

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

**REDE DE APOIO SOCIAL
E
TENTATIVA DE SUICÍDIO**

Vanessa Paola Povolo Gaspari

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Campinas, 2002

VANESSA PAOLA POVOLO GASPARI

REDE DE APOIO SOCIAL

E

TENTATIVA DE SUICÍDIO

Dissertação de Mestrado
apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas
para obtenção do título de Mestre em
Ciências Médicas, área de Saúde
Mental.

ORIENTADOR: PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA

2002

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Neury José Botega (Prof. Live-Docente do Departamento de Psicologia e Psiquiatria Médica – FCM UNICAMP), meu orientador, a quem devo, pela oportunidade de ser sua aluna, pela paciência e, principalmente, por ter acreditado que este trabalho se concretizaria.

À Prof^a da Universidade Federal de São Carlos, Thelma Simões Matsukura, pela disponibilidade ao me fornecer a versão traduzida do Questionário de Suporte Social (SSQ: SARASON ET AL.), que foi de grande importância para o desenrolar desta pesquisa.

A todos os professores da Pós-Graduação em Saúde Mental, que ampliaram meus conhecimentos.

Aos pacientes e entrevistados que participaram desta pesquisa.

Aos médicos residentes de psiquiatria do HC – UNICAMP, pela cooperação.

À Geny (Enfermaria de Psiquiatria HC – UNICAMP) por sua atenção e colaboração.

A minha tia, Ida, sempre disposta a ajudar.

À Andréa, que com competência e disposição me auxiliou na parte estatística deste trabalho.

Às secretárias Mônica, Carmem e Marcinha, pelo apoio nas dificuldades burocráticas.

Aos meus pais, Claudia e João Sidnei, ciente de que palavras não exprimem minha gratidão e amor, por viabilizarem a possibilidade de me dedicar a este trabalho.

Aos meus irmãos, Giovana e Pietro, que compartilham comigo os prazeres e desafios da vida.

Ao Sérgio Nolasco, pela prontidão e afeto, dispondo de seu tempo e suas habilidades para me auxiliar em diferentes fases deste estudo.

À Heloisa Gagliardo, por me ensinar a grande importância da Terapia Ocupacional, e os frutos maravilhosos que se obtêm ao trabalhar com amor e dedicação.

Às equipes dos Ambulatórios do HC – UNICAMP, de Neurologia e Saúde Mental do Idoso, de Substâncias Psicoativas, de Neurologia Pediátrica e de Neuropsiquiatria Infantil, que me deram a oportunidade de sua convivência fértil de conhecimentos.

SUMÁRIO

Páginas

1. INTRODUÇÃO	
1.1 RELAÇÕES INTERPESSOAIS E SAÚDE	13
1.2 COMPORTAMENTO SUICIDA	20
1.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	27
1.4 REDE DE APOIO SOCIAL	33
2. OBJETIVOS	
2.1 OBJETIVO GERAL	41
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	41
3. MÉTODO	
3.1 TIPO DE ESTUDO	43
3.2 LOCAL E SUJEITO	43
3.3 INSTRUMENTOS	44
3.4 PROCEDIMENTO	47
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	48
4. RESULTADOS	49
5. DISCUSSÃO	67
6. CONCLUSÃO	80
7. SUMMARY	81
8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	82
9. ANEXOS	87

LISTA DE ABREVIATURAS

- Centro de Controle de Intoxicação – **CCI**;
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, APA, 1995) – **DSM-IV**;
- Escala de Apoio Social de Bille-Brahe (WHO – European Parassuicide Study, BILLE-BRAHE ET AL., 1993) – **EAS/BB**;
- Escala de Avaliação Global do Relacionamento Social e Familiar (Global Assessment of Relational Functioning DSM-IV, 1995) – **GARF**;
- Escala de Avaliação Global do Funcionamento Psicossocial – Adulto (ENDICOTT ET AL., 1976) – **GAS**;
- Fontes de apoio social percebido – **SSQ-N**;
- Hospital de Clínicas – **HC**;
- Organização Mundial da Saúde – **OMS**;
- Questionário de Rede de Apoio Social (SARASON ET AL., 1983) – **SSQ**;
- Questionário de Tentativa de Suicídio para o Pronto-Socorro (BOTEGA ET AL., 1995) – **TS-PS**;
- Rede de Apoio Social – **RAS**;
- Sala de Espera – **SE**;
- Satisfação do apoio social percebido – **SSQ-S**;
- Tentativa de Suicídio – **TS**;
- World Health Organization – **WHO**;
- Universidade Estadual de Campinas - **Unicamp**

LISTA DE TABELAS

Páginas

Tabela 1 Características demográficas do Grupo de Tentativa de Suicídio (T.S.) x Grupo Sala de Espera (S.E.). **49**

Tabela 2 Frequência das respostas “ninguém”, “mãe”, “pai” e “amigo” com as respectivas porcentagens, obtida no questionário de Rede de Apoio Social (SSQ), pelos respondentes dos grupos de Tentativa de Suicídio (T.S.) e Sala de Espera (S.E.). **53**

Tabela 3 Frequência total das respostas “ninguém”, “mãe”, “pai” e “amigo” com as respectivas porcentagens em todos os itens do SSQ para os grupos de Tentativa de Suicídio (T.S.) e Sala de Espera (S.E.). **58**

Tabela 4 Frequência das respostas em (porcentagem), segundo o “grau de satisfação”, do questionário de Rede de Apoio Social (SSQ) nos grupos de Tentativa de Suicídio (T.S.) e Sala de Espera (S.E.) **59**

LISTA DE GRÁFICOS

Páginas

Gráfico 1 Desempenho psicossocial (Escala GAS) entre os grupos de TS e SE. **50**

Gráfico 2 Relacionamento social e familiar (Escala GARF) entre os grupos de TS e SE. **51**

Gráfico 3 Representação gráfica do número médio de indivíduos (SSQ-N) que compõem a Rede de Apoio Social de cada grupo (TS – tentativa de Suicídio-grupo caso - ; e, SE – Sala de Espera – grupo controle). **52**

Gráfico 4 Mediana das notas dadas pelos grupos de Tentativa de Suicídio (TS) e Sala de Espera (SE) do instrumento de Rede de Apoio Social (Bille-Brahe), onde o indivíduo “sente que precisa de apoio de seus familiares e amigos” (grupo 1). **64**

Gráfico 5 Mediana das notas obtidas pelos grupos de Tentativa de Suicídio (TS) e Sala de Espera (SE) do instrumento de Rede de Apoio Social (Bille-Brahe), onde o indivíduo “sente que recebe apoio de seus familiares e amigos” (grupo 2). **65**

Gráfico 6 Mediana das notas obtidas pelos grupos de Tentativa de Suicídio (TS) e Sala de Espera (SE) do instrumento de Rede de Apoio Social (Bille-Brahe), onde o indivíduo “sente que dá apoio aos seus familiares e amigos” (grupo 4). **66**

Resumo

Este estudo comparou a Rede de Apoio Social de pacientes que tentaram suicídio e que foram atendidos no pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Unicamp, com a rede de apoio social de acompanhantes de outros pacientes pareados por sexo e faixa etária.

Os instrumentos selecionados para esse estudo foram: Questionário de Tentativa de Suicídio para Pronto-Socorro – TS-PS (BOTEGA ET AL., 1995), abrangendo informações sócio-demográficas e clínicas, e um questionário similar adaptado para os indivíduos do grupo controle; SSQ –Questionário de Rede de Apoio Social (SARASON ET AL., 1983); GAS - Escala de Avaliação Global do Funcionamento Psicossocial-Adulto (ENDICOTT ET AL., 1976); GARF - Escala de Avaliação Global do Relacionamento Social e Familiar (Global Assessment of Relational Functionig –DSM IV,1995); EAS/BB (Escala de Apoio Social de BILLEBRAHE ET AL., 1993).

O tamanho dessa amostra foi de 29 indivíduos (14 homens e 15 mulheres) em cada grupo, perfazendo um total de 58. A idade média dos indivíduos que tentaram suicídio (T.S.), foi de 37,4 anos (a mediana foi de 40 para o grupo de TS e 36 para o grupo SE). As tentativas de suicídio deram-se por ingestão de medicamentos (11), de venenos (10) ou por objetos cortantes (8); a maioria com baixa intencionalidade suicida e baixa letalidade. No grupo T.S. 34,5% (10) eram oficialmente casados e no grupo controle, 51,7% (15). Os sujeitos do grupo T.S. estavam mais freqüentemente em acompanhamento psiquiátrico (41,4%) e em uso de psicofármacos (55,2%) do que os controles (17,2% e 13,8%, respectivamente). 96,5% (28) dos indivíduos do grupo de TS se consideram pessoas religiosas, e no grupo de SE esse valor é de 85,2% (24). Para o grupo TS, em média, 1 indivíduo

compunha a rede de apoio social dos respondentes, e no grupo SE, a média foi de aproximadamente 3 indivíduos, o que nos permite afirmar que a Rede de Apoio Social dos indivíduos que tentam suicídio é mais escassa que a dos indivíduos do grupo controle ($p=0,0001$). A diferença no grau de satisfação com a rede de apoio social entre os dois grupos, demonstrou-se claramente em todas as 27 questões do SSQ, com resultados menos favoráveis ao grupo T.S. (com valores de p variando de 0,02 a 0,001). Esses achados condizem com o pior desempenho dos casos de T.S. nas escalas GAS e GARF, que avalia o relacionamento social e familiar ($p= 0,0001$ e 0,002, respectivamente).

Como a Rede de Apoio Social pode ser um preditor do ato suicida, assim como um fator de proteção para a Saúde Mental das pessoas, este aspecto precisa ser mais compreendido em estudos que visem o tratamento e prevenção do comportamento suicida.

ABSTRACT

The aim of this study was to assess the support network of people who attempted suicide and were being followed at the emergency room of a general hospital, and compare it to the people who accompanied non-psychiatric patients in the same service.

Twenty-nine people (14 males and 15 females) were assessed consecutively in each group. The instruments used were: TS-PS (a questionnaire on suicide attempts) which included demographia and clinical data, the Social Support Questionnaire (SSQ), the Bille-Brahe's Social Support Scale (self-rating), the GAS and the GARF.

The mean age of the individuals of the suicide attempt (S.A.) group was 37,4. Most attempts (11) involved drug overdose, self-poisoning (10) and cutting (8). This group had low suicide intention and lethality. 34,5% of them were married and in the control-group 51,7% were too. The individuals of the A.S. group were more frequently receiving psychiatric treatment (41,4% vs 17,2%) and psychotropic drug (55,2% vs 13,8%). The number of people perceived as supportive by the S.A. was on average 1 and 3 by the control-group. The S.A. group reported more dissatisfaction towards their relationships. These findings are in line with the worse figures of the A.S. group on the GARF and GAS.

Our findings confirm the hypothesis that people who attempt suicide have a far weaker social support as to compared to the control-group. They

also do not feel needed in the support of other people and have of more difficulties in the performance of social roles.

I. INTRODUÇÃO

1.1 RELAÇÕES INTERPESSOAIS E SAÚDE

Durante muitos anos, os estudiosos foram influenciados e condicionados por uma epistemologia aristotélica, fixando a sua atenção sobre os traços particulares, dividindo os fenômenos para tratar separadamente as partes. Entretanto, no início do século XX, esta metodologia tornou-se insuficiente para muitos teóricos, passando o homem a ser visto como um ser total, abdicando-se da descrição exaustiva para o estudo de cada sujeito com os outros. Nascia, assim, a idéia de sistema, de organização de totalidade (WERLANG, 2000).

Esta nova visão da realidade se baseia na “consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais”. Os sistemas não estão limitados a organismos individuais e suas partes. Portanto, para entender a natureza humana, deve-se estudar não só suas dimensões físicas e psicológicas, mas também suas manifestações sociais e culturais, entendendo-se a evolução humana como progredindo através de uma interação dos mundos interno e externo, dos indivíduos e das sociedades, da natureza e da cultura (CAPRA, 1982).

Passa-se assim, do estudo do indivíduo ao estudo das relações. O indivíduo começa a ser considerado elemento de um grupo, o qual está em interação emocionalmente intensa com outros membros.

Esta mudança de objeto, de sujeito/indivíduo para grupo/sistema/família, implica para GAMEIRO (1992), uma ruptura epistemológica na longa tradição do pensamento sobre a doença, sobre a doença mental. Até então, o objeto da medicina, da psiquiatria era o indivíduo. No entanto, a teoria sistêmica propôs uma ruptura desta visão, passando a considerar cada indivíduo como parte de sistema mais vasto, ampliando a regra da totalidade, onde o sistema está para além de seus elementos constituintes.

O homem não é um ser isolado, é um membro ativo e reativo nos grupos sociais, sendo a família um grupo social natural que, com sua organização e estrutura, qualifica e influencia as experiências dos seus integrantes. Sabe-se, então, segundo MINUCHIN (1982), que as famílias modelam e programam o comportamento e o sentido de identidade da criança, sendo que também criança e família crescem juntas e se acomodam a história comum que define no seu seio normas e padrões transacionais próprios. As transações repetidas estabelecem, para o autor, padrões: “como, quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema”. Portanto, os padrões transacionais regulam o comportamento dos integrantes da família e são mantidos por dois sistemas de repressão: um é “genérico” e envolve as regras universais que governam a organização familiar, e o outro é “idiossincrático” e envolve as expectativas mútuas dos membros específicos da família. Assim, afirma o autor, o sistema se “mantém a si mesmo”, oferece resistência à mudança, mantendo padrões preferidos. Padrões alternativos também estão disponíveis, mas qualquer desvio que “ultrapasse o limiar de tolerância do sistema” provoca o surgimento de mecanismos que restabelecem o âmbito costumeiro.

Deve-se considerar, também, que, segundo GAMEIRO (1992), que a família é um sistema que vive mergulhado em outros sistemas com que interage numa relação circular que afeta a sua organização. Assim, é fundamental que, dentro do próprio sistema familiar, se compreendam as noções de subsistema e de limite para caracterizar partes da família em que a interação é mais intensa por proximidade geracional e definir as fronteiras destes subsistemas dentro do sistema e deste como o exterior.

GOMEZ (1983), analisando a família, considera que sua organização íntima está formada por uma rede de relações, que é preexistente ao sujeito. Caso não exista essa rede de relações, a pessoa ficará num vazio, durante toda a vida, a menos que possa substituí-la de alguma maneira. Assim, para o autor, como, ao longo de seu ciclo vital, o indivíduo passa da total dependência do embrião, nas entranhas maternas, à autonomia da idade adulta, para regressar depois a dependência, na velhice, o ser humano precisa manter-se vinculado com seus semelhantes, para uma adequada satisfação de suas necessidades. Desta maneira, o ser humano tem sempre necessidades múltiplas e diferenciadas, não podendo chegar a satisfazê-las, de maneira adequada, sem contar com a cooperação de seus semelhantes.

Desde o nascimento até a morte os seres humanos participam de uma trama interpessoal que os molda. Essa trama, como já foi mencionado, está constituída no início por sua família, mas poucos anos depois já se expande para incluir amigos, colegas de estudo, de trabalho e relações baseadas em atividades sociais, culturais, esportivas, religiosas e de cuidados de saúde.

Dentro deste contexto estamos nos aprofundando na Rede de Apoio Social de que cada indivíduo faz parte. Este ponto contribui de maneira substancial para gerar suas práticas sociais, assim como sua visão de mundo e de si mesmo.

A relação entre Rede de Apoio Social e saúde foi sugerida, na década de 70, por SIDNEI COBB (1976) e, de maneira independente, por JOHN CASSEL (1976), quando compilaram evidências de que a falta, ou a ruptura de apoio social aumentava a suscetibilidade a doenças.

A forte e consistente associação inversa entre um índice multidimensional de laços sociais e a taxa geral de mortalidade, foi um dos primeiros efeitos identificados da rede de apoio social sobre a saúde (BERKMAN & SYME, 1979).

Diversos pesquisadores notaram que portadores de enfermidades tão diversas, como hipertensão arterial, depressão e tuberculose, e ainda vítimas de acidentes, relatavam com maior frequência o fato de não estarem (ou não se sentirem) inseridos em uma rede de apoio mútua, ou ainda de terem experimentado em maior grau perdas importantes, como viuvez, separação amorosa, desemprego, mudança de moradia (PILISUK & MINKLER, 1985).

Investigações posteriores confirmaram a relação inversa entre a magnitude de índices de rede e apoio social e o risco de morrer por doenças coronarianas, acidente vascular cerebral e também por neoplasias malignas (DRESSLER ET AL., 1997; DALGARD & HAHEIM, 1998).

Além da forte relação com a redução da mortalidade, dimensões de rede e de apoio social associam-se também, de forma direta, com a sobrevivência após diagnóstico de doenças coronariana, câncer e acidente vascular cerebral (VOGT ET AL., 1992), e de maneira inversa com a incidência de insônia (HANSON & OSTERGREN, 1987), com a frequência de hipertensão arterial (STROGATZ & JAMES, 1986), com a aquisição de hábitos como o tabagismo e o consumo de álcool (WESTMAN ET AL., 1985), e também com o risco de demência (FRATIGLIONE ET AL., 2000).

Numerosos estudos vêm mostrando que saúde e bem-estar estão ligados à integração social e à qualidade da cadeia social que o indivíduo possui, e quando falamos em saúde também incluímos a saúde mental destes indivíduos.

Assim, não só o indivíduo em geral, como, especificamente, o indivíduo suicida, não pode ser considerado, então, fora desta linha de raciocínio, ou seja, não se deve reduzi-lo exclusivamente a sua dinâmica intrapsíquica, e sim valorizar seu ambiente familiar e social. Cada indivíduo está em interação intensa com os outros membros da família ou da sociedade. Portanto, os problemas individuais não têm só um sentido, mas sim, certamente, uma função no contexto mais amplo onde surgiram.

CASSORLA (1991), considera o suicídio como um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde “fatores constitucionais até ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc. O que se chama ‘causa’ é, geralmente o elo final dessa cadeia”.

Embora os mecanismos de ação exercidos pela Rede de Apoio Social nos sistemas de defesa do organismo humano ainda não tenham sido elucidados, duas hipóteses básicas são apresentadas. Na primeira, atuariam “tamponando” a resposta do organismo em forma de doença, que pode ocorrer em conseqüências de grandes perdas ou rupturas emocionais (COHEN & WILLS, 1985). Na segunda hipótese, o apoio social poderia reforçar a sensação de controle sobre a própria vida, o que por sua vez implicaria em efeitos positivos sobre a saúde (RODIN, 1986).

Então, eventos de vida, como perdas ou conflitos interpessoais, assim como problemas acadêmicos, no trabalho, com a polícia, desemprego, falência financeira e acesso fácil a meios letais, têm sido relatados também em vários estudos como facilitadores ou associados ao risco de suicídio.

Investigações a respeito da rede de apoio social dizem respeito a perguntas extremamente relevantes para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde, apesar das inconsistências conceituais ainda existentes e das dificuldades de transformações desse conceito em variáveis (DEAN ET AL., 1994; O'REILLY, 1988). Tais dificuldades podem explicar a tendência a priorizar pesquisas de fatores de risco biológico e hábitos relacionados à saúde, na pesquisa etiológica, ao invés do ambiente psicossocial. No entanto, não há dúvida de que saúde – individual ou coletiva – ressalta de relações complexas entre inúmeros fatores biológicos, psicológicos e sociais.

De acordo com o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, APA, 1995), um sistema multiaxial envolve uma avaliação em diversos

eixos, cada qual relativo a um domínio, capaz de ajudar a organizar e comunicar informações.

No presente estudo, nos reportaremos ao EIXO IV: PROBLEMAS PSICOSSOCIAIS E AMBIENTAIS que, por sua vez, podem ser um evento de vida negativo, uma dificuldade, uma deficiência ambiental, um estresse familiar, um estresse interpessoal, uma inadequação do apoio social ou de recursos pessoais, ou outro problema relacionado ao contexto no qual as dificuldades de uma pessoa se desenvolveram. Problemas psicossociais podem desencadear um transtorno mental, ou também se desenvolver em consequência de uma psicopatologia

A capacidade de se adaptar às mudanças e acontecimentos ocorridos ao longo de nossas vidas é um fator crucial para a “sobrevivência”. Traços de personalidade, limite de tolerância, auto-estima fazem parte desse alicerce.

Em geral, quando existe um sistema estruturado de apoio social, a probabilidade de ocorrer doença mental é menor e a chance para recuperação, no caso do desenvolvimento de um transtorno, é maior. As pesquisas que comparam as redes de apoio sociais de pacientes psiquiátricos e pessoas normais mostram, por exemplo, que pacientes esquizofrênicos têm uma rede social muito menor do que os controles, e no caso de pacientes neuróticos essa rede é frágil (KAPLAN, 1997).

1.2 COMPORTAMENTO SUICIDA

EMILE DURKHEIM, sociólogo francês, em finais do século XIX, definiu o suicídio como:..."toda morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima". E, tentativa de suicídio como:..."é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado" (DURKHEIM, 1996).

No seu livro O SUICÍDIO (1996), argumentou que o suicídio é um fenómeno social, não suscetível a uma explicação estreitamente individual, e, salientou que o desenvolvimento industrial, urbano e científico da sociedade provocam em algumas instituições sociais básicas, como a família e a igreja, uma perda da capacidade integradora para o processo socialização do indivíduo. Assim, através do estudo da religião, do casamento, da família e da comunidade política, ele entendeu o suicídio como resultado de uma série de condicionamentos sociais que se originam da relação do indivíduo com a sociedade e suas instituições. Esta relação foi explicada, por ele, segundo duas características do grupo social: o grau de integração e o grau de regulação social. Podemos dizer, que o conceito de integração social é um dos elementos principais em sua teoria e vem frequentemente sendo focado em pesquisas de suicídio, bem como em tentativa de suicídio.

DURKHEIM, ao considerar que o grau de integração do indivíduo ao grupo no qual vive como sendo o principal fator determinante do suicídio, ele também cita que as obrigações mútuas e a responsabilidade é que interliga o indivíduo ao

grupo social; que provavelmente as pessoas que não possuem esses elos sofrem de sensações de isolamento e solidão, chegando ao extremo de um estado de anonimato. O estado da sociedade poderia influenciar o indivíduo e pressioná-lo a se matar. Portanto, as taxas de suicídio na sociedade se alterariam, quando as características da sociedade se alterassem.

Correlacionou as taxas de suicídio observadas em vários países europeus com variáveis sociais, políticos e econômicos, relacionando, assim, o suicídio à **Rede de Apoio Social**. O autor distingue três tipos de suicídio relacionados com o grau de integração do indivíduo ao grupo social: *suicídio egoísta* (refere -se a baixa integração social, ou seja, são à queles indivíduos que não estão fortemente integrados a qualquer grupo social, não se encontrando mais sob influência da sociedade, da família e religião); *suicídio altruísta* (são indivíduos que sacrificam a vida pelo bem do grupo, sofrem influência dos mecanismos de identificação e excessiva integração em um grupo social. Incluem desde os “camicazes” até os “homens-bomba” de hoje, passando pelos monges budistas que ateavam fogo à s vestes nas praças em protesto contra a guerra do Vietnã. Esse grupo tem muito pouco interesse do ponto de vista clínico ou epidemiológico, e até do ponto de vista da prevenção, uma vez que é muito discutível que sua conduta resulte de algum transtorno mental propriamente dito.); *suicídio anônimo* (este é um dos conceitos mais importantes em toda a investigação do suicídio. Haveria em toda a sociedade um choque de duas forças no que se refere ao aumento ou diminuição da integração entre seus membros, o que resultaria em um “tecido social” com uma “trama” mais ou menos firme e densa, disso resultando uma tendência maior ou menor para o suicídio entre seus membros. Ocorre em indivíduos vivendo numa

sociedade em crise, refere-se à instabilidade social, à integração do indivíduo na sociedade perturbada, alterando as normas costumeiras de comportamento).

O tratamento estatístico dos suicídios também começou no século XIX e DURKHEIM se salientou, utilizando dados de Morselli para identificar maior frequência de suicídios entre os protestantes do que entre os católicos, entre os católicos do que entre os judeus, assim como uma frequência maior nos solteiros do que nos casados, e nos homens do que nas mulheres.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1968) a gama de comportamentos suicidas é ampla, mas poderíamos concebê-lo caminhando num crescendo, a partir de pensamentos suicidas, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente, suicídio “completo” ou com êxito.

Muitos elementos compõem os comportamentos suicidas. O’CARROLL ET AL. (1996) propõem uma nomenclatura para o suicídio e para os pensamentos e comportamentos autodestrutivos. Conforme os autores, tais comportamentos podem apresentar risco imediato ou risco remoto. Podem ser relatados idéias suicidas (qualquer pensamento que relata o desejo de comportamento suicida) ou comportamentos suicidas como tentativas de suicídio (passivo, ativo, acidental, com ferimentos ou sem ferimentos).

Na verdade, é difícil demarcar as fronteiras das tentativas de suicídio, em relação aos atos suicidas (com o objetivo genuíno de terminar com a própria vida), uma vez que, para vários autores, existe uma ampla área de superposição. STENGEL (1968) acrescenta, ainda, que o resultado de um ato suicida depende

da multiplicidade de variáveis, nem todas planejadas, pois pode haver uma intenção externa e/ou de fatores inesperados.

Na publicação da OMS (1969), consta que STENGEL e COOK consideram os atos suicidas como acidentes na luta pela adaptação ao meio social, sendo que o seu resultado dependerá não só da relação entre o impulso de autodestruição e o impulso da conservação do indivíduo, mas também das reações imediatas do meio em que este vive.

Nos últimos trinta anos, poucos estudos focalizaram a identificação de subtipos de tentativa de suicídio baseando-se nas características demográficas e psicossociais. Em muitos destes estudos, a informação tem sido restrita às características de menor e maior risco. Em outros, consideram-se a letalidade, os arranjos para o ato, a motivação. Em alguns estudos os subtipos de tentativa de suicídio foram classificados de acordo com o método utilizado (ARESMAN & KERKHOF, 1996).

Com a intenção de evitar enganos em estudos multicêntricos sobre a epidemiologia das tentativas de suicídio, a OMS (1992) propôs uma definição, baseada nos códigos da Décima Classificação Internacional de Doenças: “Ato com resultados não fatais no qual um indivíduo intencionalmente inicia um comportamento não habitual, sem a intenção de outros, causando auto-lesão ou ingerindo intencionalmente excesso de medicamentos (em relação à dosagem prescrita ou aceita como normal), com a finalidade de provocar mudanças em decorrência das conseqüências físicas ocorridas ou esperadas”.

Epidemiologistas sociais contemporâneos têm reafirmado a doutrina de DURKHEIM, unindo a ausência de elos sociais com as famílias, com os amigos e com a falta de envolvimento com a comunidade e em organizações religiosas (WERLANG, 2001).

Quando estamos desesperançados ou desanimados podemos apresentar idéias ou até desejos de morte, mas há um longo trajeto até o suicídio (KOVACS, 1992).

LITMAN (1996) também nos fala que a qualquer momento a intenção suicida, a partir da ideação suicida, pode ocupar a mente de milhões de pessoas.

As razões mais comumente relatadas pelos pacientes para suas tentativas de suicídio recente ou desejos suicidas podem ser categorizadas, conforme BECK ET AL. (1997), em dois motivos que podem estar combinados. Seriam eles, desistir e escapar da vida e buscar um ponto final e/ou, jogando com a morte, produzir alguma mudança interpessoal. Para este autor, quando o motivo é principalmente manipulativo, a tentativa de suicídio é menos séria do que quando a meta principal é escapar da vida.

O suicídio, subentendida a intencionalidade, é um fenômeno exclusivamente humano (MALTSBERGER, 1999), que ocorre em todas as culturas, podendo-se até afirmar, segundo RETTERSTOL (1993), que um grande número de pessoas, em momentos difíceis de suas vidas, pensam na idéia de que poderia ser melhor “acabar com tudo”.

SHNEIDMAN (1994), caracteriza o suicídio como um “mal-estar multidimensional”, que engloba aspectos biológicos, psicológicos, intra-psíquicos, lógicos, conscientes e inconscientes, sociológicos, culturais, elementos filosóficos e interpessoais.

Em certas situações, identifica-se no sujeito que tenta suicídio um comportamento que objetiva alterar a maneira de pensar das pessoas de seu relacionamento (profissional, familiar, com namorado, com amigos). Ou então, despertar sofrimentos de culpa, causar sofrimento em outras pessoas ou mesmo vingar-se. Solidão, perda da auto-estima, desesperança, inutilidade, sentir-se um incômodo para outras pessoas são, também, freqüentemente encontradas em indivíduos com comportamento suicida.

A tentativa de suicídio é um ato que não pode ser considerado de pouca gravidade, como algumas vezes acontece na rotina de um pronto-socorro. Aproximadamente um quarto dos casos tenta novamente o suicídio no ano seguinte. Seguintes mais longos mostram que 10% das pessoas que tentam suicídio acabam se matando (KREITMANN & CASEY, 1988 e DIEKSTRA, 1993). Ou seja, o risco de suicídio na população que tenta suicídio é 100 vezes maior do que na população normal (BRENT & KOLKO, 1990).

BLUMENTAL e KUPFER (1996) identificaram situações sobrepostas que influem sobre o comportamento suicida. Dentre elas está o ambiente psicossocial que inclui eventos de vida, fatores ambientais, doenças físicas e principalmente apoio interpessoal.

E outras quatro situações também são destacadas por estes autores, como: a variabilidade biológica corrente, que vem se desenvolvendo e incluem recentes pesquisas envolvendo nível de serotonina; a área psiquiátrica que inclui diagnósticos que estão associados com comportamento suicida (transtornos depressivos, alcoolismo, esquizofrenia, desordens de conduta e doença mental orgânica); a existência de história suicida na família; e a relação com a transmissão genética.

A **Rede de Apoio Social** é um fator protetor em relação ao risco suicida, mas a falta de instrumentos ou medida única que possa dar conta das várias dimensões do que se entende por Rede de Apoio Social, impede de se reunir, até então, num único perfil as características de pacientes que já foram estudados.

1.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Muitos suicídios, estimados entre 30 e 60% do total, são o último ato numa série de tentativas em quantidade que pode variar de 1 a mais de 20. Por outro lado, de 10 a 14% das pessoas envolvidas em tentativas de suicídio morrem por suicídio, representando um risco 100 vezes maior do que a população geral (BRENT & KOLKO, 1990). O risco de novas tentativas de suicídio no ano seguinte à última tentativa de suicídio é de 15 a 25% (MORGAN ET AL., 1990).

O suicídio e tentativa de suicídio têm se expressado como problema de saúde pública de grandes proporções, têm se tornado ainda mais preocupante pelo seu crescimento entre os jovens. DIEKSTRA (1996) menciona que, nos registros sobre mortalidade por suicídio de 39 países, dos 166 que fazem parte

dos membros das Nações Unidas, constataram-se 208.349 suicídios em um ano, salientando que o suicídio encontra-se entre as 10 principais causas de morte no mundo para indivíduos de todas as idades e entre a segunda ou terceira das maiores causas entre 15 e 34 anos. Ainda: para cada suicídio temos 10 tentativas freqüentemente sérias o suficiente para requerer atenção médica. Estima-se que apenas 1 em cada 4 casos seja registrado.

Esses valores indicam que há um maior número de vítimas de suicídio que vítimas em todos os conflitos armados ao redor do mundo e, em muitos lugares, aproximadamente o mesmo número ou um número maior de mortes que em acidentes de trânsito.

Os casos de tentativas de suicídio têm especial relevância, por serem estes os indivíduos que irão necessitar de assistência, tanto em pronto-socorros, ocorrência que se caracteriza como emergência médica e psiquiátrica freqüente, como em atendimentos ambulatoriais.

Até recentemente havia um consenso quanto à tendência ao aumento do risco de suicídio associado ao avanço da idade, e por isso apontaria, necessariamente, para uma elevação das taxas de suicídio em nível mundial, tendo-se tal resultado devido o aumento da expectativa de vida que universalmente se observa. O fenômeno era caracterizado de forma tão linear e definida que levou à concepção de se tratar de uma característica intrínseca à humanidade a associação de velhice e tendência suicida. Porém, nos últimos anos, verificou-se que as taxas entre pessoas jovens têm aumentado a tal extensão que eles são agora o grupo em maior risco de suicídio. Nos países pós-industrializados, o suicídio na população infanto-juvenil aproxima-se dos 14 por mil

habitantes (MOSCICKI, 1997). As perdas familiares, as alterações ambientais (ambientes permanentemente estressores, excessivamente exigentes, violentos, permissivos, negligentes) influenciam para mais a ideação e o comportamento suicida na infância e na adolescência.

Essas taxas vêm apresentando mudanças, com aumento entre os homens de 15 a 34 anos e diminuição naqueles entre 34 e 44 anos; e nas mulheres, a situação permanece estável, com baixas taxas com média de 1,6 por mil habitantes, contrastando com altas taxas de tentativas de suicídio. As tentativas de suicídio entre os homens estariam mais associadas com uma real intenção de morte, sugerindo que esse comportamento entre as mulheres não seria motivado por intenções suicidas. Aparentemente, esse comportamento entre as mulheres seria uma maneira de comunicar seu sofrimento, modificar o comportamento ou reações de outras pessoas. Curiosamente, elas reportam mais ideação suicida que os homens (HAWTON, 2000). A taxa mais baixa de suicídio entre as mulheres poderia ser explicada pelo fato de procurarem mais ajuda, terem maior adesão ao tratamento e, portanto, receberem mais freqüentemente tratamento adequado.

A presença de doença mental, num estudo realizado por BLAIR-WEST ET AL. (1999), foi fator predominante em ambos os gêneros; a prevalência observada de doença mental em suicídio levados à termo variou de 80% a 100%. O risco de suicídio ao longo da vida entre pessoas com depressão vai de 6% a 15%; entre alcoólatras, de 7% a 15% e entre esquizofrênicos, de 4% a 10%. Estudos de “autopsia psiquiátrica” demonstram que os transtornos afetivos foram predominantes em ambos os sexos, apresentando comorbidade com transtornos

de personalidade em 40% a 50% dos casos e comorbidade com outros transtornos psiquiátricos em maior frequência.

Estudos epidemiológicos atuais têm revelado um aumento na prevalência de suicídios, com dados estatísticos bastante preocupantes ou mesmo alarmantes. Dentro desta perspectiva, MOSCICKI (1997) refere que a epidemiologia tem se envolvido em esforços de pesquisa rigorosa, tanto para verificar hipóteses causais para suicídio como para tentativa de suicídio, tendo desempenhado um papel importante na identificação e determinação de fatores de risco.

A redução nos índices de tentativas de suicídio encontra-se entre os objetivos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde no documento 'Saúde para todos no ano de 2000' (www.who.int).

No ano de 2000, estimou-se que aproximadamente um milhão de pessoas suicidou-se: uma "taxa de mortalidade global" de 16 por mil habitantes, ou uma morte a cada quarenta segundos e uma tentativa de suicídio a cada três segundos, em média, o que aponta para o impressionante aumento de cerca de 60% nas taxas de suicídio, durante menos de meio século (WHO, 2000).

Um estudo multicêntrico organizado pela Organização Mundial de Saúde, demonstra que no ano de 1996 o coeficiente de mortalidade por suicídio (por mil habitantes) encontrava-se entre os mais elevados no hemisfério norte, nos países do Leste Europeu e nos países escandinavos. Nos EUA, estas taxas se situam em torno de 12 por mil pessoas, enquanto na Irlanda, Itália, Espanha e Holanda apresentam as menores taxas: 10 por mil habitantes. E cerca de um quarto dos suicídios do mundo é cometido em apenas dois países: China e Índia –refletindo o

tamanho de suas populações. A China isoladamente responde por 20% de todos os suicídios do mundo (WHO, 2000).

Na América Latina, ROBERTT (1999) constata que o Uruguai se localiza entre os países com taxas médias (10-19 suicídios por mil habitantes) na escala mundial. A sociedade uruguaia, então possui, segundo este sociólogo, taxas tradicionalmente médias, como as dos Estados Unidos, mas notoriamente menores às dos países com taxas historicamente altas, como a Hungria. Contudo, no contexto latino-americano, localiza-se entre os países com taxas altas, similares a Cuba, El Salvador, Porto Rico, Trinidad-Tobago e Suriname.

O Brasil ocupa a nona posição mundial em números absolutos (5.400 por ano) e a septuagésima primeira taxa de suicídio no mundo (3,5 por mil habitantes). Esses números de suicídio encontram-se próximos às taxas da Itália, Irlanda, Espanha e Holanda, ou seja, aos índices mais baixos; contudo, devemos destacar que o Brasil enfrenta dificuldade em notificar seus dados, com ausência de dados estatísticos corretos em função do preconceito em relação ao ato suicida e às pressões religiosas que existem em nosso país, o que nos dá um sub-registro (BARROS, 1991).

Segundo BOTEGA (1996), o Brasil apresentou um coeficiente de mortalidade de 5,6 suicídios por mil habitantes no ano de 1985, o que representou um percentual de 0,7% do total de mortes em homens, com um máximo de 2,8% dos 20 a 29 anos de idade, e 0,3% do total de mortes, em mulheres. Estudando os coeficientes de mortalidade, não pode ser desconsiderada a diversidade das regiões em nosso país. Mas, em função da limitada confiabilidade das

informações, BOTEGA, sugere cautela na comparação dos dados. Contudo, menciona haver indicativos de que a mortalidade por suicídio é maior na Região Sul e menor na Região Nordeste.

Cabe registrar, que a cidade de Porto Alegre é apontada como a cidade Brasileira com maior índice de suicídios registrados ente adolescentes. Contudo, alguns especialistas, através da mídia brasileira, têm levantado a dúvida de se isto ocorre em razão de uma proporção maior de suicídios no sul, ou apenas por existir, nesse Estado, um sistema mais eficaz de registro na área da saúde pública (WERLANG, 2001).

O fato de omissão de dados fidedignos em relação ao suicídio ocorre freqüentemente. A extensão de menosprezo varia de país para país, dependendo principalmente dos modos nos quais o suicídio é averiguado. Outras razões para o menosprezo de suicídio incluem, além do estigma, fatores sociais e políticos, os regulamentos de seguro de vida, dos quais alguns suicídios podem ser informados sob disfarce de acidentes ou morte por causas indeterminadas (MOSCICKI, 1995).

1.4 REDE DE APOIO SOCIAL

Nas últimas décadas, estudos subjetivos como depressão e solidão, atitudes relacionadas à sexualidade e à qualidade de vida passaram a ser intensivamente investigados em estudos epidemiológicos. Foi necessário então, utilizar metodologias, já desenvolvidas principalmente na área da educação e da psicologia, para mensurar conceitos que não são passíveis de tradução em valores

observáveis por meio de posição de um ponteiro (STREINER & NORMAN, 1989). Dentre esses conceitos, destaca-se o de “laços sociais”.

Dentre as diferentes idéias englobadas na expressão “laços sociais”, dois conceitos se destacam: rede social e apoio social. As redes (networks) são definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo bem como suas características (por exemplo, disponibilidade e freqüência de contato com amigos e parentes), ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos, associações sindicais) (BERKMAN & SYME, 1979; BOWLING, 1997).

Além desses dois aspectos, HANSON & OSTERGREN (1987), adicionaram a “ancoragem social” (social anchorage), que descreve a percepção do grau de identificação ao vínculo entre o indivíduo e os grupos formais e informais a que pertence (ambiente de trabalho, área de moradia, família, por exemplo). A definição de apoio social não é consensual.

Segundo BOWLING (1997), SHERBOURNE & STEWART (1991) e COHEN & WILLS (1985), trata -se do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo), com ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções. COHEN e WILLS (1985) dividem mais detalhadamente estas categorias de rede de apoio social: apoio de estima (apoio emocional), apoio instrumental (recursos materiais), apoio de informação (eventos problemáticos e educação) e apoio de companhia social (atividades sociais). Como possíveis

fontes de apoio social são citados: família, amigos, cônjuges, vizinhos, provedores de serviço, relações no ambiente de trabalho e na sociedade.

COBB (1976), por exemplo, definiu rede de apoio social como principal informação para os indivíduos acreditarem que recebem cuidados, que são amados, queridos e estimados, favorecendo a auto-estima de cada um e por consequência transformando esses atos em situações e sentimentos mútuos, uma rede social com compromissos mútuos.

MINKLER (1985), ressalta que apoio social deve ser compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controle sobre suas vidas.

Também foi descrito, por outros autores, de modos mais simplistas: ENKENRODE e GORE (1981), por exemplo, afirmaram que apoio social pode ser visto como o número de amizades, parentes, relacionamentos sociais organizacionais.

Pesquisas relacionadas à outro termo fortemente ligado Rede de Apoio Social também vem crescendo nos últimos 20 anos: o coping (optou-se pela manutenção do termo em inglês na medida que o mesmo tem sido amplamente usado por profissionais da área de saúde), que refere-se a “lidar com” ou “enfrentamento” às situações de stress– SAVÓIA, SANTANA e MEJJAS, 1996).

SLOPER ET AL. (1991), ressaltam que mais atualmente tem-se enfatizado a importância de estudos sobre os fatores de *coping* e apoio social que podem atuar no enfrentamento ou na moderação do stress.

Vários outros autores apontam as variáveis que interferem na avaliação sobre o estressor, referindo-se à teoria de stress e *coping* desenvolvida por LAZARUS e FOLKMAN (CANNING, HARRIS e KELLERHER, 1996; MEDEIROS, FERRAZ e QUARESMA, 1998; TETELBON ET AL., 1993).

Assim, o stress pode ser compreendido como a presença de uma condição / situação onde existe uma acentuada diferença entre as demandas externas ao organismo e a avaliação do indivíduo sobre sua capacidade em responder a eles.

Já o mecanismo de *coping* estaria relacionado às tentativas e formas de lidar com o ambiente e as demandas internas evidenciadas no conflito.

FOLKMAN ET AL. (apud CALDERON e GRENNBERG, 1999) delinearam cinco tipos de recursos de *coping* que são utilizados para moderar os efeitos do stress. São eles: 1. A habilidade de resolução de problemas; 2. Redes e apoios sociais; 3. Recursos utilitários (nível educacional, nível sócio-econômico); 4. Crenças gerais e específicas (sentimentos de auto-eficácia, religiosidade, entre outros); 5. Recursos de *coping* (saúde, energia, moral, presentes antes e durante o acontecimento estressor. CALDERON e GRENNBERG (1999), ressaltam que estes 5 recursos não são mutuamente exclusivos, “sendo importante considerá-los na compreensão e explicação de resultados como uma função de recursos individuais de *coping* face a estressores percebidos”).

A compreensão sobre como o apoio social estaria associado aos resultados de saúde e stress é baseada em dois modelos distintos. Um deles é o modelo do efeito direto que considera que recursos sociais tem um efeito benéfico à saúde, independente de a pessoa estar sob condição de stress; já o modelo do efeito indireto propõe que o apoio é associado ao bem estar somente, ou primariamente, para pessoas sob stress (COHEN e WILLS, 1985).

Desde a década de 70 até os anos 90 tem sido observado um aumento nas pesquisas sobre apoio social (VAUX, 1988; WINEMILLER ET AL., 1993), denotado um interesse crescente pelo tema.

COHEN e SYME (1985) refletem sobre o interesse no estudo do apoio social, em função de diversos fatores, dentre eles, a importância de achados referentes à relação do apoio social com indicadores de presença/ausência de diversas doenças e, no caso da presença da doença, a relação do apoio com as previsões de diagnóstico e restabelecimento de indivíduo. De fato, vários estudos têm apontado a associação entre apoio social e níveis de saúde e/ou a presença de apoio social funcionando como agente “protetor” frente ao risco de presença de doenças induzidas por stress (BLOOM, 1990; COHEN e WILLS, 1985; PEARLIN, 1989).

HOUSE e KAHN (1985) apresentam uma estrutura teórica dos aspectos presentes no domínio do apoio social, que podem estar relacionados à saúde ou ao stress. Os três aspectos propostos seriam: 1. Relacionamentos sociais (existência, quantidade, tipo); 2. Apoio social (tipo, fonte, quantidade ou qualidade) e; 3. Rede social (tamanho, densidade, reciprocidade, intensidade, dentre outros).

VAUX (1990) ressalta que o apoio social deve ser considerado como um metaconstructo com três componentes conceituais distintos, ou seja, recursos da rede de apoio, comportamento suportivo (incluem-se aqui os diferentes tipos de apoio) e as avaliações subjetivas de apoio, ou o apoio social percebido. Sob um enfoque ecológico, os recursos das redes sociais apresentam um “rendimento sustentável” ou seja, podem ser desenvolvidos, mantidos, cuidados e estimulados ou deteriorados, negligenciados e, até, destruídos, em função de variáveis como características dos indivíduos que compõem a rede, fatores ambientais ou culturais e interações entre essas variáveis.

Ainda são raras as publicações que tratem de apoio social no Brasil. LOVISI e MORGADO (LOVISI ET AL, 1996, LOVISI e MORGADO, 1996) têm pesquisado aspectos teóricos do apoio social, bem como desenvolveram uma pesquisa sobre a associação entre apoio social e distúrbios psiquiátricos em mulheres infectadas pelo HIV.

No modelo apresentado por COHEN e WILLS (1985), CASTRO, CAMPEIRO e HERNANDEZ (1997), no qual se estuda o efeito protetor do apoio social nas situações de estressoras, buscou-se um instrumento de medida que fornecesse dados de, pelo menos, três dimensões do metaconstructo, ou seja, a presença/existência de pessoas capazes de fornecer apoio em diferentes situações, a percepção/identificação do apoio disponível e a avaliação sobre a situação de apoio. Como apontam COHEN E WILLS (1985), foram encontradas consistentes evidências sobre o papel de apoio social atuando como protetor nas situações estressoras quando as medidas de apoio estão relacionadas com a

disponibilidade percebida de recursos interpessoais que respondem às necessidades presentes nos eventos estressantes.

Vários outros estudos, também mostram que a desintegração social está ligada à falta de apoio social, e apontam estes aspectos como fatores de risco ao comportamento suicida (BILLE-BRAHE, 1985; BJARNASON, 1994; D'ATTÍLIO ET AL.; 1992; ESKIN, 1995). Um estudo realizado por BILLE-BRAHE (1999), reforça a importância da Rede de Apoio Social no comportamento suicida, reconhecendo sua influência como um dos fatores que diminuem o risco suicida.

A falta de Rede de Apoio Social, ou a falta de percepção da mesma pelo próprio indivíduo, pode aumentar os níveis de angústia, de depressão, de estresse; por isso muito do nosso entender atual dos efeitos da rede de apoio social estão ligados à saúde mental. E nosso empenho num estudo da Rede de Apoio Social dos indivíduos que tentam suicídio pretende acrescentar conhecimentos de sua influência na saúde.

Pesquisas publicadas sobre Rede de Apoio Social aumentaram significativamente durante a última década. Mas apesar desta proliferação, há uma falta de uniformidade em relação à conceitualização deste termo. A maioria das definições de apoio social expressam aspectos de constructo multidimensional, ou seja, para realizar uma pesquisa dentro dessa área é necessário investigar variáveis ligadas à saúde que são afetadas por múltiplas fontes.

Estudar a Rede de Apoio Social de pacientes que tentam suicídio, avaliando suas dificuldades psicossociais, as relações interpessoais, e a estrutura do meio em

que essas pessoas vivem, é um trabalho que poderá somar conhecimentos sobre melhor maneira de tratar essas pessoas, além de poder orientar esforços de prevenção de suicídio.

Com isso, **Rede de Apoio Social** é um fator protetor em relação ao risco suicida, mas a falta de instrumentos ou medida única que possa dar conta das várias dimensões do que se entende por este constructo, impede de se reunir, até então, num único perfil as características de pacientes que já foram estudados.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a Rede de Apoio Social de pessoas que tentam suicídio e são atendidos no pronto-socorro do Hospital de Clínicas da UNICAMP

2.2 Objetivo Específico

Comparar a Rede de Apoio Social de pessoas que tentam suicídio com a Rede de Apoio Social de acompanhantes de outras pessoas que também são atendidos no pronto-socorro do Hospital de Clínicas da Unicamp por outros motivos, pareando-os por sexo e idade.

3.Método

3.1 Tipo de estudo

Este estudo possui caráter de inquérito populacional, incluindo comparação entre um grupo de pessoas que tentaram suicídio e um grupo controle.

3.2 Local e Sujeitos

A população estudada nesta pesquisa corresponde ao grupo de pessoas que chegaram até o pronto-socorro do Hospital de Clínicas da UNICAMP por terem tentado suicídio. O tamanho dessa amostra foi de 29 indivíduos, alocados consecutivamente, entre os que procurarem o H. C. no período de 8:00 à s 20:00h, de segunda à sexta-feira.

Nos pacientes que apresentaram um quadro muito grave e cuja avaliação tornou-se inviável no pronto-socorro, a coleta de dados foi feita no período de internação destes pacientes.

Os mesmos instrumentos foram utilizados para avaliar a Rede de Apoio Social de 29 acompanhantes de pacientes não-psiquiátricos atendidos no pronto socorro do Hospital de Clínicas da UNICAMP. Esses sujeitos foram escolhidos dentre os acompanhantes de pacientes que deram entrada no pronto-socorro na seqüência de um paciente que tentou suicídio; além de, estarem sendo atendidos por outra especialidade, que não a psiquiatria. Os indivíduos do grupo-caso foram

pareados aos indivíduos do grupo-controle, seguindo as seguintes características: ter o mesmo sexo e a mesma idade do paciente (aceitando-se uma variação de 5 anos para mais ou para menos).

A aplicação dos instrumentos da pesquisa foi realizada perante o consentimento dos pacientes e dos indivíduos da sala de espera.

Além da recusa à participação, existiram outros fatores que excluíram o paciente deste trabalho, como o caso de o indivíduo estar inconsciente, sonolento, agitado ou com a saúde mental muito comprometida, caracterizando um impedimento para participar do estudo.

3.3 Instrumentos

Os instrumentos selecionados para esse estudo são:

- TS-PS –Questionário de Tentativa de Suicídio Para o Pronto-Socorro (BOTEGA ET ALI., 1995).É um instrumento de sistematização da anamnese de pacientes que tentam suicídio, utilizado pelos residentes de psiquiatria para atendimentos no pronto-socorro do Hospital de Clínicas da Unicamp (anexo 1-a). Como complemento, foram incluídas algumas questões que abrangem desde dados pessoais, informações sócio-econômicas, demográficas, constituição familiar, até dificuldades psicossociais e caracterização de TS. (anexo 1-b); e um outro questionário adaptado especificamente aos indivíduos que estão na sala de espera do pronto-socorro e que farão parte deste estudo. (anexo 1-c);

- SSQ -Questionário de Rede de Apoio Social* (Social Support Questionnaire – SARASON ET AL.,1983). É uma forma de avaliar a disponibilidade da rede de apoio social, abrangendo desde a qualidade de apoio em diferentes situações, sendo que este pode vir desde membros da família, até outras pessoas significantes no ambiente do indivíduo. Fornece pontuação para o número de figuras de apoio percebido pelos respondentes e para a satisfação com o apoio recebido. O SSQ é composto por 27 questões, sendo que cada questão solicita uma resposta em duas partes. Na primeira parte, deve ser indicado o número de fontes de apoio social percebido (SSQ-N), podendo o respondente listar nove possibilidades (além da opção “ninguém”); na segunda parte o respondente deve informar sobre sua satisfação com esse apoio (SSQ-S), fazendo uma opção em uma escala de 6 pontos (que varia “de muito satisfeito” a “muito insatisfeito”). VAUX (1988) ao revisar vários instrumentos de medida de suporte social com relação a três constructos (recursos de rede de suporte, comportamento suportivo e avaliação subjetiva de suporte), ressalta como aspectos positivos do SSQ o uso de múltiplos itens para trazer à tona os membros da rede, fornecer pesos de satisfação com o suporte e apresentar dados extensos de fidedignidade e validade. O SSQ foi submetido a vários estudos realizados pelos autores para a determinação de suas medidas psicométricas (SARASON ET AL., 1983; HEITZMANN e KAPLAN, 1988, VAUX, 1988). Foi validado no Brasil por THELMA SIMÕES MATSUKURA (2001), versão utilizada neste estudo. (anexo 2);

- GAS -Escala de Avaliação Global do Funcionamento Psicossocial- Adulto (ENDICOTT ET AL., 1976). A pontuação (de 0 a 100) caracteriza o funcionamento psicossocial da pessoa. A resposta deve ser preenchida pelo

entrevistador que observa o nível de funcionamento psicossocial do paciente, variando de “ótimo funcionamento” à “necessidade constante de supervisão por diversos dias”. (anexo 3);

- GARF -Escala de Avaliação Global do Relacionamento Social e Familiar (Global Assessment of Relational Functioning – DSM IV, 1995). Avalia, de um modo global, o funcionamento da família (ou grupo de relações mais próximo) do paciente, num continuum hipotético que vai de um funcionamento grupal ótimo, de relações de apoio interpessoal muito satisfatórias a um nível extremo de disfunção grupal e desorganização.(anexo 4).

- EAS/BB - ESCALA DE APOIO SOCIAL/ BILLE-BRAHE (WHO/EUROPEAN PARASSUICIDE STUDY, BILLI-BRAHE ET AL. 1993) – composto por 8 questões que avaliam quanto o indivíduo precisa e obtém de sua família e amigos, como também quanto apoio que sua família e amigos precisam e conseguem obter dele. Esta escala foi traduzida para o português pelo grupo de pesquisadores da Unicamp que realizou um estudo multicêntrico da OMS sobre comportamento suicida. (anexo 5)

3.4 Procedimento

Para o desenrolar deste processo, a pesquisadora teve que adquirir um BIP, cujo número foi divulgado entre os residentes de psiquiatria do Hospital de Clínica da Unicamp através de uma carta informativa (anexo 6), cartões de visita (anexo 7) e cartazes informativos (anexo 8) foram distribuídos, não só no pronto-socorro, como também na enfermaria e no ambulatório de psiquiatria. Assim sendo, quando

os pacientes que tentaram suicídio davam entrada no pronto-socorro, o residente que estivesse de plantão poderia avisá-lo. Nem sempre este fato ocorreu, e a pesquisadora entende que o motivo disto é a rotina atribulada do pronto-socorro, que faz com que o residente priorize seu trabalho, sua assistência aos pacientes. À partir do momento em que a pesquisadora constatou a possibilidade de não estar recebendo tantas chamadas pelo BIP, estabeleceu-se uma rotina de visitas ao pronto-socorro.

A pesquisadora também recorreu ao Centro de Controle de Intoxicação (CCI) do Hospital das Clínicas da Unicamp, pois em casos de auto-envenenamento, poderiam surgir pacientes que, eventualmente, não seriam vistos pelos psiquiatras, necessitando assim, da colaboração dos plantonistas do CCI. Mas esta colaboração foi negada, sob a alegação de que a pesquisa poderia atrapalhar a rotina do setor.

3.5 Aspectos Éticos

A abordagem do paciente e/ou a sua família no momento da avaliação constituiu-se de termos compreensíveis, visando esclarecer de maneira clara os objetivos da pesquisa.

Foi garantido ao entrevistado o anonimato ao participar do estudo. E no caso de recusa ou desistência de participação, também lhe foi assegurado que

essa atitude não implicaria prejuízo no atendimento prestado pela instituição em questão.

À partir do momento em que o paciente e/ou família (no grupo caso), e o indivíduo da sala de espera (no grupo controle), concordou em fazer parte da pesquisa, o mesmo teve que assinar um termo de consentimento (anexo9).

Os resultados encontrados durante as entrevistas foram discutidos com o médico psiquiatra que estivesse de plantão no momento, assim como com o docente responsável (ficam de plantão, diariamente, um docente e um residente de psiquiatria do primeiro ou segundo ano durante 24 horas para atendimentos no pronto-socorro), com o objetivo, não só da confirmação dos dados coletados, como também para garantir a plenitude da assistência prestada ao paciente.

3.6 Análise dos Dados

Utilizamos tabelas de freqüências e percentuais para variáveis categóricas (sexo, estado civil, religião, etc...) e estatísticas descritivas para a variável contínua (idade). Foi utilizado verificando a freqüência dessas variáveis em cada grupo.

Para verificar se existe associação (diferença) entre os grupos TS e SE com relação as variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-Quadrado. Quando os valores esperados são menos que 5, utiliza-se o teste exato de Fisher, sendo

considerado significativa a associação (diferença) quando o p-valor é menor ou igual a 0,05.

Para compararmos o Escore N das escalas GARF e GAS, utilizamos o teste não-paramétrico de Mann-Whitney (também conhecido como teste de Wilcoxon), que compara dois grupos em função da soma dos postos das observações.

RESULTADOS

Tabela 1. Características demográficas do Grupo de Tentativa de Suicídio (T.S.) X

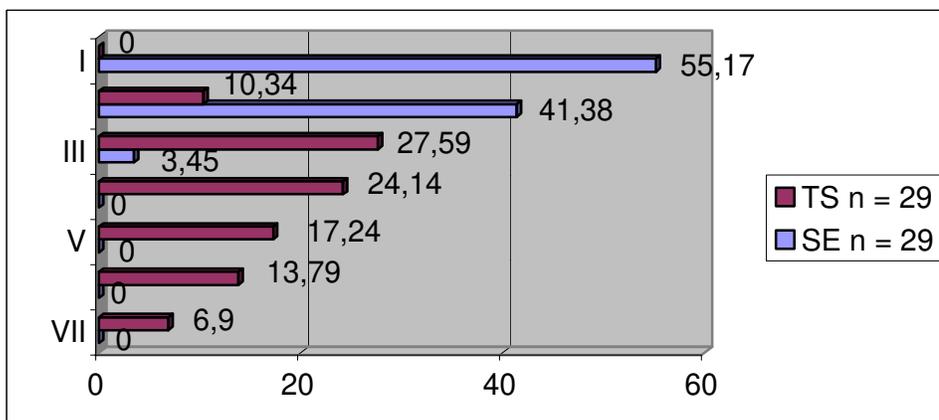
Grupo Sala de Espera (S.E.):

Variáveis	Grupo de T.S. (n=29)	Grupo S.E. (n=29)
Sexo		
Masculino	15 (51,7%)	15 (51,7%)
Feminino	14 (48,3%)	14 (48,3%)
Idade		
Média	37,4	36,5
Desvio Padrão	15,3	13,8
Mediana	40	36
Mínima-Máxima	14-64	14-59
Situação Conjugal		
Com companheiro*	12 (41,4%)	20 (68,9%)
Sem companheiro**	17 (58,6%)	9 (31,1%)
P= 0,03 (Qui-quadrado)		
Escolaridade		
Analfabeto	1 (3,5%)	1 (3,5%)
1º grau incompleto	22 (75,9%)	15 (51,6%)
2º grau incompleto	3 (10,3%)	1 (3,5%)
2º grau completo	0	5 (17,2%)
3º grau incompleto	3 (10,3%)	6 (20,7%)
3º grau completo	0	1 (3,5%)
p= 0,05 (Fisher)		
Situação Profissional		
Aposentado	5 (17,3%)	1 (3,5%)
Desempregado	2 (6,9%)	2 (6,9%)
Em atividade	17 (58,5%)	23 (79,3%)
Estudante	5 (17,3%)	3 (10,3%)

* no grupo T.S., 10 (34,5%) indivíduos eram oficialmente casados, e no grupo S.E., 15 (51,7%).

Quanto à avaliação do desempenho psicossocial do grupo de T.S. e do Grupo S.E., utilizando-se a Escala GAS (Gráfico1), observamos que a maioria dos indivíduos da sala de espera, o que equivale a 55,1% (16), ficaram no parâmetro A, e 41,4% (12) no parâmetro B. E, os indivíduos do grupo de tentativa de suicídio, tiveram uma maior concentração nos parâmetros C, com 27,6% (8) e D, com 24,1% (7).

Gráfico 1. Desempenho psicossocial (Escala GAS) entre os grupos T.S. (tentativa de suicídio) e S.E. (sala de espera).



p-valor = 0,0001 (Teste de Fisher)

A: funcionamento psicossocial ótimo (pontuações obtidas na escala entre 100 e 81 pontos)

B: bom funcionamento psicossocial (pontuações obtidas na escala entre 90 e 81 pontos)

C: não mais que leves prejuízos no funcionamento psicossocial (pontuações obtidas na escala entre 80 e 71 pontos)

D: algumas dificuldades em diversas áreas do funcionamento psicossocial (pontuações obtidas na escala entre 70 e 61 pontos)

E: apresenta geralmente dificuldades no funcionamento psicossocial (pontuações obtidas na escala entre 60 e 51 pontos)

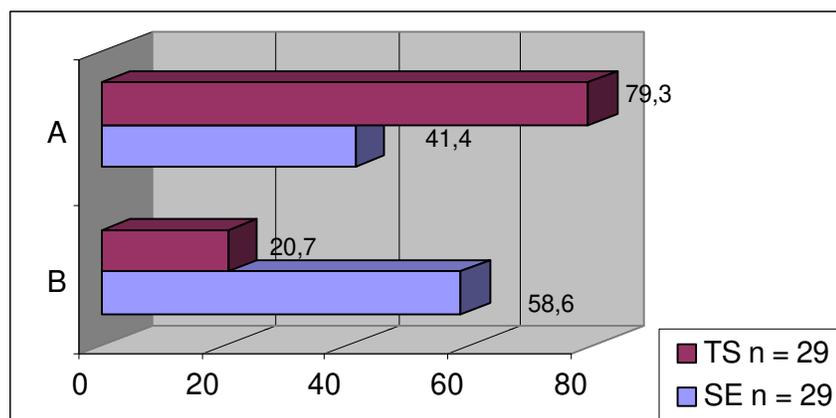
F: qualquer prejuízo sério no funcionamento psicossocial (pontuações obtidas na escala entre 50 e 41 pontos)

G: prejuízo grave em diversas áreas do funcionamento psicossocial (pontuações obtidas na escala entre 40 e 31 pontos)

Quanto a Avaliação de Relacionamento Social e Familiar, obtida através da Escala GARF, podemos observar que o grupo T.S. possui 6 de seus indivíduos

(20.7%) na categoria B, e o grupo S.E. apresenta-se com 17 indivíduos (58,6%), essa categoria revela que o relacionamento social e familiar apresenta-se de forma satisfatória. Na categoria A, a qual revela que o relacionamento social e familiar do indivíduo apresenta-se de forma insatisfatória, o grupo T.S. foi representado por uma amostra de 23 indivíduos (79,3%), contra 12 (41,4%) do grupo S.E.

Gráfico 2. Relacionamento social e familiar (Escala GARF) entre os grupos T.S. (tentativa de suicídio) e S.E. (sala de espera).



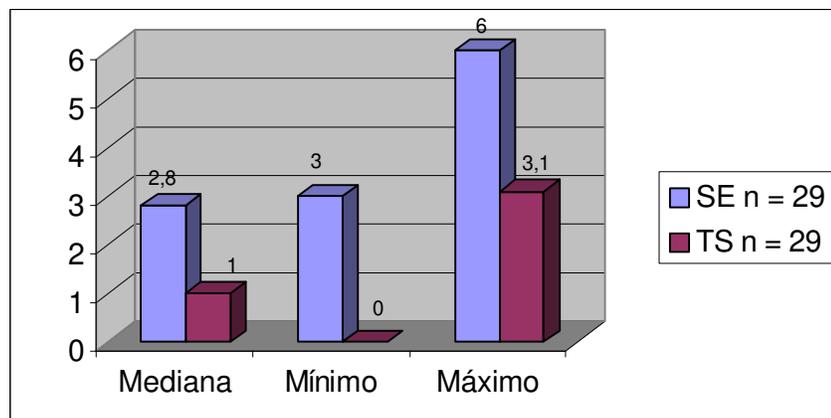
p -valor = 0,006 (Teste de Fisher)

A: relacionamento social e familiar apresenta-se de forma insatisfatória

B: relacionamento social e familiar apresenta-se de forma satisfatória

O instrumento utilizado para a Avaliação da Rede de Apoio Social, o Social Support Questionnaire – SSQ – (SARASON ET AL., 1983), fornece pontuação para o número de figuras de apoio percebido pelos respondentes e para a satisfação com o apoio recebido. Na primeira parte, deve ser indicado o número de fontes de apoio social percebido (SSQ-N). Essa pontuação foi avaliada nos indivíduos do Grupo de Tentativa de Suicídio e do Grupo Sala de Espera (Gráfico 3). E os resultados obtidos foram: para o grupo TS, em média, 1 indivíduo compunha a rede de apoio social dos respondentes (n=29), variando uma rede de no mínimo nenhum componente, até no máximo 3; e no grupo SE, a média foi de aproximadamente 3 indivíduos compondo a rede de apoio social dos respondentes deste grupo (n=29), variando de no mínimo 3 componentes e no máximo 6.

Gráfico 3. Representação gráfica do número médio de indivíduos (SSQ-N) que compõem a Rede de Apoio Social de cada grupo (T.S., tentativa de suicídio – grupo caso -; e, S.E., sala de espera – grupo controle).



p-valor = 0,0001 (Teste de Mann-Whitney)

Na primeira parte, como já foi mencionado, deve ser indicado o número de fontes de apoio social percebido (SSQ-N), e dentro da possibilidade do

respondente listar nove indivíduos diferentes, ele também pode optar pela resposta “ninguém”. Na tabela abaixo (Tabela 2), pode-se visualizar com que frequência a resposta “ninguém” aparece em cada uma das 27 questões do instrumento SSQ, aplicado no grupo TS e no grupo SE. Além da resposta “ninguém”, destacou-se outras três respostas que mais apareceram nos questionários: “mãe”, “pai” e “amigo”.

Tabela 2. Frequência das respostas “ninguém”, “mãe”, “pai” e “amigo”, com as respectivas porcentagens, obtida no questionário SSQ (Social Support Questionnaire - SARASON ET AL., 1983), pelos 29 respondentes de cada um dos grupos, TS e SE.

Questão 1- *Com quem realmente você pode contar para ouvi-lo quando precisa conversar ?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	9	31	0	0
mãe	3	10	9	31
pai	0	0	3	10
amigo	5	17	11	38

Questão 2- *Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo se há uma pessoa que você pensou que era bom (boa) amigo (a) insultou você e disse que não queria vê-lo novamente?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	15	52	0	0
mãe	0	0	11	38
pai	0	0	3	10
amigo	0	0	12	41

Questão 3- *Você acha que é parte importante da vida de quais pessoas?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	10	34	0	0
mãe	8	28	16	55
pai	6	21	10	34
amigo	0	0	5	17

Questão 4- *Quem você acha que poderia ajudá-lo, se você fosse casado (a) e tivesse acabado de se separar?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	13	45	2	7
mãe	5	17	14	48
pai	1	3	6	21
amigo	1	3	10	34

Questão 5- Com quem você poderia realmente contar para ajudá-lo a sair de uma crise, mesmo que para isso esta pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	13	45	2	7
mãe	4	14	13	45
pai	2	7	7	24
amigo	0	0	8	28

Questão 6- Com quem você pode conversar francamente, sem ter que se preocupar com o que diz?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	10	34	1	3
mãe	1	3	11	38
pai	1	3	4	14
amigo	4	14	12	41

Questão 7- Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	9	31	0	0
mãe	5	17	14	48
pai	0	0	6	21
amigo	5	17	10	34

Questão 8- Com quem você pode realmente contar para distraí-lo de suas preocupações quando você se sente estressado?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	15	52	1	3
mãe	2	7	13	45
pai	1	3	4	14
amigo	1	3	11	38

Questão 9- Com quem você pode realmente contar quando precisa de ajuda?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	11	38	3	10
mãe	4	14	13	45
pai	0	0	4	14
amigo	1	3	9	31

Questão 10- Com quem você poderia realmente contar para ajudar, caso fosse despedido do emprego ou fosse expulso da escola?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	11	38	1	3
mãe	7	24	10	34
pai	2	7	6	21
amigo	0	0	8	28

Questão 11- Com quem você pode ser totalmente você mesmo?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	8	28	1	3
mãe	5	17	10	34
pai	3	10	3	10
amigo	5	17	11	38

Questão 12- Quem você acha que realmente gosta de você como pessoa?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
--	--------	--------	--------	-------

ninguém	5	17	0	0
mãe	9	31	14	48
pai	3	10	9	31
amigo	3	10	11	38

Questão 13- Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	9	31	1	3
mãe	3	10	11	38
pai	0	0	4	14
amigo	5	17	12	41

Questão 14- Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta e sem críticas?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	13	45	3	10
mãe	1	3	9	31
pai	0	0	2	7
amigo	4	14	12	41

Questão 15- Quem vai confortar e abraçar você quando precisa disso?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	14	48	0	0
mãe	5	17	14	48
pai	2	7	4	14
amigo	3	10	6	21

Questão 16- Quem você acha que a ajudaria se um bom amigo seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	9	31	1	3
mãe	3	10	11	38
pai	2	7	7	24
amigo	5	17	14	48

Questão 17- Com quem você realmente pode contar para ajudá-lo a ficar mais relaxado quando está sob pressão ou tenso (a)?

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	13	45	3	10
mãe	2	3	10	34
pai	1	3	3	10
amigo	2	7	11	38

Questão 18- *Quem você acha que poderia ajudá-lo se morresse um parente seu, muito próximo?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	9	31	1	3
mãe	5	17	13	45
pai	2	7	7	24
amigo	2	7	12	41

Questão 19- *Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	8	28	1	3
mãe	6	21	15	52
pai	1	3	7	24
amigo	4	14	6	21

Questão 20- *Independentemente do que esteja acontecendo com você, com quem você pode contar sem se incomodar se seus problemas vão causar preocupações a essa pessoa?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	13	45	4	14
mãe	4	14	8	28
pai	2	7	2	7
amigo	3	10	11	38

Questão 21- *Com quem você realmente pode contar para ouvir você, quando está muito bravo com alguém?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	18	62	5	17
mãe	2	7	11	38
pai	0	0	2	7
amigo	3	10	10	34

Questão 22- *Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que precisa melhorar em alguma coisa?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	7	24	1	3
mãe	5	17	12	41
pai	0	0	3	10
amigo	3	10	12	41

Questão 23- *Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo a se sentir melhor quando você está deprimido?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	13	45	2	7
mãe	1	3	13	45
pai	1	3	2	7
amigo	1	3	11	38

Questão 24- *Quem você sente que gosta de você verdadeira e profundamente?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	4	14	0	0
mãe	10	34	16	55
pai	3	10	7	24
amigo	2	7	6	21

Questão 25- *Com quem você pode realmente contar para consolá-lo quando está muito contrariado?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	17	59	1	3
mãe	2	7	12	41
pai	0	0	3	10
amigo	3	10	11	38

Questão 26- *Com quem você realmente pode contar para apoiá-lo em decisões importantes que você toma?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	11	38	2	7
mãe	4	14	14	48
pai	1	3	7	24
amigo	1	3	5	17

Questão 27- *Com quem você pode contar para ajudá-lo a se sentir melhor quando você está muito irritado a ponto de ficar bravo com qualquer coisa?*

	TS (n)	TS (%)	SE (n)	SE(%)
ninguém	15	52	1	3
mãe	1	3	13	45
pai	0	0	3	10
amigo	1	3	5	17

Na Tabela 3, podemos observar a Freqüência Total, que as respostas “ninguém”, “mãe”, “pai” e “amigo” aparecem nos grupos de TS e SE através do instrumento SSQ, e os resultados obtidos foram: para o grupo TS a resposta “ninguém” foi dada 302 vezes, e para o grupo SE, 37. A resposta “mãe”, no grupo TS foi dada 107 vezes, e no grupo SE, 330. A resposta “pai”, no grupo TS, foi dada 34 vezes, e no grupo SE, 128. E a resposta “amigo”, foi dada 67 vezes no grupo TS, e, 262 no grupo SE.

Tabela 3. Freqüência total das respostas “ninguém”, “mãe”, “pai” e “amigo”, com as respectivas porcentagens, em todos os itens do SSQ para os grupos de TS e SE:

		TS (n)	TS (% média)	SE (n)	SE(% média)
Total	ninguém	302	36	37	4
	mãe	107	13	330	39
	pai	34	04	128	15
	amigo	67	8	262	31

Na Tabela 4 podemos observar a freqüência de respostas (em porcentagem), segundo Grau de Satisfação, do Questionário de Rede de Apoio Social, nos grupos de TS e SE em cada uma das 27 questões que compõem o instrumento. Em todas as questões foram encontradas associação (diferença) significativa entre os dois grupos.

Tabela 4. Frequência de respostas (em porcentagem), segundo grau de satisfação, do Questionário de Rede de Apoio Social (SSQ, SARASON ET AL., 1983), nos grupos de Tentativa de Suicídio (T.S., n=29) e Sala de Espera (S.E., n=29):

EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO?						
	Muito satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Um pouco satisfeito	Um pouco insatisfeito	Razoavelmente insatisfeito	Muito insatisfeito
Questão 1- Com quem realmente você pode contar para ouvi-lo quando precisa conversar ? <i>p=0,001 (Fisher)</i>						
T.S.	17,2%	27,6%	20,7%	6,9%	0,00%	27,6%
S.E.	51,8%	41,4%	3,4%	3,4%	0,00%	0,00%
Questão 2- Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo se há uma pessoa que você pensa que era bom (boa) amigo (a) insultou você e disse que não queria vê-lo novamente? <i>P=0,001 (Fisher)</i>						
T.S.	6,9%	17,2%	13,8%	6,9%	13,8%	41,4%
S.E.	51,7%	41,4%	0,00%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 3- Você acha que é parte importante da vida de quais pessoas? <i>P=0,001 (Fisher)</i>						
T.S.	20,7%	27,6%	13,8%	6,9%	0,00%	31,0%
S.E.	62,1%	31,0%	0,00%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 4- Quem você acha que poderia ajudá-lo, se você fosse casado (a) e tivesse acabado de se separar? <i>P=0,001 (Fisher)</i>						
T.S.	10,4%	37,9%	10,4%	3,4%	0,00%	37,9%
S.E.	51,7%	37,9%	0,00%	3,5%	0,00%	6,9%
Questão 5- Com quem você poderia realmente contar para ajudá-lo a sair de uma crise, mesmo que para isso esta pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você? <i>P=0,002 (Fisher)</i>						
T.S.	13,8%	37,9%	10,4%	6,9%	0,00%	0,00%
S.E.	51,7%	41,4%	0,00%	0,00%	0,00%	6,9%
Questão 6- Com quem você pode conversar francamente, sem ter que se preocupar com o que diz? <i>P=0,013 (Fisher)</i>						
T.S.	21,4%	32,4%	10,7%	7,0%	0,00%	28,5%
S.E.	55,2%	34,5%	3,5%	3,4%	0,00%	3,4%
Questão 7- Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros? <i>P=0,001 (Fisher)</i>						
T.S.	17,3%	37,9%	10,3%	0,00%	3,5%	31,0%
S.E.	58,6%	37,9%	0,00%	3,5%	0,00%	0,00%
Questão 8- Com quem você pode realmente contar para distraí-lo de suas preocupações quando você se sente estressado? <i>P=0,001 (Fisher)</i>						
T.S.	21,2%	24,2%	3,1%	3,0%	3,1%	37,0%
S.E.	58,6%	34,5%	0,00%	3,4%	0,00%	3,5%

EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO?						
	Muito satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Um pouco satisfeito	Um pouco insatisfeito	Razoavelmente insatisfeito	Muito insatisfeito
Questão 9- Com quem você pode realmente contar quando precisa de ajuda? P=0,02 (Fisher)						
T.S.	17,2%	34,5%	10,3%	3,5%	3,5%	31,0%
S.E.	55,2%	27,6%	3,4%	3,4%	0,00%	10,4%
Questão 10- Com quem você poderia realmente contar para ajudar, caso fosse despedido do emprego ou fosse expulso da escola? P=0,002 (Fisher)						
T.S.	17,2%	34,5%	13,8%	6,9%	0,00%	27,6%
S.E.	51,7%	37,9%	0,00%	6,9%	0,00%	3,5%
Questão 11- Com quem você pode ser totalmente você mesmo? P=0,003 (Fisher)						
T.S.	20,7%	31,0%	17,2%	6,9%	0,00%	24,2%
S.E.	51,7%	41,4%	0,00%	3,5%	0,00%	3,4%
Questão 12- Quem você acha que realmente gosta de você como pessoa? P=0,001 (Fisher)						
T.S.	13,8%	34,5%	17,2%	10,3%	3,5%	20,7%
S.E.	55,2%	41,4%	0,00%	3,4%	0,00%	0,00%
Questão 13- Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros? P=0,001 (Fisher)						
T.S.	17,2%	41,4%	6,9%	10,3%	0,00%	24,2%
S.E.	55,2%	34,5%	3,4%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 14- Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta e sem críticas? P=0,002 (Fisher)						
T.S.	10,3%	34,5%	6,9%	6,9%	0,00%	41,4%
S.E.	48,3%	34,5%	3,4%	13,8%	0,00%	0,00%
Questão 15- Quem vai confortar e abraçar você quando precisa disso? P=0,001 (Fisher)						
T.S.	17,2%	24,2%	3,4%	0,00%	0,00%	55,2%
S.E.	58,6%	27,6%	6,9%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 16- Quem você acha que a ajudaria se um bom amigo seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave? P=0,0001 (Fisher)						
T.S.	13,8%	37,9%	20,7%	0,00%	0,00%	27,6%
S.E.	58,6%	34,5%	0,00%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 17- Com quem você realmente pode contar para ajudá-lo a ficar mais relaxado quando está sob pressão ou tenso (a)? p=0,001 (Fisher)						
T.S.	17,2%	27,6%	6,9%	6,9%	3,5%	37,9%
S.E.	51,7%	27,6%	3,5%	13,8%	0,00%	3,4%
Questão 18- Quem você acha que poderia ajudá-lo se morresse um parente seu, muito próximo? p=0,001 (Fisher)						
T.S.	17,2%	34,5%	10,3%	10,4%	0,00%	27,6%
S.E.	62,1%	31,0%	0,00%	3,5%	0,00%	3,4%

EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO?						
	Muito satisfeito	Razoavelmente satisfeito	Um pouco satisfeito	Um pouco insatisfeito	Razoavelmente insatisfeito	Muito insatisfeito
Questão 19- Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior? P=0,02 (Fisher)						
T.S.	24,2%	41,4%	3,4%	3,4%	0,00%	27,6%
S.E.	55,2%	37,9%	0,00%	3,5%	0,00%	3,4%
Questão 20- Independentemente do que esteja acontecendo com você, com quem você pode contar sem se incomodar se seus problemas vão causar preocupações a essa pessoa? P=0,006 (Fisher)						
T.S.	13,8%	34,5%	6,9%	3,4%	0,00%	41,4%
S.E.	44,8%	37,9%	0,00%	6,9%	0,00%	10,4%
Questão 21- Com quem você realmente pode contar para ouvir você, quando está muito bravo com alguém? P=0,003 (Fisher)						
T.S.	6,9%	34,5%	0,00%	6,9%	0,00%	51,7%
S.E.	41,4%	31,0%	3,5%	17,2%	0,00%	6,9%
Questão 22- Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que precisa melhorar em alguma coisa? P=0,001 (Fisher)						
T.S.	10,3%	51,7%	17,2%	3,5%	0,00%	17,3%
S.E.	48,3%	41,4%	3,4%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 23- Com quem você pode realmente contar para ajudá-lo a se sentir melhor quando você está deprimido? P=0,001 (Fisher)						
T.S.	24,2%	20,7%	0,00%	10,3%	3,4%	41,4%
S.E.	51,7%	34,5%	6,9%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 24- Quem você sente que gosta de você verdadeira e profundamente? P=0,002 (Fisher)						
T.S.	27,6%	41,4%	13,8%	0,00%	0,00%	17,2%
S.E.	62,1%	31,0%	0,00%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 25- Com quem você pode realmente contar para consolá-lo quando está muito contrariado? P=0,001 (Fisher)						
T.S.	10,3%	31,0%	0,9%	3,5%	0,9%	41,4%
S.E.	48,3%	37,9%	6,9%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 26- Com quem você realmente pode contar para apoiá-lo em decisões importantes que você toma? P=0,0001 (Fisher)						
T.S.	17,2%	27,0%	13,8%	0,00%	0,00%	21,0%
S.E.	48,3%	37,9%	6,9%	6,9%	0,00%	0,00%
Questão 27- Com quem você pode contar para ajudá-lo a se sentir melhor quando você está muito irritado a ponto de ficar bravo com qualquer coisa? p=0,001 (Fisher)						
T.S.	24,1%	17,2%	10,4%	6,9%	0,00%	41,3%
S.E.	48,3%	34,5%	6,9%	3,4%	0,00%	6,9%

A Escala de Apoio Social/Billi-Brahe é composta por 8 questões que avaliam quanto o indivíduo precisa e obtém apoio de sua família e amigos, como também quanto apoio que sua família e amigos precisam e conseguem obter dele. Para mensurar esse “grau de percepção de apoio” dos entrevistados, foi estipulada uma nota para cada uma das 3 possibilidades de respostas que existem em cada questão: “nenhum apoio”, que vale 0 pontos; “sim, algum apoio”, que vale 1 ponto; e, “sim, muito apoio”, que vale 2 pontos. Essa nota pode variar de 0 a 8 pontos, em cada agrupamento de 4 questões (o número total de questões do instrumento são 16). Foram efetuados 4 agrupamentos, caracterizando 4 diferentes domínios:

Grupo 1. VOCÊ SENTE QUE PRECISA DE APOIO?

- Questão 01F: Você sente que precisa de apoio prático de sua família?
- Questão 02F: Você sente que precisa de apoio moral de sua família?
- Questão 01A: você sente que precisa de apoio prático de seus amigos?
- Questão 02A: Você sente que precisa de apoio moral de seus amigos?

Grupo 2. VOCÊ SENTE QUE RECEBE APOIO?

- Questão 03F: Você sente que recebe apoio prático de sua família quando precisa?
- Questão 04F: Você sente que recebe apoio moral de sua família quando precisa?
- Questão 03A: Você sente que recebe apoio prático de seus amigos quando precisa?
- Questão 04 A: Você sente que recebe apoio moral de seus amigos quando precisa?

Grupo 3. VOCÊ SENTE QUE ALGUÉM PRECISA DE APOIO?

- Questão 05F: Você sente que sua família precisa de seu apoio prático?
- Questão 06F: Você sente que sua família precisa de seu apoio moral?
- Questão 05A: Você sente que seus amigos precisam de seus apoio prático?
- Questão 06A: Você sente que seus amigos precisam de seu apoio moral?

Grupo 4. VOCÊ SENTE QUE DÁ APOIO?

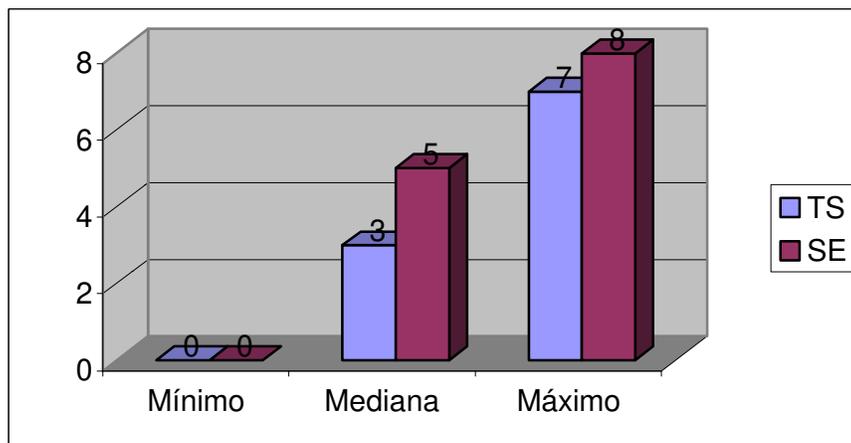
- Questão 07F: Você sente que dá o apoio prático que é solicitado a você por sua família?
- Questão 08F: Você sente que dá o apoio moral que é solicitado a você por sua família?
- Questão 07A: Você sente que dá o apoio prático que é solicitado a você por seus amigos?
- Questão 08A: Você sente que dá o apoio moral que é solicitado a você por seus amigos?

Em 3 destes (grupo 2, 3 e 4), obtivemos diferença significativa entre os grupos de T.S. e S.E. NO grupo 1 essa associação (diferença) não foi significativa, que foi o agrupamento das questões 01F, 02F, 01A, e 02A, as quais avaliavam “se o indivíduo sente que precisa de apoio de seus familiares e amigos”.

Nos Gráfico 4 podemos visualizar a nota obtida pelo agrupamento das questões 03F, 04F, 03A e 04A, que avaliam se o indivíduo “sente que recebe apoio de seus familiares e amigos”. E o que podemos observar, é que a mediana

do grupo TS foi de 3 pontos, enquanto do grupo SE foi 5 pontos (faixa de variação: 0-8).

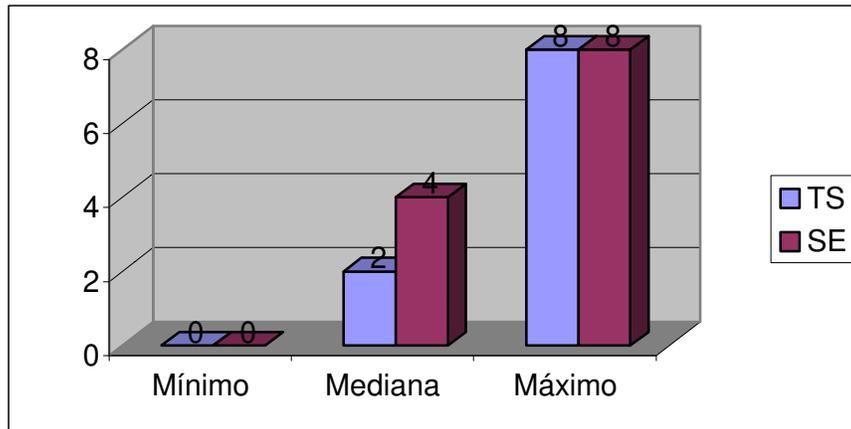
Gráfico 4. Mediana das notas obtidas pelos grupos de Tentativa de Suicídio (TS) e Sala de Espera(SE) do instrumento de Rede de Apoio Social (Bille-Brahe), onde o indivíduo “sente que recebe de apoio de seus familiares e amigos” (grupo 2):



Teste de Mann-Whitney p-valor= 0,0001

Nos Gráfico 5 podemos visualizar a nota obtida pelo agrupamento das questões 05F, 06F, 05A e 06A, que avaliam se o indivíduo “sente que alguém precisa de apoio”. E o que podemos observar, é a mediana do grupo TS foi de 2 pontos, enquanto do grupo SE foi de 4 pontos.

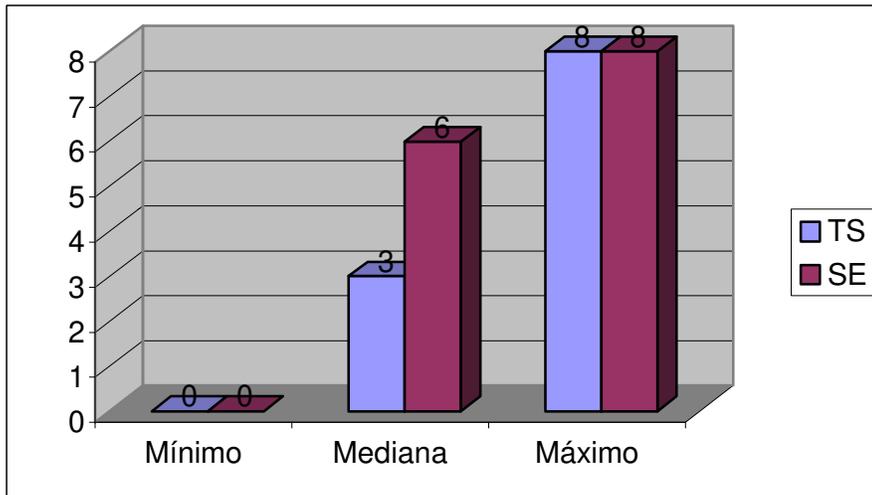
Gráfico 5. Mediana das notas obtidas pelos grupos de Tentativa de Suicídio (TS) e Sala de Espera(SE) do instrumento de Rede de Apoio Social (Bille-Brahe), onde o indivíduo “sente que alguém precisa de apoio” (grupo 3):



Teste de Mann-Whitney p-valor= 0,0005

Nos Gráfico 6 podemos visualizar a nota obtida pelo agrupamento das questões 07F, 08F, 07A e 08A, que avaliam se o indivíduo “sente que dá apoio aos seus familiares e amigos”. E o que podemos observar, é que mediana do grupo TS foi de 3 pontos, enquanto do grupo SE foi de 6 pontos.

Gráfico 6. Mediana das notas obtidas pelos grupos de Tentativa de Suicídio (TS) e Sala de Espera(SE) do instrumento de Rede de Apoio Social (Bille-Brahe), onde o indivíduo “sente que dá apoio aos seus familiares e amigos” (grupo 4):



Teste de Mann-Whitney p-valor= 0,001

3. DISCUSSÃO

Este estudo descreve algumas características de 29 indivíduos que tentaram suicídio, comparando-os com uma amostra de mesmo tamanho composta de acompanhantes de outros atendidos no pronto socorro do Hospital de Clínicas da UNICAMP, ao longo de 12 meses. Essas características foram obtidas através de uma avaliação padronizada, utilizando-se dos mesmos instrumentos para ambos os grupos. Os dados desta pesquisa demonstram a diferença entre a Rede de Apoio Social dos pacientes que tentam suicídio, mais crítico neste grupo, comparada ao grupo controle.

Embora outros trabalhos tenham uma amostra maior do que a do presente estudo, nenhum ocupou-se da avaliação da Rede de Apoio Social de indivíduos que tentaram suicídio utilizando-se de 2 instrumentos padronizados: primeiramente o SSQ, que avalia não só a extensão da rede, como o grau de satisfação que o indivíduo apresenta em relação a rede que possui, e um instrumento que avalia em 4 diferentes domínios o grau de percepção que o indivíduo tem de sua rede. O segundo instrumento utilizado, foi criado por BILLE-BRAHE ET AL., (1998), que realizaram um estudo multicêntrico em 10 áreas da Europa, e concluíram que o apoio social é um fator importante que afeta a saúde física e mental dos indivíduos, além de reconhecerem que é um tópico complexo e que necessita de maiores análises, através de estudos mais abrangentes. Outro estudo, realizado por VEIEL ET AL. (1988), também defende a associação entre uma baixa rede de apoio social e tentativa de suicídio, mas afirma a necessidade de novos estudos em função das divergências encontradas na conceitualização do termo e a falta de

instrumentos específicos para a avaliação de Rede de Apoio Social. Nossa pesquisa se dá 13 anos após a de VEIEL, o que nos assegura vantagens em relação a maiores números de referências e estudos sobre o tema realizados dentro deste período.

Utilizando-se de um mesmo período de 12 meses em que se realizou o presente estudo, uma outra pesquisa realizada no Hospital de Clínicas da Unicamp (RAPELI, 1997), foram estudados 53 pacientes que tentaram suicídio e que necessitaram de internação. O número de sujeitos utilizado em nossa pesquisa é praticamente a metade do estudo por RAPELI, o que nos leva a pontuar algumas limitações metodológicas que podem ter resultado o tamanho desta amostra:

- nem todos os indivíduos que tentam suicídio em Campinas são atendidos no HC-Unicamp, o que não nos permite afirmar que os resultados encontrados em nosso estudo reflete a totalidade das T.S. em nossa comunidade;
- nem todos os indivíduos que tentam suicídio recorrem, ou necessitam de um atendimento hospitalar;
- nem todos os indivíduos que chegam ao hospital assumem que tentaram suicídio, o que ocasiona um falso registro da ocorrência;
- nem todos os indivíduos que tentam suicídio estão em condições de serem entrevistados no pronto-socorro. Alguns necessitam de intervenções mais intensas, sendo encaminhados para retaguarda ou enfermarias (fatores de exclusão do indivíduo na amostra);
- a amostra foi composta apenas por indivíduos que tentaram suicídio no período de segunda à sexta-feira, das 8:00h à s 20:00h, o que exclui deste

estudo indivíduos que tentaram suicídio fora deste horário e nos finais de semana;

- a rotina conturbada do pronto-socorro de um Hospital Geral, assim como o grande número de obrigações dos residentes de psiquiatria, podem ter afetado no contato destes com a pesquisadora através do BIP, o que ocasiona a perda de alguns casos que passaram por atendimento no HC-Unicamp;
- outro fato que restringe a generalização de nossos achados é que a população estudada pertencia a um único estrato social.

Ao observar as características demográficas dos casos de T.S. deste estudo, constatamos que são similares aos dos dados encontrados na literatura, principalmente no que se refere à variável idade. Registrase a constatação alarmante do aumento dos índices de suicídio entre os jovens, especificamente em indivíduos entre 15 e 44 anos. No estudo realizado por RAPELI (1997) a idade média dos indivíduos que tentaram suicídio foi de 29 anos. Em um outro estudo recente (WERLANG, 2000), a média de idade dos casos de suicídio foi de 39,7 anos, e dentre outros pesquisadores a faixa etária de adultos jovens é a mais prevalente (CASSORLA, 1981; VEIEL, 1988; RETTERSTOL, 1993; VIEIRA, 1994; BOTEGA ET AL., 1995; DIEKSTRA, 1996). No presente estudo, a idade média encontrada no Grupo de T.S. foi de 37,4 anos enquadrando-se no mesmo perfil das pesquisas citadas.

Levando-se em conta a variável estado civil, constata-se que os indivíduos do Grupo de T.S. era caracterizado por um número maior de sujeitos sem parceiro do que no grupo S.E.. Entre os indivíduos com parceiro, no grupo de T.S.

obtivemos 41,4%% (12) e no grupo controle 69% (20). No grupo T.S. 34,5% (10) eram oficialmente casados e no grupo controle, 51,7% (15). E entre os indivíduos sem parceiro, 58,6% (17) e 31% (9), respectivamente. Em vários outros estudos este fato também foi constatado, dentre eles: (DURKEIM, 1966; VEIEL, 1988; BILLE-BRAHE, 1998; BARROS, 1991; RAPELI, 1998; HAWTON, 2000; BOTEGA ET AL., 1995). O casamento, reforçado pelos filhos, parece diminuir significativamente o risco suicida. Entre pessoas casadas, o coeficiente é de 11 por 100.000 por ano. Pessoas solteiras, jamais casadas, registraram um coeficiente de aproximadamente duas vezes o das pessoas casadas. Entretanto, pessoas casadas anteriormente mostraram taxas acentuadamente mais altas do que as pessoas jamais casadas, isto é, 24 por 100.000, entre os viúvos; 40 por 100.000 entre divorciados, com os homens divorciados registrando 69 suicídios por 100.000, comparados com 18 por 100.000 para mulheres divorciadas (KAPLAN, 1990).

Em relação ao grau de escolaridade, o número de indivíduos que atingiram o 3º grau (completo ou incompleto) apresentado pelo grupo S.E. foi maior que o apresentado pelo grupo T.S.: 7 (24,2%) e 3 (10,3%), respectivamente. Na pesquisa feita por RAPELI (1998) os pacientes estudados também apresentaram um baixo grau de escolaridade.

A respeito da situação profissional, 5 (17,3%) dos indivíduos que tentaram suicídio eram aposentados, somados a outros 2 (6,9%) que estavam desempregados, totalizando 7 (24,2%) indivíduos sem atividade ocupacional. Na literatura podemos encontrar alguns estudos que associam dificuldades financeiras a ideação suicida: RAPELI(1997), onde 21% dos indivíduos que foram avaliados

em sua pesquisa, estavam desempregados; VILHJALMSSON ET AL. (1998), relaciona, dentre alguns fatores, a dificuldade financeira com ideação suicida em adultos; BAE ET AL. (2001), constata em um estudo retrospectivo com uma amostra de 200 indivíduos que, além da saúde mental, problemas econômicos também influenciam no comportamento suicida; MAGNE-INGVAR (1992), encontrou em sua amostra 2/3 de indivíduos com problemas ocupacionais. Quanto mais alta a posição social do indivíduo, maior é o risco de suicídio, mas uma queda na posição social também aumenta o risco. O trabalho, em geral, protege contra o suicídio (KAPLAN, 1990).

Os nossos achados relacionados À religião demonstraram algumas diferenças entre a maioria dos encontrados na literatura. Muitos estudos associam a falta de religião À desesperança, e conseqüentemente a ideação suicida, como por exemplo: BOTEGA ET AL. (1995), e RAPELI (1997), ao referir que 46% de seus entrevistados não freqüentavam nenhum tipo de culto religioso. Muitas vezes a religião é citada como um fator protetor ao ato suicida, ou dependendo da cultura, um fator que justifique uma atitude como esta (DURKHEIN ,1966). Historicamente, as taxas de suicídio entre populações católicas são mais baixas do que entre protestantes e judeus. Possivelmente o grau de ortodoxia e integração a uma religião seja uma medição mais acurada do risco nesta categoria do que a simples afiliação religiosa institucional (KAPLAN, 1990). Os dados de nossa pesquisa caracterizam o grupo de tentativa de suicídio com 96,5 % dos indivíduos praticantes de alguma religião, e no grupo de sala de espera, esse valor foi 85,2%. Isso significa que 13,2% dos indivíduos do grupo S.E. responderam não ter religião, e no grupo T.S. essa resposta apareceu em 3, 5% dos indivíduos. O que nos faz constatar, que nosso estudo não obteve resultados como os encontrados

na maioria dos trabalhos realizados sobre tentativa de suicídio no que se refere ao tópico religião.

Este fato pode ter ocorrido em função de nossa amostra ser pequena, em relação aos outros trabalhos já executados. Porém, são interessantes as idéias de STACK (2000), que sugere que essas mudanças ocorrem em função da "modernização". A "modernização" pode trazer prejuízos na área econômica para trabalhadores de baixa renda, pois a automação muitas vezes dispensa este tipo de mão de obra, aumentando o número de desempregados, aumentando a desesperança, e criando no indivíduo a necessidade de crer em alguma "força superior": Deus, religião. E a população de nossa pesquisa é composta basicamente por indivíduos de classe média baixa. Assim como, a "modernização" causa um afastamento entre as pessoas, cada um com seus afazeres, trabalho, ou busca de trabalho, dificuldades financeiras; tudo isso interfere nas relações interpessoais, não só dentro do núcleo família, como fora, pela mudança de alguns valores, excesso de liberdade. E a religião, neste caso, aparece para preencher a Rede de Apoio Social destes indivíduos, onde muitas vezes "Deus" e a religião são citados como um de seus membros.

Quanto ao método utilizado, vários estudos salientam que sua escolha varia quanto à intencionalidade suicida, de acordo com o país, época, poder aquisitivo, profissão, raça e até estado mental do sujeito. Entretanto, em geral, existe uma tendência para que homens, ao contrário das mulheres, utilizarem métodos mais violentos. Em nosso estudo, 8 (27,6%) indivíduos utilizaram-se de material cortante; esses casos foram alguns dos mais graves e eram todos do sexo masculino. Ingestão de comprimidos foi a opção escolhida por 11(37,9%)

indivíduos, seguida por ingestão de veneno em 10 (34,5%). Tentativa de suicídio por Ingestão de medicamentos, são mais freqüentes nos casos atendidos no pronto-socorro, pois precisam menos de internação e apresentam, geralmente, menor risco de morte (RAPELI, 1997; BOTEGA ET AL., 1995). Em um outro estudo, realizado por COSTA (1999), ele procurou identificar medidas preventivas que possam ajudar na prevenção do suicídio reduzindo as condições de risco e identificando fatores ambientais e da comunicação direta e indireta do suicídio, dentre elas, sugere: evitar prescrições de drogas em quantidades que possam ser usadas de forma letal. O fato deste trabalho estar sendo citado, é que os 11 indivíduos de nossa pesquisa que fizeram uso de medicação na tentativa de suicídio, eram pacientes que estavam em acompanhamento psiquiátrico e fazendo uso de psicofármacos.

Os sujeitos do grupo T.S. estavam mais freqüentemente em acompanhamento psiquiátrico (41,4%) e em uso de psicofármacos (55,2%) do que os controles (17,2% e 13,8%, respectivamente). O risco de suicídio entre pacientes psiquiátricos é de 3 a 12 vezes maior do que o dos não-pacientes (KAPLAN, 1990).

RAPELI (1997), estudou 53 casos de tentativa de suicídio, e apenas um paciente não apontou fatores psicossociais e de apoio social que influenciaram a tentativa de suicídio. De modo geral, seus pacientes, tinham dificuldades psicossociais, sentiam-se sozinhos, não podiam contar com familiares e estavam insatisfeitos com sua vida social e com a vida que levavam com o companheiro.

Um dos instrumentos utilizado em nosso estudo para avaliar Rede de Apoio Social, foi o Social Support Questionnaire – SSQ – (SARASON ET AL., 1983), que fornece a pontuação para o número de figuras de apoio percebido pelos

respondentes (SSQ-N) e para a satisfação com o apoio recebido (SSQ-S). Na primeira parte, os resultados obtidos foram: para o grupo TS, em média, 1 indivíduo compunha a rede de apoio social dos respondentes (n=29), variando uma rede de no mínimo nenhum componente, até no máximo 3; e no grupo SE, a média foi de aproximadamente 3 indivíduos compondo a rede de apoio social dos respondentes deste grupo (n=29), variando de no mínimo 3 componentes e no máximo 6. O que nos permite afirmar que a Rede de Apoio Social dos indivíduos que tentam suicídio é mais escassa que a dos indivíduos do grupo controle ($p=0,0001$). Uma pesquisa realizada por Matsukura (2001), que utiliza-se deste mesmo instrumento para avaliar a Rede de Apoio Social de mães de crianças com necessidades especiais, comparadas a mães de crianças com desenvolvimento normal, também obteve resultados semelhantes, ou seja, o grupo que passa por situações mais estressantes em seu dia a dia, tem uma menor rede de apoio que o outro, mostrando que o SSQ é um bom instrumento para avaliar rede de apoio social. Esse tipo de achado, ou seja, relação entre stress e baixa rede de apoio social, também são citados por outros pesquisadores: FERRARI (1986), KAZAK (1989), HOUSE e KAHNE (1985), BILLE-BRAHE (1999), VEIEL, (1988), dentre outros. Na segunda parte, deste instrumento (SSQ-S), o respondente deve informar sobre sua satisfação com esse apoio, fazendo uma opção em uma escala de 6 pontos (que varia “de muito satisfeito” a “muito insatisfeito”). A diferença entre os dois grupos (T.S. e S.E.), está demonstrada claramente em todas as 27 questões do instrumento (com p-valor que varia de 0,02 a 0,001), o que reflete a insatisfação que os indivíduos do grupo T.S. possuem ao reconhecerem que sua rede de apoio social é pequena.

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa, para avaliar a Rede de Apoio Social, como já foi dito, nos trazem dados referentes a percepção que o indivíduo

tem de sua rede. Estes instrumentos não nos dão dados concretos que possam mensurar os verdadeiros números de indivíduos que compõem a rede dos entrevistados, mas sim, dados que refletem a percepção que cada pessoa tem da rede que o envolve.

A primeira descrição detalhada de um instrumento para avaliar a interação social em pesquisas epidemiológicas foi realizada por HENDERSON ET AL. (1978), através do SIS (Social Inetraction Schedule). Projetado para coletar informações sobre a quantidade e a qualidade de contatos sociais de um indivíduo. Além de identificar o tamanho da rede dos entrevistados, o instrumento questiona sobre a importância de seus componentes, ou seja, a importância que o entrevistado dá para os componentes de sua rede. O autor faz uma relação direta entre a importância que o indivíduo dá aos componentes de sua rede, ou seja, a percepção que o indivíduo possui sobre os membros de sua rede, com sua disponibilidade a interação social com estes membros. Em um dos estudos realizados por DUCAN & JONES (1981), afirmam que a integração social é revelada pela disponibilidade que o indivíduo se dispõe, correlacionando-a percepção de que o mesmo tem de sua rede. Assim sendo, os achados deste estudo, demonstraram a importância que tem a percepção do indivíduo sobre sua rede de apoio social, demonstrada claramente nas diferenças encontradas entre os dois grupos, neste caso, no que se refere ao “tamanho da rede de apoio social”.

Em outros estudos, onde a abordagem sobre a percepção de apoio recebido também foi discutida, os resultados se assemelham ao de nosso trabalho, ou seja, a maioria dos indivíduos que possuem uma pequena rede de apoio social, percebe este fato e relata insatisfação a este respeito (MATSUKURA, 2201; CALDERON e GRENNBERG, 1999; BARAKAT e LINNEY, 1992; HAMLETT, PELLEGRINI e KATZ, 1992). Pode-se visualizar com que frequência as respostas “ninguém”,

“mãe”, “pai” e “amigo” aparecem em cada uma das 27 questões do instrumento SSQ. Estas 4 respostas foram avaliadas por terem sido as mais freqüentes entre os entrevistados. E dentre estas, a que mais se destacou no grupo de T.S. foi a resposta “ninguém”, aparecendo numa freqüência de 302 vezes, opondo-se a 37 vezes no grupo S.E. Este dado vem reforçar nossa hipótese de que uma baixa rede de apoio social pode ser um dos fatores associados ao comportamento suicida. Vários estudos compartilham deste mesmo achado: RUDD (1990), SHERRY ET AL. (1992), LEENAARS (1996), STACK (2000), BILLE-BRAHE (1999), dentre vários outros que já foram citados ao longo deste trabalho. Ainda discutindo sobre a questão de percepção que o indivíduo tem de sua rede, vamos discutir os dados obtidos no outro instrumento desta pesquisa, a Escala de Apoio Social/Billi-Brahe, que avalia quanto o indivíduo precisa e obtém apoio de sua família e amigos, como também quanto apoio que sua família e amigos precisam e conseguem obter dele. Mensuramos esse “grau de percepção de apoio” dos entrevistados e obtivemos que nos casos de T.S., mais freqüentemente, os indivíduos sentiam-se menos necessários para apoiar amigos e familiares, do que os indivíduos do grupo S.E. Esses achados também são refletidos ao observarmos o desempenho dos casos de T.S. nas escalas GAS, que avalia o funcionamento psicossocial, e GARF, que avalia o relacionamento social e familiar ($p= 0,0001$ e $0,002$, respectivamente), demonstrando-se mais crítico do que o dos controle .

LEENAARS (1996), definiu o suicídio como “um mal-estar multidimensional”, pois está envolvido o biológico, o psicológico, o intrapsíquico, o lógico, o consciente e o inconsciente, o interpessoal, o sociológico, o cultural e elementos fisiológicos. Qualquer elemento desse “mal-estar” é uma via legítima para entender o suicídio de fato. Mas é necessário se opor a qualquer modelo de

estudo que seja reducionista, e também mecânico. O suicídio é um evento com multifaceis, por isso aberto a estudos multidisciplinares.

SHNEIDMAN (1985), também se refere ao suicídio como “um mal-estar multidimensional”, uma necessidade percebida pelo indivíduo como sendo a melhor solução. Este autor tende a colocar a ênfase do suicídio na natureza multidimensional, com fatores multideterminantes. Suicídio, não é apenas intrapsíquico, é também interpessoal. Metaforicamente falando, o suicídio é um drama intrapsíquico em um estágio interpessoal.

Dentro do constructo intrapsíquico SHNEIDMAN cita: uma dor psicológica insuportável, constrictão cognitiva (rigidez de pensamento), expressões indiretas (ambivalência de sentimentos), inabilidade para ajustar-se, o ego debilitado. E no interpessoal: rejeição (experiência de abandono), agressão (ocultada a agressão contra o outro, e transferida para si), identificação (ou perda de ideal, saúde, emprego, companheiro), relações interpessoais (dificuldades em estabelecer ou manter relacionamentos).

A teoria esboçada é mais um ponto de vista para compreensão do comportamento suicida, dando atenção aos vários elementos que compõem este perfil, nos permitindo assim, discorrer sobre a importância de Rede de Apoio Social dentro desta linha de raciocínio. Esta também, ao apresentar-se fraca, é um dos elementos comuns ao suicídio, assim como outros fatores externos: estresse, dor, ameaça, tensão, fracasso, perda, desafio, dificuldade de “lidar com” (coping), etc.

Todos os resultados obtidos em relação a Rede de Apoio Social, dentro desta pesquisa, nos leva a visualizar a importância deste constructo, apontando este fato como um dos possíveis efeitos de proteção, dentre vários outros que são

encontrados no comportamento suicida. Esta conclusão também é citada na literatura em outros trabalhos, por exemplo: HARRIS & MOLOCK (2000), OSVATH & FEKETE (2001), NORDENTOFT & RUBIN (1993), HOVEY (1999), STACK (2000), RUDD (1990), DE WILD ET AL. (1994), VEIEL ET AL. (1988).

A importância de se constatar que indivíduos que tentam suicídio possuem uma Rede de Apoio Social menor de que o grupo controle utilizado neste estudo, é a constatação de mais um fator a ser dado atenção no que se refere a prevenção de suicídio. MAGNE-INGVAR (1999) e NIRUI (1999), além de referirem em seus trabalhos que a rede de apoio social possa ter um papel protetor dentro do comportamento suicida, eles dão ênfase à necessidade de serviços fornecidos à sociedade, com o intuito, não apenas de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico aos pacientes, e sim, com a intenção de informação e instrução aos familiares e cuidadores destes pacientes, visando esclarecer comportamentos que possam sinalizar uma possível tentativa de suicídio, aconselhamentos a fim de evitar novas tentativas. Nós também acreditamos que este tipo de intervenção é de grande valia, pois além de informar, este trabalho pode restabelecer ou fortalecer alguns elos familiares, a partir do momento em que os cuidadores desses pacientes terão um papel mais ativo, se aproximando mais destes indivíduos, a fim de visualizarem e tentarem evitar fatores de risco suicida. Logo porque, toda teoria tem que ter aplicabilidade clínica.

7. CONCLUSÃO

Comparando a Rede de Apoio Social de pessoas que tentam suicídio com a Rede de Apoio Social de acompanhantes de outras pessoas que também são atendidos no pronto-socorro do Hospital de Clínicas da Unicamp por outros motivos, pudemos constatar diferenças entre estes dois grupos. Esses resultados confirmam a hipótese de que uma Rede de Apoio Social frágil é mais freqüentemente encontrada entre pacientes que tentam suicídio, do que entre outros indivíduos atendidos em um pronto-socorro geral. Estes indivíduos também sentem que recebem menos apoio prático e moral, assim como, não se sentem tão necessários e importantes para seus amigos e familiares, além de viverem em famílias mais disfuncionais e de apresentarem maiores dificuldades no desempenho de funções sociais.

Como a Rede de Apoio Social pode ser um preditor do ato suicida, assim como um fator de proteção para a Saúde Mental das pessoas, este aspecto precisa ser mais compreendido em estudos que visem o tratamento e prevenção do comportamento suicida.

4. SUMMARY

The aim of this study was to assess the support network of people that attempted suicide and were being followed at the emergency room of a general hospital, and compare it to the people who accompanied other kind of patients in the same place.

Twenty-nine people (14 males and 15 females) were assessed consecutively in each group. The instruments used were: TS-PS (a questionnaire on suicide attempts) which included demographia and clinical data, the Social Support Questionnaire (SSQ), the Social Support Scale (self-rating), the GAS and the GARF.

The mean age of the individuals of the suicide attempt (S.A.) group was 37,4. Most attempts (11) involved drug overdose, self-poisoning (10) and cutting (8). This group had a low suicide intention and lethality. 34,5% of them were married and in control-group 51,7% were too. The individuals of the A.S. group were more frequently receiving psychiatric treatment (41,4% vs 17,2%) and psychotropic drug (55,2% vs 13,8%). The number of people perceived as supportive by the A.S. was on average 1 and 3 by the control-group. The A.S. group reported more dissatisfaction towards their relationships. These findings are in line with the worse figures of the A.S. group on the GARF and GAS.

Our finding confirm the hypothesys that people who attempt suicide have a far weaker social support as to compared to the control-group. They also do not feel needed in the support of other people and have of more difficulties in the performance of social roles.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARESMAN, E. & KERKHOF, J. F. M. - Classification of Attempted Suicide: A review of Empirical Studies, 1963- 1993. **Suicide and Life- Threatening Behavior, 26:** 47- 67, 1996.
- BAE, S. C.; ET AL. - Variable effects of social support by race, economic status, and disease activity in systemic lupus erythemathosus. **J. Rheumatol. Jun; 28(6):** 1245- 1251; 2001.
- BARAKAT, L.P.; LINNEY, J. A. - Children with physical handicaps and their mothers: the interrelation of social support, maternal adjustment, and child adjustment. **Journal of Pediatric Psychology, 17 (6):** 725-739, 1992.
- BARROS, M. B. A. As mortes por suicídio no Brasil. In: **Do Suicídio: Estudos Brasileiros** (R. M. S. Cassorla, org.): 41-59. Campinas – Papyrus, 1991.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F., EMERY, G. - **Terapia Cognitiva da Depressão** – Porto Alegre, Artes Médicas, 1997, 316p.
- BERKMAN, L. E. & SYME, S. L. - Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda Country residents. **American Journal of Epidemiology, 109:** 186- 204; 1979.
- BILLE-BRAHE, U. & WANG, A. G. - Attempted suicide in Denmark II. **Social integration Social Psychiatry; 20:** 163-170; 1985.
- BILLE-BRAHHE, U. ET AL. - WHO/Euro multicentre study on parasuicide: Facts and figures. Copenhagen: **EURI/ICP/PSF 018 WHO;** 1993.
- BILLE-BRAHE, U. ET AL. - Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. **J. Epidemiol. Community Health, Marc; 52(3):** 191-194; 1998.

- BILLE-BRAHE, U. ET AL. - Social Support among European suicide attempters. **Archives of Suicide Research 5**: 215-231, 1999.
- BJARNASON, T. - The influence of social support, suggestion and depression on suicidal behaviour among Icelandic youth. **Acta Sociologica, 37**: 195- 206; 1994.
- BRENT, D. A.; KOLKO, D. J. - The assessment and treatment of children and adolescents at risk for suicide. In: **suicide over the life cycle (Blumental, S. J.; Kupfer D. J.) ed. Washington, D. C.**; APA Press: 243-302, 1990.
- BLAIR-WEST, G. W.; CANTOR, C. H.; MELLISOP, G. W.; EYESON-ANNAN, M. L. - Life suicide risk in major depression: sex and age determinants. **Jornal Affective Disorders, 5**: 171-178, 1999.
- BLOOM, J. R. - The relationship of social support and health. **Soc. Sci. Med., 30(5)**:635-637, 1990.
- BLUMENTAL S. J.; KUPFER D. J. - Generalizable treatment strategies for suicidal behavior. Ann. N.Y. **Acad. Sci. 487**: 327-40, 1986.
- BOWLING, A. - Measuring social networks and social support. In: Measuring Health: A Review of Quality of life Measurements Scales (**A. Bowling. ed.**), pp, 91-109, 2^o Ed., Buckingham; Open University Press; 1997.

- BOTEGA, N. J. ; CANO, F. ; KNOLL, A.I. ; PEREIRA, W. A. B. ; BONARDE, M. C. - Tentativas de Suicídio e Adesão ao Tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 44 (1)**: 19-25,1995.
- BOTEGA, N. J.; PEREIRA, W.A. B.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA, C. JR. - Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized

- assessment (GHQ-12 and CIS-R)using “lay” interviewers in a Brazilian hospital. **Social Psychiatry Epidemiology**. **30**: 127-131, 1995.
- BOTEGA, N. J. - Suicídio e tentativa de suicídio. In: Almeida, P.P. de, Drateu, L., Laranjeira, R. (Org). **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.221- 227. 1996.
 - CALDERON, R.; GRENNBERG, M. T. - Stress and coping in hearing mothers of children with hearing loss: factors affecting mother and adjustment. **American Annals of the Deaf**, **144(1)**: 7-18, 1999.
 - CANNING, R. D.; HARRIS, E. S.; KELLEHER, K.J. - Factors predicting distress among caregivers to children with chronic medical conditions. **Jornal of Pediatric Psychology**, **21 (5)**: 735- 749, 1996.
 - CAPRA, F. - O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: **Cultrix**, 1982.
 - CASSEL, J. - The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, **104**:300- 314; 1976.
 - CASSORLA, R. M. S. - Jovens Que Tentam Suicídio. **Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp**. Campinas – S.P., 1981.
 - CASSORLA, R. M. S. - Considerações sobre o suicídio. In: Cassorla, R. M. S. (Coord.). **Do suicídio: estudos brasileiros. São Paulo**: Papyrus, p.17- 26. 1991.
 - CASTRO, R.; CAMPERO, L.; HERNÁNDEZ, B. - La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafios. **Revista de Saúde Pública, México**, **31(4)**: 425- 35, 1997.
 - COBB S. - Social Support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** **38**: 300, 1976.

- COHEN S., WILLS T. A. - Stress, social support and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin, Sep; 98(2):** 310-57, 1985.
- COHEN S., MERMELSTEIN R., KAMARCK T., HOBERMEN H. M. - Measuring the Functional Components of Social Support: Theory, Research and Applications. **The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff;** 73-74; 1985.
- COHEN, S. SYME, S. L. - Social Support and Health. **Londres: Academic Press,** 390p, 1985.
- COSTA, T.P.G. - Percepção de mães de crianças deficientes mentais acerca das necessidades especiais de seus filhos afetados e delas próprias. **Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos,** 165p. 1989. (Dissertação de Mestrado).
- DALGARDO, O S. & HAHEIM, L. L. - Psychosocial risk factors and mortality: A prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. **Journal of Epidemiology and Community Health,** 52: 476- 481; 1998.
- DEAN, K.; HOLST, E.; KREINER, S.; SCHOENBORN, C. & WILSON, R. - Measurement issues in research on social support and health. **Journal of Epidemiology and Community Health,** 48: 201- 206; 1994.
- DRESSLER, W. W.; BALIEIRO, M. C. & SANTOS, J. E. - The cultural construction of social support in Brazil: Associations with health outcomes. **Culture, Medicine and Psychiatry,** 21: 303- 335; 1997.
- D'ATTILIO, J. P., ET AL. - Social Support and Suicide potencial: Preliminary findings for adolescent populations. **Psychological Reports,** 70: 76-78, 1992.
- DEAN, K. ET AL. - Measurement issues in research on social support and health. **Journal of Epidemiology and Community Health,** 48:201- 206; 1994.

- DE WILDE, E. J., KIENHORST, C. W., DIEKSTRA, R. F., WOLTERS, W. H. - Social support, life events, and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting. **Adolescence**; **29(113)**: 49-60, 1994.
- DIEKSTRA, R. F. W. - The epidemiology of suicide and parasuicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica: Suppl. 371**:9-10, 1993.
- DIEKSTRA, R. F. W. & GULBINAT, W. - The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. **Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond**, **46**: 52-68, 1993.
- DIEKSTRA, R. F. W. - The epidemiology of suicide and parasuicide. **Archives of Suicide Research**, **v.2**, p. 129, 1996.
- DSM IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, APA, 1995.
- DURKHEIM, E. - **O Suicídio: Estudo Sociológico**. Editorial Presença, Ltda, 1996.
- ECKENRODE, J. & GORE, S. - Stressful life events and social support: The significance of context. In B. H. Gotlieb (Ed.), **Social networks and social support**(pp43-68), 1981.
- ENDICOTT, J ; FLEISS, J. L. ; COHEN, J. - The Global Assessment Scale (GAS). **Archives of General Psychiatry** **33**: 766 , 1976.
- ESKIN, M. - Suicide behaviour as related to social support and assertiveness among Swedish and Turkish high school students: A cross-cultural investigation. **Jornal of Clinical Psychology**, **51 (2)**, 158-172, 1995.

- FERRIGNO, I. S. V. - O que é Terapia Ocupacional? In: Kudo, A M. ET AL. **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. São Paulo: Savier, 2ªedição, p. 187- 189, 1997.
- FRATIGLIONE, L.; WANG, H. X.; ERICSSON, K.; MAYTAN, M. & WINBLAND, B. - Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. **Lancet**, **355**: 1315- 1319; 2000.
- GAMEIRO, J. - **Voando sobre a psiquiatria**. Porto; Afrontamento, 1992.

- GÓMEZ, G. B. - La familia: una red de relaciones. Bogotá: **Encuentro Nacional sobre la Familia**, 1983.
- HAMLETT, K. W.; PELLEGRINI, D. S.; KATS, K. S. - Childhood chronic illness as a family stressor. **Journal of Pediatric Psychology**, **17 (1)**: 33-47, 1992.
- HANSON, B. S. & OSTERGREN, P. - Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspectys on some results from population study “Men born in 1914”, Malmo, **Sweden. Social Science and Medicine**, **25**: 849- 859; 1987.
- HARRIS, T. L., MOLOCK, S. D. - Cultural orientation, family cohesion, and family support in suicide ideation and depression among African American college students. **Suicide Life Threat. Behav.** **30(4)**: 341- 353, 2000.
- HAWTON, K. - Sex and suicide-gender differences in suicidal behavior. **Bristish Jornal Psychiatry**, **177**: 484- 485, 2000.
- HEITZMAN, C.A; KAPLAN, R. M. - Assessment of Methods for Measuring **Social Support. Health Psychology**, **7(1)**: 75- 109, 1988.

- HOVEY, J.D. - Moderating influence of social support on suicidal ideation in a sample of Mexican immigrants. **Psychol. Rep. Aug; 85(1): 78- 79; 1999.**
- HOUSE, J.S.; KAHN, R.L. - Measures and concepts of social support. In: Conhen, S.; Symes, S. L. (Org). Social Support and Health. **Academic Press**, p.83- 105, 1985.
- KAPLAN, H. I. & SADOK, B. J. - **Compêndio de Psiquiatria**, Segunda edição – Porto Alegre – Artes Médicas: 477 – 489, 1997.
- KAPLAN, H. I. & SADOK, B. J. - **Compêndio de Psiquiatria**, Segunda edição – Porto Alegre – Artes Médicas: 477 – 489, 1999.
- KELLER, M. B., HANKS, D. L. - Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. Annual Congress of the European College of Neuropsychopharmacology: receptor specificity for antidepressants and importance for treatment outcome. **Journal of Clinical Psychology, v. 56(suppl.)**, p.22- 29, 1995.
- .LITMAN, R. E. - Suicidology: a look backward and ahead. **Suicide and Life-Threatening Behavior, v.26**, n.1, p.1- 7, 1996..
- KREITMANN, N.; CASEY, P. - Repetition of parasuicide: an epidemiological and clinical study. **British Journal Psychiatry, 153:** 792-800, 1988.
- KOVACS, M. J. - **Morte e Desenvolvimento Humano**. 2 ed., São Paulo, Casa do Psicólogo, p.243. 1992.
- LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. - **Stress, appraisal and coping** (New York, Springer); 1984.
- LEENAARS, A. - Suicide: A Multidimensional Malaise. **Suicide and Life-Threatening Behavior.** 221-236, 1996.

- LOVISE, G. M.; MORGADO, A F. - Suporte social e distúrbios psiquiátricos em mulheres infectadas pelo HIV. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, **45(10)**: 593-599, 1996.
- LOVISE, G. M. ET AL. - Suporte social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? **Informação Psiquiátrica**, **15(2)**: 65- 68, 1996.
- MAGNE- INGVAR, U.; OJEHAGEN, A; TRASKMAN-BENDZ, L. - The social network of people who attempt suicide. **Acta Psychiatr. Scand. Aug**; **86(2)**: 153- 158; 1992.
- MALTSBERGER, J. J. - The psychodynamic understanding of suicide. In: Jacobs, D. G. **The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention**. San Francisco: Jossey- Bass, p.72- 82, 1999.
- MATSUKURA, T. S.- Mães de Crianças com Necessidades Especiais: Stress e Percepção de Suporte Social. **Tese de doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP)- Ribeirão Preto/S.P.**, 2001.
- MEDEIROS, M. M. C.; FERRAZ, M.B.; QUARESMA, M. R- Cuidadores: as “vítimas ocultas” das doenças crônicas. **Revista Brasileira de Reumatologia**, **38(4)**: 189- 192, 1998.
- MINKLER, M. - Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: The Tenderloin Outreach Project. **Health Educational Quarterly**, **12**: 303- 314; 1985.
- MINUCHIN, S. - **Famílias, funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- MORGAN, H. G.; OWEN, J. H. - Persons at risk of suicide: Guidelines on Good Clinical Practice.(**The Books Company PCL – London**), 1990.

- MOSCICKI EK. - **Epidemiology of Suicide International Psychogeriatrics** , **7(2)**, 1995.
- MOSCICKI, E. K. - Identification of suicide risks factors using epidemiologic studies. **The Psychiatric Clinics of North America**, v.20, n.3, p.499- 517, 1997.
- NIRUI, M.; CHENOWETH, L. - The response of healthcare services to people at risk of suicide: a qualitative study. **Aust N. Z. J. Psychiatry. Jun; 33(3):** 361- 371; 1999.
- NORDENTOFT, M.; RUBIN, P. - Mental illness and social integration among suicide attempters in Copenhagen. Comparison with the general population and a four-year follow-up study of 100 patients. **Acta Psychiatr. Scand. Oct; 88(4):** 287- 285; 1993.
- O' CARROLL, P. W.; BERMAN, A. L.; MARRIS, R. W.; MOSCICKI, E. K.; TANNEY, B. L.; SILVERMAN, M. - Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature of Suicidology. **Suicide and Life the atening Behavior**, **26(3):** 1996.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). - **Prevención de suicidio. Cuadernos de Salud Publica. 35.** Genebra: OMS, 1968.
- O' REILLY, P. - Methodological issues in social support and social network research. **Social Science and Medicine**, **26:** 863- 873; 1988.
- PILISUK, M. & MINKLER, M. - Supportive ties: A political economy perspective. **Health Education Quarterly**, **12:** 93- 106; 1985.
- PEARLIN, L. I. - The sociological study of stress. **Journal of Health and Social Behavior**, **30:** 241- 256, 1989.
- RAPELI, C. B. - Características Clínicas e Demográficas de Pacientes Internados por Tentativa de Suicídio no Hospital de Clínicas da Unicamp, de

Outubro de 1995 a Setembro de 1996. **Tese de mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**, Campinas –S.P., 1997.

- RETTERSTOL, N. - Suicide: na european perspective. **Cambridge: Cambridge University Press**, 1993.
- ROBERTT, P. EL - Suicidio en Utuguay. **Revista Salud Problema. Nueva Época, v.4**, n.6, p.65- 78, 1999.
- RODIN, J. - Aging and health: Effects of the sense of control. **Science**, **233**: 1271- 1276; 1986.
- RUDD, M. D. - An integrative model of suicidal ideation. **Suicide Life Threat. Behav.;** **20(1)**: 16- 30, 1990.
- SARASON I. G., LEVINE H. M., BASHAM R.B., SARASON I. G. - Assessing social support: the Social Support Questionnaire. **J Pers Soc Psychol** **44**:127- 139; 1983.
- Secretária Municipal de Saúde/ Prefeitura do Município de Campinas de 1990 a 1995.
- SHERBOURNE, C. D. & STEWART, A. L. - The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, **32**: 705- 714; 1991.
- SHNEIDMAN, E. S. - **Definition of Suicide**. New Jersey: Arason, 1994.
- SLOPER, P.; KNUSSEN, C.; TURNER, S.; CUNNINGHAM, C. - Factors related to stress and satisfaction with life in families if children with Down's syndrome. **J. Child Psychol. Psychiat.**, **32(4)**: 655- 676, 1991.
- STACK, S. - Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. **Suicide Life Threat. Behav.;** **30(2)**: 163- 176; 2000.

- STENGEL, E.- **Psicologia del suicidio y los intentos suicidas**. Buenos Aires: Hormé, 1965.
- STREINER, D. L. & NORMAN, G. R. - Health Measurement Scales. **A practical Guide to their Development and Use**. Oxford: Oxford University Press; 1989.
- STROGATZ, D. S. & JAMES, S. A - Social Support and hypertension among blacks and whites in a rural southern community. **American Journal of Epidemiology**, **124**: 949- 956; 1986.
- VAUX, A. - **Social Support: theory, research and intervention**. New York: Praeger, 1988.
- VEIEL, H. O. F., ET AL. - The social support of suicide attempters: The different roles of family and friends. **American Journal of Community Psychology**, **16(6)**: 839-861, 1988.
- VILHJALMSSON, R.; KRISTJANSDOTTIR, G.; SVEINBJARNARDOTTIR, E. - Factors associated with suicide ideation in adults. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. Mar**; **33(3)**: 97- 103, 1998.
- VIEIRA, R. J. - A enfermagem de emergência do HC – Unicamp e o atendimento dos intoxicados. **Tese de doutoramento – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp**, Campinas –S.P., 1994.
- VOGT, T. M.; MULLOOLY, J. P.; ERNST, D.; POPE, C. R. & HOLLIS, J. F. - Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: Incidence, survival and mortality. **Journal of Clinical Epidemiology**, **45**: 659- 666; 1992.
- WERLANG, B. S. G. - Proposta de uma entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica em casos de suicídio. **Universidades Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Tese de Doutorado**, 2000.

- WESTMAN, M. & ÉDEN, D. SHIROM A. - Job stress, cigarette smoking and cessation: The conditioning effects of peer support. **Social Science and Medicine**, **20**: 637- 644; 1985.
- WINEMILLER ET AL. - Measurement strategies in social support: a descriptive review of the literature. **J. Clin. Psychol. Sep**; **49(5)**: 638- 648; 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.- **Clinical descriptions and diagnostic guidelines. The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders**, WHO, Geneva, 1992.
- WHO- **Department of Mental Health- Figures & Facts about suicide**, 1-14, 1999.
- WHO (World Health Organization). Suicide prevention, 2000
<who.int.mental_health/suicide>

10. ANEXOS

Anexo 1a

UNICAMP – EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA – BOLETIM COMPLEMENTAR

Nome: _____ Data: _____
 Pré-matrícula: _____ HC: _____
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Naturalidade: _____ Estado Civil: _____ Filhos: _____
 Profissão e Atividade: _____ Religião: _____
 Anos de Sucesso na Escola: _____
 Endereço Residencial: _____
 Número: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ CEP: _____
 Endereço de Referência, acompanhante ou outro: _____
 Número: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
 Estado: _____ CEP: _____

Início da Doença há: _____ Nº de Episódios: _____ Nº de Internações Psiquiátricas: _____
 Última Internação Psiquiátrica (local, duração e data de saída): _____
 Tratamento Ambulatorial ou Equivalente há... _____
 Nº de visitas à psiquiatria PS –HC nos últimos 6 meses: _____
 Psicofarmacoterapia: () sim () não () não aferido
 Psicoterapia: () sim () não () não aferido
 Antecedentes de hetero-agressividade: () verbal () física () não () não aferido
 Antecedentes de abuso ou dependência de álcool ou drogas: () sim () não () não aferido
 Antecedentes de Tentativa de suicídio: () sim () não () não aferido

BPRS

Preocupações Somáticas () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Ansiedade () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Depressão () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Desorientação () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Sentimentos de Culpa () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Desconfiança () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Pensamentos Não Habituais () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Grandiosidade () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Alucinações () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Hostilidade () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Desorganização conceitual () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Excitação () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Retardamento Motor () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Embotamento Afetivo () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Tensão () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Maneirismo () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Negativismo () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Retraimento Afetivo () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Tendência Suicida () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Descuido Consigo Mesmo () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Comportamento Bizarro () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Humor Elevado () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Hiperatividade Motora () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Sintomas Religiosos () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 Tendência à Distração () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7
 () 0 - não avaliado () 1 - ausente () 2 - muito discreto () 3 - discreto () 4 - moderado () 5 - moderadamente grave
 () 6 - grave () 7 - extremamente grave

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA 1: _____ CID-10: _____
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA 2: _____ CID-10: _____
 Ficou em observação no PS? () sim () não Contenção Física: () sim () não
 Motivo da Contenção: () agitado () violento () confuso () risco de fuga () outro (descreva) _____
 MEDICAÇÃO NO PS

	Dose total	() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Haloperidol		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Clorpamazina		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Haloperidol Decanato		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Levomepromazina		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Promazina		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Diazepam		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Clonazepam		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Midazolam		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Lorazepam		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Flunitrazepam		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Aprazolam		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Fenobarbital		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Fenitoína		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Tiamina		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Outras vitaminas B		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO
Outras (escreva) _____		() EV () IM () VO () OUTRA VIA/ NÃO AFERIDO

Seguimento no tratamento ()sim ()não
Encaminhamento para: descreva ()internação ()tratamento aberto ()outro _____

CONDUTA SUGERIDA: _____

EXAMINADOR (CARIMBO E ASSINATURA): _____
SUPERVISOR (CARIMBO E ASSINATURA): _____

QUESTIONÁRIO DE TS – PS

Acompanhante do paciente: _____
 Data da TS: _____ Hora: _____ Dia da Semana: _____ Local: _____
 Método Utilizado: _____

Havia alguma pessoa no local ou próximo que pudesse socorrer?
 0 – havia alguma pessoa no local
 1 – havia alguém próximo ou acessível (ex, vizinho, fone, etc.)
 2 – ninguém próximo ou em contato

O momento da tentativa foi tal que...
 0 – alguém, muito provavelmente, poderia intervir
 1 – a intervenção de alguém era POUCO provável
 2 – a intervenção de alguém era altamente IMPROVAVEL

Precauções tomadas contra a descoberta ou intervenção
 0 – nenhuma
 1 – precauções passivas (evitou outros, mas nada fez para impedi-los, p. ex. no quarto, mas sem trancar a porta)
 2 – precauções ativas (ex: trancou a porta com chave)

Logo após a TS, solicitou algum tipo de ajuda? O que fez?
 0 – avisou alguém ou pediu ajuda
 1 – entrou em contato com alguém, mas nada falou sobre a TS
 2 – não houve contatos nem pediu socorro

Antes da TS fez algum arranjo (algo) em relação a amigos, parentes, negócios), tendo em vista que iria morrer
 0 – nenhum
 1 – pensou a esse respeito, ou fez algum arranjo parcial
 2 – arranjos bem definidos (presentes, cartas, negócios)

Grau de preparação (detalhes na execução) da tentativa
 0 - não planejou
 1 – planejou mínimo ou moderado
 2 – planejou em detalhes

Pensou ou deixou alguma carta ou mensagem de despedida?
 0 – nem pensou, nem deixou
 1 – pensou em, ou só começou, ou foi escrita e rasgada
 2 – deixou carta ou mensagem

Durante o último ano comentou com alguém a intenção de suicídio?
 0 – não comentou
 1 - deu a entender, mas não de maneira clara (ex. “estou cansado da vida”, “não vejo mais sentido nas coisas”)
 2 – comunicado claro (ex. “vou me matar”, “tomar veneno”)

Atitude em relação a viver ou morrer no momento da TS
 0 - não queria morrer
 1 – não fazia questão de viver ou morrer
 2 – queria morrer

Tentativa(s) de suicídio anterior(es) não sim Quantas? _____ Quando foi a ultima? _____
 Suicídio de pessoas próximas {parente, amigo, namorado(a)} não sim Quem? _____ Quando? _____
 Tratamento psicológico/psiquiátrico ANTERIOR não sim ambulatorial internação Quantas? _____ Ultima: _____
 No último mês fez uso de psicofármaco? não sim Qual(is)? _____
 Atualmente em acompanhamento psicológico/psiquiátrico? não sim
 História de abuso de álcool no último mês? não sim todos os dias 3 vezes por semana 1 vez por semana menos de 1 vez por semana

Relação entre ingestão de álcool e TS atual(0-nenhuma/alguma ingestão, mas SEM relação com TS(1-suficiente para deteriorar a capacidade de julgamento e responsabilidade (2- ingestão intencional para facilitar e levar a cabo a TS

DIFICULDADE PSICO-SOCIAIS ATUANTES NO ÚLTIMO ANO (especifique)

Com o (a) companheiro (a) (brigas, infidelidade, separação, álcool, morte) não 1 mês 6 meses 1 ano
 No relacionamento familiar (pai, mãe, irmãos, outros) não 1 mês 6 meses 1 ano
 Trabalho/estudo (insatisfação, desemprego, reprovação, conflitos) não 1 mês 6 meses 1 ano
 Problemas financeiros graves (moradia, fome, contas não pagas, etc) não 1 mês 6 meses 1 ano
 Doença ou incapacidade física grave(não 1 mês 6 meses 1 ano
 Gravidez (indesejada?), aborto provocado recentemente(não 1 mês 6 meses 1 ano
 Problemas com a polícia, justiça(não 1 mês 6 meses 1 ano
 Outro (descreva) _____ (não 1 mês 6 meses 1 ano

Durante o último mês, você teve a oportunidade de conversar (pedir ajuda) com algum familiar sobre seus problemas?
 não sim Quem? _____

E com alguém fora de sua família, no último mês? não sim Quem? _____

Você se considera uma pessoa religiosa? não sim
 Qual a sua religião? (se aplicável) _____
 Quantas vezes foi ao culto no último mês? (se aplicável) _____

Por que motivo você...? (use as palavras do paciente para se referir à TS):

EXAME PSIQUICO

Lentificação psicomotora	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Deesconfiado, defensivo	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Histrionismo	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Humor deprimido	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Ansioso, tenso, inquieto	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Euforia, exaltação do humor	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Embotamento afetivo, incongruentes	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Delírio, interpretações errôneas	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Distúrbios do pensamento	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Alucinações	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Diminuição da inteligência	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Excessiva preocupação com funcionamento corporal	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4
Pensamentos depressivos	()	0	()	1	()	2	()	3	()	4

Quanto as conseqüências físicas e risco de vida pela TS:

- () 0 – sem danos físicos significativos, não requereu tratamento clínico
- () 1 – requereu atenção clínica/cirúrgica, mas sem risco de vida
- () 2 – requereu atenção clínica/cirúrgica, houve/há risco de vida

Quanto ao tipo de atendimento:

- () 0 – logo após atendido no OS foi liberado para casa
- () 1 – ficou em observação/tratamento no PS e foi liberado
- () 2 – do PS para UTI ou outra enfermária clínica ou cirúrgica
- () 3 – do PS diretamente para internação psiquiátrica

Quanto ao encaminhamento (se aplicável):

- () 0 – não foi encaminhado para qualquer serviço/profissional
- () 1 – encaminhado para centro/posto de saúde geral
- () 2 – encaminhado para ambulatório de psiquiatria
- () 3 – encaminhado para serviço/profissional particular

Diante da proposta de acompanhamento (se aplicável):

- () 0 – paciente prontifica-se a ir/vir à consulta
- () 1 – inseguro se comparecerá ou não
- () 2 – não se dispõe a comparecer

Anexo 1b

QUESTÕES COMPLEMENTARES AO TS-PS

Nome: _____

Cor: (1) branca (2) parda (3) negra (4) amarela

Naturalidade: _____

Há quanto tempo mora em Campinas (ou em sua cidade): _____

Tipo de residência: (1) alvenaria (2) madeira pavimentada

(3) madeira com piso de terra (4) outra _____

Propriedade da casa: (1) própria (2) alugada (3) emprestada (4) outra _____

Número de cômodos da casa: _____

Com quem reside atualmente?

Nome	Idade	Sexo	Parentesco
1 _____			
2 _____			
3 _____			
4 _____			
5 _____			
6 _____			

Há quanto tempo reside com essas pessoas? _____

Posição do paciente na família: (1) chefe(2) dependente(3) agregado(4)outra

Número de filhos: _____

Por quem foi criado? _____

Seu pai está vivo? (1) sim (2) não Quando ele morreu? (1) infância
(2) adolescência (3) adulto (4) último ano

Sua mãe está viva? (1) sim (2) não Quando ela morreu? (1) infância
(2) adolescência (3) adulto (4) último ano

Local de trabalho: _____ Há quanto tempo? _____

Renda mensal em torno de : _____ salários mínimos.

Você se considera uma pessoa religiosa?(1)sim (2)não Qual religião? _____

História de uso de drogas? (1) sim (2) não

Com que freqüência? (1) todos os dias (2) 3 vezes por semana
(3) 1 vez por semana (4) menos que uma vez por semana

Alguma vez, pensou ou alguém sugeriu que você consultasse um médico devido a problemas emocionais (nervosismo, desânimo, etc...) (1)sim (2)não

Você vem se sentindo muito nervoso ou desanimado, tem sentido coisas como tristeza, pensamentos que não saem da cabeça, desconfiança excessiva?

(1)sim (2)não

Há quanto tempo você vem percebendo,, sentindo essas alterações? (1) dias

(2) meses (3) anos (4) não sabe

Isto está interferindo muito no seu dia a dia? (1) sim (2) não

Observações: _____

Anexo 1c

Questionário Aplicado aos Indivíduos da Sala de Espera

Data: _____ Hora: _____

Nome: _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino Idade: _____ Naturalidade: _____

Cidade onde mora: _____

Cor: (1) branca (2) parda (3) negra (4) amarela

Propriedade da casa: (1) própria (2) alugada (3) emprestada (4) outra _____

Números de cômodos da casa: _____

Com quem reside atualmente? _____

Por quem foi criado? _____

Seu pai está vivo? (1) sim (2) não Quando ele morreu? (1) infância (2) adolescência
(3) adulto (4) no último ano

Sua mãe está viva? (1) sim (2) não Quando ela morreu? (1) infância (2) adolescência
(3) adulto (4) no último ano

Posição do paciente na família: (1) chefe (2) dependente (3) agregado (4) outra _____

Estado civil: (1) Solteiro sem parceiro (2) Solteiro com parceiro
(3) Casado (4) Viúvo sem parceiro
(5) Viúvo com parceiro
(6) Desquitado/Separado/Divorciado sem parceiro
(7) Desquitado/Separado/Divorciado com parceiro

Número de filhos: _____

Anos de escolaridade (total de anos cursados): _____

Grau: (1) Analfabeto (2) 1º incompleto (3) 1º completo (4) 2º incompleto
(5) 2º completo (6) 3º incompleto (7) 3º completo

Frequentando escola atualmente: (1) sim (2) não

Atividade profissional: _____ Há quanto tempo? _____

Situação: (1) não trabalha (2) Assalariado fixo (3) Autônomo (4) Eventual
(5) Aposentado/Tempo _____ (6) Aposentado/Invalidez (7) Licença por doença
(8) Desempregado/Tempo _____ (9) Outro _____

Qual o motivo que trouxe a pessoa que você acompanha ao PS? _____

Alguma vez você pensou ou alguém sugeriu que você consultasse um médico devido a problemas emocionais (nervosismo, desânimo, psicológico, etc...) (1) sim (2) não

Você vem se sentindo muito nervoso ou desanimado, tem sentido coisas como tristeza, pensamentos que não saem da cabeça, desconfiança excessiva? (1) sim (2) não

Há quanto tempo você vem percebendo, sentindo essas alterações? _____

Isto está interferindo muito no seu dia-a-dia? (1) sim (2) não

Dificuldades psico-sociais atuantes no último ano (especifique):

Com o companheiro (brigas, infidelidade, separação, álcool, morte):
(0) não (1) 1 mês (2) 6 meses (3) 1 ano

No relacionamento familiar (pai/mãe/irmãos/outros):
(0) não (1) 1 mês (2) 6 meses (3) 1 ano

Trabalho/Estudo (insatisfação, desemprego, reprovação, conflitos)
(0) não (1) 1 mês (2) 6 meses (3) 1 ano

Problemas financeiros graves (moradia, fome, contas não pagas, etc)
(0) não (1) 1 mês (2) 6 meses (3) 1 ano

Doença ou incapacidade física grave:

(0) não (1)1 mês (2)6meses (3)1ano

Gravidez (indesejada), aborto provocado recentemente:

(0) não (1)1 mês (2)6meses (3)1ano

Problemas com polícia, justiça:

(0) não (1)1 mês (2)6meses (3)1ano

Durante o último mês, você teve a oportunidade de conversar (pedir ajuda) com algum familiar sobre seus problemas? (1) sim (2) não Quem? _____

E com alguém de fora de sua família? (1) sim (2) não Quem? _____

Você se considera uma pessoa religiosa? (1) sim (2) não

Qual sua religião? _____ Freqüentador? (1) sim (2) não

Tratamento psicológico/psiquiátrico anterior: (1) sim (2) não

Atualmente, em acompanhamento psicológico/psiquiátrico? (1) sim (2) não

Internação? (1) sim (2) não

Faz uso de algum psicofármaco? (1) sim (2) não

História de abuso de álcool no último mês? (1) sim (2) não

() todos os dias () 3 vezes por semana () 1 vez por semana () menos que uma vez por semana

História de uso de drogas? (1) sim (2) não Com que freqüência? (1) todos os dias

(2) 3 vezes por semana (3) 1 vez por semana (4) menos que uma vez por semana

Em alguns momentos da vida, quando estamos desconsolados, podem passar muitos pensamentos por nossa cabeça. Agora, eu queria fazer algumas perguntas sobre o seu desejo de viver, ou de deixar de viver.

1 – (0) Tenho um desejo de viver, que é de moderado a forte.

(1) Tenho um desejo fraco de viver.

(2) Não tenho desejo de viver.

2 – (0) Não tenho desejo de morrer.

(1) Tenho um desejo fraco de morrer.

(2) Tenho um desejo de morrer, que é de moderado a forte.

3 – (0) Minhas razões para viver pesam mais que as minhas razões para morrer.

(1) Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.

(2) Minhas razões para morrer pesam mais que as minhas razões para viver.

4 – (0) Não tenho desejo de me matar.

(1) Tenho um desejo fraco de me matar.

(2) Tenho um desejo de me matar, que é de moderado a forte.]

5 – (0) Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.

(1) Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.

(2) Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

Suicídio de pessoas próximas (parente, amigo, namorado)? (1) sim (2) não

Quem? _____ Quando? _____

Já pensou em desistir da vida? (1) sim (2) não Já tentou suicídio? (1) sim (2) não

Quantas vezes? _____ Quando foi a última? _____ Método: _____

Anexo 2

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ)

1. EM CADA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ RESPONDER AS DUAS PARTES
2. NENHUMA QUESTÃO DEVE FICAR SEM RESPOSTA
3. NA PRIMEIRA PARTE DE CADA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ COLOCAR AS INICIAIS DO NOME OU NOME DE CADA PESSOA COM QUEM VOCÊ PODE CONTAR NAQUELA SITUAÇÃO – APÓS AS INICIAIS ESCREVA QUEM ESSA PESSOA É PARA VOCÊ (AMIGA, MARIDO, VIZINHA, ETC)
4. SE VOCÊ NÃO POSSUIR NENHUMA PESSOA PARA AJUDÁ-LO NA SITUAÇÃO QUE A PERGUNTA DESCREVE, MARQUE A OPÇÃO: () NINGUÉM
5. VOCÊ PODE ESCREVER EM RELAÇÃO ÀS PESSOAS NOS ESPAÇOS QUE ESTÃO MARCADOS PARA SEREM PREENCHIDOS (E NÃO UM NÚMERO MAIOR QUE OS ESPAÇOS DISPONÍVEIS)
6. PODE - SE REPETIR A MESMA PESSOA NAS DIFERENTES PERGUNTAS
7. NA SEGUNDA PARTE DA QUESTÃO VOCÊ DEVERÁ MARCAR A OPÇÃO QUE MAIS SE APROXIMA DO QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITA COM O APOIO DAS PESSOAS QUE VOCÊ DESCREVEU NA PRIMEIRA PARTE. MARQUE O GRAU DE SUA SATISFAÇÃO MESMO SE VOCÊ REPONDEU “NINGUÉM”
8. MARCAR APENAS UMA OPÇÃO NA PARTE “EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO”

EXEMPLO: COM QUEM VOCÊ COSTUMA SAIR?

P.M. marido	L.M. filha	_____
I.J. vizinha	_____	_____
C.F. amiga	_____	_____

EM QUE GRAU VOCÊ FICA SATISFEITO COM ESSA COMPANHIA?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| () muito satisfeito | () um pouco satisfeito |
| () razoavelmente satisfeito | () razoavelmente insatisfeito |
| () um pouco insatisfeito | (X) muito insatisfeito |

SSQ

1. Com quem você realmente pode contar para ouvi-lo quando você precisa conversar?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

2. Com quem você pode realmente contar para ajuda-lo se uma pessoa que você pensou que era bom(boa) amigo(amiga) insultou você e disse que não queria ver você novamente?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

3. Você acha que é parte importante da vida de quais pessoas?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

4. Quem você acha que poderia ajudar você se você fosse casado(a) e tivesse acabado de se separar?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

5. Com quem você poderia realmente contar para ajudá-lo a sair de uma crise, mesmo que para isso esta pessoa tivesse que deixar seus próprios afazeres para ajudar você?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

6. Com quem você pode conversar francamente sem ter que se preocupar com o que diz?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

7. Quem ajuda você a sentir que você verdadeiramente tem algo positivo que pode ajudar os outros?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

8. Com quem você realmente pode contar para distraí-lo de suas preocupações quando você se sente estressado?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

9. Com quem você pode realmente contar quando você precisa de ajuda?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

10. Com quem você poderia realmente contar para ajudar caso você fosse despedida do emprego ou fosse expulso da escola?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

11. Com quem você pode ser totalmente você mesma?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

12. Quem você acha que realmente aprecia você como pessoa?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

13. Com quem você pode contar para dar sugestões úteis que ajudam você a não cometer erros?

() Ninguém

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito
- razoavelmente satisfeito
- um pouco satisfeito
- um pouco insatisfeito
- razoavelmente insatisfeito
- muito insatisfeito

14. Com quem você pode contar para ouvir seus sentimentos mais íntimos de forma aberta e sem criticar você?

- Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito
- razoavelmente satisfeito
- um pouco satisfeito
- um pouco insatisfeito
- razoavelmente insatisfeito
- muito insatisfeito

15. Quem vai confortar e abraçar você quando você precisa disso?

- Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- muito satisfeito
- razoavelmente satisfeito
- um pouco satisfeito
- um pouco insatisfeito
- razoavelmente insatisfeito
- muito insatisfeito

16. Quem você acha que ajudaria se um bom amigo seu tivesse sofrido um acidente de carro e estivesse hospitalizado em estado grave?

- Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

17. Com quem você realmente pode contar para ajuda-lo a ficar mais relaxado quando você está sob pressão ou tensa?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

18. Quem você acha poderia ajudar se morresse um parente seu, muito próximo?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

19. Quem aceita você totalmente, incluindo o que você tem de melhor e de pior?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito

- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

20. Com quem você pode contar para preocupar – se com você independentemente do que esteja acontecendo com você?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

21. Com quem você realmente pode contar para ouvir você, quando você está muito bravo com alguém?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

22. Com quem você pode contar para lhe dizer, delicadamente, que você precisa melhorar em alguma coisa?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito

- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

23. Com quem você pode realmente contar para ajuda-lo a sentir – se melhor quando você está deprimido?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

24. Quem você sente que gosta de você verdadeira e profundamente?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

25. Com quem você pode realmente contar para consola-lo quando está muito contrariado?

- () Ninguém _____
- _____
- _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
- () razoavelmente satisfeito
- () um pouco satisfeito
- () um pouco insatisfeito
- () razoavelmente insatisfeito
- () muito insatisfeito

26. Com quem você pode realmente contar para apoiá-lo em decisões importantes que você toma?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

27. Com quem você pode contar para ajuda-lo a se sentir melhor quando você está muito irritado e pronto para ficar bravo com qualquer coisa?

() Ninguém _____

Em que grau você fica satisfeito?

- () muito satisfeito
 () razoavelmente satisfeito
 () um pouco satisfeito
 () um pouco insatisfeito
 () razoavelmente insatisfeito
 () muito insatisfeito

Anexo 3

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO PSICOSSOCIAL (GAS) – ADULTO

Valor do GAS _____

Data _____

Avalie o nível de funcionamento mais baixo do indivíduo na última semana, selecionando o pior parâmetro que descreva seu funcionamento em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Use níveis intermediários quando adequado. Avalie o funcionamento real, independente se o indivíduo está recebendo ou não medicação ou outra forma de tratamento.

100 90	Funcionamento psicossocial ótimo em uma grande variedade de atividades, problemas de vida ficam normalmente sob controle. É procurado por outras pessoas devido à sua cordialidade, disponibilidade e integridade. Nenhum sintoma.
90 81	Bom funcionamento psicossocial em todas as áreas, muito interesse, socialmente engajado e produtivo, geralmente satisfeito consigo mesmo e com os outros. Pode ou não haver sintomas passageiros e as preocupações diárias apenas ocasionalmente fogem ao controle.
80 71	Não mais que leves prejuízos no funcionamento psicossocial, graus variados de preocupações e problemas diários que algumas vezes fogem ao controle. Sintomas mínimos podem ou não estar presentes.
70 61	Algumas dificuldades em diversas áreas do funcionamento psicossocial, mas em geral funcionando bem. Tem algumas relações interpessoais significativas e a maioria das pessoas leigas não o consideram "doença". Alguns sintomas leves (por exemplo, humor depressivo leve, insônia).
60 51	Apresenta geralmente dificuldades no funcionamento psicossocial (poucos amigos, contato afetivo, comportamento anti-social moderado) e/ou sintomas moderados (como humor depressivo, moderado, ansiedade moderada, afeto hipomodulado, preocupações intensas, humor eufórico, pressão para falar).
50 41	Qualquer prejuízo sério no funcionamento psicossocial (como comportamento anti-social sério, atos agressivos freqüentes, relações interpessoais claramente prejudicadas, bebida compulsiva) que os profissionais de saúde mental pensariam que exige tratamento ou atenção imediata. Sintomas moderadamente graves como intenção suicida clara, planos ou gestos suicidas, rituais obsessivos graves, ataques de ansiedade freqüentes, síndrome maníaca leve mas bem definida).
40 31	Prejuízo grave em diversas áreas do funcionamento psicossocial, como trabalho, familiares muito prejudicados, incapacidade total para o serviço doméstico. Sintomas claramente graves como depressão e ansiedade intensa, atos e tentativas suicidas ou agressão a pessoas. Prejuízo no contato com a realidade, a comunicação é obscura, ilógica, tendendo a destruição. Comportamento claramente bizarro no sentido de uma psicose.
30 21	Incapaz de funcionar em quase todas as áreas (por exemplo fica na cama o dia inteiro, descuida claramente da higiene pessoal, prejuízo sério na comunicação com os outros, às vezes irresponsivo). O comportamento é consideravelmente influenciado por delírios, alucinações ou sérios prejuízos no pensamento (incoerência marcada) ou julgamento.
20 11	Necessita de supervisão para prevenir ferimentos em si mesmo ou nos outros, ou para manter a higiene pessoal mínima (por exemplo tentativas sérias de suicídio repetidas, freqüentemente violento, excitação maníaca importante, se suja com fezes). Prejuízo sério na comunicação, predominando incoerência intensa e mutismo.
10 01	Necessita constantemente de supervisão por diversos dias para prevenir ferimentos sérios em si ou nos outros (cuidados intensos de enfermagem), não faz qualquer tentativa para manter a higiene pessoal mínima (por exemplo se suja com fezes freqüentemente). Atos suicidas ou heteroagressivos com intenção

LEGENDA**ITEM 1 – GRAVIDADE DA DOENÇA**

X. não avaliado

1. normal, não é pessoa com problemas mentais
2. limítrofe entre normal e portados de um
3. levemente doente (ou com distúrbios leves)
4. moderadamente doente (ou com distúrbios moderados)
5. marcadamente doente (ou com distúrbios marcantes)
6. gravemente doente (ou com distúrbios severos)
7. entre os pacientes mais gravemente doentes (ou com distúrbios extremamente graves)

VALOR DO CG/1 _____

ITEM 2 – MELHORA/PIORA GLOBAL (no momento da alta/evolução)

X. não avaliado

1. melhorou extremamente
2. melhorou muito distúrbio mental
3. melhorou um pouco
4. não houve mudança
5. piorou um pouco
6. piorou muito
7. piorou extremamente

VALOR DO CG/2 _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL _____

Anexo 4

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO RELACIONAMENTO SOCIAL E FAMILIAR (GARF)

VALOR DO GARF _____

DATA _____

O GARF avalia, de modo global, o funcionamento da família (ou grupo de relações mais próximo) do paciente, num continuum hipotético que vai de um funcionamento grupal ótimo de relações de apoio interpessoal muito satisfatório a um nível extremo de disfunção grupal e desorganização familiar. Avalie o nível de funcionamento nas últimas semanas ou meses.

O GARF permite ao clínico avaliar em que medida a família (ou grupo relacional mais próximo) pode fornecer ao paciente o apoio necessário a vida diária, assim como proporcionar ao paciente as necessidades afetivas mútuas, respeito, cuidado, qualidade de relação sexual.

Podem e devem ser usados valores intermediários.

O GARF identifica a adequação da familiar (ou grupo mais próximo) basicamente em três áreas:

1 – Clima emocional no sentido do ambiente afetivo da família, tipo e qualidade das relações afetivas, qualidade dos cuidados entre as pessoas, empatia, envolvimento, ligação, compromisso, capacidade de compartilhar valores e afetos, respostas afetivas mútuas, respeito, cuidado, qualidade da relação sexual.

2 – Organização do grupo (familiar ou não) aceitação e manutenção de papéis e limites, funcionamento hierárquico, distribuição do poder e da responsabilidade.

3 – Capacidade do grupo familiar de resolver os problemas do dia-a-dia, de negociar objetivos, regras e rotinas, de se adaptar a dificuldades da vida, capacidade de se comunicar, habilidade em resolver problemas.

100	O grupo o familiar “funciona bem”, tanto de ponto de vista do paciente como dos outros membros da família. Há concordância no estabelecimento de rotinas, Há concordância no estabelecimento de rotinas, há flexibilidade para dar conta de novas demandas e necessidades de cada membro da família. Problemas ocasionais são resolvidos com uma comunicação satisfatória e negociação de direitos, responsabilidades e deveres. Há aceitação de limites e responsabilidades dos diversos membros da família. O clima emocional é de modo geral bom, caloroso e aconchegante. Os membros adultos tem uma vida sexual satisfatória.
81	
80	O funcionamento da família é de alguma forma (parcialmente) insatisfatório. Entretanto, nos últimos tempos, a maior parte (mas não todos dos problemas tem sido resolvidos sem grandes reclamações ou frustrações por parte dos membros. Há uma rotina diária adequada, mas verifica-se certa dificuldade em se lidar com problemas novos. Alguns conflitos permanecem não resolvidos, mas não atrapalham demasiadamente o funcionamento da família. Os limites são respeitados, mas eventualmente se desrespeita certos limites e se colocam um ou outro membro na posição de “bode expiatório”. As relações afetivas de amor e respeito estão presentes, mas há certos momentos de boa dose de tensão, irritação e frustração. A vida sexual dos membros adultos pode estar reduzida ou ser razoavelmente problemática.
61	
60	A família tem momentos de satisfação e bom convívio, entretanto o que predomina são relações insatisfatórias e um padrão de interação claramente disfuncional. A comunicação está freqüentemente inibida por conflitos não resolvidos. O grupo tem muita dificuldade em lidar com problemas novos e stress. Verifica-se uma falta de estrutura e organização na família ou um padrão excessivamente rígido. As necessidades de membros individuais são freqüentemente negligenciadas. O clima emocional é prejudicado por relações insatisfatórias, frustrantes e “muito dolorosas”. A vida sexual dos membros adultos é problemática e freqüentemente insatisfatória.
41	
40	A família é claramente e seriamente disfuncional. O tipo de relacionamento e períodos de relacionamento satisfatório são bastante raros. A rotina da família não satisfaz as necessidades dos membros, não há sensibilidade ou compreensão para necessidades individuais. O poder é tirânico ou muito negligente. As relações ou são extremamente rígidas ou extremamente confusas. Os momentos de contato afetivo satisfatório são muito raros, e conflitos não resolvidos marcam relações muito hostis ou muito distantes. A vida sexual dos adultos é quase totalmente insatisfatória ou ausente.
21	
20	A família se tornou tão disfuncional a ponto de perder a continuidade do controle e ligação entre os membros. Não há mais rotinas no dia-a-dia da família, os membros geralmente não sabem aonde estão os outros membros da família. Há muito pouca comunicação entre os membros. Não há reconhecimento das responsabilidades. Membros da família correm perigo de agressão, dano ou negligência física por outros membros (ataques sexuais, por exemplo). O desespero ou total apatia dominam o ambiente emocional. Não há atenção para necessidades afetivas dos outros membros, não há ligação afetiva e preocupação pelo bem estar de outros membros.
1	

Anexo 5

Escala de Auto-Preenchimento

Este questionário avalia quanto você precisa e obtém de sua família e amigos, como também quanto apoio que sua família e amigos precisam e conseguem obter de você. No questionário dois tipos gerais de apoio são distintos:

- **Apoio prático** refere-se ao apoio nas atividades do dia-a-dia, como cuidar sua casa quando você está fora, cuidar de suas crianças, de seus animais de estimação ou flores, cuidar ou fazer compras quando você está doente, etc... Apoio prático também inclui apoio financeiro, como, por exemplo, emprestar um dinheiro que você necessite.

- **Apoio moral** refere-se ao apoio emocional quando pequenos ou grandes problemas surgem. Apoio moral inclui aquelas pessoas que estão disponíveis em compartilhar preocupações, falar sobre problemas pessoais, etc.

Por favor, leia cada pergunta à esquerda da página cuidadosamente. Depois indique com um **X** em ambas as colunas (FAMÍLIA E AMIGOS), no lado direito da página, a resposta que melhor se aplica a você. Por favor responda todas as perguntas. Não gaste muito tempo nas perguntas. Se você tiver qualquer dúvida, por favor pergunte para o entrevistador.

- 01.F.Você sente que precisa de apoio prático de sua família?
 02.F.Você sente que precisa de apoio moral de sua família?
 01.A.Você sente que precisa de apoio prático de seus amigos?
 02.A.Você sente que precisa de apoio moral de seus amigos?
 03.F.Você sente que recebe apoio prático de sua família quando precisa?
 04.F.Você sente que recebe apoio moral de sua família quando precisa?
 03.A.Você sente que recebe apoio prático de seus amigos quando precisa?
 04.A.Você sente que recebe apoio moral de seus amigos quando precisa?
 05.F.Você sente que sua família precisa de seu apoio prático?
 06.F.Você sente que sua família precisa de seu apoio moral?
 05.A.Você sente que seus amigos precisam de seu apoio prático?
 06.A.Você sente que seus amigos precisam de seu apoio moral?
 07.F.Você sente que dá o apoio prático que é solicitado a você por sua família?
 08.F.Você sente que dá o apoio moral que é solicitado a você por sua família?
 07.A.Você sente que dá o apoio prático que é solicitado a você por seus amigos?
 08.A.Você sente que dá o apoio moral que é solicitado a você por seus amigos?

	Nenhum apoio	Sim, algum apoio	Sim, muito apoio
01F			
02F			
01A			
02A			
03F			
04F			
03A			
04A			
05F			
06F			
05A			
06A			
07F			
08F			
07A			
08A			

Anexo 6

Carta Informativa aos residentes:

Venho por meio desta, pedir a atenção dos médicos residentes em psiquiatria do Hospital de Clínicas da Unicamp.

Meu nome é Vanessa Paola Povolo Gaspari, sou Terapeuta Ocupacional e aluna do curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências médicas da Unicamp, área de Concentração em Saúde Mental.

Estou iniciando a coleta de dados de minha pesquisa de mestrado, orientada pelo Profº Drº Neury José Botega, intitulada: “Rede de Apoio Social e Tentativa de Suicídio”.

Peço a colaboração, para que no momento em que estiverem de plantão no pronto-socorro do Hospital de clínicas da Unicamp, e houver algum caso de tentativa de suicídio, entrarem em contato com o telefone: 37444545, através do BIP 22272.

Grata pela atenção e antecipadamente, agradeço a colaboração.

Vanessa Gaspari

Anexo 7

**EM CASO DE TENTATIVA DE SUICÍDIO,
ENTRAR EM CONTATO COM 37444545,
BIP 22272.**

**GRATA PELA ATENÇÃO,
VANESSA GASPARI.**

Anexo 8

AVISO:
EM CASO DE
TENTATIVA DE SUICÍDIO,
ENTRAR EM CONTATO
COM 37444545
BIP 22272

GRATA PELA ATENÇÃO,
VANESSA GASPARI

Anexo 9

Termo de Consentimento

Eu, _____ fui informado(a) que está sendo realizada uma pesquisa para avaliar a Rede de Apoio Social (termo que se refere à rede de pessoas com as quais alguém se relaciona) dos pacientes que são atendidos no pronto-socorro do Hospital de Clínicas da UNICAMP por tentativa de suicídio. O nome do projeto é: “REDE DE APOIO SOCIAL E TENTATIVA DE SUICÍDIO”, pesquisa que está sendo conduzida por Vanessa Paola Povolo Gaspari sob a orientação do Profº Drº Neury José Botega.

Minha participação constituirá em responder questões complementares do Questionário de Tentativa de Suicídio, a Escala de Avaliação Global do Funcionamento Psicossocial – Adulto, a Escala de Avaliação do Relacionamento Social e Familiar, o Questionário de Rede de Apoio Social (SSQ), e o Questionário de Rede de Apoio Social (Bille-Brahe), que já estão previamente impressas e que deverão levar uns 60 minutos para serem aplicadas.

Tenho a garantia de que essas informações serão confidenciais e que o meu nome será mantido em sigilo.

Também fui informado(a) que tenho o direito de não aceitar participar, que poderei não responder a qualquer pergunta que deseje, ou interromper a entrevista, sem que isso prejudique ou interfira no meu atendimento no Hospital de Clínicas da UNICAMP.

Li ou me foi lido a informação acima e tive a oportunidade de fazer perguntas, e o que perguntei me foi respondido satisfatoriamente. Por este motivo, aceito voluntariamente colaborar com informações.

Nome completo do paciente: _____

Idade: _____ RG: _____ RH: _____

Endereço: _____ nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Assinatura do Entrevistado

Nome completo do responsável: _____

Idade: _____ RG: _____ Grau de Parentesco: _____

Endereço: _____ nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Assinatura do Responsável
(em caso de menor de idade)

Assinatura do responsável
pela pesquisa

Campinas, ___ de _____ de ___

*** para recurso ou reclamação do entrevistado, utilizar o telefone da secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa: (19) 3788-8036.**