

**MARIANGELES BERUTTI**

**Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em  
pacientes com transtorno afetivo bipolar**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título de  
Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Fabiano Gonçalves Nery

**São Paulo**

**2015**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Berutti, Mariangeles

Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em pacientes com transtorno afetivo bipolar / Mariangeles Berutti. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Psiquiatria.

Orientador: Fabiano Gonçalves Nery.

Descritores: 1.Relações familiares 2.Medicina de família e comunidade  
3.Transtorno bipolar 4.Tentativa de suicídio 5.Cuidadores 6.Relações  
interpessoais

USP/FM/DBD-414/15

# Dedicatória

---

Às mulheres de minha vida, minhas duas avós, minha mãe e minhas duas irmãs, mulheres trabalhadoras, que me ensinaram quanto podemos conseguir com esforço, dedicação e amor.

# Agradecimentos

---

A todos os pacientes e familiares que participaram desta pesquisa, pelo tempo valioso que dedicaram nas entrevistas, mas também pela coragem de dividir comigo histórias difíceis de serem faladas, pensadas e lembradas. Como uma paciente falou...”você está pedindo que eu lembre de momentos que me esforço em esquecer todos os dias”. Muito obrigada, por acreditar comigo, que o caminho para melhorar o dia a dia dos pacientes com Transtorno Bipolar, seja a pesquisa, o conhecimento e o entendimento do Transtorno Bipolar.

A meu orientador, Fabiano Nery, pela extrema generosidade de tempo e conhecimento. Pela constante orientação e acolhimento, mesmo a distância acompanhou cada palavra, cada número, cada tabela deste processo. Sem seu apoio, confiança e estímulo, este trabalho não poderia ter sido desenvolvido. Obrigada pela oportunidade de me permitir crescer não só acadêmica, mas também profissional e pessoalmente.

Ao Beny Lafer, por abrir generosamente as portas do PROMAN, lugar que me permitiu crescer e aprender.

A meu companheiro, Santiago, porque não há palavras para descrever o orgulho e admiração que vejo em seus olhos cada vez que me olha...você me enxerga, obrigada!

A meus dois pimpolhos, que chegaram durante minha pesquisa de mestrado, para estimular, para motivar e para me fazer esforçar todos os dias, porque acredito que isso me transforma em uma mulher realizada e uma melhor mãe e exemplo para eles.

A meus pais, por terem me deixado sempre construir meu próprio caminho, por caminharem a meu lado apoiando, com o olhar sempre atento e com as mãos sempre dispostas e abertas para me ajudar, sempre que preciso... mas só sempre que precisar... porque no esforço e no empenho está o crescimento. Obrigada, por me ensinarem que nada é conseguido sem esforço e tenacidade.

As minhas duas irmãs, porque não há histórias nem lembranças sem elas, porque mesmo longe, sempre encontram um jeito de estar perto, de acompanhar cada um dos meus logros e senti-los como próprios.

A minha família extensa, cunhado, tios, primos, sobrinhas: a nova geração, pela força e dinamismo, a velha geração, pela sabedoria e solidez, cada um desde seu lugar, contribuiu e caminhou nesta caminhada.

A meus colegas e professores da especialização em Terapia de Família e Casal da PUC, pelo olhar abrangente, por me ensinar a importância de acompanhar, acolher e cuidar das famílias, muitas vezes esquecidas na saúde mental.

Eliza Fukushima e Isabel Ataide, secretarias da pós-graduação, pela disponibilidade e carinho para me auxiliarem ao longo do processo.

A todos meus colegas do PROMAN, pelo exemplo de dedicação, comprometimento e trabalho. Por acompanharem, às vezes, desde o silêncio, às vezes desde a palavra cálida meus medos, alegrias, inseguranças e desafios.

A Sheila, Karla, Jose Antônio, Francy, colegas do PROMAN, que formaram parte das primeiras ideias, discussões e conversas que viabilizaram meu projeto de pesquisa.

A Vivian Alves Pereira, pelo carinho, dedicação e ajuda nas entrevistas com os pacientes, sobretudo em minha primeira licença maternidade.

Aos Professores Sheila Caetano, Francisco Lotufo e Wang Yuan Pang, membros de minha banca de qualificação, pelas dicas, comentários e sugestões, com certeza contribuíram para que minha dissertação hoje seja mais profunda.

A Michele Flores, Michele Silva e Cristiani Vieira Delfino, pela capacidade de ajudar e resolver problemas sempre com um sorriso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo suporte financeiro no início da pesquisa.

## **NORMATIZAÇÃO ADOTADA**

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committe of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

# Sumário

---

---

Lista de siglas e abreviaturas	
Lista de tabelas	
Resumo	
Summary	
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 TB e família .....	3
1.2 Família e Funcionamento familiar .....	5
1.3 Modelos de avaliação familiar .....	6
1.3.1 Funcionamento familiar no TB .....	10
1.4 TB e suicídio .....	14
1.4.1 Funcionamento familiar e tentativa de suicídio nos transtornos de humor .....	15
2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....	18
3 OBJETIVOS DO ESTUDO .....	20
3.1 Objetivo geral .....	21
3.2 Objetivos específicos .....	21
4 HIPÓTESE .....	22
5 METODOLOGIA.....	24
5.1 Aspectos éticos .....	25
5.2 Desenho do estudo.....	25
5.3 Amostra .....	25
5.3.1 Critérios de Inclusão para pacientes .....	26
5.3.2 Critérios de exclusão para pacientes.....	26
5.3.3 Critérios de inclusão para os cuidadores .....	27
5.4 Avaliações .....	28
5.4.1 Avaliação clínica .....	28
5.4.2 Avaliação de suicídio .....	29
5.4.3 Avaliação funcionamento familiar (paciente e cuidador).....	29
5.5 Análise estatística.....	32
6 RESULTADOS .....	34
6.1 Características sócio-demográficas da amostra.....	35



6.2	Características clínicas da amostra.....	38
6.3	Características de suicídio do grupo de pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio.....	41
6.4	Avaliação do funcionamento familiar pelos pacientes.....	43
6.5	Avaliação do funcionamento familiar pelos cuidadores .....	44
6.6	Correlações entre escores da IAF e sintomas de humor ou características clinicas relacionadas a comportamento suicida.....	45
6.6.1	Pacientes com TB com tentativa de suicídio.....	45
6.6.2	Pacientes com TB sem histórico de tentativa de suicídio e pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio .....	46
6.6.3	Correlações entre escores da IAF dos pacientes e escores da IAF dos cuidadores .....	47
7	DISCUSSÃO.....	48
7.1	Características sócio-demográficas .....	49
7.2	Características clínicas .....	50
7.3	Funcionamento familiar .....	52
8	LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO .....	57
9	CONCLUSÕES.....	61
10	ANEXOS.....	64
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Paciente .....	65
	ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Familiar .....	69
	ANEXO C - Inventário de Avaliação Familiar (FAD) .....	73
	ANEXO D - História de Suicídio.....	76
	ANEXO E - Escala de Ideação Suicida de Beck. BSI .....	80
	ANEXO F - Escore de Funcionamento Familiar - IAF.....	83
11	REFERÊNCIAS .....	84

# Listas

---

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABIPEME	Escala socioeconômica demográfica das classes
BIS	ideação suicida de Beck
CAPPesq	Comitê de Ética
CFI	Camberwell Family Interview
DP	desvio-padrão
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos da América
FACES II	Escala para Avaliação de Adaptação e Coesão Familiar II
FAD	Family Assessment Device
FAS	Family Attitude Scale
FES	Escala de Ambiente Familiar
HAM	Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IAF	Inventário de Avaliação Familiar
PROMAN	Programa de Pesquisa em Transtorno Bipolar
SCID	Entrevista Clínica Estruturada para Diagnósticos
SNC	
TB	transtorno bipolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	tentativa de suicídio
YMRS	Escala de Avaliação de Mania de Young

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Dados Sócio-Demográficos do grupo de Pacientes com TB sem e com histórico de Tentativa de suicídio (TS).....	36
<b>Tabela 2 -</b>	Dados Sócio-Demográficos do grupo de Cuidadores de Pacientes com transtorno bipolar sem e com histórico de Tentativa de suicídio.....	37
<b>Tabela 3 -</b>	Características clínicas do grupo de pacientes com transtorno bipolar sem e com histórico de Tentativa de suicídio (TS) .....	40
<b>Tabela 4 -</b>	Fatores externos precipitantes das tentativas de suicídio de acordo com os pacientes .....	42
<b>Tabela 5 -</b>	Escore de Funcionamento familiar IAF avaliado pelos pacientes com e sem histórico de Tentativa de suicídio (TS).....	43
<b>Tabela 6 -</b>	Escore de Funcionamento familiar IAF avaliado pelos cuidadores de pacientes com e sem histórico de Tentativa de suicídio (TS) .....	44
<b>Tabela 7 -</b>	Correlações para pacientes com TB com histórico de Tentativa de suicídio (TS).....	45
<b>Tabela 8 -</b>	Correlações para pacientes com TB com histórico de Tentativa de suicídio e sem histórico de Tentativa de suicídio .....	46
<b>Tabela 9 -</b>	Correlação de escores de Funcionamento Familiar (IAF) entre a avaliação do paciente (n=57) e a avaliação do cuidador (n=47).....	47

## **Resumo**

---

Berutti M. *Funcionamento familiar e tentativa de suicídio em pacientes com transtorno afetivo bipolar* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

A influência do transtorno afetivo bipolar (TB) no comportamento do indivíduo pode interferir significativamente no funcionamento familiar. Em uma perspectiva sistêmica, o funcionamento familiar diz respeito à forma como a família proporciona o ambiente adequado para o desenvolvimento e a sobrevivência dos membros da família nos níveis biológico, psicológico e social. Estudos que avaliaram o funcionamento familiar em famílias de pacientes com TB utilizando o Inventário de Avaliação Familiar (IAF) sugerem que o funcionamento familiar é globalmente pior quando comparado a famílias de indivíduos saudáveis. Entre todos os transtornos psiquiátricos, o TB caracteriza-se por uma das mais altas taxas de tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio. Estudos recentes em transtorno depressivo maior sugerem que existe uma associação entre pior funcionamento familiar e comportamento suicida. No entanto, a associação entre funcionamento familiar e tentativa de suicídio em pacientes com TB tem sido pouco estudada. **Hipótese:** Famílias de pacientes portadores de TB que tenham apresentado pelo menos uma tentativa de suicídio na vida apresentam um pior funcionamento familiar quando comparadas a famílias de pacientes portadores de TB que nunca tentaram suicídio. **Métodos:** Sessenta e dois pacientes com TB (trinta e um com histórico de pelo menos uma tentativa de suicídio na vida, trinta e um sem histórico de tentativas de suicídio na vida) e sessenta familiares de pacientes com TB (vinte e nove familiares de pacientes com TB com história de pelo menos uma tentativa de suicídio na vida e trinta e um familiares de pacientes com TB sem histórico de tentativas de suicídio na vida) foram avaliados através do IAF. Escores médios de funcionamento familiar foram comparados entre os grupos, bem como correlações entre escores da IAF e sintomas de humor ou de ideação suicida. **Resultados:** Pacientes com TB e história de tentativa de suicídio apresentaram um número significativamente maior de hospitalizações psiquiátricas ( $p=0,029$ ), de frequência de sintomas psicóticos ( $p=0,037$ ), e médias mais elevadas nas escalas de mania ( $p=0,026$ ), de depressão ( $p=0,005$ ) e de ideação suicida ( $p=0,041$ ) do que pacientes com TB sem tentativas de suicídio. Pacientes com TB com história de tentativa de suicídio apresentaram escores mais elevados e estatisticamente significativos em vários domínios da escala de funcionamento familiar, incluindo Funcionamento Geral ( $p=0,025$ ), Comunicação ( $p=0,009$ ), Papéis ( $p=0,005$ ), Resposta Afetiva ( $p=0,041$ ) e Solução de problemas ( $p=0,036$ ) do que pacientes com TB sem tentativas de suicídio. Os familiares de pacientes com história de tentativa de suicídio, quando comparados com os familiares de pacientes sem histórico de tentativa de suicídio apresentaram escores significativamente maiores da IAF no que diz respeito a Comunicação ( $p=0,012$ ), Papéis ( $p=0,020$ ), Resposta Afetiva ( $p=0,001$ ) e Funcionamento Geral ( $p=0,025$ ). Houve correlações positivas estatisticamente significativas em todos os domínios da IAF entre pacientes e familiares. **Conclusão:** História de tentativa de suicídio em pacientes com TB esta associada a escores mais elevados em diferentes domínios da IAF. Isto sugere um pior funcionamento familiar nas áreas de Funcionamento Geral, Comunicação, Papéis, Resposta Afetiva e Solução de Problemas. Estudos prospectivos podem ajudar a confirmar essa associação, e esclarecer se intervenções terapêuticas familiares podem ajudar a mitigar comportamentos suicidas no TB.

Descritores: relações familiares; medicina de família e comunidade; transtorno bipolar; tentativa de suicídio; cuidadores; relações interpessoais.

## **Summary**

---

Berutti M. *Family functioning and suicide attempts in bipolar disorder patients* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2015.

The influence of bipolar disorder (BD) on the patient's behavior might interfere significantly with family functioning. From a systemic perspective, family functioning is about the way that family provides the appropriate environment for biologic, psychological and social development and survival for each family member. Studies evaluating family functioning in BD using the Family Assessment Device (FAD) suggest that family functioning is worse in families of BD patients when compared with control families. Considering all psychiatric disorders, BD is characterized by the highest rates of suicide attempts and mortality by suicide. Recent studies in major depression disorder suggest that there is an association between worse family functioning and suicidal behavior. The association between family functioning and suicide attempts in BD patients has been poorly investigated. **Hypothesis:** Families of BD patients with history of suicide attempts will present worse family functioning when compared with families of BD patients without suicide attempts. **Methods:** Sixty two BD patients (thirty-one BD I patients with lifetime history of suicide attempts and thirty-one BD I patients with no lifetime history of SA) and 61 first degree relatives (father, mother, brother, sister, daughter, son, or spouse) (twenty-nine relatives of BD I patients with lifetime history of suicide attempts and thirty-one relatives of BD I patients with no lifetime history of SA) were assessed using the Family Assessment Device (FAD). Family functioning scores were compared between both groups as correlation between FAD scores and mood symptoms and suicide ideation. **Results:** BD patients with history of suicide attempts presented significantly more psychiatric hospitalization ( $p=0,029$ ), higher frequency of psychotic symptoms ( $p=0,037$ ), and higher scores on depressive ( $p=0,026$ ), manic ( $p=0,005$ ), and suicidal ideation scores ( $p=0,041$ ) than BD patients without suicide attempts. BD patients with history of suicide attempts presented significantly higher scores in several subscales of the FAD, including General Functioning ( $p=0,025$ ), Communication ( $p=0,009$ ), Roles ( $p=0,005$ ), Affective Responsiveness ( $p=0,041$ ) and Problem Solving ( $p=0,036$ ) when compared with BD patients without suicide attempts. Relatives of BD patients with history of suicide attempts presented significantly higher scores in FAD domains such as Communication ( $p=0,012$ ), Roles ( $p=0,020$ ), Affective Response ( $p=0,001$ ) and General Functioning ( $p=0,025$ ) compared to relatives of BD patients without suicide attempts. There were significantly positive correlations in all FAD domains between patients and caregivers. **Conclusion:** History of suicide attempts in BD is associated with higher scores in family functioning in several domains of family functioning. This suggests a worse family functioning in several areas including Problem Solving, Communication, Roles, and Affective Responsiveness. Prospective studies might help to confirm this association, and clarify if therapeutics family interventions might help mitigate suicidal behaviors in BD patients.

Descriptors: family relations; family practice; bipolar disorder; suicide attempt; caregivers; interpersonal relations

# 1 Introdução

---



---

O transtorno bipolar (TB) é uma doença psiquiátrica grave, recorrente e altamente incapacitante. Caracteriza-se pela existência de uma instabilidade severa e cíclica do humor, em que este oscila entre polos opostos de depressão (tristeza profunda, insônia, perda de interesse e prazer em atividades, lentificação psicomotora, sentimentos exagerados de culpa, comportamentos suicidas) e de mania (alegria e sentimentos de bem-estar exagerados ou irritabilidade acentuada, aumento da energia e motivação, aceleração psicomotora) (Goodwin; Jamison, 2007). Os episódios maníacos são a característica fundamental da doença, ou seja, a sua existência é necessária para que o paciente seja diagnosticado como portador de TB. No entanto, são os episódios depressivos os mais frequentes ao longo da vida do paciente com TB, sendo os maiores responsáveis pelos prejuízos e sofrimento dos portadores do transtorno (Judd et al., 2003; Judd et al., 2005; Prince et al., 2007).

A etiopatogenia do TB ainda é desconhecida em sua maior parte. Um número crescente de evidências sugere que o TB é de etiologia multifatorial, ou seja, existe uma complexa inter-relação entre os fatores genéticos e ambientais na causação dos sintomas da doença e em sua evolução. Estudos em famílias de adoção e de gêmeos vêm mostrando que se trata de uma doença de alta agregação e penetração familiar. Sua herdabilidade, ou seja, a estimativa de ocorrência na população atribuível ao risco genético é uma das mais altas da Medicina, sendo estimada em torno de 79% (Mendelwicz; Rainer, 1977; Potash; DePaulo, 2000; Barnett; Smoller, 2009; Bienvenu et al., 2011). Cerca de 10% dos parentes de primeiro grau de pacientes com TB também apresentam essa condição (Craddock; Jones, 1999). Parentes de primeiro grau de

---

pacientes com TB também têm um risco aumentado para transtornos de humor e para outros transtornos psiquiátricos de forma geral (Chang et al., 2000; Barnett; Smoller, 2009).

## **1.1 TB e família**

Estudos sugerem que, além do risco genético aumentado para a ocorrência de transtornos de humor nos parentes de primeiro grau, o TB também afeta a família do paciente em outros níveis. Recentemente, vem aparecendo na literatura, um interesse crescente para entender a influência da família e do contexto familiar no início, curso, e tratamento dos transtornos de humor (Alloy et al., 2005). A influência do TB no comportamento do indivíduo interfere significativamente nos relacionamentos com a família, com os amigos e no trabalho. Conflitos familiares e conjugais são comuns, incluindo experiências extramaritais, comportamentos promíscuos e baixos níveis de ajustamento marital (Spalt, 1975; Bauwens et al., 1991).

Assim, as taxas de divórcio entre pacientes com TB são duas a três vezes mais altas que na população geral (APA, 2002). Doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada, bem como perdas no trabalho e problemas financeiros também são mais frequentes no TB que na população geral (St. John, 2005; Miaso, 2006). O TB está associado à queda substancial do desempenho no trabalho. Um estudo prospectivo com duração de 4 anos demonstrou que 28% dos pacientes com TB são impossibilitados de trabalhar ou estudar, e 19% são incapazes de viver independentemente (Tohen et al., 1990). Quando comparados com portadores de depressão unipolar, portadores de TB têm mais dias de trabalho perdidos por ano em razão de episódios depressivos (Kessler et al., 2006).

---

Gitlin LN et al. (1995), em um estudo prospectivo que acompanhou 82 pacientes com TB ao longo de 4,3 anos (mínimo de 2 anos), demonstraram que a adaptação social é boa somente para 39% dos pacientes, mas, que em 61% deles existem perdas razoáveis ou intensas na adaptação social, sobretudo no que diz respeito à esfera ocupacional. Tais limitações individuais possivelmente contribuem para maior sobrecarga da família do paciente.

O ambiente familiar parece ter importância fundamental na evolução da doença. Miklowitz et al. (1988) observaram que pacientes com TB que, ao receberem alta hospitalar, encontram um ambiente doméstico caracterizado por altos níveis de estresse familiar, têm mais chances de ser re-hospitalizados. O risco de re-hospitalização é maior sobretudo nas famílias com níveis mais altos de crítica, hostilidade ou superenvolvimento emocional. Pacientes provenientes de famílias com estas características têm chances mais altas de sofrer recaídas de episódios de humor se comparados a pacientes provenientes de famílias menos hostis e menos críticas (Miklowitz, 2010).

Por outro lado, um número crescente de evidências sugere que a relação de prejuízo entre o paciente com TB e sua família pode ser bidirecional. O papel da família pode ser muito importante no tratamento dos pacientes com TB e um funcionamento efetivo da família pode ajudar a manter o equilíbrio psicológico das pessoas (Justo et al., 2007). Por exemplo, Miklowitz et al. (2003) testaram um tratamento focado em pacientes e famílias, combinando elementos psicoeducacionais, treinamento em comunicação e em habilidades de solução de problemas. O tratamento foi desenvolvido em 21 sessões de 1 hora, e foram chamados todos os membros da família que estivessem disponíveis, durante 9 meses. No estudo foram incluídos 101 pacientes com

---

TB, sendo 31 no grupo de intervenção familiar e 70 no grupo controle. Ambos os grupos continuaram com o tratamento farmacológico e foram avaliados ao longo dos 2 anos seguintes. Os resultados do estudo demonstraram que a proporção de recaídas (ao longo desses 2 anos) foi significativamente menor no grupo em tratamento familiar que no grupo controle (35% e 54%, respectivamente). Também o tempo transcorrido até a primeira recaída foi significativamente maior no grupo em tratamento familiar que no grupo controle (53,2 versus 73,5 semanas, respectivamente). Finalmente, foram encontrados níveis médios de aderência à medicação mais altos no grupo em terapia familiar que no grupo controle (Torrente, 2006).

## **1.2 Família e Funcionamento familiar**

Pensamos a família como o contexto natural para crescer e receber auxílio, como um grupo natural que, no decorrer do tempo desenvolve formas de interação (Minuchin 2004). Ao mesmo tempo, a família é um sistema em constante transformação, que se adapta às diferentes fases do desenvolvimento, a fim de garantir o crescimento psicossocial dos membros que a compõem (Minuchin, 1977).

Conceituar a família como um sistema nos auxilia a enxergar a doença com base em nova perspectiva, considerando que um membro familiar com transtorno psiquiátrico influencia o sistema familiar ao mesmo tempo que é influenciado pelo sistema. Os subsistemas do sistema familiar estão em constante interação, em uma via de mão dupla (Walrond Skinner, 1978; Simon et al., 1988; Bruscajim, 2010).

Em uma perspectiva sistêmica, os indivíduos estão inter-relacionados de tal modo que mudanças em qualquer dos membros da família geram mudanças nos outros

---

membros da família. Desta forma, abandonamos uma perspectiva linear, focada nas partes isoladas, para adotar uma perspectiva totalizadora, que privilegia o sistema e a interação entre as partes. Portanto, o sujeito inserido em seu contexto familiar interage construindo e sendo construído pelo intercâmbio de ações (Minuchin, 1977; Minuchin, 2004).

Uma doença crônica implica um esforço e disponibilidade para a pessoa doente no contexto familiar. A longo prazo, esse esforço e disponibilidade podem esgotar o sistema familiar. Se o sistema familiar responder de forma positiva, poderá se transformar em ponto de apoio, mas se responder de forma negativa poderá se transformar em fonte de estresse ao paciente. Além disso, quando surge uma doença na família, os papéis e funções familiares precisam redefinirem-se (Rolland, 2000; Navarro Gongora, 2004).

Ao pensar na família, sendo atingida por uma doença psiquiátrica, sabemos que os transtornos psiquiátricos afetam não só o paciente mas o contexto de interação próximo. O transtorno psiquiátrico tem uma enorme repercussão no sistema familiar dos pacientes (Pittman, 1990).

A repercussão emocional que a doença psiquiátrica provoca na família é tão grande, que a família pode se sentir incapacitada para observar e identificar quais são as áreas de funcionamento prejudicadas. É preciso que assuma um fato extremamente doloroso, que é a doença de um dos seus membros. Todos os membros de uma ou outra forma se vêm afetados e atravessados pela doença, levando a família a passar por diferentes situações. A família tem à frente um grande desafio, podendo sofrer deterioração em sua qualidade de vida. Por esse motivo, é de extrema importância considerar com unidade de atenção e cuidados a família como um todo. Desta forma, a

---

família é entendida como uma organização interdependente na qual a conduta e a expressão de um membro influi e é influenciada pela conduta e expressão dos outros membros (Rolland, 2000; Navarro Gongora, 2004).

### **1.3 Modelos de avaliação familiar**

O funcionamento familiar diz respeito à forma como a família proporciona o ambiente adequado para o desenvolvimento e sobrevivência de seus membros nos níveis biológico, psicológico e social (Epstein et al., 1983). Diversos instrumentos para avaliar famílias vem sendo propostos, com diferentes enfoques entre eles. Dentre eles, os mais citados na literatura são: Camberwell Family Interview (CFI) – Entrevista Familiar de Camberwell (Vaughn; Leff, 1976), que avalia o clima emocional das famílias com pacientes mentais crônicos; Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – II (FACES – II) – Escala para Avaliação de Adaptação e Coesão Familiar – II (Olson et al., 1983; Olson; Tiesel, 1991) que avalia níveis de coesão de adaptação dentro do sistema familiar; Family Attitude Scale (FAS) – Escala de Atitude Familiar (Kavanagh et al., 1987), que avalia o clima emocional na família; Family Environment Scale – Escala de Ambiente Familiar (FES), mede as características sociais e ambientais da família: relações interpessoais, crescimento pessoal e manutenção do sistema; o modelo Circumplexo de Sistemas Maritais e Familiares (Olson et al., 1979) avalia três dimensões de funcionamento familiar: comunicação, coesão e flexibilidade; e a Family Assessment Device – ou Inventário de Funcionamento Familiar, que avalia o funcionamento familiar em sete dimensões: Solução de Problemas; Comunicação; Papéis; Resposta Afetiva; Envolvimento Afetivo; Controle do Comportamento e Funcionamento Geral, privilegiando a família como um todo.

---

De acordo com alguns destes modelos, famílias de pacientes com TB apresentam dificuldades em resolver problemas e dificuldades para desenvolver uma comunicação saudável (Fristad, 2006); baixa coesão (Chang et al., 2001; Romero et al., 2005; Belardinelli et al., 2008; Nader et al., 2013), altos níveis de emoção expressa (Honig et al., 1997; Simoneau et al., 1998; Miklowitz et al., 2000; 2009; 2010; Nader et al., 2013) baixo grau de acolhimento, afeto, intimidade e altos níveis de brigas (Schenkel et al.; 2008).

O modelo McMaster de funcionamento familiar foi desenvolvido inicialmente na Universidade de McGill, em Montreal, Canadá, na década de 1950, por Nathan Epstein e, em seguida, aprimorado na Universidade McMaster em Hamilton, Ontário, Canadá e na Universidade Brown, em Providence, Rhode Island, EUA. O modelo McMaster de funcionamento familiar foi baseado originalmente em uma visão psicodinâmica, mas, posteriormente, incorporou um postulado teórico-sistêmico, com enfoque comportamental (Epstein, 1983).

Conforme o modelo McMaster de funcionamento familiar, uma família saudável ou com um funcionamento efetivo é aquela que identifica e resolve os problemas facilmente, consegue se comunicar de um modo claro e direto, tem papéis claros e razoáveis, é capaz de expressar uma ampla série de emoções, tem um envolvimento empático em atividades e interesses dos membros da família e apresenta um controle da conduta flexível (Ryan et al., 2005). Uma das premissas do modelo é que a organização, estrutura e padrões de interação exercem um papel fundamental ao determinar a saúde emocional dos membros da família (Ryan et al., 2005). Neste modelo, a família é vista como um sistema dentro de sistemas (individual, marital, fraternal) que se relaciona com outros sistemas (família estendida, escola, igreja, local de trabalho). O foco é na

---

família como um todo. A família é considerada como uma rede complexa de relações e emoções, que não são passíveis de ser avaliadas com instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados (Gameiro, 1992).

Para avaliar o funcionamento familiar, conforme o modelo McMaster, foi desenvolvida uma escala chamada Inventário de Avaliação Familiar (IAF), ou Family Assessment Device (FAD) (Miller et al., 1985). O IAF é um questionário de autorresposta, composto por 60 questões sobre o funcionamento da família do entrevistado. O instrumento concentra-se nas dimensões do funcionamento familiar que, conforme o modelo de McMaster, tem maior importância na saúde física e emocional dos membros da família que são os seguintes:

**Solução de Problemas:** refere-se à habilidade da família resolver problemas dentro e fora de seu ambiente, a fim de manter o funcionamento familiar efetivo;

**Comunicação:** refere-se ao quanto a comunicação na família é clara e direta ou indireta e vaga;

**Papéis:** refere-se à extensão de padrões comportamentais estabelecidos na qual são manejadas as tarefas familiares;

**Resposta Afetiva:** refere-se à habilidade dos membros da família em responder a uma faixa de situações com qualidade e quantidade apropriada de emoções;

**Envolvimento Afetivo:** refere-se ao grau de interesse e envolvimento dos membros da família sobre as atividades dos demais membros;

**Controle do Comportamento:** refere-se às maneiras pelas quais a família expressa e mantém padrões de comportamento; e



---

**Funcionamento Geral:** avalia o grau de patologia ou saúde geral da família (Epstein et al., 1983; Miller et al., 1985; Friedman et al., 1997; Ryan et al., 2005).

Cada dimensão vem sendo definida de acordo com o espectro de sua efetividade, variando do modo menos efetivo ao mais efetivo. Vem sendo postulado que o modo menos efetivo de funcionamento familiar pode contribuir para a apresentação de sintomas clínicos nos membros da família, e o modo mais efetivo de funcionamento familiar em todas as dimensões pode contribuir para um estado ótimo de saúde física e emocional (Epstein et al., 1983). O modelo McMaster de funcionamento familiar, além de ter sido amplamente estudado, inclui diferentes ferramentas para entender diversos níveis de funcionamento familiar em várias áreas, o que possibilita uma maior compreensão do sistema familiar.

### **1.3.1 Funcionamento familiar no TB**

Uma série de estudos vem investigando o funcionamento familiar em pacientes com TB, usando o IAF (Friedman et al., 1997; Koyama et al., 2004; Miller et al., 2006; Du Rocher et al., 2008).

Em um dos primeiros estudos que utilizam o IAF para avaliar o funcionamento familiar de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos, Friedman et al. (1997) compararam 60 famílias de pacientes com TB, 61 famílias de pacientes do espectro esquizofrênico, 111 famílias de pacientes com transtorno depressivo maior, 48 famílias de pacientes com transtornos por uso de substâncias, 46 famílias de pacientes com transtornos de ajustamento e 353 famílias de indivíduos saudáveis. Em relação às

---

famílias de indivíduos saudáveis, as de pacientes com TB apresentaram funcionamento familiar pior nas áreas de Solução de Problemas, Comunicação, Papéis, Resposta Afetiva, Envolvimento Afetivo e Funcionamento Geral (Friedman et al., 1997). As famílias de pacientes com outros transtornos psiquiátricos também mostraram pior funcionamento familiar nas mesmas dimensões, sugerindo que a presença de qualquer diagnóstico psiquiátrico em um membro da família está associado a um pior funcionamento familiar, qualquer que seja este diagnóstico.

Koyama et al. (2004) tentaram avançar o estudo das diferenças em funcionamento familiar, de acordo com o tipo de diagnóstico psiquiátrico. Estes autores usaram o IAF para comparar o funcionamento familiar relatado por pares de parentes e pacientes afetados por TB (n = 18 pares), esquizofrenia (n = 24 pares) e transtorno depressivo maior (n = 28 pares). A percepção do funcionamento familiar não foi significativamente diferente entre os três grupos de pacientes, com a exceção da área de Solução de Problemas, em que pacientes esquizofrênicos relataram pior funcionamento familiar comparados a pacientes com transtorno depressivo maior. Por outro lado, a percepção do funcionamento familiar entre os parentes de pacientes de cada grupo psiquiátrico também não foi estatisticamente diferente. Além disso, a percepção do funcionamento familiar entre pacientes com TB e seus parentes foi correlacionada positivamente, sugerindo que ambos percebem o funcionamento familiar do mesmo modo. Não houve diferença de funcionamento familiar, de acordo com as respostas dos parentes de cada grupo diagnóstico. No entanto, os pacientes afetados por TB relataram um pior funcionamento familiar na área de Solução de Problemas quando comparados aos pacientes com esquizofrenia ou transtorno depressivo maior.

---

Unal et al. (2004) avaliaram o impacto da progressão da doença no funcionamento familiar de pacientes com TB (n = 25), esquizofrenia (n = 25) e epilepsia (n = 25) em 134 parentes desses pacientes. De forma geral, famílias de pacientes com TB relataram melhor funcionamento geral que famílias de pacientes com esquizofrenia e de pacientes com epilepsia. No entanto, as famílias de pacientes com TB ainda relataram um pior funcionamento familiar nas áreas de Solução de Problemas e de Funcionamento Geral quando comparadas a outros grupos.

Uebelacker et al. (2006) investigaram a relação entre o funcionamento familiar e os estados de humor do TB, na forma de episódios depressivos e maníacos de TB. Eles avaliaram 62 pacientes portadores de TB inicialmente tratados para um episódio agudo de depressão ou de mania e acompanhados ao longo de 18 meses. Os autores perceberam que o funcionamento familiar global medido era pior nos episódios maníacos e depressivos. Além disso, ao longo do tempo, o funcionamento familiar não predizia uma recaída para um novo episódio de humor até 3 meses depois. Os autores sugeriram que a avaliação de sintomas de humor no TB deve sempre ser levada em consideração quando se estuda o funcionamento familiar no TB.

Townsend et al. (2006) avaliaram a relação entre funcionamento familiar e a resposta medicamentosa em 55 crianças e adolescentes portadores de TB. Os autores observaram que a presença de funcionamento familiar mais deficiente na área de Solução de Problemas predizia a persistência de maiores níveis de sintomas depressivos após 8 semanas de tratamento com lítio ou divalproato, mesmo controlando para intensidade da depressão na linha de base e para outras áreas do funcionamento familiar.

Du Rocher et al. (2008) avaliaram o papel do diagnóstico de TB ou transtorno depressivo maior nos pais, em famílias nas quais um ou ambos os pais eram afetados

---

por transtornos de humor. Os autores verificaram que as famílias em que ambos os pais eram afetados por transtornos de humor apresentavam um pior funcionamento nas áreas de Funcionamento Geral e de Solução de Problemas, tanto comparadas a famílias em que nenhum dos pais apresentava transtornos de humor, quanto a famílias em que apenas um dos pais apresentava transtornos de humor. Além disso, os autores também observaram uma influência indireta da presença de transtornos de humor nos pais sobre o diagnóstico de transtorno de humor nos filhos via piora do funcionamento e aumento do conflito familiar.

Em resumo, os estudos que avaliaram o funcionamento familiar em famílias de pacientes com TB, utilizando o IAF sugerem que o funcionamento familiar é globalmente pior quando comparado a famílias de indivíduos saudáveis. Não parece haver nenhuma especificidade diagnóstica entre nenhuma dimensão de funcionamento familiar e o TB. As percepções do funcionamento familiar do paciente portador de TB e de seus familiares parecem não diferir entre si quando comparadas diretamente, embora os resultados da literatura sugiram que as diferenças apontadas no funcionamento familiar provêm da percepção de pacientes e não da percepção de familiares. Além disso, algumas características clínicas do TB podem associar-se a diferenças no funcionamento familiar, como, por exemplo, a presença de sintomas de humor e o diagnóstico de transtornos de humor em mais pessoas da família. É possível que padrões de interação familiares diferentes surjam ou estejam presentes quando o paciente está sintomático, ou quando mais de um membro da família é doente.

## 1.4 TB e suicídio

O suicídio é a maior causa de mortalidade no TB. Pacientes com TB têm 15 vezes mais chances de cometer suicídio que a população geral (Harris; Barraclough, 1997; Goodwing; Jamison, 2007). Aproximadamente 15% da população de pacientes com TB cometem suicídio e 50% destes tentam suicídio, pelo menos, uma vez ao longo da vida (Jamison, 2000).

Podemos observar que, em diferentes estudos, há fatores que aumentam o risco do paciente portador de TB tentar o suicídio. Grande parte dos fatores de risco para tentativa de suicídio inclui características pessoais ou da própria doença do paciente, como, por exemplo, agressividade, impulsividade, abuso de álcool e drogas, histórico familiar de tentativa de suicídio, eventos estressantes ou perdas significativas, abuso físico ou sexual na infância, início precoce dos sintomas do TB, e tentativas de suicídio anteriores (Michaelis et al., 2003; Oquendo et al., 2004; Aizenberg et al., 2006; Valtonen et al., 2006; Ell-Mallak et al., 2008; Abreu et al., 2009; Guillaume et al., 2010).

Mesmo a tentativa de suicídio sendo um ato pessoal e individual, essa pessoa encontra-se imersa em um ambiente e em contextos familiar e social determinados. Considerando que o contexto de interação mais próximo é a família, devemos estudar e examinar não só os fatores de risco individuais, mas também os familiares. Enquanto a tentativa de suicídio acontece em um momento específico, acredita-se que os fatores que levam ao comportamento suicida possam ser cumulativos (Keitner et al., 1990).

O ambiente pode também representar um papel importante no risco aumentado para tentativas de suicídio, considerando-se como ambiente a presença de divórcio,

---

número pequeno de amigos próximos, ocorrência de perdas significativas ou ainda a ausência de pessoas que se importem com o paciente portador de TB (Maris, 1997). É possível que todos esses fatores representem a falta de apoio social. Assim, fatores ambientais podem se tornar menos estressantes ao paciente portador de TB se ele ou ela tiver alguma fonte de apoio social na forma de um parceiro ou parceira, amigo ou amiga próxima ou familiar.

O estudo de fatores ambientais que aumentam o risco, mediam ou moderam o comportamento suicida em pacientes com TB, pode ajudar a identificar fatores ambientais passíveis de intervenção educativa, preventiva e terapêutica, e, assim, diminuir ou evitar o comportamento suicida no paciente com TB.

#### **1.4.1 Funcionamento familiar e tentativa de suicídio nos transtornos de humor**

Na literatura, existem poucos estudos que investigaram a associação entre funcionamento familiar, usando o IAF e comportamento suicida em pacientes com transtornos de humor.

Keitner et al. (1990) estudaram 57 pacientes portadores de transtorno depressivo maior, com e sem tentativa de suicídio, durante e após uma hospitalização psiquiátrica. Os autores observaram que a percepção de funcionamento familiar nos pacientes deprimidos suicidas era significativamente pior que a de pacientes deprimidos não suicidas nas áreas de Funcionamento Geral e de Solução de Problemas. Além disso, tentativas de suicídio prévias, nível de ajustamento psicossocial entre os episódios e percepção do funcionamento familiar foram associados com maior risco de apresentar comportamento suicida recorrente após a hospitalização. Esses resultados sugerem que

---

fatores ambientais familiares também devem ser levados em conta no estudo de comportamento suicida em pacientes com transtornos de humor.

McDermuth et al. (2001) estudaram 121 pacientes com transtorno depressivo maior, vivenciando um episódio de depressão maior e separados em três grupos: não suicida (não apresentava ideação suicida nem nunca havia tentado suicídio na vida), ideação suicida (com ideação suicida no momento do estudo) e tentativa de suicídio (que havia apresentado tentativa de suicídio, pelo menos, uma vez na vida). Pacientes deprimidos com histórico de, pelo menos, uma tentativa de suicídio na vida relataram pior funcionamento familiar na área de Solução de Problemas do que pacientes deprimidos com ideação suicida e pacientes deprimidos sem ideação ou histórico de tentativa de suicídio. Ademais, em uma regressão logística, a presença de tentativa de suicídio na vida foi associada com funcionamento familiar deficiente na área de Comunicação. Embora tenha sido um estudo transversal, estes resultados sugerem que o funcionamento familiar pode ser um fator de risco para comportamento suicida nos transtornos de humor.

Miller et al. (2008) avaliaram 92 pacientes diagnosticados com TB que foram seguidos durante 28 meses com diferentes combinações de terapia e medicação. As famílias também foram avaliadas no começo do seguimento, 66% das famílias foram classificadas como alto nível de disfuncionalidade e 43% como famílias com baixo nível de disfuncionalidade. Em pacientes com famílias com um alto nível de disfuncionalidade, a inclusão de um membro da família na intervenção familiar (terapia familiar ou psicoeducacional grupal) resultou em uma melhora significativa do curso da doença, particularmente em referência ao número de episódios depressivos e à duração dos mesmos (Miller et al., 2008).

---

Goldstein et al. (2009) avaliaram 466 jovens com TB (279 sem ideação suicida e 160 com ideação suicida) e seu ambiente familiar, usando a escala FACES II, que avalia índices de adaptação e coesão familiar. Os autores relataram que os pacientes com transtorno bipolar com ideação suicida manifestaram maior conflito com as mães e menor adaptabilidade se comparados com pacientes com TB sem ideação suicida.

Algorta et al. (2011) avaliaram 138 jovens entre 5 e 18 anos com TB (20 pacientes com histórico de tentativa de suicídio, 63 com ideação suicida e 55 sem tentativa e sem ideação suicida). Os pacientes com histórico de tentativa de suicídio reportaram idade maior, menor qualidade de vida, sintomas depressivos mais graves. Tanto o grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio como o grupo de pacientes com histórico de ideação suicida foram associados com pior funcionamento familiar conforme o IAF, se comparados com o grupo sem tentativa e sem ideação. Os autores sugeriram que o TB e a tentativa de suicídio têm um papel ativo na piora do funcionamento familiar, considerando a tentativa de suicídio uma forma de influenciar processos familiares por parte do adolescente.

Embora poucos, estes estudos sugerem que, em pacientes com transtornos de humor e, especialmente, nos com transtorno depressivo maior, um funcionamento familiar deficiente na área de Solução de Problemas ou de Comunicação está associado a comportamento suicida, na forma de tentativas de suicídio. Semelhante estudo ainda não foi realizado em pacientes adultos com TB.



## **2 Justificativa do Estudo**

---

---

As situações geradas pelas diversas características clínicas do TB implicam um alto grau de sofrimento ao paciente e à família.

O estudo de fatores familiares e sua relação com suicídio é uma área de interesse crescente, visto que o funcionamento familiar pode ser modificado com diversas intervenções psicoterapêuticas. Assim, sendo a disfunção do funcionamento familiar um possível fator de risco para o comportamento suicida em transtornos de humor, identificar a associação de funcionamento familiar ruim, em geral, ou em determinadas áreas, em particular, com o comportamento suicida no TB pode ajudar a estabelecer medidas de prevenção e proteção mais eficazes contra suicídio nessa população. Não conhecemos também o impacto da tentativa de suicídio no funcionamento familiar de pacientes com TB. O conhecimento desta possível associação poderá ajudar a assistir melhor as famílias dos pacientes com TB que apresentam risco de suicídio ou apresentaram uma tentativa de suicídio eventual.

Não existe nenhum instrumento disponível que possa prever a probabilidade de um indivíduo tentar suicídio. Assim, podemos trabalhar identificando os fatores de risco e, quando possível, intervindo nesses fatores. O reconhecimento de características disfuncionais familiares que possam aumentar o risco de tentativas de suicídio em pacientes portadores de TB pode auxiliar na identificação e prevenção desse desfecho trágico e grave do TB, permitindo desenvolver ferramentas focadas em auxiliar estas famílias a lidar com o comportamento suicida no TB.

## **3 Objetivos do Estudo**

---

### **3.1 Objetivo geral**

- 3.1.1. Investigar a associação entre prejuízos no funcionamento familiar e histórico de tentativa de suicídio em pacientes com TB.

### **3.2 Objetivos específicos**

- 3.2.1. Investigar possíveis associações entre prejuízos no funcionamento familiar com ideação suicida atual e a sintomatologia depressiva e/ou maníaca/hipomaníaca atual; e
- 3.2.2. Comparar a percepção do funcionamento familiar entre pacientes e seus familiares/cuidadores.

## **4 Hipótese**

---

- 4.1 Famílias de pacientes portadores de TB que tenham apresentado, pelo menos, uma tentativa de suicídio na vida mostram pior funcionamento familiar quando comparadas a famílias de pacientes portadores de TB que nunca tentaram suicídio.
- 4.2 O pior funcionamento familiar será positivamente correlacionado com a gravidade da sintomatologia depressiva ou maníaca atual e com escores de ideação suicida atual (nos pacientes sintomáticos).
- 4.3 A percepção do funcionamento familiar será positivamente correlacionada entre pacientes e parentes.

## **5 Metodologia**

---

## 5.1 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CAPPesq) (Protocolo nº 0869/11). Todos os sujeitos participaram da pesquisa de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) antes da participação no estudo. Os sujeitos receberam, por escrito, informações detalhadas sobre a natureza, métodos e objetivos do estudo. Após esclarecimento de todas as dúvidas, foi solicitada a assinatura de Termo de Consentimento Informado. As informações foram tratadas de forma confidencial, e serão protegidas as identidades dos sujeitos nas publicações que decorrerem da pesquisa. Os sujeitos foram assegurados da possibilidade da interrupção de participação a qualquer momento, se assim o desejassem.

## 5.2 Desenho do estudo

Este estudo consistiu em uma comparação do funcionamento familiar de pacientes portadores de transtorno bipolar tipo I com e sem histórico de tentativa de suicídio com a utilização da escala de Funcionamento Familiar (*Family Assessment Device*, no termo original em inglês, ou Inventário de Avaliação Familiar).

## 5.3 Amostra

Para recrutar participantes para participar do projeto, foi divulgada a informação por meio dos médicos psiquiatras e enfermeiras do PROMAN. Todos os pacientes que



participaram do estudo foram avaliados por psiquiatras treinados, confirmando o diagnóstico de TB tipo I, conforme o DSM IV pela entrevista diagnóstica SCID. Os pacientes que manifestaram interesse em participar do projeto receberam maiores informações e realizaram as entrevistas.

A amostra para o presente estudo foi constituída por: 31 pacientes portadores de TB tipo I, com tentativa de suicídio; 31 pacientes portadores de TB tipo I, sem tentativa de suicídio acompanhados em ambulatório no Programa de Pesquisa em Transtorno Bipolar (PROMAN); 29 cuidadores de pacientes portadores de TB tipo I, com tentativa de suicídio e 31 cuidadores de pacientes portadores de TB tipo I, sem tentativa de suicídio.

### **5.3.1 Critérios de inclusão para pacientes**

- a) idade maior que 18 anos;
- b) diagnóstico de TB tipo I, de acordo com critérios do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders); e
- c) residir com, pelo menos, um parente de primeiro grau (pai, mãe, irmão ou irmã, filho ou filha, cônjuge) há, pelo menos, um ano.

### **5.3.2 Critérios de exclusão para pacientes**

- a) gravidez;
- b) diagnóstico no último ano de abuso/dependência de álcool ou drogas;
- c) doenças médicas com repercussão em SNC, incluindo doenças neurológicas;

- d) doenças médicas graves e/ou descompensadas, incluindo diabetes melitus ou hipertensão grave; e
- e) residir sozinho.

### **5.3.3 Critérios de inclusão para os cuidadores**

Ser cuidador de pacientes com TB, tendo como critério de inclusão quem é o familiar considerado pelo paciente como cuidador. Os seguintes critérios de inclusão foram usados para definir o familiar cuidador, familiares deviam preencher, pelo menos, três e não familiares deviam preencher dois dos seguintes critérios (Pollack; Perlick, 1991):

- a) Ser cônjuge (ou equivalente) ou pai/mãe
- b) Ter contato mais frequente com o paciente
- c) Oferecer suporte financeiro ao paciente
- d) Frequentemente, auxiliar no tratamento do paciente
- e) Ser comunicado em casos de emergência

O cuidador, além de ser identificado com o paciente, precisava estar morando com o paciente no momento da última tentativa de suicídio, isto permite certificar que, pelo menos, uma mínima constelação familiar estivesse presente desde a última tentativa de suicídio.

## 5.4 Avaliações

### 5.4.1 Avaliação clínica

A avaliação clínica psiquiátrica foi realizada, usando-se os seguintes instrumentos:

Entrevista Clínica Estruturada para Diagnósticos do DSM-IV (SCID, do inglês *Structured Clinical Interview for Diagnoses*): Entrevista semiestruturada para diagnóstico clínico de transtornos psiquiátricos do eixo I, de acordo com critérios diagnósticos do DSM IV (First et al., 1995).

Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAMD, do inglês Hamilton Depression Rating Scale): Escala utilizada para avaliação de níveis de gravidade do estado depressivo, nos últimos 7 dias anteriores à participação do paciente na pesquisa, expressos em escores parciais (para cada sintoma avaliado) e total (Hamilton, 1960). Foi utilizada a versão com 17 itens.

Escala de Avaliação de Mania de Young (YMRS, do inglês Young Mania Rating Scale): Escala utilizada para avaliação de níveis de gravidade de sintomas maníacos, nos 7 dias anteriores à participação do paciente na pesquisa (Young e cols., 1978).

Além disso, criamos um questionário padronizado de avaliação sociodemográfica da família do paciente, incluindo tanto sua família de origem (na qual nasceu) quanto à atual (com a qual reside no momento da participação no estudo).

Para avaliar a classificação socioeconômica dos pacientes, foi utilizado o sistema de classificação ABIPEME. A ABIPEME utiliza uma classificação socioeconômica da população apresentada em cinco diferentes classes sociais, estas são:

A, B, C, D e E. Os limites de classificação ficaram definidos do seguinte modo: A- 89 ou mais; B - 59/88; C - 35/58; D - 20/34; E - 0/19.

#### **5.4.2 Avaliação de suicídio**

Nos pacientes com TB, comportamentos suicidas foram avaliados por meio da Entrevista de História de Suicídio de Columbia (tradução livre) (Columbia Suicide History Form) (Oquendo et al., 2003). Esta entrevista avalia a presença de tentativas de suicídio na vida, incluindo número de tentativas, intenção suicida e método da tentativa de suicídio. A escala de St Paul-Ramsey foi utilizada para avaliar os fatores estressantes/desencadeantes prévios à tentativa de suicídio. Ademais, para melhor caracterização de ideação suicida, usamos: a) Escala de Suicídio de Beck (Beck Suicide Scale) (adaptação e normatização brasileira por Cunha, 2001). Esta escala avalia a presença de ideação suicida atual (na última semana) no paciente, bem como o planejamento e a motivação para a ideação suicida.

#### **5.4.3 Avaliação funcionamento familiar (paciente e cuidador)**

O funcionamento familiar foi avaliado por meio do Inventário de Avaliação Familiar (IAF) (Miller et al., 1985). O IAF é um questionário de autorresposta, composto por 60 questões sobre o funcionamento da família do entrevistado. Usamos a versão traduzida para o português, retrotraduzida para o inglês e aprovada pelos autores (Comunicação Pessoal). Não existe uma versão validada do IAF em português. O instrumento concentra-se nas dimensões do funcionamento familiar que, conforme o modelo de McMaster, tem maior importância na saúde física e emocional dos membros

---

da família, e são as seguintes: Solução de Problemas, Comunicação, Papéis, Resposta Afetiva, Envolvimento Afetivo, Controle da Conduta e Funcionamento Geral (Epstein et al., 1983; Miller et al., 1985; Friedman et al., 1997; Ryan et al., 2005).

Solução de problemas faz referência à habilidade da família de resolver problemas com o objetivo de manter o funcionamento familiar efetivo. Quando falamos de problemas, estamos nos referindo a dois tipos de problemas, instrumentais e afetivos. Os instrumentais estão vinculados a questões mecânicas, como provisão de dinheiro, comida, casa, transporte, e os problemas afetivos, com emoções e sentimentos.

Comunicação faz referência ao intercâmbio de informação dentro da família. A comunicação é dividida em área instrumental e afetiva. São avaliados dois aspectos: a comunicação clara ou encoberta e a comunicação direta ou indireta. O aspecto da comunicação clara ou encoberta avalia se o conteúdo das mensagens é claramente expressado ou disfarçado. O aspecto da comunicação direto ou indireto tem o foco em avaliar se as mensagens vão até o objetivo adequado ou se é direcionada a outra pessoa ou a nenhuma pessoa (Ryan et al., 2005).

Papéis são definidos como os padrões repetitivos de conduta por meio dos quais os membros das famílias cumprem suas funções. O IAF identifica cinco funções como necessárias para manter o sistema efetivo e sadio: provisão de recursos, criança e sistema, satisfação sexual dos adultos, desenvolvimento pessoal e manutenção e manejo do sistema familiar. No extremo saudável deste domínio são cumpridas todas as funções necessárias. A atribuição de papéis é razoável e não sobrecarrega a um ou mais membros. A responsabilidade é clara (Ryan et al., 2005).

---

Resposta Afetiva faz referência à amplitude do potencial da família para a resposta afetiva, tanto qualitativa como quantitativamente. Os membros da família demonstram habilidade para responder com todo o espectro de sentimentos na vida emocional humana? A emoção é experimentada no tempo certo com o estímulo ou o contexto emocional que a gera?

Diferenciamos dois tipos de categorias de afeto: emoções de bem-estar e emoções de emergência. As emoções de bem-estar estão vinculadas com o afeto, carinho, tristeza, decepção e depressão, e as emoções de emergência com ira, medo, solidão, tristeza, depressão e frustração (Ryan et al., 2005).

Envolvimento Afetivo avalia o grau no qual a família mostra interesse e dá valor às atividades de cada um de seus membros. O foco está tanto na quantidade de interesse como no apoio de uns aos outros. A família pode transitar desde o extremo da falta de interesse total onde não tem nem apoio nem interesse pelas atividades dos outros até, no outro extremo em que há um sobrecompromisso, com um interesse excessivo e falta de diferenciação entre seus membros.

O Controle da Conduta avalia as pautas que a família adota para sustentar as condutas de seus membros em três áreas: situações de perigo físico, situações que envolvem necessidades psicobiológicas e situações de socialização, tanto entre os membros da família como com pessoas fora do sistema familiar.

O domínio Funcionamento Geral avalia o grau de patologia ou saúde geral da família (Ryan et al., 2005).

Cada dimensão vem sendo definida, de acordo com o espectro de sua efetividade, variando do modo menos efetivo ao mais efetivo. Vem sendo postulado que

---

o modo menos efetivo de funcionamento familiar pode contribuir para a apresentação de sintomas clínicos nos membros da família, e o modo mais efetivo de funcionamento familiar em todas as dimensões pode contribuir para um estado ótimo de saúde física e emocional (Epstein et al., 1983). O modelo McMaster de funcionamento familiar, além de ter sido amplamente estudado, inclui diferentes ferramentas para entender diversos níveis de funcionamento familiar em várias áreas, o que possibilita uma maior compreensão do sistema familiar.

O IAF foi aplicado tanto no paciente com TB como no familiar identificado pelo paciente como cuidador. O IAF é um instrumento de autoavaliação de funcionamento familiar, contendo 60 itens, a respeito dos quais os indivíduos respondem se concordam fortemente (1), concordam (2), discordam (3), ou discordam fortemente (4). Por exemplo: “Em tempos de crise, nós podemos nos apoiar uns nos outros”. Escores totais variam entre 1 e 4, com escores maiores indicando funcionamento familiar ruim. O IAF tem boas propriedades psicométricas, tendo níveis aceitáveis de consistência interna ( $\alpha = 0,72$  a  $0,92$ ) e de confiabilidade teste-reteste ( $0,66$  a  $0,76$ ) (Kabacoff et al., 1990; Miller et al., 1994). As escalas encontram-se em anexo.

## **5.5 Análise estatística**

A análise estatística foi realizada no programa estatístico SPSS, versão 18 (SPSS, Inc., Chicago, IL), usando o nível de significância de 5%. A normalidade da distribuição dos dados contínuos foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. O teste de Mann-Whitney foi usado para comparar as médias com relação à idade.

---

As variáveis nominais foram analisadas, utilizando o teste Qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Após a análise da distribuição, foi utilizado o teste ANOVA para comparar os escores do IAF entre os grupos: pacientes com histórico de tentativa versus pacientes sem histórico de tentativa de suicídio e cuidadores de pacientes portadores de TB, com e sem histórico de tentativas de suicídio. Em caráter exploratório, comparamos também os escores do IAF entre os pacientes com TB e seus cuidadores e pacientes, e entre os cuidadores de pacientes com TB que tentaram suicídio e os cuidadores de pacientes com TB que nunca tentaram suicídio. Usamos os testes de correlação bivariada de Pearson para avaliar a existência e direção de correlações entre os escores do IAF e a intensidade de sintomas depressivos, maníacos e de ideação suicida, e entre os escores do IAF entre pacientes e seus familiares.



## **6 Resultados**

---

## 6.1 Características sociodemográficas da amostra

Foram avaliados 31 pacientes portadores de TB I com histórico de tentativa de suicídio, 31 pacientes portadores de TB I sem histórico de tentativa de suicídio, acompanhados em ambulatório no Programa de Pesquisa em Transtorno Bipolar (PROMAN), 31 cuidadores de pacientes portadores de TB sem histórico de tentativa de suicídio e 29 cuidadores de pacientes portadores de TB com histórico de tentativa de suicídio. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos de pacientes no que diz respeito às características sociodemográficas (Tabela 1).

A idade dos participantes variou de 22 a 54 anos, sendo a média de idade para o grupo sem histórico de tentativa de suicídio 42 com um DP±9; para o grupo com histórico de tentativa de suicídio, a média 40 com um DP±8. No grupo sem histórico de tentativa de suicídio, 16 eram do gênero feminino (51,6%), e no grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio 23 eram do gênero feminino (74,2%).

Considerando a Escala Socioeconômico-demográfica das Classes ABIPEME, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p = 0,133$ ) de pacientes sem histórico de tentativa de suicídio e com histórico de tentativa de suicídio. Tanto nas famílias de pacientes sem histórico de tentativa de suicídio como nas famílias de pacientes com histórico de tentativa de suicídio, a classe social predominante foi a C (51% para ambos os grupos), seguida pela classe B (38% para ambos os grupos).

Em relação ao estado civil, não houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,243$ ). Em ambos os grupos, observamos uma

predominância de pacientes casados (48% pacientes sem histórico de tentativa de suicídio e 39% pacientes com histórico de tentativa de suicídio), mesmo assim, podemos ver no grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio, um número maior de pacientes separados e divorciados (29%) (Tabela 1).

**Tabela 1 -** Dados sociodemográficos do grupo de pacientes com TB sem e com histórico de tentativa de suicídio (TS)

	TB sem histórico TS (n=31)	TB com histórico de TS (n=31)	Teste	Valor-p
Idade (Média e Desvio-Padrão)	41(9)	40 (8)	* U = 420,5	0,398
Gênero % (Feminino)	53,3	74,18	**	0,066
Nível Socioeconômico	n (%)	n (%)	**	0,133
A - 89 ou mais	3 (9,7)	0 (0)		
B - 59 a 88	12(38,7)	12 (38,7)		
C - 35 a 58	16 (51,6)	16 (51,6)		
D - 20 a 34	0 (0)	3 (9,7)		
Estado civil	n (%)	n (%)	**	0,243
Solteiro(a)	12(38,7)	10(32,2)		
Casado(a)	15(48,3)	12(39,7)		
Separado(a)/Divorciado(a)	3(9,6)	9(29)		
Viúvo(a)	1(3,2)	0(0)		

\*Teste de Mann-Whitney

\*\* Teste exato de Fisher

Para identificar os cuidadores dos pacientes, aplicamos os critérios de Pollack & Perlick (1991). Em nossa amostra, não houve diferenças estatisticamente significativas entres os dois grupos (cuidadores de pacientes com histórico de tentativa de suicídio e cuidadores de pacientes sem histórico de tentativa de suicídio) em relação à idade, anos de escolaridade e presença de transtorno psiquiátrico. No grupo de pacientes sem

histórico de tentativa de suicídio, a maioria dos cuidadores foi de cônjuges (46,7%). No grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio, o cuidador na maioria foi a mãe (59,3%), ou seja, um membro da família de origem

A média de idade  $\pm$  D.P. para o grupo de cuidadores de pacientes sem histórico de tentativa de suicídio foi  $49 \pm 14$  anos, e para o grupo de cuidadores de pacientes com histórico de tentativa de suicídio, a média foi  $53 \pm 16$  anos. A diferença entre as médias de idade não foi estatisticamente significativa ( $p=0,377$ ).

Entre os cuidadores dos pacientes sem histórico de tentativa de suicídio, 22% têm histórico de transtorno psiquiátrico, ao passo que entre os cuidadores de pacientes com histórico de tentativa de suicídio, 25% têm histórico de transtorno psiquiátrico. Esta diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,508$ ). (Tabela 2)

**Tabela 2 -** Dados sociodemográficos do grupo de Cuidadores de Pacientes com transtorno bipolar sem e com histórico de tentativa de suicídio

	Cuidador TB sem histórico TS (n=29)	Cuidador TB com histórico TS (n=21)	Teste	Valor-p
Idade (Média e desvio-padrão)	49(14)	53,16	**	0,377
Anos de escolaridade (Média e desvio-padrão)	12(4)	11(4)	**	0,135
Cuidador	n (%)	n (%)	**	0,064
Esposo/a	14(45,1)	8(25,8)		
Mãe	9(29)	18(58)		
Filho(a)	2(6,4)	3(9,6)		
Irmão(a)	6(19,3)	2(6,4)		
Diagnóstico psiquiátrico n (%)	7(22,5)	8(25,8)		0,505

\*Teste de Mann-Whitney

\*\* Teste exato de Fisher

## 6.2 Características clínicas da amostra

Na amostra deste estudo, os pacientes sem histórico de tentativa de suicídio tiveram o primeiro episódio de humor, em média, aos 21 anos ( $DP \pm 7,01$ ), o que foi semelhante aos pacientes com histórico de tentativa de suicídio ( $DP \pm 9,35$ ). Os pacientes com histórico de tentativa de suicídio também apresentam sintomas psicóticos em maior medida que aqueles sem histórico de tentativa de suicídio. A maioria ( $n=23$ , 74,1%) dos pacientes com histórico de tentativa de suicídio mostrou sintomas psicóticos, e apenas 14 (45%) dos pacientes sem histórico de tentativa de suicídio apresentaram sintomas psicóticos. Esta diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa ( $p=0,037$ ).

O tempo de duração da doença em pacientes sem histórico de tentativa de suicídio foi, em média, 9 anos ( $DP \pm 7,4$ ) e em pacientes com histórico de tentativa de suicídio, 10 anos ( $DP \pm 5,7$ ) ( $p=0,731$ ).

Os pacientes sem histórico de tentativa de suicídio tiveram em média uma hospitalização psiquiátrica ( $DP \pm 2$ ) e no grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio houve, em média, três hospitalizações psiquiátricas ( $DP \pm 4$ ). Em relação à hospitalização psiquiátrica, encontramos uma diferença significativa entre os dois grupos ( $p=0,029$ ).

Quanto ao estado de humor, os pacientes sem histórico de tentativa de suicídio apresentaram uma média de 1 ( $DP \pm 2$ ) nos escores de YMRS e uma média de 2 ( $DP \pm 3$ ) nos escores de HAMD. Os pacientes com histórico de tentativa de suicídio apresentaram uma média de 3 ( $DP \pm 3$ ) nos escores de YMRS e uma média de 5 ( $DP \pm 5$ ) nos escores de HAMD. No que diz respeito ao estado de humor, houve uma diferença

---

estatisticamente significativa entre os grupos nos escores de sintomas maníacos ( $p=0,026$ ) e nos escores de sintomas depressivos ( $p = 0,005$ ).

Em nossa amostra, observamos uma diferença estatisticamente significativa nos escores médios da escala de Ideação Suicida de Beck (BIS) ( $p=0,041$ ). Os pacientes sem histórico de tentativa de suicídio apresentaram um escore médio de 0,77 (DP  $\pm 3,11$ ) e aqueles com histórico de tentativa de suicídio, um escore médio de 5,74 (DP  $\pm 10,15$ ). A presença de qualquer escore que seja diferente de 0 revela a existência de ideação suicida, mas caso a pontuação seja igual ou maior do que 6 a ideação suicida é considerada clinicamente significante. Em nossa amostra, 3,3 % dos pacientes sem histórico de tentativa de suicídio apresentaram um escore maior do que 6, e 25,9% dos pacientes com histórico de tentativa de suicídio um escore maior do que 6. Esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p=0,021$ ).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que diz respeito a número de episódios, número de episódios de mania e número de episódios de depressão (Tabela 3).

**Tabela 3 -** Características clínicas do grupo de pacientes com transtorno bipolar sem e com histórico de Tentativa de suicídio (TS)

	TB sem histórico TS (n=31)	TB com histórico TS (n=31)	Valor p
Tempo duração da doença (Média e Desvio-Padrão)	20 (12)	20 (9)	0,731
Idade do primeiro episódio (Média e Desvio-Padrão)	21,93 (7,01)	21,22 (9,35)	0,553
<b>Hospitalização psiquiátrica (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>1 (2)</b>	<b>3(4)</b>	<b>0,029</b>
<b>Sintomas psicóticos n (%)</b>	<b>14 (45,1)</b>	<b>23 (74,1)</b>	<b>0,037</b>
<b>YMRS (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2 (3)</b>	<b>3 (1)</b>	<b>0,026</b>
<b>HAMD (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2 (3)</b>	<b>5 (1)</b>	<b>0,005</b>
Numero episódios (Média e Desvio-Padrão)	29,40 (31,55)	27,67 (20,38)	0,855
Numero episódios mania (Média e Desvio-Padrão)	10 (13)	9 (10)	0,839
Numero episódios depressão (Média e Desvio-Padrão)	18(14)	13 (4)	0,821
<b>Ideação suicida Beck escores (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>0,77 (3,11)</b>	<b>5,74 (10,15)</b>	<b>0,041</b>
<b>Ideação suicida Beck menor que 6 (%)</b>	<b>96,7</b>	<b>74,1</b>	<b>0,021</b>

### **6.3 Características de suicídio do grupo de pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio**

Na amostra deste estudo, os pacientes com histórico de tentativa de suicídio apresentaram uma número médio de tentativas de suicídio de 3 (DP  $\pm$ 3). Cerca de 1/3 (33,3%) dos pacientes tentou suicídio uma vez na vida, 29,6% tentaram suicídio duas vezes na vida, 22,2% tentaram suicídio três vezes na vida, e o restante da amostra 14,8% tentou suicídio mais de três vezes na vida.

Os anos transcorridos desde a primeira tentativa no grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio apresentaram uma média de 13 (DP  $\pm$ 8). Para os anos transcorridos desde a última tentativa de suicídio, a média em anos foi 9,67 (DP  $\pm$ 7,31), sendo a faixa de 3 a 33 anos desde a primeira tentativa e de 0 a 34 anos para a última tentativa.

Em relação a episódio de humor, durante a última tentativa de suicídio 9 (33,3%) manifestaram estar em episódio de mania/misto e 18 (66,7%), em episódio de depressão.

No grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio, observamos como principais motivos ou gatilhos externos da tentativa, conforme a St Paul-Ramsey Life Experience Scale, Fatores da vida, em geral (40,7%), seguidos por outros fatores interpessoais (18,5%) e em terceiro lugar fatores conjugais (14,8%).

Em relação aos tipos de tentativa de suicídio, observamos que o método mais frequentemente utilizado foi o abuso de medicação (59,3%), seguido por cortar os pulsos (18,5%), e no terceiro lugar pular de local alto (3,7%). No restante (18,5%),



aparecem outros tipos de tentativas, como arma de fogo, pular do carro em movimento, pular à frente de um carro, etc. (Tabela 4).

**Tabela 4 -** Fatores externos precipitantes das tentativas de suicídio, de acordo com os pacientes

	TB com histórico TS (n=31)
Número de tentativas de suicídio (Média e Desvio Padrão)	3 (3)
Anos desde a primeira tentativa (Média e Desvio Padrão)	13 (8)
Anos desde a última tentativa (Média e Desvio Padrão)	9,67 (7,31)
Episódio de humor na última tentativa	n (%)
Mania	9 (3,33)
Depressão	18 (66,7)
Fatores desencadeantes St Paul-Ramsey Life Experience Scale	%
Fatores conjugais	14,8
Outros fatores interpessoais	18,5
Fatores ocupacionais	11,1
Fatores da vida em geral	40,7
Saúde	3,7
Outros	3,7
Abuso físico	3,7
Tipo de tentativa	%
Abuso de medicação	59,3
Cortar os pulsos	18,5
Pular de local alto	3,7
Outros	18,5

## 6.4 Avaliação do funcionamento familiar pelos pacientes

Os pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio, quando comparados com os pacientes com TB sem histórico de tentativa de suicídio, apresentaram escores significativamente maiores no IAF no que diz respeito a Funcionamento Geral ( $p=0,025$ ), Comunicação ( $p=0,009$ ), Papéis ( $p=0,005$ ), Resposta Afetiva ( $p=0,041$ ) e Solução de problemas ( $p=0,036$ ) (Tabela 5).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com e sem histórico de tentativa de suicídio em relação aos escores de Envolvimento Afetivo ( $p=0,102$ ) e Controle da conduta ( $p=0,748$ ).

**Tabela 5 -** Escores de Funcionamento familiar (IAF) avaliados pelos pacientes com e sem histórico de tentativa de suicídio (TS)

	TB sem histórico TS (n=31)	TB com histórico TS (n=31)	Valor p
<b>Solução de problemas. (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2,10 (0,52)</b>	<b>2,46(0,76)</b>	<b>0,036</b>
<b>Comunicação (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2,24(0,50)</b>	<b>2,63(0,59)</b>	<b>0,009</b>
<b>Papéis (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2,39 (0,33)</b>	<b>2,67(0,44)</b>	<b>0,005</b>
<b>Resposta Afetiva (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2,24(0,64)</b>	<b>2,60(0,70)</b>	<b>0,041</b>
Envolvimento Afetivo (Média e Desvio-Padrão)	2,38(0,37)	2,58(0,54)	0,102
Controle da conduta (Média e Desvio-Padrão)	2,09(0,38)	2,11(0,44)	0,748
<b>Funcionamento Geral (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2,10(0,61)</b>	<b>2,45(0,64)</b>	<b>0,025</b>

## 6.5 Avaliação do funcionamento familiar pelos cuidadores

Os cuidadores de pacientes com histórico de tentativa de suicídio, quando comparados com os cuidadores de pacientes sem histórico de tentativa de suicídio apresentaram escores significativamente maiores do IAF no que diz respeito à Comunicação ( $p=0,012$ ), Papéis ( $p=0,020$ ), Resposta Afetiva ( $p=0,001$ ) e Funcionamento Geral ( $p=0,025$ ) (Tabela 6).

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os escores de IAF entre os cuidadores de pacientes com e sem histórico de tentativa de suicídio em relação à Solução de Problemas ( $p=0,129$ ), Envolvimento Afetivo ( $p=0,521$ ) e Controle da conduta ( $p=0,532$ ) (Tabela 6).

**Tabela 6 -** Escores de Funcionamento familiar (IAF) avaliados pelos cuidadores de pacientes com e sem histórico de tentativa de suicídio (TS)

	Cuidador TB sem histórico TS (n=29)	Cuidador TB com histórico TS (n=21)	Valor-p
Solução de problemas. (Média e Desvio-Padrão)	2,09(0,59)	2,28(0,51)	0,129
<b>Comunicação (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2,23(0,43)</b>	<b>2,58(0,53)</b>	<b>0,012</b>
<b>Papéis (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2,45(0,39)</b>	<b>2,69(0,36)</b>	<b>0,020</b>
<b>Resposta Afetiva (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>1,96(0,55)</b>	<b>2,53(0,63)</b>	<b>0,001</b>
Envolvimento Afetivo (Média e Desvio-Padrão)	2,27(0,40)	2,32(0,47)	0,521
Controle da conduta (Média e Desvio-Padrão)	2,08(0,31)	2,16(0,43)	0,532
<b>Funcionamento Geral (Média e Desvio-Padrão)</b>	<b>2,02(0,51)</b>	<b>2,36(0,57)</b>	<b>0,025</b>

## 6.6 Correlações entre escores de IAF e sintomas de humor ou características clínicas relacionadas a comportamento suicida

### 6.6.1 Pacientes com TB com tentativa de suicídio

No grupo de pacientes com TB com tentativa de suicídio, houve uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a subescala Papéis do IAF e anos transcorridos desde a última tentativa de suicídio ( $r=0,468$ ;  $p=0,014$ ), e uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a subescala Papéis e número de tentativas de suicídio ( $r=-0,619$ ;  $p=0,001$ ). Houve também uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a subescala de Funcionamento Geral e Resposta Afetiva do IAF e escores de YMRS ( $r=0,450$ ;  $p=0,019$ ;  $r=0,56$ ;  $p=0,00$ , respectivamente). Não houve correlações significativas entre nenhum outro domínio do IAF e escores da HAMD ou idade da primeira tentativa de suicídio. Não houve nenhuma correlação significativa entre os escores do IAF e da BIS (Tabela 7).

**Tabela 7 -** Correlações para pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio (TS)

		YMRS	HAMD	BIS	Idade primeira TS	Anos desde a última TS	Número TS
Solução de Problemas	coef. corr.	0,21	0,30	0,00	0,09	-0,14	-0,25
	Valor-p	0,30	0,12	0,98	0,66	0,49	0,22
Comunicação	coef. corr.	0,25	0,25	0,04	0,10	0,07	-0,19
	Valor-p	0,20	0,21	0,85	0,62	0,71	0,33
Papéis	coef. corr.	0,25	-0,21	0,01	0,23	<b>0,47</b>	<b>-0,62</b>
	Valor-p	0,21	0,30	0,94	0,25	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>
Resposta Afetiva	coef. corr.	<b>0,56</b>	0,21	0,17	0,25	-0,23	-0,05
	Valor-p	<b>0,00</b>	0,29	0,41	0,21	0,25	0,82
Envolvimento Afetivo	coef. corr.	0,18	-0,21	-0,16	-0,18	0,21	-0,06
	Valor-p	0,37	0,30	0,44	0,37	0,29	0,76
Controle da Conduta	coef. corr.	0,25	0,20	0,19	0,26	-0,07	-0,31
	Valor-p	0,22	0,31	0,34	0,21	0,72	0,11
Func. Geral	coef. corr.	<b>0,45</b>	0,16	0,14	0,22	-0,09	-0,10
	Valor-p	<b>0,02</b>	0,44	0,49	0,27	0,65	0,61

### 6.6.2 Pacientes com TB sem histórico de tentativa de suicídio e pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio

Considerando o grupo total (pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio e pacientes com TB sem histórico de tentativa de suicídio), observamos correlações positivas entre a YMRS e quatro domínios do IAF: Comunicação ( $r=0,28$   $p=0,03$ ), Papéis ( $r=0,35$   $p=0,01$ ), Resposta Afetiva ( $r=0,40$   $p=0,00$ ) e Funcionamento Geral ( $r=0,34$   $p=0,01$ ). Não houve correlações entre escores do IAF e escores da HAMD (Tabela 8).

**Tabela 8 -** Correlações para pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio e sem histórico de tentativa de suicídio

		YMRS	HAMD
Solução de Problemas	Coefficiente de correlação	0,24	0,19
	Valor - p	0,07	0,15
Comunicação	Coefficiente de correlação	<b>0,28</b>	0,20
	Valor - p	<b>0,03</b>	0,14
Papéis	Coefficiente de correlação	<b>0,35</b>	0,06
	Valor - p	<b>0,01</b>	0,66
Resposta Afetiva	Coefficiente de correlação	<b>0,40</b>	0,10
	Valor - p	<b>0,00</b>	0,45
Envolvimento Afetivo	Coefficiente de correlação	0,15	-0,02
	Valor - p	0,26	0,87
Controle da Conduta	Coefficiente de correlação	0,10	-0,01
	Valor - p	0,46	0,91
Funcionamento Geral	Coefficiente de correlação	<b>0,34</b>	0,14
	Valor - p	<b>0,01</b>	0,29

### 6.6.3 Correlações entre escores do IAF dos pacientes e escores do IAF dos cuidadores

Para investigar a concordância entre a avaliação do Funcionamento Familiar pelo paciente com TB e pelo familiar, correlacionamos os escores do IAF entre ambos os grupos. Houve correlações positivas estatisticamente significativas nos escores da escala geral e das subescalas do IAF (Tabela 9).

**Tabela 9** - Correlação de escores do Funcionamento Familiar (IAF) entre a avaliação do paciente (n=57) e a avaliação do cuidador (n=47)

	Coefficiente de correlação	Valor-p
Solução de problemas	0,559	0,000
Comunicação	0,434	0,002
Papéis	0,428	0,003
Resposta Afetiva	0,607	0,000
Envolvimento Afetivo	0,474	0,001
Controle da conduta	0,359	0,013
Funcionamento Geral	0,674	0,000

## **7 Discussão**

---

## 7.1 Características sociodemográficas

Em nossa amostra, o grupo de pacientes com TB com tentativa de suicídio e o grupo de pacientes com TB sem tentativa de suicídio apresentaram características sociodemográficas semelhantes, sobretudo em relação à idade e nível socioeconômico. Em relação a gênero, embora a diferença tenha apenas se aproximado do limiar de significância estatística, observamos um número maior de pacientes mulheres no grupo de pacientes com tentativa de suicídio que no grupo de pacientes sem tentativa de suicídio. Isso é consistente com a literatura que sugere que as mulheres tentam suicídio mais vezes que os homens, e a ideação suicida é mais frequente na população feminina (Tsai et al., 1999; McDermut et al., 2001; Engstrom et al., 2004; Bronisch et al., 2005; Dilsaver et al., 2005; Simon et al., 2007; Azorin et al., 2009; Bellivier et al., 2011; Undurraga et al., 2012; Antypa et al., 2013; Tidemalm et al., 2014).

O estado civil predominante da amostra foi casado, mas observamos no grupo de pacientes com tentativa de suicídio um maior número de pacientes separados e divorciados do que no grupo sem tentativa de suicídio (diferença não estatisticamente significativa). Três estudos encontraram que pacientes solteiros ou divorciados apresentam índices mais elevados de tentativa de suicídio na vida (Leverich et al., 2003; Azorin et al., 2009; Shabani et al., 2013).

Além disso, no grupo de pacientes com tentativa de suicídio, o cuidador na maioria foi constituído pelas mães (59,3%), ou seja, um membro da família de origem. Embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas, especulamos o quanto elas indicam uma habilidade maior dos pacientes sem tentativa de suicídio a



---

construírem relações familiares ao longo do tempo, ou seja, casarem, sustentarem o matrimônio e construírem sua própria família.

## **7.2 Características clínicas**

Em relação às variáveis clínicas, os grupos de pacientes com TB com e sem tentativa de suicídio foram também bastante similares entre si, sobretudo em termos de: tempo de duração da doença, idade do primeiro episódio, número total de episódios de humor, número de episódios de mania e número de episódios de depressão.

No entanto, observamos que o grupo de pacientes com tentativa de suicídio apresentou um número maior de hospitalizações psiquiátricas. A associação entre número maior de hospitalizações psiquiátricas no grupo de pacientes com tentativa de suicídio é esperada. Pacientes com tentativa de suicídio são, mais provavelmente, internados após uma tentativa de suicídio.

O grupo com tentativa de suicídio também apresentou maior presença de episódios psicóticos ao longo da doença, o que não é concordante com a literatura (Goldberg et al., 1998; Valtonen et al., 2006; Gazalle et al., 2007; Malloy-Diniz et al., 2009; Ryu et al., 2010; Bellivier et al., 2011; Dennehy et al., 2011; Finseth et al., 2012). No entanto, estudos recentes apontaram uma associação entre tentativas de suicídio em pacientes com TB e sintomas psicóticos. Por exemplo, um estudo coreano que comparou 212 pacientes, 44 dos quais apresentavam tentativa de suicídio (Song et al., 2012) relatou que sintomas psicóticos e um forte preditor para primeira tentativa de suicídio. Um estudo recente na China avaliou uma amostra de 1.478 pacientes com transtornos de humor, dos quais 963 não formavam parte do grupo de risco de suicídio e

---

515 constituíam parte do grupo de risco de suicídio, concluindo entre seis variáveis associadas a risco de suicídio, episódio depressivo com sintomas psicóticos, e uma das variáveis que poderia estar associada a maior risco de suicídio (Chen L et al., 2014). É possível que a maior frequência de sintomas psicóticos nesse grupo esteja associada a uma gravidade maior da doença e não à tentativa de suicídio. É importante notar que fizemos análises *post hoc* para verificar se existe associação entre sintomas psicóticos e funcionamento familiar. Reividimos os pacientes com TB, de acordo com presença ou ausência de história de sintomas psicóticos. Não observamos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. A análise encontra-se em anexo.

Em relação a sintomas atuais de depressão ou mania, os pacientes com TB com tentativa de suicídio apresentaram uma média mais elevada nas escalas de mania e de depressão do que aqueles com TB sem histórico de tentativa de suicídio, essa diferença foi estatisticamente significativa. É importante notar que as médias e faixas de sintomas para os dois grupos foram muito baixas, e abaixo do limiar de escore sugerido na literatura como ponto de corte para pacientes sintomáticos (HAMD e YMRS maior que 8) (Tohen et al., 1990). Questionamos o quanto essa diferença estatisticamente significativa tenha alguma relevância clínica, uma vez que os escores foram tão baixos.

No grupo de pacientes com TB sem histórico de tentativa de suicídio, a média na escala de ideação suicida foi de 0,77 e no grupo de pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio a média foi 5,74. Na escala de ideação suicida de Beck, qualquer pontuação diferente de 0 indica ideação suicida, mas, caso a pontuação seja igual ou maior do que 6 a ideação suicida é considerada clinicamente significativa. Em nossa amostra, 96,7% dos pacientes sem tentativa de suicídio apresentaram um escore menor do que 6, e 74,1% dos pacientes com tentativa de suicídio apresentaram um escore

---

menor do que 6. Esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p=0,021$ ). Isso sugere que nossa amostra foi caracterizada por um grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio que também apresentava ideação suicida no momento de participação do estudo entre baixo e clinicamente significativo. Isso foi diferente do grupo sem tentativa de suicídio, caracterizado por níveis muito baixos de ideação suicida.

### **7.3 Funcionamento familiar**

O objetivo principal deste estudo foi investigar a associação entre prejuízos no funcionamento familiar e comportamento suicida em pacientes com TB. Para atingir esse objetivo, comparamos a percepção dos pacientes sobre o funcionamento familiar, para dois grupos de pacientes bipolares; um grupo com histórico de, pelo menos, uma tentativa de suicídio na vida e outro grupo de pacientes sem histórico de tentativa de suicídio.

Nossos resultados sugerem que pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio percebem as próprias famílias como tendo um funcionamento familiar pior que pacientes com TB sem histórico de tentativa de suicídio. Os pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio apresentam escores mais elevados, portanto, menos funcionais, em todos os domínios da escala de funcionamento familiar, essas diferenças foram estatisticamente significativas nos domínios de Solução de Problemas ( $p=0,036$ ), Comunicação ( $p=0,009$ ), Papéis ( $p=0,005$ ), Resposta Afetiva ( $p=0,041$ ) e Funcionamento Geral ( $p=0,025$ ). É importante observar que os membros da família destes mesmos pacientes também avaliaram sua família, e as diferenças observadas foram essencialmente nos mesmos domínios.

---

Embora diversos estudos tenham avaliado o funcionamento familiar em pacientes com TB, comparando-os com controles saudáveis ou com pacientes com esquizofrenia ou epilepsia (Frieddam et al., 1997; Unal et al., 2004), poucos estudos avaliaram a associação entre comportamento suicida e funcionamento familiar no TB.

Dois estudos foram publicados sobre a associação entre comportamento suicida e funcionamento familiar em pacientes com TB (Goldstein et al., 2009; Algorta et al., 2011). Goldstein et al. avaliaram a associação entre ambiente familiar e ideação suicida em 446 jovens com TB (TB I, TB II e TB NOS) com idades entre 7 e 17 anos. Para avaliar o ambiente familiar, foi aplicada a FACES II (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale), que avalia os índices, tanto de coesão como de adaptabilidade dentro do sistema familiar. Os jovens com TB percebem suas famílias, como tendo menores níveis de adaptabilidade. Em nosso estudo, tanto pacientes como cuidadores, reportaram piores índices de funcionamento familiar em todos os domínios da escala IAF. Podemos pensar que nossos resultados evidenciam um pior funcionamento familiar por se tratar de pacientes com histórico de tentativa de suicídio e não só ideação suicida, e são pacientes mais graves, com TB tipo I.

Algorta et al. também avaliaram 138 jovens com TB (TBI, TBII, TB NOS e ciclotimia, idade entre 5 e 18 anos), dividindo os pacientes em três grupos, pacientes com histórico de tentativa de suicídio, pacientes com ideação suicida atual e pacientes sem histórico de tentativa de suicídio e livres de ideação suicida atual, com o mesmo objetivo de avaliar a associação entre funcionamento familiar e comportamento suicida, aplicando a versão reduzida do IAF. Os autores concluíram que o funcionamento familiar geral foi, significativamente, pior em famílias de pacientes com histórico de tentativa de suicídio. Nossos resultados foram consistentes com ambos os estudos, ou

---

seja, o ambiente ou funcionamento familiar é pior nas famílias de pacientes com histórico de tentativa de suicídio se comparados com pacientes com ideação suicida e pacientes sem histórico de tentativa de suicídio e sem ideação suicida.

Além disso, em pacientes com depressão maior, o funcionamento familiar também foi avaliado em pacientes com tentativa de suicídio ou ideação suicida (Keitner et al., 1990; McDermuth et al., 2001). Nossos achados foram consistentes com esses estudos, nos quais piores escores de funcionamento familiar foram achados em pacientes com depressão maior e tentativa de suicídio se comparados a pacientes com depressão maior sem tentativa de suicídio (Keitner et al., 1990; McDermuth et al., 2001).

É importante notar que, em nosso estudo, embora os grupos tenham sido bastantes similares em várias das características clínicas, o grupo de pacientes com tentativa de suicídio apresentou maior número de hospitalizações psiquiátricas e maior frequência de sintomas psicóticos que o grupo sem histórico de tentativa de suicídio. É possível que o grupo de pacientes com tentativa de suicídio tenha uma doença mais grave que o grupo de pacientes sem tentativa de suicídio, e que o pior funcionamento familiar nesse grupo seja ligado a esta maior gravidade mais do que ao comportamento suicida em si. Para verificar esta hipótese, dividimos os grupos novamente em pacientes com e sem sintomas psicóticos, e com e sem hospitalizações psiquiátricas. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação a essas análises, sugerindo que esses fatores não estão relacionados ao pior funcionamento familiar nesta amostra.

No grupo de pacientes com histórico de tentativa de suicídio, encontramos uma correlação positiva entre anos desde a última tentativa e Papéis, e uma correlação

---

negativa entre número de tentativas de suicídio e Papéis. Esses achados são contraintuitivos, pois sugerem que quanto pior o funcionamento familiar no domínio de Papéis (ou seja, mais alto o escore), maior o número de anos desde a última tentativa de suicídio, e menor o número de tentativas de suicídio. Não temos uma explicação para esses achados a essa altura. Pode ser que, pelo menos em relação a comportamento suicida (tentativa de suicídio), a dimensão de Papéis tenha um efeito precipitador em lugar de protetor contra tentativas de suicídio. Esse tipo de presunção precisa que ser feito com muito cuidado, sobretudo por causa do longo tempo transcorrido entre a última tentativa de suicídio e a avaliação atual. Pode ser também que, após a última tentativa de suicídio, o sistema familiar, em especial na dimensão de Papéis, tenha se desenvolvido de forma a melhorar a interação entre os membros da família. Dessa forma, a correlação positiva entre Papéis e número de anos desde a última tentativa pode sugerir um fator de resiliência familiar mais que de vulnerabilidade.

Observamos também correlações positivas entre Funcionamento Geral na IAF e entre escore da YMRS no grupo de pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio. Não observamos correlações entre IAF, HAMD, ou YMRS no grupo de pacientes com TB sem histórico de tentativa de suicídio. Isso sugere que, pelo menos no grupo de pacientes com tentativa de suicídio, quanto piores os sintomas de mania, pior será o funcionamento familiar geral. É interessante notar que o mesmo não acontece no grupo de pacientes sem tentativa de suicídio, sugerindo que o funcionamento familiar nestes grupos é mais sólido e talvez menos sujeito a variações relacionadas ao estado de humor do paciente. É importante também notar que o IAF é um questionário de autopreenchimento. Assim, a percepção de funcionamento familiar pode estar limitada pelo estado de humor do paciente e deve ser vista com cautela.

---

É importante notar que não observamos correlações entre as escalas IAF e BIS, sugerindo que ideação suicida não está associada com funcionamento familiar, pelo menos nesta amostra.

Neste estudo, nós também avaliamos a percepção do funcionamento familiar usando familiares dos pacientes. Esta foi uma forma de aumentar a avaliação da percepção do funcionamento daquela família. Também nos propusemos investigar a correlação entre a percepção do funcionamento familiar relatada pelo paciente e a percepção familiar relatada pelo cuidador.

Quando comparamos os escores dos pacientes com os escores dos familiares, vimos uma correlação positiva e significativa em todos os domínios da escala. Além de ter uma correlação positiva e significativa em todos os domínios, o relato de funcionamento familiar por parte do paciente e do cuidador foi coincidente, isto é, ambos os grupos relatam um pior funcionamento nos domínios de Comunicação, Papéis e Resposta Afetiva, com a exceção de Funcionamento Geral, que aparece no relato dos pacientes e não no dos cuidadores. Estes resultados sugerem que, independente do TB, as respostas foram coerentes entre os pacientes e os familiares. Isso é consistente com os resultados de Koyama et al. (2004) que acharam que a percepção do funcionamento familiar entre pacientes com TB e seus parentes foi correlacionada positivamente, sugerindo que ambos percebem o funcionamento familiar do mesmo modo. Isto poderia estar indicando, que a percepção do funcionamento familiar, não é afetada pela doença, dado que tanto paciente como cuidador/familiar percebem o funcionamento familiar da mesma forma. Podemos pensar nesta percepção, como resultante de pautas de interação e comunicação familiares, padrões que são vivenciados no cotidiano pelos diferentes membros da família, independente da situação ou contexto.

## **8 Limitações e Pontos Fortes do Estudo**

---



---

Uma limitação importante de nosso estudo foi o fato de, sendo este um estudo transversal, presunções de causalidade não poderão ser feitas. Por exemplo, em nosso estudo não foi possível responder se um funcionamento familiar ruim aumenta as chances de uma tentativa de suicídio ou se uma tentativa de suicídio afeta o funcionamento familiar?

Outra limitação foi o fato de que o comportamento suicida foi avaliado por meio da ocorrência de tentativas de suicídio prévias. A média de anos decorridos desde a última tentativa de suicídio foi razoavelmente longa (cerca de 9 anos). É possível que mudanças no funcionamento familiar tenham ocorrido no intervalo entre a tentativa de suicídio e o momento de participação na pesquisa. Deste modo, o IAF não refletiria o funcionamento familiar no momento da tentativa de suicídio. Por outro lado, tivemos o cuidado de observar se o familiar que participou do estudo morava com o paciente no momento da tentativa de suicídio, para assim certificar de que, pelo menos, uma mínima mesma constelação familiar estivesse presente desde a última tentativa de suicídio. É importante também notar que o funcionamento familiar tende a ser estável ao longo do tempo, a família repete padrões de comportamento aprendidos (Minuchin, 1977; 2004). Esses padrões são transmitidos de pais para filhos, como forma de comunicação e interação familiar, isso faz com que os padrões de comportamento sejam resistentes a mudanças (Minuchin, 1977; 2004) São formas de lidar com conflito, estresses, como expressar emoções, tanto na qualidade positiva como negativa, os filhos aprendem esses modelos de comportamento e os praticam no cotidiano da vida adulta (Minuchin, 2004, Navarro Gongorra, 2004). Dessa forma, o funcionamento familiar pode refletir, pelo

---

menos em parte, o sistema de interações da família mesmo se a última tentativa de suicídio transcorreu há muito tempo.

Uma terceira limitação foi o fato de que nossa amostra foi composta apenas por pacientes ambulatoriais, com níveis relativamente baixos de sintomas depressivos, maníacos ou de ideação suicida. Nossos resultados não podem ser generalizados para a população geral ou a pacientes hospitalizados e/ou com tentativas de suicídio recentes.

Uma quarta limitação foi que o instrumento de avaliação de funcionamento familiar usado nesta pesquisa não foi validado em português para uso em uma população brasileira, dessa forma, propriedades psicométricas da escala não são conhecidas.

Por fim, uma quinta limitação do nosso estudo foi que nossa amostra foi relativamente pequena e foram feitas muitas comparações. Nossos resultados devem ser considerados preliminares e necessitam ser confirmados por estudos com amostras maiores.

Nosso estudo apresenta também vários pontos fortes. Trata-se de um dos primeiros estudos a investigar associações entre funcionamento familiar e comportamento suicida no TB, tema ainda pouco estudado no TB. Além disso, trata-se do primeiro estudo a avaliar o funcionamento familiar em pacientes com TB utilizando o IAF realizado no Brasil.

Outro ponto forte de nosso estudo foi que nossa amostra foi muito bem caracterizada do ponto de vista sociodemográfico e clínico. Além disso, os pacientes em nossa amostra estavam estáveis e relativamente assintomáticos, o que relativiza parcialmente a influência de estado de humor atual no funcionamento familiar.

---

Outro ponto forte de nosso estudo foi a inclusão de parentes dos pacientes na pesquisa. Pelo fato do IAF ser uma avaliação retrospectiva e dependente da perspectiva do paciente, o estudo das correlações das respostas dos pacientes com seus parentes mostrou uma correlação moderada a alta, sugerindo um razoável nível de concordância nas respostas dos grupos. Nós também tivemos o cuidado de avaliar se outros potenciais fatores de confusão poderiam estar associados às diferenças encontradas nos escores do IAF, o que não aconteceu.

Além disso, nosso estudo poderá ajudar a compreender o funcionamento familiar e como o ambiente poderá agir como fator de risco na tentativa de suicídio. Isto poderá ser muito importante para intervenções futuras, visando que a terapia familiar poderá ajudar aos pacientes e seus familiares a desenvolver ferramentas e estratégias para lidar com a doença, melhorando as habilidades dos cuidadores de lidar com o estresse e a sobrecarga emocional associados com o comportamento suicida.

## **9 Conclusões**

---

Nossas hipóteses de trabalho foram:

Famílias de pacientes portadores de TB que tenham apresentado, pelo menos, uma tentativa de suicídio na vida apresentam pior funcionamento familiar quando comparadas a famílias de pacientes portadores de TB que nunca tentaram suicídio.

Nossos resultados mostraram que houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo de pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio e sem histórico de tentativa de suicídio em quatro domínios da escala de funcionamento familiar: Comunicação, Papéis, Resposta Afetiva e Funcionamento geral. Isso sugere que pacientes com TB com histórico de tentativa de suicídio apresentam um pior funcionamento familiar se comparados a pacientes com TB sem histórico de tentativa de suicídio.

Nossa segunda hipótese foi que o pior funcionamento familiar será positivamente correlacionado com a gravidade da sintomatologia depressiva ou maníaca atual e com escores de ideação suicida atual (nos pacientes sintomáticos). Ao fazer a análise, não encontramos nenhuma correlação significativa em relação à escala HAMD de depressão nem em relação aos escores de ideação suicida quando correlacionados com os diferentes domínios da escala de funcionamento familiar. Ao fazer a correlação entre escores do IAF e os escores de sintomas maníacos, encontramos uma correlação positiva entre os escores de sintomas maníacos com os domínios de Funcionamento Geral e de Resposta Afetiva. Isso sugere que o funcionamento familiar não está associado com sintomatologia depressiva ou com ideação suicida atual, mas poderia estar com sintomas de mania.

---

Nossa terceira hipótese foi de que a percepção do funcionamento familiar será positivamente correlacionada entre pacientes e parentes. Em nosso estudo, observamos que, além de ser correlacionada positivamente em todos os domínios, a correlação é estatisticamente significativa também a todos os domínios da escala. Isso sugere que pacientes e parentes têm a mesma percepção do funcionamento familiar em suas famílias.

Estudos futuros poderiam avaliar a associação entre funcionamento familiar e tentativa de suicídio no TB de forma prospectiva ou temporalmente mais próxima da tentativa de suicídio. Por exemplo, a avaliação do funcionamento familiar poderia ser feita no momento imediatamente após a tentativa de suicídio, e poderia ser reavaliada de forma prospectiva para ver se realmente o padrão de funcionamento familiar é estável ao longo do tempo. Além disso, estudos de intervenção com terapia familiar focada nas áreas identificadas neste estudo como associadas a comportamento suicida poderiam ser feitos, o que ajudaria a criar novos mecanismos de tratamento dessa doença tão grave e incapacitante.

## **10 Anexos**

---

---

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
PACIENTE****HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO-HCFMUSP****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL  
LEGAL**

1. NOME: .....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : M  F   
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....  
ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....  
BAIRRO: ..... CIDADE .....  
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....
2. RESPONSÁVEL LEGAL .....  
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....  
DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M  F   
DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....  
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....  
BAIRRO: ..... CIDADE: .....  
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....
- 

**DADOS SOBRE A PESQUISA****1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: FUNCIONAMENTO FAMILIAR E  
COMPORTAMENTO SUICIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR**

PESQUISADOR: FABIANO GONÇALVES NERY

CARGO/FUNÇÃO: MÉDICO ASSISTENTE  
REGIONAL Nº. 108645

INSCRIÇÃO CONSELHO

UNIDADE DO HCFMUSP: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

**3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**

RISCO MÍNIMO	x	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
RISCO BAIXO	<input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>

**4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses**



---

## HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – **Desenho do estudo e objetivo (s):** O objetivo desta pesquisa é estudar a relação entre funcionamento familiar e comportamentos suicidas em pacientes portadores de transtorno bipolar. Serão investigadas a história de comportamento suicida em pacientes com transtorno bipolar, incluindo histórico de tentativas de suicídio ou idéias de suicídio. Serão obtidas também informações sobre histórico de doenças mentais nos membros da família do paciente. Compararemos informações de um questionário sobre funcionamento familiar entre os pacientes com transtorno bipolar que tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida e os pacientes com transtorno bipolar que nunca tentaram suicídio na vida. Compararemos também informações deste mesmo questionário obtidas de algum membro da família destes pacientes. Com isto, tentaremos entender se existe alguma relação entre o funcionamento familiar e o comportamento suicida ou as tentativas de suicídio em pacientes com transtorno bipolar.

2 – **Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros:** Gostaríamos que você respondesse a uma série de perguntas e questionários sobre como você tem se sentido ou se sentiu em algum momento de sua vida, principalmente sobre seu estado de ânimo, humor, pensamentos ou idéias de morte. Também perguntaremos questões relativas ao funcionamento de sua família, e às doenças mentais presentes em pessoas da sua família. A realização destas entrevistas e questionários durará cerca de duas horas, e serão realizadas numa sala silenciosa e discreta, no ambulatório onde você faz sua consulta de rotina. Não será realizado nenhum procedimento invasivo ou fisicamente doloroso, como exames físicos ou laboratoriais, ou coletas de sangue. Não será administrado nenhum novo medicamento.

3 – **Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados:** Serão realizadas apenas entrevistas e preenchimento de questionários.

4 – **Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos do itens 2 e 3:** Este estudo oferece um risco mínimo para você, que é um possível desconforto emocional na hora em que estiver respondendo às perguntas das entrevistas. Caso você sinta qualquer desconforto emocional durante as atividades, faremos uma pausa e apenas continuaremos quando você estiver disposto novamente. Se durante ou depois da entrevista, por causa deste desconforto, houver necessidade de você ser avaliado pelo médico assistente, o mesmo será comunicado.

5 – **Benefício para o participante:** Não existe um benefício direto para você na participação neste estudo. Este estudo pode trazer conhecimentos muito importantes para ajudar os pacientes com transtorno bipolar que pensam em tentar ou tentam suicídio e os seus familiares. Este estudo pode ajudar a compreender melhor a influência que o transtorno bipolar tem sobre o funcionamento da família, ou o contrário, isto é, a influência que o funcionamento familiar tem sobre o transtorno bipolar. Este estudo também pode gerar informações que ajudarão a implantar novas ferramentas para auxiliar no tratamento do transtorno bipolar.

6 – **Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos pelos quais o paciente pode optar:** Nenhum, uma vez que esse estudo não inclui procedimentos de diagnóstico ou tratamento.

7 – **Garantia de acesso:** Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, em qualquer momento. O pesquisador principal é o Prof. Dr. Fabiano G. Nery, que pode ser encontrado no endereço Rua Ovídio Pires De Campos No. 785 – CEP: 05403-903 - PROMAN– Programa de Transtorno Bipolar , 3º ANDAR Telefone(s) 3069-7928 . Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em

---

contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CAPPesq) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: [cappesq@hcnet.usp.br](mailto:cappesq@hcnet.usp.br)

**8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do atendimento.** Você poderá retirar o consentimento para participação neste estudo a qualquer momento e por qualquer motivo, sem prejuízo de seu atendimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Por exemplo, se, durante as entrevistas ou preenchimento dos questionários, você se sentir muito desconfortável e não quiser continuar, você poderá interromper a participação na pesquisa, sem prejuízo de seu atendimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

**9 – Direito de confiabilidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente:** As informações obtidas neste estudo serão confidenciais, e serão analisadas em conjunto com outros participantes. Os resultados desse estudo serão divulgados em jornais ou eventos científicos, mas nenhum participante terá sua identificação divulgada.

**10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores:** você terá nosso telefone de contato, e poderá perguntar sobre os resultados parciais ou totais dessa pesquisa, se desejar.

**11 – Despesas e compensações:** Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

**12 – Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa:** O material coletado somente será utilizado nessa pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Funcionamento familiar e comportamento suicida em pacientes com transtorno bipolar.**

Eu discuti com o Prof. Dr. Fabiano Nery e com a psicóloga Mariângeles Berutti sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste serviço.

---

Assinatura do paciente/representante legal

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura da testemunha

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
FAMILIAR - CUIDADOR**

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL  
LEGAL**

1. NOME: .....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : M  F
- DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
- ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....
- BAIRRO: ..... CIDADE .....
- CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....
2. RESPONSÁVEL LEGAL .....
- NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
- DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M  F
- DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
- ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....
- BAIRRO: ..... CIDADE: .....
- CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

**DADOS SOBRE A PESQUISA**

**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: FUNCIONAMENTO FAMILIAR E  
COMPORTAMENTO SUICIDA EM PACIENTES COM TRANSTORNO AFETIVO  
BIPOLAR**

PESQUISADOR: FABIANO GONÇALVES NERY

CARGO/FUNÇÃO: MÉDICO ASSISTENTE  
REGIONAL Nº. 108645

INSCRIÇÃO CONSELHO

UNIDADE DO HCFMUSP: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

**3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**

RISCO MÍNIMO x RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO  RISCO MAIOR

**4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses**

---

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO-HCFMUSP**

**1 – Desenho do estudo e objetivo (s):** O objetivo deste projeto é investigar a associação entre funcionamento familiar e comportamento suicida em pacientes portadores de transtorno bipolar. Serão investigadas a história de comportamento suicida em pacientes com transtorno bipolar, incluindo histórico de tentativas de suicídio ou idéias de suicídio. Serão obtidas também informações sobre histórico de doenças mentais nos membros da família do paciente. Compararemos escores de um questionário sobre funcionamento familiar entre os pacientes com transtorno bipolar que tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida e os pacientes com transtorno bipolar que nunca tentaram suicídio na vida. Compararemos também informações deste mesmo questionário obtidas de algum membro da família destes pacientes. Com isto, tentaremos entender se existe alguma relação entre o funcionamento familiar e o comportamento suicida ou as tentativas de suicídio em pacientes com transtorno bipolar

**2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros:** Gostaríamos que você respondesse a uma série de perguntas e questionários sobre questões relativas ao funcionamento de sua família, e às doenças mentais presentes em pessoas da sua família. A realização destas entrevistas e questionários durará cerca de uma hora, e serão realizadas numa sala silenciosa e discreta. Não será realizado nenhum procedimento invasivo ou fisicamente doloroso, como exames físicos ou laboratoriais, ou coletas de sangue.

**3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados:** Serão realizadas entrevistas e preenchimento de questionários.

**4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos do itens 2 e 3:** Este estudo oferece um risco mínimo para você, que é um possível desconforto na hora em que você estiver respondendo algumas perguntas das entrevistas. Caso você sinta qualquer desconforto durante as atividades, faremos uma pausa e apenas continuaremos quando você estiver disposto novamente.

**5 – Benefício para o participante:** Não existe um benefício direto para você na participação neste estudo. Este estudo pode trazer conhecimentos muito importantes para ajudar os pacientes com transtorno bipolar que pensam ou tentam suicídio e os seus familiares. Este estudo pode ajudar a compreender melhor a influência que o transtorno bipolar tem sobre o funcionamento da família, ou o contrário, isto é, a influência que o funcionamento familiar tem sobre o transtorno bipolar. Este estudo também pode gerar informações que ajudarão a implantar novas ferramentas para auxiliar no tratamento do transtorno bipolar.

**6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos pelos quais o paciente/familiar pode optar:** Nenhum, uma vez que esse estudo não inclui procedimentos de diagnóstico ou tratamento.

**7 – Garantia de acesso:** Você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, em qualquer momento. O pesquisador principal é o Prof. Dr. Fabiano G. Nery, que pode ser encontrado no endereço Rua Ovídio Pires De Campos No. 785 – CEP: 05403-903 - PROMAN– Programa de Transtorno Bipolar , 3º ANDAR Telefone(s) 3069-7928 . Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CAPPesq) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: [cappesq@hcnet.usp.br](mailto:cappesq@hcnet.usp.br)

8 – **É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do atendimento do seu familiar com transtorno bipolar no PROMAN:** Você poderá retirar o consentimento para participação neste estudo a qualquer momento e por qualquer motivo, sem prejuízo de atendimento do seu familiar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Por exemplo, se, durante as entrevistas ou preenchimento dos questionários, você se sentir muito desconfortável e não quiser continuar, você poderá interromper a participação na pesquisa, sem prejuízo de seu atendimento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

9 – **Direito de confiabilidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente:** As informações obtidas neste estudo serão confidenciais, e serão analisadas em conjunto com outros participantes. Os resultados desse estudo serão divulgados em jornais ou eventos científicos, mas nenhum participante terá sua identificação divulgada.

10 – **Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores:** você terá nosso telefone de contato, e poderá perguntar sobre os resultados parciais ou totais dessa pesquisa, se desejar.

11 – **Despesas e compensações:** Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 – **Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa:** O material coletado somente será utilizado nessa pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **Funcionamento familiar e comportamento suicida em pacientes com transtorno bipolar.**

Eu discuti com o Prof. Dr. Fabiano Nery e com a psicóloga Mariângela Berutti sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido no meu atendimento neste serviço.

---

Assinatura do sujeito/representante legal

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura da testemunha

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

---

*(Somente para o responsável do projeto)*

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Assinatura do responsável pelo estudo

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ANEXO C - INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR (FAD)

### INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR (FAD)

As seguintes páginas contêm um número de declarações sobre famílias. Por favor leia cada declaração cuidadosamente e decida o quanto ela descreve bem sua própria família. Você deve responder conforme você vê sua família.

Para cada declaração há quatro (4) respostas possíveis:

- 1 – Concordo plenamente      Selecione 1 se você sente que a declaração descreve sua família muito corretamente
- 2- Concordo                      Selecione 2 se você sente que a declaração descreve a sua família na maior parte das vezes.
- 3- Discordo                        Selecione 3 se você sente que a declaração não descreve sua família na maior parte das vezes.
- 4- Discordo plenamente      Selecione 4 se você sente que a declaração não descreve sua família de forma alguma.

Tente não gastar muito tempo pensando sobre cada declaração, mas responda tão rapidamente e tão honestamente quanto você puder. Se você tiver problema com alguma delas, responda com a sua primeira reação. Por favor, certifique-se de responder *cada* declaração e marque todas as suas respostas no *espaço à esquerda* de cada declaração.

### INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR (FAD)

		Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1	Planejar atividades de família é difícil porque nós não compreendemos uns aos outros.				
2	Nós decidimos a maioria dos problemas diários em nossa casa.				
3	Quando alguém está aborrecido os outros sabem o porquê.				
4	Quando você pede para alguém fazer alguma coisa, você tem que verificar se eles fizeram.				
5	Se alguém está com problema, os outros ficam envolvidos demais.				
6	Em tempo de crise nós contamos uns com os outros para obter apoio.				

continua



## INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR (FAD) (continuação)

		Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
7	Nós não sabemos o que fazer quando surge uma emergência.				
8	Às vezes nós não atingimos coisas que necessitamos.				
9	Nós somos relutantes em mostrar nossa afeição por cada um.				
10	Nós nos certificamos que os membros da família assumam as suas responsabilidades familiares.				
11	Nós não podemos falar uns com os outros sobre a tristeza que sentimos.				
12	Geralmente nós colocamos em práticas nossas decisões em relação aos problemas.				
13	Você só obtém o interesse dos outros quando algo é importante para eles.				
14	Você não pode dizer como uma pessoa está se sentindo à partir do que ela está falando.				
15	As tarefas de família não são distribuídas adequadamente.				
16	Os indivíduos são aceitos pelo que eles são.				
17	Você pode facilmente quebrar as regras.				
18	As pessoas se revelam diretamente e dizem coisas em vez de insinuá-las.				
19	Alguns de nós simplesmente não reagimos de maneira emocional.				
20	Nós sabemos o que fazer numa emergência.				
21	Nós evitamos discutir nossos medos e preocupações.				
22	É difícil falar uns com os outros sobre sentimentos delicados.				
23	Nós temos dificuldades para pagar as nossas contas.				
24	Depois que nossa família tenta resolver um problema, nós geralmente discutimos se funcionou ou não.				
25	Nós somos muito centrados em nós mesmos.				
26	Nós podemos expressar sentimentos uns para os outros.				
27	Nós não temos expectativas claras sobre hábitos de higiene.				
28	Nós não mostramos nosso amor uns pelos outros.				
29	Nós falamos com as pessoas diretamente ao invés de conversas indiretas.				
30	Cada um de nós tem deveres e responsabilidades específicos.				
31	Há muitos sentimentos ruins na família.				
32	Nós temos regras sobre bater nas pessoas.				
33	Nós nos envolvemos uns com os outros só quando algo nos interessa.				

continua

## INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR (FAD) (conclusão)

		Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
34	Há pouco tempo para explorar interesses pessoais.				
35	Freqüentemente nós não dizemos o que queremos dizer.				
36	Nós nos sentimos aceitos pelo que somos.				
37	Nós mostramos interesse uns nos outros quando podemos obter algo pessoalmente.				
38	Nós resolvemos a maioria dos problemas emocionais que surgem.				
39	O afeto fica em segundo plano em relação a outras coisas em nossa família.				
40	Nós discutimos quem deve fazer os serviços da casa.				
41	Tomar decisões é um problema para nossa família.				
42	Nossa família mostra interesse mútuo só quando pode obter algo com isto.				
43	Nós somos sinceros uns com os outros.				
44	Nós não nos prendemos a nenhuma regra ou padrão.				
45	Se pedirmos as pessoas para fazer algo, elas precisam ser lembradas.				
46	Nós somos capazes de tomar decisões sobre como solucionar problemas.				
47	Se regras são quebradas, nós não sabemos o que esperar.				
48	Tudo é permitido em nossa família.				
49	Nós expressamos afeto.				
50	Nós enfrentamos os problemas que envolvem sentimento.				
51	Nós não nos damos bem juntos.				
52	Nós não falamos uns com os outros quando estamos zangados.				
53	Geralmente nós estamos insatisfeitos com os deveres familiares que nos são designados.				
54	Mesmo que tenhamos boas intenções, nós nos intrometemos demais nas vidas uns dos outros.				
55	Há regras sobre situações perigosas.				
56	Nós temos confiança uns nos outros.				
57	Nós choramos abertamente.				
58	Nós não temos meios de transporte razoáveis.				
59	Quando não gostamos do que alguém fez, nós lhe dizemos.				
60	Nós tentamos pensar em maneiras diferentes de resolver os problemas.				

## ANEXO D - HISTÓRIA DE SUICÍDIO

Identificação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### HISTORIA DE SUICÍDIO

Pontuação resumida da história de suicídio  
(para ser usada com o formulário da história de suicídio)

1	Numero total de tentativas reais de suicídio durante a vida	
2	Numero total de tentativas ambíguas	
3	Numero total de tentativas interrompidas	
4	Numero total de tentativas abortadas	
5	Pontuação da tentativa mais letal	
6	Pontuação da letalidade da tentativa mais recente	
7	Datas:	
	Primeira tentativa de suicídio	
	Tentativa mais recente	
	Tentativa mais letal	
8	Letalidade da tentativa ambígua mais recente	
9	Letalidade da tentativa ambígua mais letal	

### HISTÓRIA DE SUICÍDIO DEFINIÇÕES

**Tentativa de suicídio real:** um ato auto lesivo cometido com pelo menos alguma intenção de morrer. A intenção não precisa ser de 100%. Se houver alguma intenção de morrer associada ao ato, isso pode ser considerado uma tentativa real. As vezes, mesmo quando o individuo nega a intenção ela pode ser investigada através do comportamento ou das circunstancias. Por exemplo, se alguém nega a intenção de morrer, mas percebe que o que fez poderia ter sido letal, geralmente infere-se intenção de morrer (tentativa).

**Tentativa interrompida:** nossa definição de tentativa interrompida é quando a pessoa é interrompida (por uma circunstancia externa) de iniciar a tentativa. Exemplos:

Overdose: pessoa tem pílulas na mão, mas é impedida de ingerir (se houver a ingestão isso se torna uma tentativa real ao invés de uma tentativa interrompida)

Tiro: pessoa está com a arma apontada para si, mas a arma é tirada dela por outra pessoa ou de algum modo é impedido de puxar o gatilho.

Pular de lugares altos: pessoa esta posicionada para se jogar, mas é impedida e levada para um lugar fora de risco.

Enforcamento: pessoa está com a corda no pescoço mas não iniciou o enforcamento e é impedida de fazê-lo.

**Tentativa abortada:** quando a pessoa inicia um planejamento para realizar uma tentativa, mas interrompe-o antes de iniciar qualquer ato lesivo. Os exemplos são semelhantes aos da

tentativa interrompida, exceto que é a própria pessoa que para a tentativa ao invés de causas externas.

**Tentativa ambígua:** refere-se a um ato auto lesivo que parece ter uma intenção de suicídio, embora o individuo insista que não há a intenção. Em alguns casos, pode-se inferir a intenção pelo comportamento ou circunstancia, mas nesse caso a definição é reservada para os casos onde não é realmente possível avaliar se houve ou não intenção. Isso não significa que a intenção é ambígua, pois mesmo ela sendo ambígua, ainda é classificada como uma tentativa de suicídio. Essa categoria deve usada raramente em qualquer avaliação.

**Um individuo é considerado como tendo uma tentativa de suicídio somente quando for determinado que houve pelo menos uma tentativa real de acordo com as definições acima. O individuo que somente apresentou tentativas ambíguas, interrompidas ou abortadas não é considerado como tentativa de suicídio no estudo.**

#### **Calculando a imprecisão:**

A variável imprecisão indica o quão acurada a data da tentativa é, quando não se sabe a data real. O numero indica o numero de dias do período indicado. O entrevistador deve tentar limitar com o paciente ao menor período de tempo possível a data de tentativa (semana, mês, estação, ano)

Semana: imprecisão 7

Mês: 30

Estação do ano: 90

Ano:365

### **HISTÓRIA DE IDEACÃO SUICIDA**

Você já pensou em cometer suicídio? S N

Com que frequência? Raramente As Vezes Sempre

Quando foi a ultima vez? Data:

### **CRONOLOGIA E HISTÓRICO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO**

1. (SE NÃO AVALIADO) \_\_\_\_\_ já tentou suicídio? 1- S 2-N  
(Determinar se já houve evidência de qualquer ato lesivo com a intenção de cometer suicídio)  
(Se não há evidência de tentativa de suicídio parar e ir para Escala de Ideação Suicida. Se sim, continuar)

2. Número total de tentativas de suicídio ao longo da vida (somente atos auto-lesivos com intenção de morte) \_\_\_\_\_

2. Quando foi a primeira vez que houve uma tentativa? Por favor, me conte sobre isso, começando com a primeira tentativa. (Para classificar como uma tentativa é necessário verificar se houve intenção de morrer. SE FOR INCERTO, PROCURAR INFORMAÇÕES RELEVANTES)

**PARA CADA EVENTO PERGUNTAR:** “Conte-me exatamente o que ele/ela fez. Quais tratamentos médicos que ele/ela recebeu (em caso de haver recebido algum)? O objetivo é avaliar o método usado para obter uma estimativa da letalidade e identificar a primeira, a mais

letal e a mais recente tentativa. (Se houver mais de 6 tentativas, esteja atento para descrever a primeira, mais letal e a mais recente).

**COMEÇAR COM A PRIMEIRA TENTATIVA:**

Tentativa nº: \_\_\_\_\_ Data: / / Acurácia da data (+- dias) \_\_\_\_\_ letalidade \_\_\_\_\_

Código do método: \_\_\_\_\_ (Código dos métodos na Lethality Rating Scale ex: 1h, 2c, 3e)

Tipo da tentativa: 1= Real 2= Ambígua 3= Interrompida 4= Abortada

(a) Por favor me descreva exatamente o que aconteceu.

(b) Se houve overdose, inclua nomes e quantidades de todas as substâncias ou medicações

(c) Ele/ela estava sozinha no momento? 1= Sim 2= Não

(d) O que levou a esse evento?

Se algum evento externo específico parece ser o gatilho da tentativa, descreva os eventos e classifique o tipo de eventos:

**Classificação dos fatores precipitantes (gatilhos) externos:** \_\_\_\_\_ (1 a 9) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) para determinar em qual categoria os fatores precipitantes mais importantes se encaixam ( 1= conjugal 2=outros fatores interpessoais 3= fatores ocupacionais 4=fatores da vida em geral 5= saúde 6= outros 7= não podem ser acessados 8= abuso sexual 9= abuso físico)

Fator desencadeante secundário (categoria): \_\_\_\_\_

(e) O que você acha que ele/ela estava sentindo no momento?

(f) Descreva qualquer consequência médica do evento (ex: tipo de dano medicamentoso incluindo tonturas, nível de consciência, tratamentos médicos, resposta ao tratamento e duração da condição aguda)

Tentativa nº: \_\_\_\_\_ Data: / / Acurácia da data (+- dias) \_\_\_\_\_ letalidade \_\_\_\_\_

---

Código do método: \_\_\_\_\_ (Código dos métodos na Lethality Rating Scale ex: 1h, 2c, 3e)

Tipo da tentativa: 1= Real 2= Ambígua 3= Interrompida 4= Abortada

- (a) Por favor me descreva exatamente o que aconteceu.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- (b) Se houve overdose, inclua nomes e quantidades de todas as substâncias ou medicações
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- (c) Ele/ela estava sozinha no momento? 1= Sim 2= Não
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- (d) O que levou a esse evento?

Se algum evento externo específico parece ser o gatilho da tentativa, descreva os eventos e classifique o tipo de eventos:

**Classificação dos fatores precipitantes (gatilhos) externos:** \_\_\_\_\_ (1 a 9) (St. Paul-Ramsey Life Experience Scale) para determinar em qual categoria os fatores precipitantes mais importantes se encaixam ( 1= conjugal 2=outros fatores interpessoais 3= fatores ocupacionais 4=fatores da vida em geral 5= saúde 6= outros 7= não podem ser acessados 8= abuso sexual 9= abuso físico)

Fator desencadeante secundário (categoria): \_\_\_\_\_

- (e) O que você acha que ele/ela estava sentindo no momento?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- (f) Descreva qualquer consequência médica do evento (ex: tipo de dano medicamentoso incluindo tonturas, nível de consciência, tratamentos médicos, resposta ao tratamento e duração da condição aguda)

**ANEXO E - ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK. BSI**

Identificação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Escala de Ideação Suicida de Beck. BSI**

Instruções: por favor, leia cuidadosamente cada grupo de afirmações, abaixo. Faça um círculo na afirmação que em cada grupo **melhor** descreve como você tem se sentido **na última semana, incluindo hoje**. Tome o cuidado de ler **todas as afirmações em cada grupo, antes de fazer uma escolha**.

- 1-  0. Tenho um desejo forte 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 moderado a forte.
- 3-  0. Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.  
 1. Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.  
 2. Minhas razões para morrer pesam mais que 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 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.

Se você vez círculo nas afirmações “zero”, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20; se você marcou “um” ou “dois”, seja no grupo 4 ou 5, então prossiga no grupo 6.

Subtotal parte 1 \_\_\_\_\_

- 6-  0. Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.  
 1. Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.  
 2. Tenho longos períodos com idéias de me matar.
- 7-  0. Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.  
 1. Tenho idéias freqüentes de me matar.  
 2. Penso constantemente em me matar.

- 
- 8-  0. Não aceito a idéia de me matar.  
 1. Não aceito, nem rejeito, a idéia de me matar.  
 2. Aceito a ideia de me matar.
- 9-  0. Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.  
 1. Não acertou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.  
 2. Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
- 10-  0. Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida, etc.  
 1. Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida, etc.  
 2. Eu estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, da minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida, etc.
- 11-  0. Minhas razões para querer cometer suicídio tem em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim, etc.  
 1. Minhas razões para querer cometer suicídio não tem em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.  
 2. Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.
- 12-  0. Não tenho plano específico sobre como me matar.  
 1. Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.  
 2. Tenho um plano específico para me matar.
- 13-  0. Não tenho acesso a um método ou uma oportunidade de me matar.  
 1. O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade para usá-lo.  
 2. Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.
- 14-  0. Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.  
 1. Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.  
 2. Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.
- 15-  0. Não espero fazer uma tentativa de suicídio.  
 1. Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.  
 2. Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
- 16-  0. Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.  
 1. Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.  
 2. Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.
- 17-  0. Não escrevi um bilhete suicida.  
 1. Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.  
 2. Tenho um bilhete suicida pronto.



- 
- 18-  0. Não tomei providencias em relação ao que acontecera depois que eu tiver cometido suicídio.  
 1. Tenho pensado em tomar algumas providencias em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.  
 2. Tomei providências definidas em relação ao que acontecera depois que eu tiver cometido suicídio.
- 19-  0. Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.  
 1. Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.  
 2. Tenho tentando não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.
- 20-  0. Nunca tentei suicídio.  
 1. Tentei suicídio uma vez.  
 2. Tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

- 21-  0. Durante a ultima tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.  
 1. Durante a ultima tentativa de suicídio, me desejo de morrer era moderado.  
 2. Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

Subtotal parte 2 \_\_\_\_\_

Escore total \_\_\_\_\_

**ANEXO F - ESCORE DE FUNCIONAMENTO FAMILIAR - IAF**

Escores de Funcionamento familiar IAF avaliado pelos pacientes com e sem histórico de sintomas psicóticos

	TB sem histórico sint. psicóticos (n=25)	TB com histórico sint. psicóticos (n=37)	Valor p
Solução de problemas. (Média e Desvio-Padrão)	2,22(0,51)	2,37(0,71)	0,257
Comunicação (Média e Desvio-Padrão)	2,22(0,52)	2,47(0,58)	0,579
Papéis (Média e Desvio-Padrão)	2,22(0,36)	2,58(0,42)	0,359
Resposta Afetiva (Média e Desvio-Padrão)	2,22(0,67)	2,48(0,67)	0,375
Envolvimento Afetivo (Média e Desvio-Padrão)	2,22(0,44)	2,45(0,48)	0,829
Controle da conduta (Média e Desvio-Padrão)	2,22(0,41)	2,12(0,42)	0,941
Funcionamento Geral (Média e Desvio-Padrão)	2,22(0,63)	2,34(0,63)	0,636

## **11 Referências**

---

---

Abreu LN, Lafer B, Baca-Garcia E, Oquendo MA. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(3): 271-280.

Aizenberg D, Olmer A, Barak Y. Suicide attempts amongst elderly bipolar patients. *J Affect Disord.* 2006; 91(1):91-94.

Algorta GP, Youngstrom EA, Frazier TW, Freeman AJ, Youngstrom JK, Findling RL. Suicidality in pediatric bipolar disorder: predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disord.* 2011;13(1):76-86.

Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(8):1043-1075.

Antypa N, Antonioli M, Serretti A. Clinical, psychological and environmental predictors of prospective suicide events in patients with Bipolar Disorder. *J Psychiatr Res.* 2013;47(11):1800-1808.

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *Am J Psychiatry*, 2002;159(4 Suppl), 1-50.

Azorin J-M, Kaladjian A, Adida M, Hantouche E, Hameg A, Lancrenon S, Akiskal HS. Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: findings from a French National Cohort. *Compr Psychiatry.* 2009;50(2):115-120.

Barnett JH, Smoller JW. The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience.* 2009;164(1): 331-343.

---

Bauwens F, Tracy A, Pardoën D, Vander Elst M, Mendlewicz J. Social adjustment of remitted bipolar and unipolar out-patients. A comparison with age- and sex-matched controls. *Br J Psychiatry*. 1991;159:239-244.

Belardinelli C, Hatch JP, Olvera RL, Fonseca M, Caetano SC, Nicoletti M, Pliszka S, Soares JC. Family environment patterns in families with bipolar children. *J Affect Disord*. 2008;107(1-3): 299-305.

Bellivier F, Yon L, Luquiens A, Azorin J-M, Bertsch J, Gerard S, Reed C, Lukasiewicz M. Suicidal attempts in bipolar disorder: results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disord*. 2011;13(4):377-386.

Bienvénu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychol Med*. 2011;41(1):33-40.

Bronisch T, Wolfersdorf M, Leenaars A. Suicidality, bipolar disorders, and pharmacotherapy. *Arch Suicide Res*. 2005;9(3):231-235.

Bruscagim C. Terapia familiar sistêmica. *Revista Psicoterapias - Mente e Cérebro*, São Paulo, vol 4. 2010.

Chang KD, Blasey C, Ketter TA, Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disord*. 2001;3(2):73-78.

Chang KD, Steiner H, Ketter TA. Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(4):453-460.

Chen C-Y, Yeh H-H, Huang N, Lin Y-C. Socioeconomic and clinical characteristics associated with repeat suicide attempts among young people. *J Adolesc Health*. 2014; 54(5):550-557.

---

Chen L, Liu Y-H, Zheng Q-W, Xiang Y-T, Duan Y-P, Yang F-D, Wang G, Fang YR, Lu Z, Yang HC, Hu J, Chen ZY, Huang Y, Sun J, Wang XP, Li HC, Zhang JB, Chen DF, Si T-M. Suicide risk in major affective disorder: results from a national survey in China. *J Affect Disord.* 2014;155:174-179.

Chen Y-J, Tsai Y-F, Lee S-H, Lee H-L. Protective factors against suicide among young-old Chinese outpatients. *BMC Public Health.* 2014;14:372.

Craddock N, Jones I. Genetics of bipolar disorder. *J Med Genet.* 1999;36(8):585-594.

Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, Chessick C, Wisniewski SR, Thase ME. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *J Affect Disord.* 2011;133(3):423-427.

Dilsaver SC, Benazzi F, Rihmer Z, Akiskal KK, Akiskal HS. Gender, suicidality and bipolar mixed states in adolescents. *J Affect Disord.* 2005;87(1):11-16.

Du Rocher Schudlich TD, Youngstrom EA, Calabrese JR, Findling RL. The role of family functioning in bipolar disorder in families. *J Abnorm Child Psychol.* 2008;36(6):849-863.

El-Mallakh RS, Ghaemi SN, Sagduyu K, Thase ME, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Zhang HW, Pardo TA, Sachs G, STEP-BD Investigators. Antidepressant-associated chronic irritable dysphoria (ACID) in STEP-BD patients. *J Affect Disord.* 2008;111(2-3):372-377.

Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther.* 1983;9:171-180

---

Engström C, Brändström S, Sigvardsson S, Cloninger CR, Nylander P-O. Bipolar disorder. III: Harm avoidance a risk factor for suicide attempts. *Bipolar Disord.* 2004;6(2):130-138.

Finseth PI, Morken G, Andreassen OA, Malt UF, Vaaler AE. Risk factors related to lifetime suicide attempts in acutely admitted bipolar disorder inpatients. *Bipolar Disord.* 2012;14(7):727-734.

First MB, Pincus HA. The DSM-IV Text Revision: rationale and potential impact on clinical practice. *Psychiatr Serv.* 2002;53(3):288-292.

Friedmann MS, McDermut WH, Solomon DA, Ryan CE, Keitner GI, Miller IW. Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam Process.* 1997;36(4):357-367.

Fristad MA. Psychoeducational treatment for school-aged children with bipolar disorder. *Dev Psychopathol.* 2006;18(4):1289-1306.

Gameiro J. *Voando sobre a psiquiatria*. Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea. Porto: Edições Afrontamento; 1992.

Gazalle FK, Hallal PC, Tramontina J, Rosa AR, Andreazza AC, Zanatto V, Santin A, Kapczinski F, Ceresér KM. Polypharmacy and suicide attempts in bipolar disorder. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(1):35-38.

Gitlin LN, Corcoran M, Leinmiller-Eckhardt S. Understanding the family perspective: an ethnographic framework for providing occupational therapy in the home. *Am J Occup Ther.* 1995;49(8):802-809.

Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 1995;152(11):1635-1640.

Goldberg JF, Garno JL, Leon AC, Kocsis JH, Portera L. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(12):1753-1755.

Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D, Ryan ND, Strober MA, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Leonard H, Hunt J, Bridge JA, Brent DA, Keller M. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disord*. 2005;7(6):525-535.

Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness: bipolar disorder and recurrent depression*. Oxford: Oxford University Press; 2007.

Guillaume S, Jaussent I, Jollant F, Rihmer Z, Malafosse A, Courtet P. Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. *J Affect Disord*. 2010;122(1-2):53-59.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.

Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205-228.

Honig A, Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. Psycho-education in bipolar disorder: effect on expressed emotion. *Psychiatry Res*. 1997;72(1):17-22.

Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Knopf Doubleday; 2000.

Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2012;61(Suppl 9):47-51.

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD, Solomon DA, Leon AC, Keller MB. A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(3):261-269.



---

Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD, Keller MB. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(12):1322-1330.

Justo LP, Soares BG, Calil HM. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;4: CD005167.

Kabacoff RI, Miller IW, Bishop DS, Epstein NB, Keitner GI. A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. *J Fam Psychol*. 1990;3(4):431-439.

Kavanagh DJ1, O'Halloran P, Manicavasagar V, Clark D, Piatkowska O, Tennant C, Rosen A. The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Res*. 1997;70(3):185-95.

Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Norman WH. Family functioning, social adjustment, and recurrence of suicidality. *Psychiatry*. 1990;53(1):17-30.

Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RM, Jin R, Merikangas KR, Simon GE, Wang PS. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry*. 2006a;163(9):1561-1568.

Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Stang PE. Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *J Affect Disord*. 2006b;96(3):259-269.

Koyama A, Akiyama T, Miyake Y, Kurita H. Family functioning perceived by patients and their family members in three Diagnostic and Statistical Manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2004;58(5):495-500.

---

Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes T, Keck Jr JP, McElroy SL, Denicoff KD, Obrocea G, Nolen WA, Kupka R, Walden J, Grunze H, Perez S, Luckenbaugh DA, Post RM. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(5):506-515.

Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D, Corrêa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *J Affect Disord*. 2009;112(1-3):231-236.

Maris RW. Social and familial risk factors in suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20(3):519-550.

McDermut W, Miller IW, Solomon D, Ryan CE, Keitner GI. Family functioning and suicidality in depressed adults. *Compr Psychiatry*. 2001;42(2):96-104.

Mendlewicz J, Rainer JD. Adoption study supporting genetic transmission in manic-depressive illness. *Nature*. 1977;268(5618):327-329.

Miasso AI, Paiva do Carmo B, Tirapelli CR. Bipolar affective disorder: Pharmacotherapeutic profile and adherence to medication. *Rev Esc Enf USP*. 2006;46(3):689-695.

Michaelis BH, Goldberg JF, Singer TM, Garno JL, Ernst CL, Davis GP. Characteristics of first suicide attempts in single versus multiple suicide attempters with bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2003;44(1):15-20.

Miklowitz DJ, Alatiq Y, Geddes JR, Goodwin GM, Williams JM. Thought suppression in patients with bipolar disorder. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(2):355-365.

Miklowitz DJ, Axelson DA, George EL, Taylor DO, Schneck CD, Sullivan AE, Dickinson LM, Birmaher B. Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(6):643-651.

---

Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(9):904-912.

Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Nuechterlein KH, Snyder KS, Mintz J. Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(3):225-231.

Miklowitz DJ, Richards JA, George EL, Frank E, Suddath RL, Powell KB, Sacher JA. Integrated family and individual therapy for bipolar disorder: results of a treatment development study. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(2):182-191.

Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N, Suddath R. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*. 2000;48(6):582-592.

Miller IW, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI. The McMaster family assessment device: reliability and validity. *J Marital Fam Ther*. 1985;11(4):345-356.

Miller IW, Kabacoff RI, Epstein NB, Bishop DS, Keitner GI, Baldwin LM, van der Spuy HI. The development of a clinical rating scale for the McMaster model of family functioning. *Fam Process*. 1994;33(1):53-69.

Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, Epstein NB, Bishop DS. Family functioning in the families of psychiatric patients. *Compr Psychiatry*. 1986;27(4):302-312.

Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker LA, Johnson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(5):732-740.

Miller IW, Keitner GI, Whisman MA, Ryan CE, Epstein NB, Bishop DS. Depressed patients with dysfunctional families: description and course of illness. *J Abnorm Psychol*. 1992;101(4):637-646.

---

Miller K. Bipolar disorder: etiology, diagnosis, and management. *J Am Acad Nurse Pract.* 2006;18(8):368-373.

Minuchin S, Fishman C. *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós; 2004.

Minuchin S. *Famílias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa; 1977.

Nader EG, Kleinman A, Gomes BC, Bruscahin C, dos Santos B, Nicoletti M, Soares JC, Lafer B, Caetano SC. Negative expressed emotion best discriminates families with bipolar disorder children. *J Affect Disord.* 2013;148(2-3):418-423.

Navarro Gongora J. *Enfermedad y familia*. Manual de intervención psicosocial. Barcelona: Paidós; 2004.

Olson DH, Russell CS, Sprenkle DH. Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Fam Process.* 1983;22(1):69-83.

Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS. Circumplex model of marital and family system: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Fam Process.* 1979;18(1):3-28.

Olson DH. Three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Fam Process.* 1991 Mar;30(1):74-9.

Oquendo MA, Mann JJ. Intervention research for suicidal behaviour. *Lancet.* 2003;362(9387):844-845.

Oquendo MA, Friedman JH, Grunebaum MF, Burke A, Silver JM, Mann JJ. Suicidal behavior and mild traumatic brain injury in major depression. *J Nerv Ment Dis.* 2004a; 192(6):430-434.

Oquendo MA, Friend JM, Halberstam B, Brodsky BS, Burke AK, Grunebaum MF, Malone KM, Mann JJ. Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major

depression with greater risk for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2003;160(3):580-582.

Oquendo MA, Galfalvy H, Russo S, Ellis SP, Grunebaum MF, Burke A, Mann JJ. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2004b; 161(8):1433-1441.

Pittman F. *Momentos decisivos*. Tratamiento en situacion de crisis. Buenos Aires, Argentina: Paidos; 1990.

Potash JB, DePaulo JJ. Searching high and low: a review of the genetics of bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2000;2(1):8-26.

Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-877.

Rolland J. *Familias, enfermedad y discapacidad*. Una propuesta desde la terapia sistémica. Barcelona: Gedisa; 2000.

Romero S, Delbello MP, Soutullo CA, Stanford K, Strakowski SM. Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: a preliminary comparison study. *Bipolar Disord*. 2005;7(6):617-622.

Ryan CE, Epstein NB, Keitner GI, Miller EW, Bishop DS. *Evaluating and treating families: The McMaster approach*. New York: Taylor & Francis; 2005.

Ryan BL, Stewart M, Campbell MK, Koval J, Thind A. Understanding adolescent and young adult use of family physician services: a cross-sectional analysis of the Canadian Community Health Survey. *BMC Fam Pract*. 2011;12:118.

Ryu V, Jon D-I, Cho HS, Kim SJ, Lee E, Kim EJ, Seok J-H. Initial depressive episodes affect the risk of suicide attempts in Korean patients with bipolar disorder. *Yonsei Med J.* 2010;51(5):641-647.

Schenkel LS, Marlow-O'Connor M, Moss M, Sweeney JA, Pavuluri MN. Theory of mind and social inference in children and adolescents with bipolar disorder. *Psychol Med.* 2008a;38(6):791-800.

Schenkel LS, West AE, Harral EM, Patel NB, Pavuluri MN. Parent-child interactions in pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychol.* 2008b;64(4):422-437.

Shabani A, Teimurinejad S, Kokar S, Ahmadzad Asl M, Shariati B, Mousavi Behbahani Z, Ghasemzadeh MR, Hasani S, Taban M, Shirekhoda S, Ghorbani Z, Tat S, Nohesara S, Shariat SV. Suicide risk factors in Iranian patients with bipolar disorder: A 21-month follow-up from BDPF Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2013;7(1):16-23.

Simon FB, Stierling H, Wynne LC. *Vocabulario de terapia familiar.* Buenos Aires, Argentina: Gedisa; 1988.

Simon GE, Hunkeler E, Fireman B, Lee JY, Savarino J. Risk of suicide attempt and suicide death in patients treated for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007;9(5):526-530.

Simoneau TL, Miklowitz DJ, Saleem R. Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *J Abnorm Psychol.* 1998;107(3):497-507.

Song JY, Yu HY, Kim SH, Hwang SS, Cho H-S, Kim YS, Ha K, Ahn YM. Assessment of risk factors related to suicide attempts in patients with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(11):978-984.

Spalt L. Demographic characteristics in affective disorders. *Dis Nerv Syst.* 1975;36(4):209-214.

---

St. John D. Bipolar affective disorder: diagnosing a devastating illness. *Clinical Advisor*. 2005.

Tidemalm D, Haglund A, Karanti A, Landén M, Runeson B. Attempted suicide in bipolar disorder: risk factors in a cohort of 6086 patients. *PLoS One*. 2014;9(4):e94097.

Tohen M, Wateraux CM, Tsuang MT. Outcome in Mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(12):1106-1111.

Torrente F. [Collaborative relationship between psychiatrists and psychologists: a literature review]. *Vertex*. 2006;17(68):278-284.

Tsai SY, Lee JC, Chen CC. Characteristics and psychosocial problems of patients with bipolar disorder at high risk for suicide attempt. *J Affect Disord*. 1999;52(1-3):145-152.

Uebelacker LA, Beevers CG, Battle CL, Strong D, Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA, Miller IW. Family functioning in bipolar I disorder. *J Fam Psychol*. 2006;20(4):701-704.

Unal S, Kaya B, Cekem B, Ozişik HI, Cakil G, Kaya M. [Family functioning in patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and epilepsy]. *Turk Psikiyatri Derg*. 2004;15(4):291-299.

Undurraga J, Baldessarini RJ, Valenti M, Pacchiarotti I, Vieta E. Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(6):778-782.

Valtonen HM, Suominen K, Mantere O, Leppämäki S, Arvilommi P, Isometsä ET. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2006;8(5 Pt 2):576-585.

Vaughn C, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*. 1976;15(2):157-165.

Walrond Skinner S. *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Crea; 1978.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133:429-435.