce de início da ideação e a presença de planos anteriores como os principais fatores de risco para a transição da ideação para a primeira tentativa de suicídio. O planejamento suicida é também reconhecido como um forte preditor de tentativas em outras pesquisas (NOCK et al., 2008; NOCK et al., 2013). Assim, compreende-se a existência de um *continuum*, em que

a ideação suicida aumenta o risco de tentativas de suicídio, que fica ainda maior na presença de um plano (BORGES et al., 2010). Desta forma, é imprescindível a atenção clínica ao paciente deprimido com risco de suicídio no que se refere ao aumento das chances de uma tentativa.

Em conclusão, nossos resultados evidenciam que jovens de até 29 anos, com baixa escolaridade, que sofreram abuso físico na infância, e apresentam risco de suicídio (ideação e planos), têm mais chances de cometer uma tentativa de suicídio entre os indivíduos com TDM. Este estudo examinou uma coorte de pacientes ambulatoriais sem histórico prévio de tentativas de suicídio, sendo útil, portanto, para auxiliar os profissionais da saúde na detecção daqueles com maior risco de realizar a primeira tentativa, favorecendo a decisão clínica e o planejamento terapêutico.

Tabela 1 – Descrição das características socioeconômicas da amostra de pacientes com TDM e associação com a incidência de tentativa de suicídio.

Variáveis	n (%)	Incidência de tentativa de suicídio n (%)	p - valor
Sexo			0,124
Feminino	378 (81,5)	35 (11,1)	
Masculino	86 (18,5)	3 (4,8)	
Idade			0,054
Até 29 anos	150 (32,3)	17 (14,5)	
30 anos ou mais	314 (67,7)	21 (8,1)	
Escolaridade			0,035
Até 8 anos de estudo	125 (26,9)	16 (15,4)	
9 ou mais anos de estudo	339 (73,1)	22 (8,1)	
Ocupação			0,111
Não possui	161 (34,8)	18 (13,4)	
Trabalha ou estuda	302 (65,2)	20 (8,3)	
Classe econômica			0,736
C, D ou E	256 (55,3)	22 (10,6)	
A ou B	207 (44,7)	16 (9,5)	
Situação conjugal			0,517
Sem companheiro	193 (41,4)	18 (11,3)	
Possui companheiro	273 (58,6)	20 (9,2)	
Tem filhos			0,345
Não	158 (34,1)	10 (8,0)	
Sim	306 (65,9)	28 (11,1)	

Tabela 2 – Descrição do histórico clínico da amostra de pacientes com TDM e associação com a incidência de tentativa de suicídio.

Variáveis	n (%)	Incidência de tentativa de suicídio n (%)	p - valor
Tentativa de suicídio da mãe			0,108
Não/não soube responder	437 (94,2)	33 (9,4)	
Sim	27 (5,8)	5 (19,2)	
Tentativa de suicídio do pai			0,221
Não/não soube responder	453 (97,6)	36 (9,8)	
Sim	11 (2,4)	2 (22,2)	
Tentativa de suicídio de outro familiar			0,961
Não/não soube responder	431 (92,9)	35 (10,1)	
Sim	33 (7,1)	3 (10,3)	
Negligência Física			0,867
Não	349 (75,2)	28 (9,9)	
Sim	115 (24,8)	10 (10,5)	
Negligência Emocional			0,206
Não	359 (77,4)	26 (9,0)	
Sim	105 (22,6)	12 (13,6)	
Abuso Sexual			0,747
Não	376 (81,0)	31 (10,3)	
Sim	88 (19,0)	7 (9,1)	
Abuso Físico			0,020
Não	365 (78,7)	24 (8,2)	
Sim	99 (21,3)	14 (16,9)	
Abuso Emocional			0,296
Não	375 (80,8)	28 (9,3)	
Sim	89 (19,2)	10 (13,3)	

Tabela 3 – Descrição da saúde mental da amostra de pacientes com TDM e associação com a incidência de tentativa de suicídio.

Variáveis	n (%)	Incidência de tentativa de suicídio n (%)	p - valor
Risco de suicídio			< 0,001
Não	289 (62,3)	11 (4,7)	
Sim	175 (37,7)	27 (18,8)	
Algum transtorno de ansiedade			0,892
Não	174 (37,5)	15 (10,3)	
Sim	290 (62,5)	23 (9,9)	
Transtorno de Ansiedade Obsessivo-Compulsivo			0,991
Não	355 (76,5)	29 (10,1)	
Sim	109 (23,5)	9 (10,1)	
Transtorno de Estresse Pós-Traumático			0,931
Não	439 (94,6)	36 (10,1)	
Sim	25 (5,4)	2 (9,5)	
Abuso/dependência do álcool			0,755
Não	325 (74,0)	26 (9,7)	
Sim	114 (26,0)	10 (10,9)	
Abuso/dependência de tabaco			0,107
Não	332 (75,6)	23 (8,6)	
Sim	107 (24,4)	13 (14,4)	
Abuso/dependência de hipnóticos			0,141
Não	333 (75,9)	23 (8,6)	
Sim	106 (24,1)	13 (14,0)	
Abuso/dependência de outras drogas			0,941
Não	416 (94,8)	34 (10,0)	
Sim	23 (5,2)	2 (10,5)	
TP Esquizóide			0,144
Não	347 (85,0)	23 (8,3)	
Sim	61 (15,0)	8 (14,5)	
TP Evitativa			0,231
Não	326 (79,9)	22 (8,3)	
Sim	82 (20,1)	9 (13,0)	
TP Dependente			0,844
Não	322 (78,9)	25 (9,5)	
Sim	86 (21,1)	6 (8,7)	
TP Histriônica			0,617
Não	330 (80,9)	26 (9,7)	

Sim	78 (19,1)	5 (7,7)	
TP Narcisista			0,855
Não	351 (86,0)	26 (9,2)	
Sim	57 (14,0)	5 (10,0)	
TP Antissocial			0,512
Não	357 (87,5)	28 (9,7)	
Sim	51 (12,5)	3 (6,7)	
TP Compulsiva			0,328
Não	325 (79,7)	23 (8,6)	
Sim	83 (20,3)	8 (12,5)	
TP Esquizotípica			0,959
Não	357 (87,5)	27 (9,3)	
Sim	51 (12,5)	4 (9,5)	
TP Borderline			0,073
Não	338 (82,8)	22 (8,0)	
Sim	70 (17,2)	9 (15,5)	
TP Paranoide			0,368
Não	339 (83,1)	24 (8,7)	
Sim	69 (16,9)	7 (12,5)	

Tabela 4 – Regressão logística para incidência de tentativa de suicídio em pacientes diagnosticados com TDM.

Variáveis	Razão de chances	IC (95%)	p - valor
Sexo			0,148
Feminino	2,47	0,73 a 8,37	
Masculino	Referência		
Idade			0,022
Até 29 anos	2,23	1,13 a 4,64	
30 anos ou mais	Referência		
Escolaridade			0,019
Até 8 anos de estudo	2,35	1,15 a 4,80	
9 ou mais anos de estudo	Referência		
Ocupação			0,400
Não possui	1,36	0,66 a 2,81	
Trabalha ou estuda	Referência		
Tentativa de suicídio da mãe			0,290
Nunca tentou/não soube responder	Referência		
Já tentou	1,81	0,60 a 5,44	
Abuso Físico			0,007
Não	Referência		
Sim	2,77	1,31 a 5,84	
TP Esquizoide			0,883
Não	Referência		
Sim	0,93	0,33 a 2,59	
TP Borderline			0,627
Não	Referência		
Sim	1,26	0,50 a 3,18	
Abuso/dependência cigarro			0,375
Não	Referência		
Sim	1,43	0,65 a 3,13	
Abuso/dependência hipnóticos			0,141
Não	Referência		
Sim	1,78	0,83 a 3,86	
Risco de Suicídio			0,002
Não	Referência		
Sim	3,39	1,56 a 7,37	

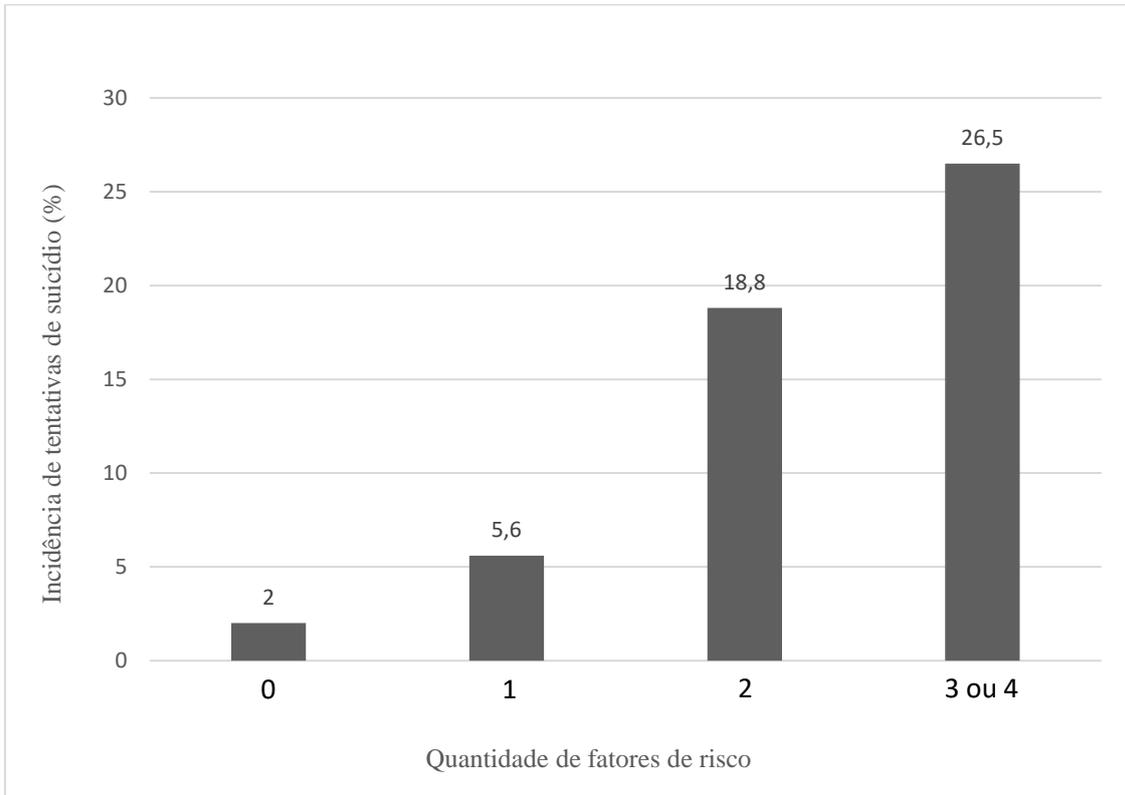


Figura 1 – Relação entre o número de fatores de risco e a incidência de tentativas de suicídio em pacientes diagnosticados com TDM.

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2005 – IBOPE, 2008 – www.abep.org.

AMORIM, Patrícia. 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, set. 2000.

BOLTON, James M. et al. A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. **Journal Of Psychiatric Research**, v. 44, n. 13, p.817-826, out. 2010.

BORGES, Guilherme et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 71, n. 12, p. 1617, 2010.

BREZO, Jelena et al. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. **The British Journal of Psychiatry**, v. 193, n. 2, p. 134-139, 2008.

BROMET, Evelyn et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC medicine**, v. 9, n. 1, p. 90, 2011.

CARSON, S.S. Outcomes research: methods and implications. **Semin Respir Crit Care Med**. 31(1):3-12, 2010.

CHACHAMOVICH, Eduardo et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.18-25, 2009.

CHAN, Lai Fong; SHAMSUL, Azhar Shah; MANIAM, Thambu. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: a 12-month prospective study among patients with depressive disorders. **Psychiatry research**, v. 220, n. 3, p. 867-873, 2014.

CHEN, Yuan-Who; DILSAVER, Steven C. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. **Biological Psychiatry**, v. 39, n. 10, p. 896-899, 1996.

CRAIG, J. Millon Clinical Multiaxial Inventory – III. In: STRACK, S. (Org.). Essentials of Millon inventories assessment. New Jersey: John Wiley & Sons, p. 18-38. 2008.

EIKELENBOOM, Merijn et al. A 6-year longitudinal study of predictors for suicide attempts in major depressive disorder. **Psychological medicine**, p. 1-11, 2018.

FULLER-THOMSON, Esme; BAKER, Tobi M.; BRENNENSTUHL, Sarah. Evidence supporting an independent association between childhood physical abuse and lifetime suicidal ideation. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 42, n. 3, p. 279-291, 2012.

GRASSI-OLIVEIRA, Rodrigo et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian samples of different age groups: findings from confirmatory factor analysis. **PloS one**, v. 9, n. 1, p. e87118, 2014.

HAWTON, Keith et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. **Journal of affective disorders**, v. 147, n. 1, p. 17-28, 2013.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p.199-206, abr. 2004.

HOLMA, K. Mikael et al. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: a five-year prospective study. **American Journal of Psychiatry**, v. 167, n. 7, p. 801-808, 2010.

LEE, Francis S. et al. Adolescent mental health—opportunity and obligation. **Science**, v. 346, n. 6209, p. 547-549, 2014.

MAY, Alexis M.; KLONSKY, E. David; KLEIN, Daniel N. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 46, n. 7, p. 946-952, 2012.

MELHEM, Nadine M. et al. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. **American Journal of Psychiatry**, v. 164, n. 9, p. 1364-1370, 2007.

NOCK, Matthew K. et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **The British Journal of Psychiatry**, v. 192, n. 2, p. 98-105, 2008.

NOCK, Matthew K. et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **JAMA psychiatry**, v. 70, n. 3, p. 300-310, 2013.

NOCK, Matthew K.; KESSLER, Ronald C. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. **Journal of abnormal psychology**, v. 115, n. 3, p. 616, 2006.

OQUENDO, M. A. et al. Sex differences in clinical predictors of suicidal acts after major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, v. 164, n. 1, p. 134-141, 2007.

RIIHIMÄKI, K. et al. Incidence and predictors of suicide attempts among primary-care patients with depressive disorders: a 5-year prospective study. **Psychological medicine**, v. 44, n. 2, p. 291-302, 2014.

RUENGORN, Chidchanok et al. Factors related to suicide attempts among individuals with major depressive disorder. **International journal of general medicine**, v. 5, p. 323, 2012.

SARCHIAPONE, Marco et al. Childhood trauma and suicide attempts in patients with unipolar depression. **Depression and anxiety**, v. 24, n. 4, p. 268-272, 2007.

SCOTT, Kate M. et al. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. **The British Journal of Psychiatry**, v. 200, n. 6, p. 469-475, 2012.

SÉGUIN, Monique et al. Developmental model of suicide trajectories. **The British Journal of Psychiatry**, v. 205, n. 2, p. 120-126, 2014.

SOKERO, T. Petteri et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM–IV major depressive disorder. **The British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 4, p. 314-318, 2005.

SOLOFF, Paul H.; CHIAPPETTA, Laurel. Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. **American Journal of psychiatry**, v. 169, n. 5, p. 484-490, 2012.

SOUZA, Luciano Dias de Mattos et al. History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression. **Psychiatry research**, v. 246, p. 612-616, 2016.

TEN HAVE, Margreet; VAN DORSSELAER, Saskia; DE GRAAF, Ron. Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. **Journal of affective disorders**, v. 147, n. 1-3, p. 205-211, 2013.

TURECKI, Gustavo; BRENT, David A. Suicide and suicidal behaviour. **The Lancet**, v. 387, n. 10024, p. 1227-1239, 2016.

YANG, Linsheng et al. Risk and risk factors of suicide attempt after first onset of suicide ideation: findings from medical students in grades 1 and 2. **Wei sheng yan jiu= Journal of hygiene research**, v. 43, n. 1, p. 47-53, 2014.

YILDIRIM, Feride et al. The relationship of childhood abuse and neglect with suicide attempts in an adult unipolar depression sample. **Nöro Psikiyatri Arşivi**, v. 51, n. 2, p. 133, 2014.

World Health Organization. Mental health: suicide prevention. 2014

World Health Organization. Depression: World Health Organization Depression Fact sheet Updated February 2017.

ZATTI, Cleonice et al. Childhood trauma and suicide attempt: a meta-analysis of longitudinal studies from the last decade. **Psychiatry research**, v. 256, p. 353-358, 2017.