



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
DOUTORADO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA

**PREVALÊNCIAS E FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA EM
ADOLESCENTES**

Recife
2016

TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA

**PREVALÊNCIAS E FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA EM
ADOLESCENTES**

Tese submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Área de Concentração: Neuropsicopatologia.

Orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Recife

2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

S586p Silva, Tatiana de Paula Santana da.
 Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida em
adolescentes / Tatiana de Paula Santana da Silva. – 2016.
 141 f.: il. ; 30 cm.

 Orientador: Everton Botelho Sougey.
 Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2016.

 Inclui Referências, apêndices e anexos.

 1. Adolescente. 2. Fatores de Risco. 3. Prevalência. 4. Tentativa de
Suicídio. I. Sougey, Everton Botelho. (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2016-282)

TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA

**PREVALÊNCIAS E FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO
SUICIDA EM ADOLESCENTES**

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e
Ciências do Comportamento da
Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para a obtenção
do título de Doutora em
Neuropsicopatologia.

Aprovada em: 20/12/2016.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Seleni Cordeiro Vasconcelos
Universidade Federal da Paraíba

Profª Drª Paula Rajane Beserra Diniz
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Sandra Lopes de Souza
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima
Universidade Federal de Pernambuco

Everton Botelho Sougey
(Presidente da Banca)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a todos os adolescentes entrevistados que viabilizaram a compreensão de alguns aspectos relacionados ao sofrimento pelo qual passam, e que os fazem, às vezes, pensar em desistir da vida. A todos estes, dedico não apenas os resultados obtidos, mas o esforço particular de minha parte, em compreendê-los e confortá-los, corroborando para findar tais pensamentos e possíveis comportamentos...

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a **Deus**, pois o caminho sem ele não é possível.

Aos **meus pais**, pela educação, ensinamentos recebidos, e pelo apoio em todos os momentos de minha vida. Em especial a minha mãe **Joana Dar’c**, por tudo o que passamos, por respeitar meus sonhos e acreditar sempre que tudo é possível, pelo esforço contínuo e por sua fé inexorável que me protege todos os dias. A **Belinha e Mel** por me ensinarem o amor verdadeiro.

Ao meu esposo **Péricles**, por me acompanhar e incentivar em todos os momentos, pela paciência e por mostrar a verdadeira paz que se pode ter em um relacionamento, *“eu nem sonhava te amar desse jeito...”*

Ao meu orientador Profº **Everton Botelho Sougey**, por seu exemplo profissional pautado na ética e no respeito ao próximo, por sua inteligência, disponibilidade, paciência, dedicação, ensinamentos, conselhos, incentivo e sensibilidade, por me acolher em momentos difíceis e por ter acreditado na minha capacidade, pelo, apoio durante todo o período do doutoramento. Obrigada também pelas críticas que contribuíram para o meu crescimento como pessoa (não há de existir palavras para agradecer...).

Aos membros da Banca Examinadora, que aceitaram o convite para avaliar meu trabalho, colaborando para o aprimoramento de minhas construções.

Em especial a **Drª Claudia Pires**, pelo acolhimento em momentos delicados, por seu incentivo durante todo o meu trajeto, pela paciência e sensibilidade, pelo exemplo de respeito ao próximo, saiba que devo muito a você, e serei eternamente grata pois grande parte de meu aprendizado se devem aos momentos em sua companhia tão sábia.

À **Universidade Federal de Pernambuco**, na pessoa de seu Diretor, Prof. Dr. **Anísio Brasileiro de Freitas Dourado**.

Aos colegas, funcionários, docentes, discentes e a coordenação do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, em especial a **Profª Dra. Sandra Lopes, Professor Murilo Lima pelo acolhimento, ensinamentos e confiança, e as colegas: Dra. Juliana Lourenço, Dra. Selene Cordeiro, Sérgio Soares e Michele Nascimento** pela amizade e força em todos os momentos dessa caminhada.

Ao Dr. **Kelly Posner** docente da Universidade de Columbia pela colaboração internacional na pesquisa e disponibilização do instrumento para coleta de dados.

Aos colegas do **Núcleo de Pesquisa e Avaliação Comportamental em Grupos de Risco Nupac – GR** pela convivência e ensinamentos obtidos.

A todos os **professores, colegas e funcionários** do Departamento de Fonouadiologia da Universidade Federal de Pernambuco, em especial as professoras **Cynthia Maria Barbosa do Nascimento e Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima**, pela confiança depositada em mim, pela amizade e exemplo profissional.

A todos os **funcionários do Núcleo de Telessaúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**, em especial a professora **Paula Diniz e Magdala Novaes** pelos ensinamentos e confiança.

Aos **docentes e discentes do departamento de Educação da Universidade Federal de Pernambuco**, em especial ao professor **Sérgio Abranches**, pelos ensinamentos.

Aos meus eternos professores **Silvia Benevides, Maurício Kosminsky e Arnaldo Caldas**, meus mentores, referências pessoais e profissionais, obrigada por acreditar em mim!

Aos **adolescentes e seus responsáveis** pela disponibilidade em participar desta pesquisa.

Aos gestores das escolas e a **Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco**.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pela concessão de bolsa de estudo.

*Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena
Acreditar no sonho que se tem
Ou que seus planos nunca vão dar certo
Ou que você nunca vai ser alguém
...Quem acredita sempre alcança
Renato Russo/Flávio Venturini*

Porque para Deus nada é impossível.

RESUMO

Resumo: O estudo de perfis e fatores correlacionados ao comportamento suicida despontam como um poderoso mecanismo de prevenção, principalmente na população adolescente, grupo etário intimamente vulnerável a este evento. **Objetivo:** Determinar a prevalência e os fatores associados a ideação e tentativa de suicídio em adolescentes. **Método:** Estudo transversal, com 578 jovens de 15 a 19 anos. Para coleta foram empregados quatro instrumentos a saber: Critério de Classificação Econômica do Brasil; *Self Report Questionnaire*; Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia e Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar. Utilizaram-se os testes Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher, e elaborado modelo de regressão logística. **Resultados:** A prevalência de ideação foi de 26,1% e de tentativa 5%. Os fatores associados a ideação foram: classe econômica desfavorável, sintomatologia positiva de transtornos mentais, escolaridade fundamental para o responsável, ser filho intermediário, residir com muitas pessoas e apresentar funcionamento familiar com coesão desligada, e flexibilidade caótica. Para a tentativa foi significativa a presença de sintomas de transtornos mentais, coesão desligada, e flexibilidade rígida. Na regressão a combinação das variáveis: filho caçula ou intermediário, escolaridade do responsável, classe econômica desfavorável, sintomatologia positiva para transtornos mentais e família com coesão de níveis extremos e em todos os tipos de flexibilidade amplia o percentual de ideação em 85,5%. **Conclusão:** Uma grande proporção de adolescentes, relataram ideação, bem como já realizaram alguma tentativa de suicídio, sendo considerados um grande número de fatores demográficos, sócio econômicos, psicológicos, comportamentais e de relações familiares como associados a estes episódios.

Palavras chave: adolescente. Fatores de risco. População Prevalência. Tentativa de suicídio.

ABSTRACT

Abstract: Investigations into profiles and factors associated with suicidal behavior can serve as a powerful prevention mechanism, especially for the adolescent population, which is particularly vulnerable to such behavior. **Objective:** To determine the prevalence and factors associated with suicide ideation and attempted suicide in adolescents. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 578 adolescents aged 15 to 19 years. Data collection involved the administration of the Brazilian Economic Classification Criteria, Self-Reporting Questionnaire, Columbia Suicide Severity Rating Scale and Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. Statistical analysis involved Pearson's chi-square test, Fisher's exact test and the creation of a logistic regression model. **Results:** The prevalence of suicide ideation and attempted suicide was 26.1% and 5%, respectively. Suicide ideation was associated with an unfavorable economic status, positive symptoms of mental disorders, an elementary school level of the guardian, being a middle child, residing with many people and family functioning classified as disengaged cohesion and chaotic flexibility. Attempted suicide was significantly associated with symptoms of mental disorders, disengaged cohesion and rigid flexibility. In the multiple regression analysis, being the youngest or middle child, guardian's schooling at the elementary level, unfavorable economic status, positive symptoms of mental disorders and extreme cases of cohesion and flexibility increased the rate of suicide ideation by up to 85.5%. **Conclusion:** A large portion of the adolescents reported suicide ideation and some had attempted suicide. A considerable number of demographic, socioeconomic, psychological, behavioral and familial factors were associated with such episodes.

Keywords: Adolescent. Risk Factors. Population. Prevalence. Suicide, Attempted.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	Descrição	Página
Figura 1-	Mapa geral da cidade do Recife.....	21
Figura 2-	Representação esquemática dos 16 tipos familiares observados por Olson, Sprenkler, Russel, (1979).....	28
Quadro1-	Classificação e valores normativos do FACES III para coesão e flexibilidade familiar (OLSON,SPRENKLER,RUSSELL, 1979).....	29

Lista de abreviaturas e siglas

ABEP-	Associação brasileira de empresas de pesquisa
CEP-	Comitê de Ética em Pesquisa
CDC-	Controle e Prevenção de Enfermidades
CAPES-	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
C-SSRS-	Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia
CCEB-	critério de classificação econômica do Brasil
DF-	Distrito Federal
DOS--	Disk Operating System
FACES III-	Escala de Análise do Funcionamento Familiar
FDA-	<i>Food and Drug Administration</i>
GHQ-	<i>General Health Questionnaire</i>
GRE-	Gerências Regional de Ensino
OR-	<i>Odds Ratio</i>
OMS-	Organização Mundial de Saúde
PASSR-	<i>Patient Symptom Self-Report</i>
Npeasq – CGR-	Núcleo de Pesquisa e Avaliação Comportamental em Grupos de Risco Npeasq – CGR
N2-	<i>Post Graduate Institute Health Questionnaire</i>
PSE-	<i>Present State Examination</i>
SPSS-	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SRQ-20-	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE-	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
UFPE-	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	DESENVOLVIMENTO.....	16
2.1	REVISÃO DE LITERATURA	16
3	HIPÓTESES.....	18
4	OBJETIVOS.....	19
4.1	OBJETIVO GERAL.....	19
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
5	MATERIAL E MÉTODOS.....	20
5.1	DESENHO DO ESTUDO.....	20
5.2	ÁREA DO ESTUDO.....	20
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E PERÍODO DE REFERÊNCIA	20
5.4	SELEÇÃO E CÁLCULO DA AMOSTRA.....	21
5.5	PROJETO PILOTO.....	23
5.6	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	23
5.7	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	23
5.8	INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	23
5.8.1	Questionário de dados Sócio demográficos	24
5.8.2	Questionário – Critério de Classificação Econômica Brasil/2011 da ABEP.....	24
5.8.3	<i>Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i>.....	24
5.8.4	Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C- SSRS)	26
5.8.5	Escala de Avaliação do Funcionamento familiar	27
5.9	DINÂMICA DE TRABALHO.....	29
5.10	ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5.11	ANÁLISE ESTATÍSTICA	31
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
7	CONCLUSÃO.....	33
	REFERÊNCIAS.....	36
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A- Artigo - Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas.....	38
	APÊNDICE B – Artigo - Alucinógenos e anfetaminas no comportamento suicida: Revisão Integrativa da Literatura	48

.....

APÊNDICE C- Artigo - Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral: Revisão integrativa da literatura	57
APÊNDICE D- Artigo –Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes.....	77
APÊNDICE E - Artigo - <i>Risk factors of suicide attempts by poisoning: review</i>	105
APÊNDICE F - Artigo - Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle.....	112
APÊNDICE G- Questionário de Dados Sócio demográficos.....	124
APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para maiores de 18 anos ou emancipados.....	125
APÊNDICE I - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para menores de 18 anos	127
APÊNDICE J - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para responsável legal pelo menor de 18 anos.....	129

ANEXOS

ANEXO A- Parecer de aceite para publicação do artigo Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral: Revisão integrativa da literatura.....	131
ANEXO B - ARTIGO 2- Questionário – Critério de Classificação Econômica Brasil/2013 da ABEP.....	132
ANEXO C- <i>Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i>	134
ANEXO D- Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS).....	135
ANEXO E- Escala de Análise do Funcionamento Familiar (FACES III)	137
ANEXO F- Certificado do treinamento virtual de calibração para aplicação da Escala para a função, conforme preconizado pelo autor idealizador da escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS).....	138
ANEXO G- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-CCS/UFPE).....	139

1 INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) traz os resultados alcançados pela doutoranda Tatiana de Paula Santana da Silva em pesquisa intitulada “Prevalência e fatores relacionados ao comportamento suicida em adolescentes” sob a orientação do Prof. Dr. Everton Botelho Sougey.

A pesquisa está inserida no Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa dos Transtornos Afetivos, pertencente à UFPE e cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), registrado desde 1992. Recebeu financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela portaria Nº. 76, de 14 de abril de 2010, por meio de bolsa de doutorado do programa de demanda social da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Destaca-se que o trabalho foi estruturado em forma de artigos, possui três capítulos, que refletem precisamente a produção da doutoranda.

O primeiro capítulo, faz referência ao desenvolvimento do trabalho elencado pela revisão de literatura que traz em seu conteúdo três artigos de revisão desenvolvidos pela referida aluna, sendo o primeiro intitulado “Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas” que teve por objetivo realizar uma revisão integrativa sobre o tema do estigma social imposto aos indivíduos que tentaram suicídio, trazendo à tona reflexões a partir da perspectiva bioética, publicado na Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina (APÊNDICE A); o segundo artigo tem como título “Alucinógenos e anfetaminas no comportamento suicida: Revisão Integrativa da Literatura” e se propôs a estudar a influência de alucinógenos e anfetaminas no comportamento suicida através de uma revisão integrativa da literatura, publicado na revista HUPE (APÊNDICE B); e, por último, o artigo denominado “Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral: Revisão integrativa da literatura”, que teve como proposta central identificar na literatura escalas relacionadas à análise do comportamento suicida validadas para uso em pesquisas de base populacional com adolescentes (APÊNDICE C), que foi aceito para publicação pela revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/*Brazilian Journal of Health Research* (ANEXO A).

O segundo capítulo destina-se à descrição das hipóteses de pesquisa que fundamentaram a realização do estudo.

O terceiro capítulo refere-se aos objetivos elencados pela aluna diante das hipóteses da pesquisa.

O quarto capítulo é destinado ao detalhamento dos métodos que foram utilizados para a elaboração deste estudo. Inclui o desenho do estudo, área do estudo, população de referência e amostra, projeto piloto, critérios de inclusão e exclusão, instrumentos utilizados, dinâmica de trabalho, aspectos éticos e análise estatística.

O quinto capítulo refere-se aos resultados, representado por um artigo original que faz referência ao título da tese denominado “Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes”, cuja proposição foi determinar a prevalência e os fatores associados à ideação e tentativa de suicídio em adolescentes, que será encaminhado para a revista *The journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* (APÊNDICE D).

Como publicações e produção científica adicional, destaca-se ainda a participação da referida aluna na qualidade de co-autora em dois artigos sendo o primeiro intitulado “*Risk factors of suicide attempts by poisoning: review*” que teve por objetivo revisar a literatura acerca dos principais fatores de risco associados à tentativa de suicídio por envenenamento, publicado na revista *Trends Psychiatry Psychother* (APÊNDICE E); e, no artigo intitulado “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle” cuja proposição foi contribuir para a identificação de indicadores de risco na tentativa de suicídio por envenenamento, publicado na revista *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (APÊNDICE F).

O sexto e último capítulo corresponde à conclusão geral da tese e sintetiza todos os resultados obtidos ao final da pesquisa, respondendo aos objetivos propostos ao longo do doutoramento.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REVISÃO DA LITERATURA

O capítulo de desenvolvimento desta tese traz em seu conteúdo o processo de revisão da literatura, representado por três artigos. O primeiro intitulado “Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas” que teve por objetivo realizar uma revisão integrativa sobre o tema do estigma social imposto aos indivíduos que tentaram suicídio, trazendo à tona reflexões a partir da perspectiva bioética, publicado na Revista Bioética do Conselho Federal de Medicina (ANEXO A). Do estudo, pôde-se considerar que a presença do estigma após tentativa de suicídio é algo indiscutivelmente marcante, e, muitas vezes, pode desencadear inúmeras repercussões na vida dos sujeitos e de sua família, principalmente no que diz respeito à convivência em sociedade, já que não é rara a tendência à marginalização dessas pessoas, expressa pela exclusão do convívio, rotulação e sensação de despersonalização do indivíduo.

O segundo artigo tem como título “Influência de alucinógenos e anfetaminas no comportamento suicida: Revisão Integrativa da Literatura” que se propôs a estudar a influência de alucinógenos e anfetaminas no comportamento suicida através de uma revisão integrativa da literatura, publicado na revista HUPE (ANEXO B). Dentre as principais conclusões, destaca-se a premissa de que o uso de determinadas substâncias, como as anfetaminas e alucinógenos, podem ser fatores para a presença do comportamento suicida, necessitando de discussões mais ampliadas. As análises dessas questões contribuem para pesquisas futuras que objetivem reduzir as taxas de comportamento suicida, sobretudo em âmbito nacional onde as pesquisas ainda são escassas.

O último artigo, denominado “Escala de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral: Revisão integrativa da literatura”, teve como proposta central, identificar na literatura escalas relacionadas à análise do comportamento suicida validadas para uso em pesquisas de base populacional com adolescentes, que foi aceito para publicação pela revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/*Brazilian Journal of Health Research* (ANEXO C).

Estes estudos de revisão foram conduzidos na tentativa de subsidiar e aprofundar o conhecimento da autora quanto à produção científica existente, relevante e atual sobre a temática de pesquisa. Pôde-se perceber, em linhas gerais, que a literatura sobre o

comportamento suicida na adolescência cresceu consideravelmente nas duas últimas décadas, podendo ser reflexo também do número crescente das taxas de comportamento, e suicídios evidenciados no mesmo período.

Dentre os estudos investigados, ainda existem lacunas consideráveis a se preencher, como a investigação aprofundada dos impactos para intensificação de novos comportamentos suicidas na presença de estigmas e marginalização do sujeito que já atentou contra a vida por parte da sociedade, sobretudo em populações consideradas mais vulneráveis como os adolescentes, que ainda vivenciam outros estressores de cunho biopsicossocial.

Pouco também se reflete sobre o uso/abuso de substâncias e fármacos e suas correlações com o comportamento e suicídio na adolescência. Sabe-se que esta conduta de risco predispõe a uma série de mudanças no perfil do indivíduo. Mas, apesar da revisão conduzida sobre esta temática, muitas questões ainda não estão claras, como: qual seria a razão de chances de se tentar o suicídio quando usuário de tais substâncias? As razões são semelhantes aos indivíduos adultos? Que substâncias predispõem a uma maior probabilidade para tentativa? O abuso pode ser considerado prática associada ao método de tentativa, como se evidencia em estudos relacionados ao uso/abuso de álcool em adultos?

Por fim a última revisão, considerada extremamente importante para a construção dessa tese, traz à tona que apesar de ser um fenômeno muito estudado, alguns ciclos etários por muitos anos careceram de estudos relacionados a psicomетria, no caso, a avaliação do comportamento suicida por muito tempo foi investigada apenas pela presença/ausência de pensamentos, planos e tentativas, mas poucas eram as medidas destinadas a investigar a intensidade desses aspectos, considerados essenciais, bem como a presença de estressores e/ou precipitantes. Nesse sentido a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS), mostra-se como uma medida simples e eficaz e voltada a preencher as lacunas antes existentes, no qual após revisão conduzida de forma criteriosa, foi incluída neste estudo como base de rastreio para a presença do comportamento suicida, por meio de sua versão destinada ao público adolescente.

3 HIPÓTESES

O perfil socioeconômico, o funcionamento familiar e a sintomatologia positiva de transtornos mentais comuns são considerados fatores associados à ideação e tentativa de suicídio em adolescentes do Recife.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência e os fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes do Recife.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar a prevalência para ideação e tentativa de suicídio nos adolescentes;
- b) Caracterizar os adolescentes de acordo com as variáveis sociodemográficas e critério de classificação econômica do Brasil- CCEB 2013;
- c) Analisar a presença de sintomatologia de transtornos mentais comuns entre os adolescentes através do SRQ-20;
- d) Analisar o funcionamento familiar dos adolescentes através da escala FACES III;
- e) Verificar se existe associação entre o perfil sociodemográfico, a classe econômica, a presença de sintomatologia de transtornos mentais comuns, o funcionamento familiar e o comportamento suicida (ideação e tentativa) em adolescentes do Recife;
- f) Investigar o percentual e as combinações de fatores considerados de maior probabilidade para ideação e tentativa de suicídio entre os adolescentes do Recife;

5 MÉTODO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de caráter populacional, apropriados para descrever características das populações, fornecendo um panorama geral no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. Tal desenho é utilizado para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco, aos quais pode ser oferecida atenção especial (PEREIRA, 2002).

5.2 ÁREA DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no estado de Pernambuco, na cidade do Recife – capital do estado que possui 220 km² de extensão territorial, com uma população de 1.599 513 habitantes (IBGE, 2013). A opção por Recife se deu por motivos relacionados à centralização da mesma, contribuindo na viabilidade da coleta.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por adolescentes, correspondendo à faixa etária de 15 a 19 anos, de ambos os gêneros matriculados nas escolas públicas estaduais de Recife no período referente à coleta de dados do estudo.

A faixa de 15 a 19 anos foi delimitada tomando por base a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986). A restrição quanto à inclusão de algumas idades (12 a 14 anos) foi necessária devido à exigência dos instrumentos de pesquisa adotados no estudo, que delimitam a idade mínima de 15 anos para compreensão e aplicação dos questionários (MARI, WILLAMS, 1986; POSNER et al., 2011).

A opção por adolescentes deu-se pelo expressivo crescimento das taxas de suicídio entre os jovens (WERLANG, BORGES, FENSTERSEIFER, 2005), principalmente em países como Austrália, Canadá, Kuwait, Nova Zelândia, Sri Lanka e Reino Unido (HAGEDORN & OMAR, 2002; WHO, 2001, 2002).

Este é um dado alarmante, uma vez que o suicídio causa grande comoção social, especialmente quando ocorre na população jovem (SOUZA, MINAYO, MALAQUIAS, 2002).

No Brasil, uma pesquisa conduzida em onze capitais com adolescentes de 15 a 24 anos no período de 1979 a 1998 revelou que, em todas as cidades, houve um aumento expressivo no índice de suicídio durante esse período. Salvador e Rio de Janeiro obtiveram as menores taxas de suicídio, enquanto Porto Alegre e Curitiba apresentaram as maiores. (SOUZA, MINAYO, MALAQUIAS, 2002).

Optou-se por trabalhar com adolescentes da comunidade estudantes da rede pública de ensino uma vez que este perfil representa uma parcela significativa de toda a população de adolescentes do estado de Pernambuco.

De acordo com a relação fornecida pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco – 2013, a cidade estava dividida em duas Gerências Regionais (Norte e Sul) (Figura 1), possuindo 171 escolas. Na tentativa de equalizar a população, elegeu-se a contemplação de escolas de ambas as GRE's sendo estas sorteadas aleatoriamente, correspondendo a 10% do quantitativo de cada região (GRE Norte e GRE Sul).

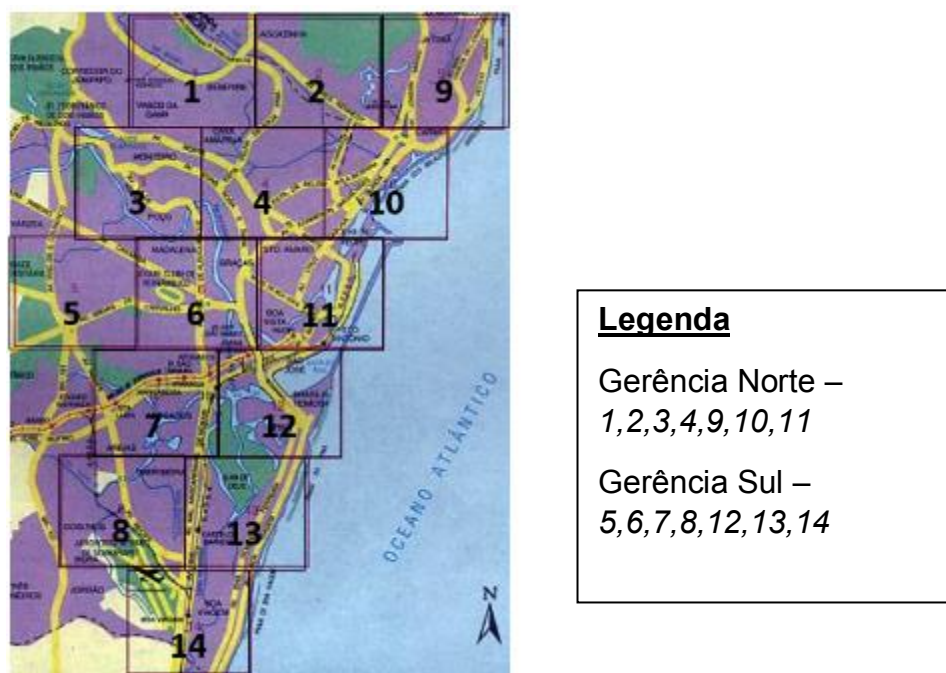


Figura 1 - Mapa geral da cidade do Recife

Fonte: Prefeitura do Recife

5.4 SELEÇÃO E CÁLCULO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de estudantes matriculados na rede estadual de Recife, na faixa etária alvo da pesquisa. Segundo a Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco haviam, em 2013, 61.300 estudantes matriculados com idades entre 15 e 19 anos. Foi utilizado o programa EPI-INFO versão

6.04 para DOS para determinar o tamanho da amostra, utilizando-se erro de 5,0%, confiabilidade de 95,0% e proporção esperada de 35,7% de prevalência de ideação suicida em adolescentes da população geral, com idades entre 15 e 19 anos(WERLANG,BORGES, 2006), conforme fórmula descrita abaixo:

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

onde:

n = Tamanho amostral;

z = 1,96 = valor da curva normal relativa á confiabilidade de 95,0%;

p_e= 0,357 = Proporção esperada igual a 35,7% encontrada no trabalho de Borges e Werlang (2006).

Margem de erro de: 5%.

N = tamanho populacional igual a 61.300 estudantes.

Assim a amostra totalizou 421 adolescentes. Já acrescidos o fator 1.2 (efeito cluster) uma vez que a amostra é por conglomerados. Foram acrescidos 5% a esse total para cobrir eventuais perdas evitando o comprometimento da representatividade da amostra, chegando a um total final de 442 adolescentes.

Diante dos dados da amostra procedeu-se um sorteio para escolha das escolas dentre as 171 instituições disponíveis na rede estadual. Foi priorizada a inclusão de pelo menos sete escolas de cada Gerência Regional Ensino, ou seja, sete instituições da GRE Norte e sete escolas da GRE Sul (Figura 1), totalizando 14 escolas.

De posse dos nomes das instituições contemplados e da quantidade de alunos matriculados na faixa etária do estudo (15 a 19 anos), foi realizada uma distribuição proporcional calculada com critérios estatísticos do quantitativo de alunos necessários por escola. Este total era apresentado à gestão escolar, que procedia a escolha das turmas.

5.5 PROJETO PILOTO

O estudo constou de uma fase piloto desenvolvida com aproximadamente 10% da amostra, com finalidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa, sobretudo para descobrir pontos fracos e problemas em potencial, que pudessem ser resolvidos antes da finalização da pesquisa (BAILER, TOMITCH, D'ELY, 2011).

5.6 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

- Idade mínima de 15 e máxima de 19 anos;

5.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Indivíduos incapazes de compreender e responder aos questionários;
- Indivíduos que relatassem estar em tratamento para doenças consideradas crônicas e/ou degenerativas.

5.8 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os dados referentes às informações sócio demográficas, classe econômica de cada participante da pesquisa, assim como os dados referentes a sintomatologia de transtornos mentais comuns, comportamento suicida e funcionamento familiar foram obtidos pelo pesquisador através da utilização de questionários específicos a saber:

- Questionário de Dados Sócio demográficos (APÊNDICE G);
- Questionário – Critério de Classificação Econômica Brasil/2011 da ABEP (ANEXO B);
- Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (ANEXO C);
- Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS) (ANEXO D);
- A Escala de análise do Funcionamento Familiar (FACES III) (ANEXO E).

5.8.1 Questionário de dados Sóciodemográficos

Este questionário foi construído e preenchido pela pesquisadora e aplicado em forma de entrevista. Sobre os adolescentes, foram anotados os seguintes dados: nº de identificação atribuído ao adolescente, idade, gênero, escolaridade do responsável, presença de irmãos, lugar que ocupa em relação a estes e número de pessoas que residem junto com o adolescente.

5.8.2 Questionário – Critério de Classificação Econômica Brasil/2013 da ABEP

Este questionário foi aplicado em forma de entrevista com os adolescentes e preenchido pela pesquisadora. O formulário utiliza informações objetivas e precisas de fácil coleta e operacionalização. O CCEB, Critério de Classificação Econômica Brasil, é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) para classificar a população.

O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E. (ABEP, 2013). Adicionalmente, o CCEB sugere valores de renda familiar aproximados para cada classe econômica.

5.8.3 *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20)

Com o objetivo de rastrear na população geral a presença de sintomatologia de transtornos mentais comuns (anteriormente chamados transtornos psiquiátricos menores) em países em desenvolvimento, a OMS patrocinou a elaboração do instrumento de pesquisa *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ) (MARI, WILLAMS, 1986).

Na atualidade, o instrumento é considerado de referência para o trabalho com amostras comunitárias em países em desenvolvimento (SANTOS, ARAUJO, OLIVEIRA, 2009).

O SRQ derivou de instrumentos de *screening* para morbidade psíquica utilizados em pesquisa psiquiátrica: *Patient Symptom Self-Report* (PASSR), um instrumento desenvolvido na Colômbia; *Post Graduate Institute Health Questionnaire* N2, desenvolvido na Índia; *General Health Questionnaire* (GHQ), na sua versão de 60 itens, utilizado em países desenvolvidos e em desenvolvimento; e os itens de “sintomas” da versão reduzida do *Present State Examination* (PSE) (WHO 1994; SANTOS, ARAUJO, OLIVEIRA, 2009).

Em sua versão original, o SRQ incluía 24 itens, sendo os primeiros 20 itens para triagem e rastreio de possíveis distúrbios não psicóticos e os quatro últimos para detecção de distúrbios psicóticos. A versão em português do SRQ adotou os 20 primeiros itens para investigar a morbidade não psicótica (SANTOS, ARAUJO, OLIVEIRA, 2009).

Hoje o instrumento é composto por 20 perguntas (versão SRQ-20), contendo escala dicotômica (sim/não) para cada uma das suas questões que podem ser respondidas através de autopreenchimento ou de entrevista, sendo quatro perguntas relativas a sintomas físicos e 16 sobre sintomas emocionais (SANTOS, ARAUJO, OLIVEIRA, 2009).

O SRQ-20, é considerado instrumento de triagem de referência em estudos populacionais que avalia transtornos mentais comuns, por meio da investigação da presença de sintomatologia não-psicótica no último mês, principalmente depressão e ansiedade através do nível de suspeição (presença/ ausência) de algum sintoma de transtorno mental, com base nas categorias diagnósticas do Código de Classificação Internacional de Doenças-10e *Diagnostic and Statistical Manual-IV* (DSM-IV), porém não é capaz de discriminar um diagnóstico psiquiátrico específico (ROCHA et al., 2006).

Pontuações iguais ou superiores a oito pontos para mulheres, e seis pontos para homens, numa escala de 0 a 20, foram utilizadas como indicativas de morbidade psiquiátrica (MARI, WILAMS, 1986).

Em centros de atenção primária, o SRQ é útil como o primeiro estágio no processo diagnóstico, tendo em vista sua alta sensibilidade (83%) e especificidade (80%) (DA COSTA, 2002). Por este caráter de triagem, é bastante adequado por ser de fácil compreensão, de rápida aplicação, diminuindo os custos operacionais, e ser um instrumento padronizado internacionalmente (GONÇALVES et al., 2009).

No presente estudo, optou-se por utilizar o SRQ-20 em forma de entrevista, onde o adolescente foi indagado de acordo com a ordem das questões do instrumento e, posteriormente, respondeu de forma positiva ou negativa, baseando-se no período dos últimos 30 dias para a ocorrência do evento/sintoma.

5.8.4 Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS)

A Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS) é um instrumento construído para a avaliação do comportamento suicida desenvolvido por Kelly Posner e colaboradores em Nova York na Universidade de Columbia em 2007.

O instrumento vem sendo utilizado em pesquisas como critério de seleção e composição de grupos em ensaios clínicos sobre o comportamento suicida, na atenção primária como medida de rastreio em populações consideradas vulneráveis, e, ainda, no seguimento clínico como ferramenta de triagem, avaliação e/ou vigilância (POSNER, 2011).

Atualmente a escala está disponível em 103 idiomas e encontra-se validada para língua portuguesa. Porém, ainda não há registros em bases de dados científicas eletrônicas da utilização do questionário em populações brasileiras. Diversas agências internacionais de acreditação recomendam o C-SSRS, como o Centro para Controle e Prevenção de Enfermidades (CDC) e o *Food and Drug Administration* (Administração de Alimentos e Drogas – FDA) como medida preditiva de referência na análise de questões relacionadas ao comportamento suicida (POSNER et al., 2011).

Ressalta-se que a escala corresponde a uma das poucas ferramentas que avalia todo o espectro de ideação suicida, baseada em fatos vivenciados pelo indivíduo e tendências de comportamento (POSNER et al., 2007).

Na escala, quatro construtos são medidos e encontram-se descritos, segundo Posner e colaboradores (2011):

O primeiro construto é a Ideação Suicida, avaliada através de uma escala ordinal com 5 perguntas, onde as numerações variam de 1 a 5 e os resultados expressam: 1 = Sem ideação suicida; 2 = Ideação suicida ativa sem planejamentos; 3 = Ideação suicida ativa com algum método (plano) mas sem intenção de agir, 4 = Ideação suicida ativa com a intenção de agir, sem planos específicos e 5 = Ideação suicida ativa com plano específico e intenção. Neste estudo foram delimitados apenas dois grupos: Grupo com ideação; Grupo sem ideação.

O segundo construto representa a intensidade de ideação, que também compreende 5 perguntas, com as respostas classificadas de 1 a 5 e categorizadas de maneira ordinal obedecendo a três princípios: frequência e duração; formas de controle e dissuasão, e razões para ideação. Neste estudo esta avaliação não foi realizada.

O terceiro construto representa a efetividade do comportamento suicida, classificado como uma escala nominal que inclui as tentativas efetivas, tentativas interrompidas, tentativas abortadas, atos ou comportamentos preparatórios. Destaca-se que, neste estudo, foi adotada apenas a presença/ausência de tentativas.

O quarto construto é a escala de letalidade, que avalia tentativas reais (letalidade efetiva / danos físicos), classificada de forma ordinal com 5 pontos, e a letalidade potencial de tentativas que foi classificada de forma ordinal com 3 pontos. Neste estudo esta avaliação não foi realizada.

Na pesquisa, a referida escala foi aplicada em forma de entrevista pela pesquisadora, que recebeu treinamento virtual e encontra-se calibrada para a função, conforme preconizado pelo autor idealizador da escala (ANEXO F) (POSNER et al., 2007).

5.8.5 Escala de Avaliação do Funcionamento familiar

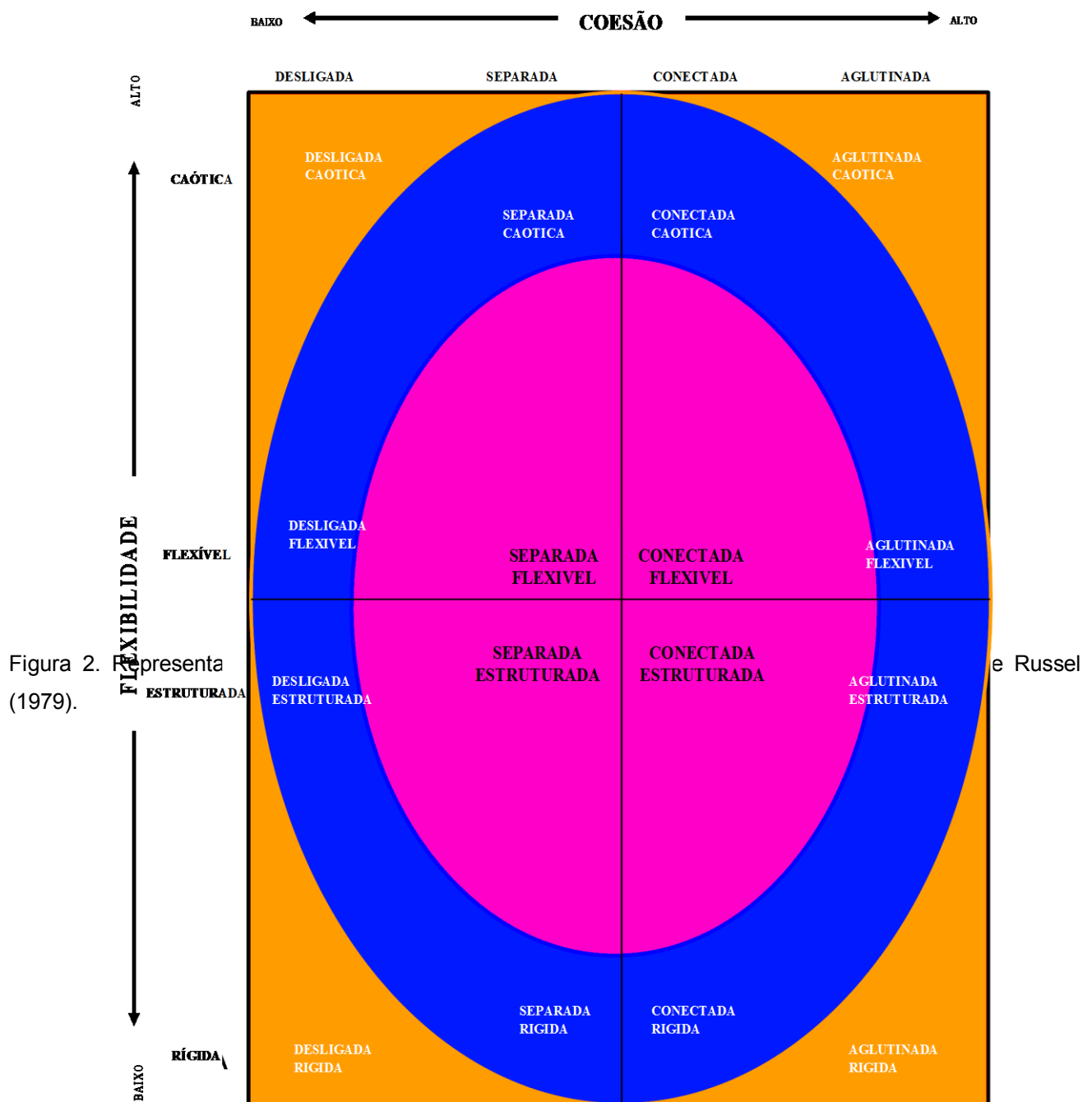
A escala *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales* (FACES III), criada por Olson e colaboradores (1989) e validada no Brasil por Falceto e colaboradores (2000), avalia o risco mental, a coesão e a adaptabilidade familiar.

A coesão familiar é considerada a capacidade da família de manter-se unida frente às vicissitudes do dia-a-dia. A flexibilidade familiar corresponde à capacidade dos membros da família em modificar papéis e regras de funcionamento, para adequá-los à tarefa ou ao momento a enfrentar.

A escala FACES III é composta por 20 perguntas, onde cada pergunta admite cinco respostas: “quase nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “quase sempre”, as quais correspondem a valores de 0 a 5, respectivamente.

O enquadramento da família pode ser observado em uma escala que permite a observação de seu funcionamento, que seria o Modelo Circumplexo (Figura 2).

Segundo o Modelo, as famílias balanceadas são as mais próximas da média (porção central da figura), seguidas das famílias de risco médio e, nas extremidades, estão as de alto risco. Desta forma, ao se avaliar uma família saudável, pressupõe-se encontrar níveis balanceados de coesão e flexibilidade (FALCETO, BUSNELLO, BOZETTI, 2000).



A soma dos valores correspondentes às respostas das questões ímpares representa a coesão familiar. A soma dos valores que correspondem às questões de números pares representa a flexibilidade familiar. O valor total para cada parâmetro pode ser comparado aos valores normativos apresentados no quadro 1. Neste estudo, a classificação de coesão e flexibilidade familiar admitiu os valores para famílias com filhos adolescentes. No estudo, a escala está foi aplicada em forma de entrevista com os adolescentes, sendo o mesmo preenchido pela pesquisadora.

CLASSIFICAÇÃO	Valores (com filhos adultos)	Valores (com filhos adolescentes)	Valores (casais jovens)
COESÃO	Valores	Valores	Valores
Desligada	10-34	10-31	10-36
Separada	35-40	32-37	37-42
Conectada	41-45	38-43	43-46
Aglutinada	46-50	44-50	47-50
FLEXIBILIDADE			
Rígida	10-19	10-19	10-21
Estruturada	20-24	20-24	22-26
Flexível	25-28	25-29	27-30
Caótica	29-50	30-50	31-50

Quadro 1- Classificação e valores normativos do FACES III para coesão e flexibilidade familiar (OLSON, SPRENKLE, RUSSELL, 1979).

5.9 DINÂMICA DE TRABALHO

As coletas foram realizadas nas próprias escolas em sala separada, no horário do intervalo. Os alunos participaram da coleta em seu turno de frequência após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos(TCLE) (APÊNDICE H), Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) destinado ao seu responsável legal (APÊNDICE I) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos (APÊNDICE J).

As etapas da coleta foram assim divididas:

- A. Sorteio das 14 escolas, a partir de lista fornecida pela Secretaria de Educação;
- B. Realização de contato com a direção da escola para a possibilidade de execução da pesquisa;
- C. Explicação da metodologia de pesquisa aos alunos e entrega dos termos de consentimento àqueles interessados em participar do estudo;
- D. Aplicação dos instrumentos: o questionário de dados sócio demográficos, o questionário – Critério de Classificação Econômica Brasil CCEB (2013), a Escala de Avaliação do Funcionamento familiar (FACES III), o questionário *Self-Reporting*

Questionnaire (SRQ-20), e a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS).

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após a análise e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE – protocolonº 548.848. (ANEXO G). Destaca-se que o referido projeto foi criado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo a resolução número 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

Os indivíduos maiores de 18 anos ou emancipados expressaram sua autorização para participar da pesquisa através da leitura compreensão e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Maiores de 18 anos ou emancipados (APÊNDICE H) que foi ofertado na forma de convite sendo o documento elaborado com base nos dados fornecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo a resolução número 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

Os indivíduos menores de 18 anos só participaram da pesquisa mediante autorização de seus pais ou responsáveis. Além disto expressaram sua autorização para participar da pesquisa através da leitura compreensão e assinatura de um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido Para menores de 12 a 18 anos (APÊNDICE I) que foi ofertado na forma de convite sendo o documento elaborado com base nos dados fornecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo a resolução número 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

Os pais e/ou responsáveis pelos adolescentes menores de 18 anos expressaram sua autorização para participação de seus filhos na pesquisa através da leitura compreensão e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para Responsável Legal Pelo Menor de 18 anos (APÊNDICE J) que foi ofertado como convite sendo o documento elaborado com base nos dados fornecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP, de acordo

com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo a resolução número 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

Os riscos da pesquisa diretos estavam ligados a algum constrangimento que o voluntário pudesse ter para responder aos questionários, sendo essa possibilidade pequena e amenizada pelo fato de as perguntas serem feitas em local reservado sem que outras pessoas possam ver ou ouvir suas respostas.

Os benefícios diretos do estudo constaram da identificação de sinais de tristeza e angústias que podiam levar a desejos de morte, se isso fosse detectado o voluntário recebia orientações da pesquisadora responsável e era orientado para que procurasse o serviço de saúde público mais próximo de sua residência.

Ainda como benefícios diretos a referida pesquisa pôde trazer ao participante uma reflexão direta sobre desejos de morte e diante disto fazer com que o mesmo minimizasse estes pensamentos ao refletir sobre este tema.

Os benefícios indiretos corresponderam ao fornecimento de dados que possibilitem futuramente a criação de estratégias e medidas para tentar ajudar os jovens a reduzir seus pensamentos sobre morte.

5.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados e analisados descritivamente no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 23.0, e de forma inferencial através do teste Qui-quadrado de Pearson e/ou Exato de Fisher.

Para avaliar a força da associação, foi obtido o *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confiança, e elaborado um modelo de regressão logística, com o objetivo de se verificar as variáveis que influenciaram a ocorrência de ideação suicida no estudo bivariado ($p < 0,20$) e mantidas no modelo as variáveis com $p < 0,20$ através do processo de seleção *backward*.

Pelo modelo, foram estimados os valores de “OR” e significância, para as variáveis e suas categorias, em relação à categoria de referência, sendo modelo aceito e percentual de classificação correta dos casos com margem de erro de 5%.

6 RESULTADO E DISCUSSÃO

O capítulo de resultados e discussão desta tese é representado por um artigo original que faz referência ao título da mesma, representando a sintetização da pesquisa realizada, onde buscou-se testar as hipóteses levantadas no início do trabalho.

Desta forma, o artigo intitulado “Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes”, teve por objetivo determinar a prevalência e os fatores associados à ideação e tentativa de suicídio em adolescentes, e será encaminhado para a revista *The journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences* (APÊNDICE D).

Os principais resultados do artigo apontam que uma grande proporção de adolescentes relataram ideação, bem como já realizaram alguma tentativa de suicídio, sendo considerados fatores demográficos, sócio econômicos, psicológicos, comportamentais e de relações familiares como relacionados ao comportamento suicida.

Este capítulo também fará menção às produções científicas adicionais da referida autora que trabalhou na qualidade de co-autora em dois artigos, sendo o primeiro intitulado “*Risk factors of suicide attempts by poisoning: review*” que teve por objetivo revisar a literatura acerca dos principais fatores de risco associados à tentativa de suicídio por envenenamento, publicado na revista *Trends Psychiatry Psychother* (APÊNDICE E); e, no artigo intitulado “Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle” cuja proposição foi contribuir para a identificação de indicadores de risco na tentativa de suicídio por envenenamento, publicado na revista *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (APÊNDICE F).

7 CONCLUSÃO

Este capítulo sintetiza os resultados alcançados na pesquisa intitulada “Fatores relacionados ao comportamento suicida em adolescentes”, cujas conclusões foram:

O grupo com ideação suicida apresentou as seguintes características: idade de 17 a 19 anos (29,9%), gênero feminino (28%), Classe econômica “C” (29,8%) e sintomatologia positiva para transtornos mentais comuns (47,4%). Em relação ao grupo de adolescentes que tentaram o suicídio observou-se: idade de 16 anos (8,0%), gênero feminino (5,4%) lasses econômicas D+E (7,4%) e sintomatologia positiva para transtornos mentais comuns (9,4%).

Com relação ao funcionamento familiar, foi observado que, entre os adolescentes com ideação suicida, houve predomínio de coesão do tipo “Aglutinada” (48,5%) e flexibilidade do tipo “caótica” (46,4%). No grupo de adolescentes que já haviam tentado suicídio, o funcionamento familiar foi caracterizado por coesão do tipo “desligada” e flexibilidade do tipo “rígida”.

Foram significativas, no grupo de ideação suicida as variáveis: classe econômica “C” ($p^{(1)} = 0,017$), sintomatologia positiva para transtornos mentais comuns ($p^{(1)} = 0,001$), coesão do tipo “Aglutinada” ($p^{(1)} = 0,001$) e flexibilidade do tipo “caótica” ($p^{(1)} = 0,001$). No grupo de tentativa, apenas a sintomatologia positiva para transtornos mentais comuns e flexibilidade do tipo “rígida” foram significativas ($p^{(1)} = 0,001$) e ($p^{(1)} = 0,004$), respectivamente.

No modelo ajustado, verificou-se a aceitação ($p < 0001$) e observou-se que o percentual de um adolescente ter ideação suicida seria de 85,5% se ele: for o filho caçula ou intermediário; se a escolaridade do chefe da família é de nível fundamental I e II; se pertence as classes econômicas mais desfavoráveis (C ou D + E); se tem sintomatologia positiva em relação ao SRQ-20, e se sua família for caracterizada com coesão do tipo “aglutinada”, “desligada” ou “separada” e flexibilidade do tipo “caótica”, “rígida” ou “flexível”. Para a amostra estudada não foi possível realizar a regressão no grupo de tentativa de suicídio.

Todavia, além de confirmar a hipótese do estudo, revela-se a necessidade de pontuar algumas limitações encontradas ao longo da pesquisa. Primeiramente, assevera-se que o trabalho com temáticas de grande repercussão que, de certa forma, tendem a refletir sobre desejos e anseios de morte em populações jovens, constitui uma tarefa

delicada, haja vista que a responsabilidade sobre as entrevistas e condução dos inquéritos deve ser realizado de forma cautelosa.

Adicionalmente, enfatiza-se que o trabalho fora do ambiente clínico exige do profissional de pesquisa uma maior flexibilidade no que diz respeito ao processo de abordagem e condução das entrevistas, onde o mesmo pode-se deparar com situações atípicas das encontradas no cenário clínico.

Em linhas gerais de conclusão, os resultados obtidos, além de confirmarem a hipótese da pesquisa, onde comprovou-se que o perfil socioeconômico, o funcionamento familiar e a sintomatologia de transtornos mentais são considerados fatores associados à ideação e tentativa de suicídio em adolescentes do Recife, trazem inúmeras contribuições consideradas inéditas para o campo da neuropsiquiatria, a saber:

- Constitui um dos primeiros esforços científicos com amostra representativa de adolescentes da população geral, desenvolvido no estado de Pernambuco a investigar os fatores relacionados ao comportamento suicida. Ou seja, foram analisados os fatores tanto para condutas preditivas ao ato suicida, (fatores relacionados a ideação) quanto os fatores específicos para os casos de tentativa;
- Analisou-se boa parte do espectro considerado envolvido na etiologia do comportamento suicida (fatores sócio demográficos, socioeconômicos e psicossociais) de forma isolada e também o percentual estimado na combinação de fatores por modelo de regressão;
- Foi conduzida uma investigação detalhada em forma de entrevista sobre a história e presença do comportamento suicida, por utilizar na coleta um instrumento recomendado internacionalmente para este fim, atendo-se a diversos questionamentos e não apenas à realização de pergunta e/ou perguntas isoladas, como visto na maioria dos estudos que investiga o comportamento suicida na adolescência;
- Considerado o primeiro estudo conduzido no Brasil com a Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS), no qual foi utilizada a versão destinada à população adolescente;
- Remete e confirma o fato de que, a presença da ideação suicida em adolescentes brasileiros, assim como nos demais países, está intimamente relacionada com os fatores considerados em sua maioria como modificáveis (fatores sócio econômicos e funcionamento familiar) que representam um ponto crucial para o desenvolvimento de estratégias preventivas.

No campo da neuropsiquiatria, essa afirmativa é de extrema relevância, pois permite, com base nos fatores identificados, que o profissional atue de forma a ampliar seu olhar sobre o indivíduo em sofrimento e com pensamentos de morte. Buscando, neste sentido, analisar quais dos aspectos necessitam de intervenção breve com vistas à modificação do cenário de risco (questões sócio econômicas); ou seja, o trabalho pautado nos fatores modificáveis, bem como a criação/manutenção de redes de apoio (no ciclo familiar e/ou de relações sociais), corroborando, assim, para a redução da intensidade do comportamento e/ou das possíveis tentativas.

Conclui-se que há muito por se realizar no campo da suicidologia, principalmente em populações consideradas de maior vulnerabilidade como os jovens e adolescentes da comunidade. Porém as conclusões obtidas no estudo podem fomentar novas discussões, ampliando o olhar do pesquisador para o entendimento de que, o comportamento suicida, corresponde não apenas a um ponto específico, mas à somatória de um complexo de questões.

REFERÊNCIAS

- ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil.2011. Disponível em:< <http://www.abep.org>>. Acesso em: 23/07/2014.
- BAGGIO, L.; PALAZZO, L.S.; AERTS, D.R.G.C. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública.**, v. 25, n. 1, p.142-150, 2009.
- BAILER, C.; TOMITCH, L. M. B.; D'ELY, R.C.S.F. O planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada.**Intercâmbio. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem.**, v. 24, p.129-146, 2011.
- BORGES, V.R.; WERLANG, B.S.G.; COPATTI, M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. **Barbarói.**, v. 28, p 109-123, 2008.
- COSTA, Juvenal Soares Dias da et al. Prevalence of minor psychiatric disorders in the City of Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia.**,v. 5, n. 2, p. 164-173, 2002.
- DA COSTA, Juvenal Soares Dias et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 5, n. 2, 2002.
- FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Pan Am J Public Health.**, v. 7, n .4, p. 255-63, 2000.
- GONÇALVES, D.M Prevalência de transtornos mentais e fatores sociodemográficos associados em população atendida por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. 2009.
- HAGEDORN, J.; Omar, H. Retrospective analysis of youth evaluated for suicide attempt or suicidal ideation in an emergency room setting. **International Journal of AdolescenceMedicine Health.**, v. 14 n. 1, p.55-60 2002
- IBGE. Estatística/População/Censo Demográfico. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 maio. 2014
- MARI, J.J.; IACOPINI, E.; WILLIAMS, P.; SIMÕES, et al. Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. **Rev Saúde Públic.**, , v.21, p.501-7, 1987.
- MARI, J.J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. **J Chron Dis.**,v.39, n.5, p.371-77, 1986.
- OLSON, D.H.; SPRENKLE, D.H.; RUSSEL, C.S. Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. **Fam Process.**, v. 18, n. 1, p. 3-28, 1979.
- OLSON, D.H.;SPRENKLE, D.H, RUSSEL, C.S. Circumplex model: systemic assessment and treatment of families. New York: **The Harworth Press.**, 1989

OMS (2002). Relatório mundial sobre saúde e violência. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>>. Acesso em: 20 de junho 2015

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. In: **Epidemiologia: teoria e prática**. Guanabara Koogan, 2002.

POSNER, K.; OQUENDO, M.A.; GOULD, M. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. **Am J Psychiatry**, v.164, p.1035–43, p. 2007.

POSNER, K.; BROWN, G.K.; STANLEY, B. et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. **American journal of psychiatry**, v.168, n.12, p. 1266-77, 2011.

ROCHA, Tiago Humberto Rodrigues et al. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. **PsicoUSF**, v. 11, n. 1, p. 95-102, 2006.

SANTOS, K.O.B.; DE ARAÚJO, T.M.; DE OLIVEIRA, N.F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.

SOUZA, E.R.; MINAYO, M.C.S.; MALAQUIAS, J.V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 673-83, 2002.

WHO (World Health Organization). Prevención del suicidio: Un instrumento para docentes y demás personal institucional, 2001.

WHO, World Health Organization. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

WHO (World Health Organization). Background, 2002.

WHO (World Health Organization). Multisite intervention study on suicidal behaviors – SUPRE-MISS, 2002.

World Health Organization. Expert Committee on Mental Health: User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva; 1994.

APÊNDICE A – Artigo Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas

Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas

Tatiana de Paula Santana da Silva¹, Everton Botelho Sougey², Josimário Silva³

Resumo

Foi realizada uma revisão integrativa sobre o tema do estigma social imposto aos indivíduos que tentaram suicídio, trazendo à tona reflexões a partir da perspectiva bioética. A pesquisa foi conduzida em bases de dados eletrônicas. Foram incluídos apenas artigos de revistas científicas revisadas por pares com resumos disponíveis. Não houve limites quanto ao ano de publicação e idioma. Na primeira fase de busca, 272 manuscritos foram encontrados. Após a leitura dos textos completos, apenas 22 foram incluídos no estudo. Diante das limitações da pesquisa, acredita-se que o estudo aprofundado do estigma no comportamento suicida pode contribuir significativamente para o tratamento de pacientes que se submeteram à tentativa. Conclui-se que o estudo desse assunto apresenta ampla gama de discussões bioéticas, por ser um fenômeno que afeta aspectos relacionados à autonomia e à proteção da pessoa.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativa de suicídio. Estigma social. Bioética. Vergonha.

Resumen

El estigma social de la conducta suicida: reflexiones bioéticas

Celebrado una revisión integradora sobre el tema de estigma social impuesta a los individuos que llevan a cabo el intento de suicidio llevando a cabo reflexiones desde la perspectiva de la bioética. La búsqueda se centra en las bases de datos electrónicas. Sólo publicados en revistas revisadas por pares con los resúmenes se incluyeron artículos disponibles. No había límites en cuanto a la fecha de publicación y los idiomas. 272 manuscritos fueron encontrados en la primera fase de seguimiento, y después de leer los textos completos solamente 22 fueron incluidos en el trabajo. Teniendo en cuenta las limitaciones de este estudio, se cree que el estudio en profundidad del estigma en la conducta suicida puede contribuir considerablemente al tratamiento de los pacientes que se sometieron a intentar. Llegamos a la conclusión de que el estudio de este tema corresponde a una amplia gama de discusiones bioéticas porque es un fenómeno que afecta considerablemente el problema de la autonomía y la protección del sujeto.

Palabras-clave: Suicidio. Intento de suicidio. Estigma social. Bioética. Vergüenza.

Abstract

Social stigma in suicidal behavior: Bioethical reflections

Held an integrative review on the topic of social stigma imposed on individuals who carry out suicide attempt bringing out reflections from the perspective of bioethics. The search was focused on electronic databases. Only published in peer-reviewed journals with abstracts available articles were included. There were no limits as to the date of publication and languages. 272 manuscripts were found in the first phase tracking, and after reading the full texts only 22 were included in the work. Considering the limitations of this study, it is believed that the in-depth study of stigma in suicidal behavior may contribute considerably to the treatment of patients who underwent attempted. We conclude that the study of this theme corresponds to a wide range of bioethical discussions because it is a phenomenon that affects considerably the issue of autonomy and protection of the subject

Keywords: Suicide. Suicide, attempted. Social stigma. Bioethics. Shame.

1. Doutoranda tatianapss2@gmail.com **2. Doutor** evertonbs@yahoo.com **3. Doutor**josimario.bioetica@gmail.com – Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, Brasil.

Correspondência

Tatiana de Paula Santana da Silva – Rua Doutor Sebastião do Amaral, 496, casa 7, Pau Amarelo CEP 53433-010. Paulista/PE, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) ¹, o suicídio pode ser conceituado como ato deliberado e levado a cabo por alguém que tem plena consciência de seu resultado final. Por sua vez, quando o suicida não consegue êxito, passa a ser classificado pela literatura como tentativa de suicídio. Ademais, pode-se considerar que tanto a tentativa como o ato suicida em si são motivados por ideações, ou seja, pensamentos geralmente relacionados à desvalia, que levam o indivíduo a cogitar e planejar sua própria morte ².

Todavia, apesar dos esforços relativos à prevenção, o ato suicida ainda se apresenta como algo inesperado, devendo ser analisado de forma ampla, já que sua ocorrência muitas vezes se dá pela somatória de variáveis de risco, bem como pela incapacidade do indivíduo de resolver conflitos ³. Essas questões, agregadas ao aumento das taxas de prevalência de suicídio e da tentativa de suicídio no Brasil, engendram discussões constantes e necessárias sobre o encaminhamento de novas medidas de prevenção ⁴.

Outro aspecto relevante no estudo do comportamento suicida diz respeito à complexidade do evento mesmo após sua ocorrência, na qual se entende que o ato afeta não apenas o indivíduo que realizou a tentativa, mas também a todos os que de certa forma convivem com ele ⁵. Além disso, conforme alegam Sand e colaboradores ⁶, historicamente as pessoas que cometeram suicídio são vistas de modo mais negativo, se comparadas com os indivíduos que morrem de outras causas. Assim, pode-se dizer que, de certa forma, o comportamento suicida predispõe à imputação de estigmas, os quais podem contribuir negativamente para a evolução da intervenção terapêutica ⁷.

Diante dessas questões e na tentativa de melhor compreender as repercussões do estigma social do suicídio, o presente estudo objetivou correlacioná-lo à temática da reflexão bioética, considerada importante para aprofundar a compreensão desse fenômeno.

Método

O trabalho baseia-se na realização de revisão da literatura do tipo integrativa, que consiste na localização e consulta de fontes diversas de informação, orientada pelo objetivo explícito de coleta de materiais mais genéricos ou mais específicos a respeito de determinado tema ⁸. Para o levantamento dos artigos, optou-se por realizar a busca nas bases de dados eletrônicas Portal de Periódicos da Capes/MEC e Pubmed. Foram utilizados os descritores em ciência da saúde: “tentativa de suicídio”, “estigma social” e “bioética”, tanto de forma isolada quanto combinada, nesse caso conjugados com os operadores booleanos “and” e “or”. A estratégia de busca consistiu em método sistemático, com restrição dos dados apenas pelo tipo de documento, sendo incluídos artigos de periódicos revisados por pares.

Foram incluídos textos cujos resumos estivessem disponíveis para leitura, sem restrição de idioma. Na busca, não houve limite de ano e tipo de publicação. O período de busca compreendeu o mês de fevereiro de 2014. De acordo

com os critérios, foram identificados 35 artigos na base Portal de Periódicos da Capes/MEC e 232 na Pubmed. Inicialmente foi realizada a leitura dos títulos e resumos, sendo selecionados aqueles mais pertinentes à temática.

Em uma segunda etapa, optou-se pela realização da leitura dos textos completos, que totalizaram 22 artigos da base Pubmed. Para avaliação dos manuscritos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, que corresponde ao desmembramento do texto analisado em unidades por reagrupamentos analógicos⁹, de forma que a interpretação do material foi dividida em quatro tópicos: a) apreciação crítica do material; b) decomposição dos elementos essenciais; c) agrupamento e classificação; d) análise final.

A fim de oferecer aporte teórico-científico aos questionamentos e objetivos do estudo, foram realizadas buscas nas listas de referências dos artigos selecionados, além da descrição de seus resultados. Os estudos foram lidos individualmente por dois pesquisadores. Quando se observaram discordâncias entre eles, um terceiro pesquisador era consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final das análises, seis artigos foram incluídos na revisão.

Decidiu-se por apresentar os dados ao longo do estudo, em tabela descritiva, contendo as informações mais relevantes dos autores acerca dos fatores de estresse.

Resultados e discussão

Na tabela 1 são apresentadas as características dos estudos incluídos de acordo com o periódico, o fator de impacto e o ano de publicação. Os achados evidenciam que, nos anos de 2010 a 2013 foram publicados um maior número de artigos. Os resultados apontam que a área de maior concentração das publicações foi a Medicina, na qual a maioria dos estudos – 86% – foi publicada em periódicos de psiquiatria.

Galileu e colaboradores¹⁰ destacam a participação do Brasil no aumento da produção de dados científico mundiais na área de psiquiatria. Segundo os autores, o Brasil em 2004 já era responsável por 0,4% dos artigos publicados em periódicos ligados à pesquisa da área psiquiatria/psicologia, com 3,01 citações/artigo, obtendo um dos melhores índices ao se compararem as inúmeras áreas científicas, apenas 12% abaixo do índice mundial de 3,43 citações/artigo¹¹. Apesar dos expressivos achados nacionais, no estudo foram incluídos poucos artigos oriundos de pesquisas brasileiras ou publicados em periódicos do país.

A respeito da classificação em termos de nível de evidência, foram analisados os fatores de impacto das publicações. Dos seis artigos incluídos no estudo, cinco obtiveram impacto superior a 1 ponto. Esse critério corresponde a uma medida bibliométrica que possibilita a reflexão sobre a qualidade do periódico em termos de citação e acesso, fornecendo assim algumas das melhores evidências relativas a determinada temática¹².

Na tabela 1, os estudos também são apresentados de acordo com seus autores, ano de publicação, desenho do estudo e concepções dos autores sobre o estigma após a tentativa de suicídio. Posteriormente, são evidenciados os

pontos relevantes para discussão, como a compreensão do comportamento suicida, história e repercussões do estigma no comportamento suicida e reflexões bioéticas diante do estigma que envolve o comportamento suicida.

É nítido que todos os autores enfatizam que o estigma é algo prejudicial à pessoa que tentou o suicídio e que estes rótulos tendem de certa forma a dificultar o cuidado junto a estes indivíduos. Conforme também ressaltam Buus e colaboradores 5, o estigma afeta não apenas o sujeito, mas todos os familiares, e que as marcas de tal associação podem estar diretamente associadas a novas tentativas. Adicionalmente, Reynders e colaboradores 13 alegam que esses rótulos podem também culminar em outras comorbidades, como a predisposição ao uso de substâncias psicotrópicas, ou ainda dificultar o processo de busca de ajuda, por se sentirem discriminados e marginalizados. Paralelamente, Dyregrov 14 evidencia tendências positivas, já que seu estudo permite observar que nas sociedades onde o estigma não é associado ou é desvinculado, a busca por ajuda tende a aumentar consideravelmente.

Sudak e colaboradores 15 apontam ainda questões preocupantes como o fato do estigma da doença mental ser mais aceito do que o da tentativa de suicídio. Alertam que em ambos os casos o estigma deve ser desvinculado, pois pode comprometer ainda mais a condição clínica tanto da pessoa portadora de transtorno mental quanto do indivíduo que realizou a tentativa 16.

Tabela 1. Síntese dos resultados mais expressivos dos artigos incluídos de acordo com título do artigo, autores, ano de publicação, periódico, fator de impacto e desenho do estudo e comentários dos autores sobre a temática, obedecendo à ordem cronológica inversa de publicação, de 2014 a 2005.

Título do artigo / autores, ano de publicação	Periódico / fator de impacto	Desenho do estudo	Concepções dos autores sobre o estigma após a tentativa de suicídio
1 Being the parent of a son or daughter who has attempted suicide: A qualitative focus group study / Buus e cols., 2014 ⁵	J Adv Nurs / 1,477	Descritivo	O suicídio e o comportamento suicida afetam profundamente a vida dos familiares, seja no aspecto emocional ou social. Sendo assim, a temática do estigma deve ser abordada de forma cuidadosa, uma vez que pode remeter, em parte, a novas tentativas
2 Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions / Reynders e cols., 2014 ¹³	Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol / 2,861	Descritivo	A vergonha oriunda do estigma foi positivamente associada com maior intenção de usar drogas psicotrópicas após a tentativa de suicídio, ao passo que o estigma foi negativamente associado com a intenção de procurar ajuda de um psicoterapeuta
The impact of specifying suicide as the cause of death in an obituary / Sand e cols., 2013 ⁶	Crisis / 1,570	Descritivo	Os indivíduos que cometeram suicídio eram vistos de forma mais negativa do que pessoas que morreram de outras causas, como as vítimas de câncer, por exemplo
What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective / Dyregrov,	Crisis / 1,570	Revisão de literatura	Nas sociedades em que o estigma do suicídio diminuiu, a tentativa de procurar ajuda aumentou

2011 ¹⁴			
Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections / Sudak e cols., 2008 ¹⁵	Acad Psychiatry / *	Revisão de literatura	Na maior parte, a doença mental tornou-se menos estigmatizante nos últimos anos, mas o suicídio continua a ser quase tão estigmatizado como antes
Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature / Cvinar, 2005 ¹⁶	Perspect Psychiatr Care / 1,038	Revisão de literatura	Segundo o autor, o ato suicida pode ser considerado uma falha por parte da vítima e/ou da família no manejo de problemas emocionais. Haja vista tal compreensão, os sobreviventes da tentativa tendem a ser inculcados pela sociedade, na qual esse estigma introduz uma tensão única no processo de luto, que em certos casos pode demandar uma intervenção clínica

* Periódico sem fator de impacto.

Compreensão do comportamento suicida

Ressalte-se, inicialmente, que poucos estudos foram incluídos na pesquisa (seis). Quanto à classificação dos artigos, observou-se equivalência entre os tipos de estudo: três eram descritivos e três, revisões de literatura. Tais achados remetem à ideia de que pesquisar situações de risco iminente de morte, associadas a questões polêmicas, como a estigmatização das vítimas, constitui tarefa de difícil execução, razão pela qual são poucas as publicações na área. Além disso, tais estudos são extremamente necessários, tanto para compreensão do problema quanto para o planejamento e realização de medidas eficientes de prevenção 17-19.

Diversos estudos voltam-se para a análise e compreensão do comportamento suicida 20-22. Sena-Ferreira e colaboradores 23 enfatizam que o conhecimento dos motivos que levam o indivíduo a desistir da própria vida não deve ser atividade específica da área médica. Para os autores, a compreensão desse fenômeno passa pelos estudos da suicidologia, sociologia, antropologia, psiquiatria e várias outras ciências.

Observe-se que existe, atualmente, tendência de considerar os fatores biológicos como predominantes e que o ato suicida tem correlação importante com transtornos psiquiátricos 24,25. Mahon 26 menciona a presença de transtornos de impulso como fator de risco para tentativa de suicídio, e, paralelamente, outros trabalhos 27,28 indicam a importância de aspectos genéticos envolvidos no comportamento suicida. Já Bertolote e Fleischmann 29 destacam o papel do transtorno mental como um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio.

Sena-Ferreira e colaboradores 23 indicam que, em termos econômicos, tanto os suicídios quanto as tentativas resultam em elevado gasto para os sistemas de proteção social e cuidados com a saúde, considerando aspectos como: a perda de capital humano, estimada em termos de anos de vida; os gastos públicos da saúde com procedimentos hospitalares; internações e tratamentos, e, no que tange à seguridade social, o pagamento de pensões e aposentadorias por morte ou invalidez.

Apesar de ainda apresentar baixo coeficiente de mortalidade por suicídio, dadas suas dimensões continentais, que ocupam 47% do território da América do Sul 30, o Brasil está entre os nove países com maiores números absolutos de suicídio 31. Diante disso, a compreensão e o estudo do comportamento suicida torna-se uma necessidade premente, visto que as tentativas de suicídio acarretam custo considerável ao sistema de saúde e à sociedade.

História e repercussões do estigma no comportamento suicida

Ressalte-se que, historicamente, o suicídio tem sido conotado como algo inquietante; algumas civilizações, como a greco-romana, toleravam a tentativa de suicídio, porém não sem alguma reserva, a qual pode ter contribuído para o surgimento do estigma. Segundo Tadros e Jolley 32, Aristóteles, ao argumentar que o suicídio enfraquece a economia e perturba os deuses, deu início à estigmatização do ato. Os autores ainda apontam o estudo de Barraclough, que também traz concepções históricas relacionadas ao suicídio. Para esse autor, na tradição judaico-cristã, o estigma do suicídio não é evidente até o século IV 33. Sobre essa questão, Tadros e Jolley 32 citam Pritchard 34, segundo o qual foi a partir de Santo Agostinho que a autoridade religiosa passou a considerar o suicídio como ato inaceitável no contexto dos valores cristãos – visão essa significativamente mais difundida a partir do século III. Assim, compreende-se que o estigma do suicídio foi, paulatinamente, ganhando força na Europa, de modo que o ato em si, bem como sua tentativa, tornou-se grande pecado, vergonha e, por fim, crime, tudo isso sob a égide da tradição religiosa, que contribuiu sobremaneira para essa marginalização.

Quanto aos rótulos associados ao suicídio, Tadros e Jolley 32 mencionam que os indivíduos que tentam ou de fato cometem esse ato são normalmente apontados como fracos, sem fé, provenientes de famílias de má índole. Se alguém declara seus pensamentos e planos suicidas, chega até mesmo a ser tachado de “louco”. Cabe ressaltar, todavia, que esse rechaço ou o comportamento pejorativo pouco contribuem para a detecção e prevenção do ato suicida.

Reflexões bioéticas e o estigma que envolve o comportamento suicida

Para Daolio 35, o comportamento suicida é tema inquietante, primeiramente pela complexidade de fatores associados a essa temática e, posteriormente, pelo fato de que dados oficiais indicam crescimento considerável das taxas de suicídio: cerca de 1 milhão de pessoas cometem suicídio anualmente, segundo a OMS 1. Outro ponto frisado pelo autor 35 refere-se às abordagens associadas ao comportamento suicida, que abarcam várias correntes de pensamento para as quais as causas do fenômeno vão desde questões biológicas até aquelas de cunho médico e sociológico. No entanto, ainda segundo Daolio 35, quase todas essas explicações estão focadas no impacto do fenômeno ou no estudo unilateral de suas causas, o que desfavorece a compreensão desse tema tão complexo e afetado por inúmeros fatores.

De tal constatação, depreende-se a importância de abrir o horizonte das pesquisas para permitir a elucidação dos aspectos paralelos envolvidos na temática do suicídio, como o estigma, por exemplo. Para Daolio 35, essa perspectiva expandida auxilia tanto no entendimento dos fatores possivelmente associados ao comportamento quanto no tratamento das pessoas e familiares que conviveram com o problema. Dessa forma, compreender o estigma é procedimento eficaz para alicerçar medidas futuras de tratamento.

Desse panorama emergem as questões bioéticas que possibilitam perceber que o homem contemporâneo não está habituado à morte e ao morrer. Pode-se dizer que, para a sociedade atual, a finitude e a morte estão estreitamente associadas ao fracasso; por isso, ela não os admite, conotando-os como sinais de fraqueza.

Diante disso, certos aspectos que denotam fragilidade, como é o caso do ato suicida, além de ser rechaçados, alimentam a presença de rótulos cômodos, dos quais o estigma é exemplo. E, como visto, tal estima pode trazer graves consequências, tanto para o sujeito vítima de suicídio ou que não obteve êxito em sua tentativa, quanto para a família.

A marginalização que envolve o comportamento suicida, cabe ressaltar, não se manifesta apenas por meio dos estigmas com os quais a sociedade rotula os indivíduos que o possuem. O despreparo para lidar com o fenômeno também é patente nas ações do poder público, que conta com poucas estratégias de promoção de políticas ou programas especificamente dirigidos tanto à prevenção de suicídios quanto a acolhida, encaminhamento e cuidado dos indivíduos que tentaram esse ato, de forma a atendê-los em sua integralidade, bem como seus familiares 34,35.

Nessa perspectiva, a estigmatização tende a intensificar-se, haja vista o apoio mínimo da sociedade e das esferas governamentais ao sujeito e seus familiares – situação essa que contribui para dificultar ainda mais o enfrentamento das questões ligadas ao suicídio. Como resultado, pode-se ter o desencadeamento de novos motivos para a tentativa, por parte do indivíduo 34, bem como novas fases de desestruturação e conflito, para a família 35.

Do ponto de vista bioético, é possível entender o suicídio como objeto de interesse latente, uma vez que afeta o respeito à humanidade e as questões relativas à autonomia 36. Nesse sentido, o suicídio, como ação autodestrutiva, poderia corresponder a um ato de violência intencional que leva a refletir sobre o fato de que esse comportamento também atinge a própria essência de nossa civilização e compromete o bem e o futuro da própria humanidade 35. Tais hipóteses remetem à reflexão de que o indivíduo contemporâneo vive em um cenário muitas vezes imposto por ideologias, sistemas políticos e sociais que costumam impingir cobranças severas. Nesse contexto, os sujeitos, que muitas vezes se encontram despreparados para lidar com tais situações, não enxergam outra opção que não o fim de sua própria vida 35.

Partindo desse pressuposto, é preciso refletir também acerca da importância da ética a serviço da proteção. Daolio 35 afirma que a proteção, em sua condição de princípio bioético, não pode ser entendida como paternalismo, e sim como ato da pessoa, dos órgãos públicos e da própria sociedade, praticado com o intuito de identificar e entender aqueles sujeitos considerados vulneráveis aos complexos e variados problemas que podem levar ao suicídio.

Corroborando tal argumentação, Schramm e Kottow 37 salientam que a proteção, como princípio bioético, pode ser entendida como o ato de devolver ao sujeito a autonomia total sobre seus atos, a fim de ser capaz de decidir sobre seu futuro com liberdade e discernimento. Assim, o conflito bioético permeia a necessidade do indivíduo estigmatizado de ser acolhido e compreendido, permitindo a ele e aos seus o direito de conviver de forma igualitária com os demais, sem que recaiam sobre ele, e, de certa forma, sobre seus familiares, o rótulo de “despreparado”, por ter decidido pela “fuga da realidade” em um momento difícil de sua vida.

A presença do estigma após tentativa de suicídio é algo indiscutivelmente marcante, e muitas vezes pode desencadear inúmeras repercussões na vida dos sujeitos e de sua família, principalmente no que diz respeito à convivência em sociedade, já que não é rara a tendência à marginalização dessas pessoas, expressa pela exclusão do convívio, rotulação e sensação de despersonalização do indivíduo. Nesse contexto de marginalização, o evento suicida passa a configurar-se, para o sujeito, como o ponto mais representativo de sua história pessoal.

Sobre a questão da autonomia, Cabrera 38,39 traz à tona as discussões filosóficas sobre o suicídio e a bioética, ao enfatizar que o ato suicida deve ser compreendido e reconhecido como a máxima manifestação desse conceito, pois corresponde à possibilidade da pessoa de poder decidir sobre a condução ou interrupção de sua vida.

Estudos de cunho histórico pontuam que a autonomia do ato suicida por ser considerada expressão de salvação da honra e preservação da moralidade 39, de forma que esse aspecto, por representar uma das perspectivas filosóficas relacionadas ao tema, não pode ser olvidado nas discussões bioéticas.

Considerações finais

Diante da grande importância do tema, considera-se que estudos como este podem contribuir de forma incipiente para o aperfeiçoamento da análise da conduta de pessoas que apresentam tendências suicidas. Ademais, torna-se evidente que a bioética voltada para a proteção da dignidade humana deve ser ponto de partida na abordagem desse tema, considerando as questões de autonomia e proteção da pessoa humana.

A esse campo do saber cabe contribuir para a redução de preconceitos e julgamentos equivocados, passíveis de estigmatizar um ser humano que, levado ao extremo sofrimento, acaba por atentar contra a própria vida. Cada sujeito caracteriza-se por sua individualidade; portanto, a abordagem do sofrimento diante da ideação de suicídio deve ter especificidades que contemplem essa singularidade.

O presente estudo contribuiu para a compreensão do estigma que envolve o comportamento suicida em um contexto no qual se observa que poucas publicações correlacionaram as temáticas do estigma ao comportamento suicida. Diante disso, enfatiza-se a necessidade de maiores investigações sobre essa temática que se apresenta tão relevante para o universo da suicidologia e da bioética, já que a redução dos estigmas pode favorecer consideravelmente o tratamento de pacientes que vivenciaram esse ato extremo de autoagressão.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde; 2002.
2. Cardoso HF, Baptista MN, Ventura CD, Brandão EM, Padovan FD, Gomes MA. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. *Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*. 2012;12(2):42-8.
3. Araújo ES, Bicalho PPG. Suicídio: crime, pecado, estatística, punição. *Rev Psicol IMED*. 2013;4(2):723-34.
4. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(1):175-87.
5. Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Being the parent of a son or daughter who has attempted suicide: A qualitative focus group study. *J Adv Nurs*. 2014;70(4):823-32.
6. Sand E, Gordon KH, Bresin K. The impact of specifying suicide as the cause of death in an obituary. *Crisis*. 2013;34(1):63-6.
7. Witte TK, Smith, AR, Joiner, TB Jr. Reason for cautious optimism? Two studies suggesting reduced stigma against suicide. *J Clin Psychol*. 2010;66(6):611-26.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto-Enferm*. 2008;17(4):758-64.
9. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998;3(2):109-12.
10. Galileu D, Rocha FF, Nicolato R, Teixeira AL, Romano-Silva MA, Correa H. Produção brasileira em periódicos psiquiátricos de alto fator de impacto em 2005. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(2):120-4.
11. In-Cities. Scy-Bites. What's new in research: July 11, 2005. Science in Brazil 2000-04 [tabela]. [Internet]. 2005 [acesso 18 jan 2014]. Disponível: http://www.in-cities.com/research/2005/july_11_2005-1.html
12. Elkis H. Fatores de impacto de publicações psiquiátricas e produtividade científica. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(4):231-6.
13. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(2):231-39.
14. Dyregrov K. What do we know about needs for help after suicide in different parts of the world? A phenomenological perspective. *Crisis*. 2011;32(6):310-8.
15. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry*. 2008;32(2):136-42.
16. Cvínar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: A review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*. 2005;41(1):14-21.
17. Flavio M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Merle K *et al*. Suicide attempts in the county of Basel: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*. 2013;28(143):1-15.
18. American Psychiatric Association. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos – Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.
19. Rudd MD, Goulding JM, Carlisle CJ. Stigma and suicide warning signs. *Arch Suicide Res*. 2013;17(3):313-8.
20. Osváth P. Life-cycles, psychopathology and suicidal behaviour. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2012;14(4):266-72.
21. Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2012. (Frontiers in Neuroscience).
22. Amitai M, Apter A. Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: A review. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(3):985-94.
23. Sena-Ferreira N, Pessoa VF, Barros RB, Figueiredo AEB, Minayo MCS. Risk factors associated with suicides in Palmas in the state of Tocantins, Brazil, between 2006 and 2009 investigated by psycho-social autopsy. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(1):115-26.
24. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K, Ishikawa Y *et al*. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry*. 2010;10(109):1-8.
25. Carter GL, Safranko I, Lewin TJ, Whyte IM, Bryant JL. Psychiatric hospitalization after deliberate self-poisoning. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(2):213-22.
26. Mahon K, Burdick KE, Wu J, Ardekani BA, Szeszko PR. Relationship between suicidality and impulsivity in bipolar I disorder: a diffusion tensor imaging study. *Bipolar Disord*. 2012; 14(1): 80-9.
27. Zalsman G. Genetics of suicidal behavior in children and adolescents. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2012. p. 1-47.
28. Rujescu D, Giegling I. Intermediate phenotypes in suicidal behavior focus on personality. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2012. p. 1-81.
29. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicídio e doença mental: uma perspectiva global. In: Werlang BG, Botega NJ, organizadores. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 35-44.
30. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011;377(9779):1.778-97.
31. Associação Brasileira de Psiquiatria. *Comportamento suicida: conhecer para prevenir (manual dirigido para profissionais de imprensa)*. São Paulo: ABP; 2009.
32. Tadros G, Jolley D. The stigma of suicide. *Br J Psychiatry*. 2001;179(2):178.
33. Barraclough MB. The Bible suicides. *Acta Psychiatr Scand*. 1992;86(1):64-9.
34. Pritchard C. *Suicide: The ultimate rejection? A psychosocial study*. Philadelphia/Buckingham: Open University Press; 1995.
35. Daolio ER. Suicídio: tema de reflexão bioética. *Rev. bioét (Impr.)*. 2012;20(3):436-41.

36. Nunes SOV. Atendimento de tentativas de suicídio em hospital geral. J Bras Psiquiatr. 1988;1(37):39-41.
37. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Pública. 2001;17(4):949-56.
38. Cabrera J. Suicidio: aspectos filosóficos [verbete]. In: Tealdi JC, director. Diccionario Latinoamericano de bioética. Bogotá: Unesco/Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 496-9.
39. Cabrera J. A ética e suas negações. Não nascer, suicídio e pequenos assassinatos. Rio de Janeiro: Rocco; 2011.

Participação dos autores

Tatiana de Paula Santana da Silva, Everton Botelho Sougey e Josimário Silvacolaboraram, igualmente, na revisão bibliográfica e no processo de concepção, redação e edição do artigo.

Recebido: 27.3.2014

Revisado: 14.2.2015

Aprovado: 28.4.2015

APÊNDICE B – Artigo Alucinógenos, anfetaminas e comportamento suicida: revisão integrativa da literatura



Artigo original

Alucinógenos, anfetaminas e comportamento suicida: revisão integrativa da literatura

Tatiana de P.S. da Silva,^{1*} Murilo D.C. Lima,¹ Everton B. Sougey¹

Resumo

Objetivo: descrever através de uma revisão integrativa da literatura os relatos sobre o consumo de alucinógenos e anfetaminas e a presença do comportamento suicida. **Método:** Foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa. A procura sistemática de artigos foi realizada na PubMed; MedLine; LILACS; PsycInfo e SciELO. Foram considerados descritores os termos: "tentativa de suicídio", "Alucinógenos", "Anfetaminas" e "comportamento suicida". A seleção foi restrita aos artigos publicados entre janeiro de 1994 a novembro de 2014. Foram obtidos 250 artigos. Destes apenas oito artigos preencheram os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** O ano de 2013 foi associado ao maior número de produções. A maioria das pesquisas foi realizada em países europeus, predominando os estudos de caso-controle seguidos de ensaios retrospectivos e descritivos realizados com amostras acima de 1000 indivíduos. A maioria dos estudos aponta que o uso de substâncias corresponde a um dos fatores de risco para o comportamento suicida, onde as anfetaminas aumentam as chances de tentativas e ideações suicidas em até 80%. Os usuários de anfetaminas e alucinógenos apresentam taxas de ideação superiores, quando comparados com usuários de outros fármacos. **Conclusão:** Os dados reforçam a premissa de que o uso de determinadas substâncias como as anfetaminas e alucinógenos podem ser fatores para a presença do comportamento suicida necessitando de discussões mais ampliadas. As análises dessas questões contribuem para pesquisas futuras que objetivem reduzir as taxas de comportamento suicida, sobretudo em âmbito nacional onde as pesquisas ainda são escassas.

Descritores: Tentativa de suicídio; Alucinógenos; Anfetaminas.

Abstract

Hallucinogens, amphetamines and suicidal behavior: Integrative literature review

Objective: describe through an integrative literature review reports on the consumption of hallucinogens and amphetamines and the presence of suicidal behavior. **Method:** A type of integrative literature review was performed. The systematic search for articles was conducted in PubMed; MedLine; LILACS; PsycInfo and SciELO. Descriptors were considered the terms "suicide attempt", "Hallucinogens", "Amphetamine" and "suicidal behavior". The selection was restricted to articles published between January 1994 and November 2014. We obtained 250 articles. Of these, only eight articles met the inclusion and exclusion criteria. **Results:** The highest number

1. Departamento de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. Recife PE, Brasil.

*Endereço para correspondência:

Rua Rua Doutor Sebastião do Amaral, n.º 495, casa 07
Pau Amarelo, Paulista, Pernambuco. CEP: 53433-010.
E-mail: tatianaps2@gmail.com

Revista HUPE, Rio de Janeiro, 2016;15(1):28-36

doi: 10.12957/rhupe.2016.22359

Recebido em 04/12/2015. Aprovado em 08/12/2015.

of articles was published in 2013. Most studies were developed in Europe. Case-control studies predominated, followed by retrospective, descriptive studies with samples larger than 1000 individuals. Most studies found that substance abuse is one of the risk factors for suicidal behavior. The use of amphetamines increases the chances of attempted suicide and suicidal ideation by up to 80%. Users of amphetamines and hallucinogens have higher rates of suicidal ideation in comparison to users of other drugs. **Conclusion:** The present data offer support to the premise that the use of particular substances, such as amphetamines and hallucinogens, is a risk factor for suicidal behavior and broader discussion on this issue is needed. The analysis of these issues can contribute to future studies aimed at reducing the rate of suicidal behavior, especially in the Brazilian context, where such studies remain scarce.

Keywords: Suicide attempt; Hallucinogens; Amphetamines.

Resumen

Alucinógenos, anfetaminas y comportamiento suicida: revisión integradora de la literatura

Objetivo: Describir a través de una revisión integradora los informes sobre el consumo de alucinógenos y anfetaminas y la presencia del comportamiento suicida. **Método:** Se llevó a cabo una revisión de la literatura integradora. La búsqueda sistemática de artículos se realizó en PubMed; MedLine; LILACS; PsycInfo y SciELO. Se consideraron palabras clave, los términos: "intento de suicidio", "Alucinógenos", "Anfetamina" y "comportamiento suicida". La selección se restringió a artículos publicados desde enero de 1994 hasta noviembre de 2014. Se obtuvieron 250 artículos. De estos, apenas ocho artículos cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** El año 2013 se asoció al mayor número de produc-

ciones. La mayoría de las investigaciones se llevó a cabo en los países europeos, predominando los estudios de caso-control, seguidos de ensayos retrospectivos y descriptivos realizados con muestras de más de 1.000 individuos. La mayoría de los estudios indican que el uso de sustancias corresponde a uno de los factores de riesgo para el comportamiento suicida y las anfetaminas aumentan las posibilidades de intentos e ideación suicida en hasta el 80%. Los usuarios de anfetaminas y alucinógenos presentan tasas de ideación superiores, en comparación con usuarios de otros fármacos. Conclusion: Los datos

refuerzan la premisa de que el uso de determinadas sustancias como anfetaminas y alucinógenos pueden ser factores en la presencia de conductas suicidas, requiriéndose debates más prolongados. Los análisis de estas cuestiones contribuyen a futuros estudios que tienen como objetivo reducir los índices de comportamiento suicida, especialmente a nivel nacional, donde las investigaciones son todavía escasas.

Palabras clave: Intento de suicidio; Alucinógenos; Anfetaminas.

Introdução

Atualmente o suicídio é considerado um grave problema de saúde pública e suas estimativas apontam que hoje tal fenômeno está entre as três maiores causas de morte na faixa etária de 15 a 35 anos e representa a sexta causa de incapacitação em indivíduos entre 15 e 44 anos. Os dados referentes às estimativas de tentativas revelam que esse número possa ser dez vezes maior uma vez que ainda não há obrigatoriedade de registros oficiais sobre tentativa de suicídio, portanto, essas notificações são mais escassas e menos confiáveis quando comparadas ao suicídio.¹

Segundo a Organização Mundial de Saúde Para a OMS,² a violência autodirigida pode se manifestar de duas formas: pelo comportamento suicida (pensamentos, tentativas e pelo ato suicida consumado) e por meio de atos violentos provocados contra o próprio indivíduo como as autoagressões mutiladoras.

Tais comportamentos e ações podem ocorrer a qualquer momento e muitas vezes pode estar associado a um somatório de variáveis de risco e ainda a incapacidade do indivíduo em resolver conflitos, o que dificulta o processo de tomada de decisões para ações preventivas.^{3,4,5} Essas questões agregadas ao aumento das taxas de prevalência de suicídio e da tentativa de suicídio engendram discussões constantes e necessárias sobre a criação de novas medidas de prevenção.⁴

Diversas pesquisas apontam como principais fatores de risco para condutas suicidas o consumo e/ou uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas.^{6,7,8,9,10,11,12}

Outros estudos descrevem que de fato a presença de comportamentos de risco quando interligados a outros aspectos podem potencializar possíveis comportamentos suicidas, tais como: relação entre álcool e transtorno depressivo;^{13,14} substâncias e transtornos mentais associados;¹⁵ perda de vínculos sociais e demais comorbidades;¹⁶ problemas financeiros e/ou conjugais.¹⁷

Fica evidente que o uso de substâncias pode potencializar as chances do comportamento suicida, porém torna-se necessário compreender como o uso e/abuso de determinadas substâncias interfere na presença do comportamento suicida.

Diante desse panorama o presente estudo objetiva descrever através de uma revisão integrativa da literatura os relatos sobre o consumo de alucinógenos e anfetaminas e a presença do comportamento suicida.

Método

Para o estudo foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa que segundo Mendes e Silveira¹⁸ corresponde a uma análise a partir de fontes secundárias de informação com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, baseada em critério pré-definidos pelos autores.

A busca textual sobre a temática foi realizada em três etapas sendo a primeira relacionada à escolha das bases de dados e descritores. Foram escolhidas cinco bases de dados que fundamentaram a pesquisa: Base de Dados Internacional PubMed; Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica MEDLINE; Índice da Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe LILACS; Base de Dados de Psicologia da American Psychological Association, PsycInfo e na Livraria Científica Eletrônica Online SciELO.

Os descritores selecionados para realização da pesquisa foram extraídos mediante consulta ao banco Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo considerados: "tentativa de suicídio", "suicídio", "Alucinógenos" "Anfetaminas", foram utilizados de forma isolada e combinada nos idiomas português, inglês e espanhol, através do uso do operador booleano "and" e "or".

A seleção se restringiu a artigos publicados em por-

Artigo original

tuguês, inglês ou espanhol no período compreendido entre janeiro de 1994 a novembro de 2015. A última consulta às bases de dados foi realizada em oito de dezembro de 2015.

A segunda etapa da pesquisa consistiu na definição dos critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo:

Inclusão: a) artigos de periódicos revisados por pares; b) textos cujo resumo estivesse disponível para leitura; c) sem restrição de limites na busca relativos à local de realização do estudo e faixas etárias da população.

Exclusão: a) estudos publicados sob a forma de editoriais, entrevistas, notas clínicas, estudos e relatos

de caso; b) estudos que relataram o suicídio como consequência de uma overdose não intencional.

Na terceira etapa optou-se pela realização da leitura, análise e interpretação dos textos completos, baseada em quatro parâmetros, conforme ponderam Lakatos e Marconi:²⁹ (a) apreciação crítica do material; (b) decomposição dos elementos essenciais; (c) agrupamento e classificação; (d) análise final.

Com objetivo de oferecer aporte teórico científico aos questionamentos e objetivos do estudo, além da descrição dos resultados dos artigos foram realizadas buscas nas listas de referências dos artigos selecionados.

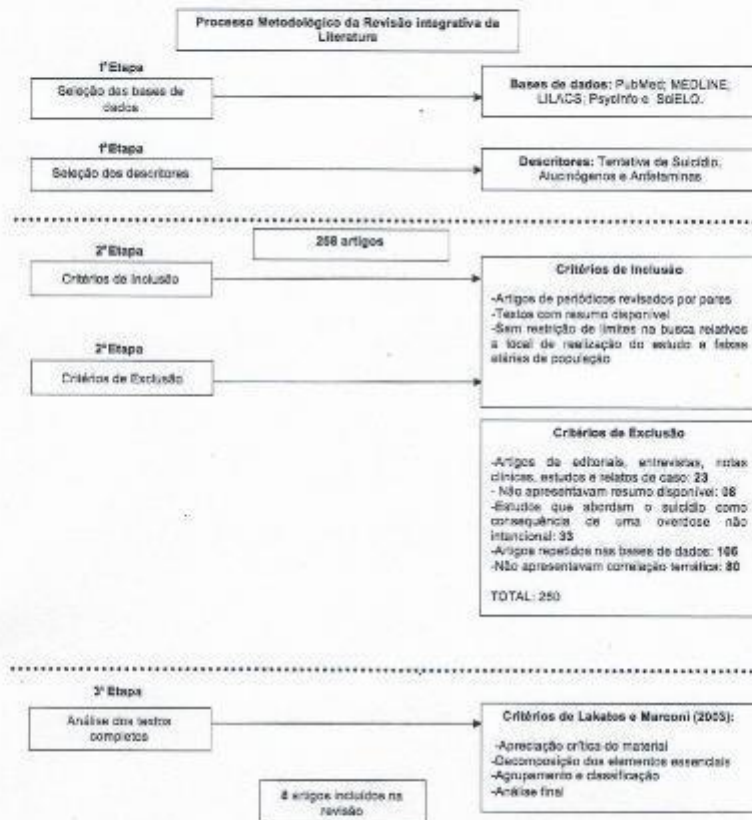


Figura 1. Fluxograma do processo de revisão de literatura.

Os estudos foram lidos individualmente por dois pesquisadores. Quando se observaram discordâncias entre eles, um terceiro pesquisador era consultado para opinar quanto à inclusão ou não do artigo. Ao final do processo de busca foram identificados 250 artigos, a base de maior relevância para o trabalho foi a PubMed com 230 manuscritos. Ao final das análises oito artigos de fato foram incluídos na revisão.

Optou-se por apresentar os dados ao longo do estudo em tabelas descritivas contendo as informações mais relevantes dos autores sobre a influência dos alucinógenos e anfetaminas no comportamento suicida. O fluxograma abaixo apresenta o processo de levantamento bibliográfico e a seleção dos artigos dessa revisão.

Resultados e discussão

A tabela 1 apresenta dados relacionados às características iniciais dos artigos de acordo com periódico, fator de impacto e ano de publicação. Os achados evidenciam que dentre todo o período estudado (vinte anos), o ano de 2013 se destacou por englobar um maior número de produções. Os resultados apontam que a área de maior concentração das publicações foi a Medicina, na qual a metade dos estudos (4) foi publicada em periódicos específicos da área de psiquiatria.

De acordo com Galileu e colaboradores²⁰ o Brasil tem se destacado muito nos últimos anos quanto à produção de dados científicos na área de psiquiatria. Segundo os autores, em 2004 o país já era responsável por 0,41% dos artigos publicados em periódicos ligados à pesquisa da área psiquiatria/psicologia, com 3,01 citações/artigo, o melhor índice ao se compararem as inúmeras áreas científicas, apenas 12% abaixo do índice mundial de 3,43 citações/artigo.²¹

Apesar de tais afirmativas não foi observado nesse estudo a contribuição de pesquisas nacionais, sendo todos os estudos oriundos de pesquisas de outros países o que reflete a necessidade de ampliação dos debates sobre o comportamento suicida no Brasil.

Nesta tabela ainda são apresentadas dados relacionados à classificação dos periódicos quanto ao nível de evidência (fator de impacto) das publicações. Dos oito artigos, sete obtiveram impacto superior a dois pontos. Esse critério corresponde a uma medida bibliométrica que possibilita a reflexão sobre a qualidade do periódico em termos de citação e acesso, fornecendo assim algumas das melhores evidências relativas à determinada discutidas nos periódicos.²²

Na tentativa de ampliar a compreensão sobre o tema, optou-se por elaborar uma segunda tabela (tabela 2) contendo as informações relacionadas ao País onde a pesquisa foi realizada, tipo de estudo, amostra, substância química envolvida e aspectos do comportamento suicida avaliados. Por fim optou-se por realizar breves comentários a partir da análise crítica dos artigos objetivando apontar as limitações e implicações das pesquisas para a temática.

Os documentos revelam que não houve pesquisas nacionais, e que a maioria dos estudos concentrava-se em países da Europa. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que de fato os países da Europa concentram uma maior taxa relacionada ao suicídio a exemplo a Lituânia (51,6 por 100.000 habitantes), Rússia (43,1 por 100.000 habitantes) e Bielorrússia (41,5 por 100.000 habitantes), podendo este aspecto contribuir significativamente para uma maior ampliação de pesquisas nestes países com objetivo de compreender e minimizar a ocorrência deste evento na população.²³

Tabela 1. Artigos selecionados de acordo com periódico, fator de impacto e ano de publicação de 2013 a 1995.

Periódico (Fator de impacto)	Ano de Publicação	No de Artigos
Soc Psychiatry Epidemiol (2,86)	2013	1
J Affect Disord (3,295)	2013	1
Addiction (4,577)	2013	1
BMC Public Health (2,076)	2011	1
Pediatr Emerg Care (0,891)	2012	1
Drug Alcohol Depend (3,141)	2011	1
J Nerv Ment Dis (1,842)	2005	1
Salud Ment*	1995	1
Total de artigos:		8

*Periódico sem fator de impacto

Artigo original

Tabela 2. Análise do conteúdo das publicações quanto aos autores, local do estudo, tipo do estudo, amostra, aspectos do comportamento suicida avaliado, substância estudada, taxas associadas ao comportamento suicida por substância, considerações dos autores sobre a influência dos alucinógenos e anfetaminas e comentários.

Autores/Ano/ Local do Estudo	Tipo do estudo/ Amostra estudada	Aspecto do comportamento Suicida Analisado	Substância estu- dada	Taxas associadas ao comportamen- to suicida por substância	Considerações dos autores a cerca da influência dos alucinógenos e anfetaminas	Comentários
Wong et al., 2013 ¹⁴ Estados Unidos	Caso-controle (2001-2009) / 73.183 estudantes do ensino médio	Ideação suicida, plano de suicídio, tentativas de su- icídio e tentativas de suicídio graves	Alcool, cocaí- na, ecstasy, alucinógenos, noradrenalina, inalantes, maconha, metanfetaminas, esteróides e tabaco	- Heroína: OR = 5,0-23,6 - Metanfetaminas: OR = 4,3-13,1 - Esteróides OR = 3,7-11,8 - Cocaína, ecstasy OR = 3,1-10,8 - Maconha, álcool e tabaco também OR = 1,9-5,2	O abuso de substâncias representa um forte fator de risco para o comportamento suicida. Sete substâncias ilícitas obtiveram forte associação com tentativas de suicídio graves, em comparação com todos os outros fatores de risco exceto depressão.	O número de substâncias utilizadas teve um relacionamento progressivo ao suicídio. Os resultados reforçam a importância da triagem de rotina para o abuso de substâncias na avaliação do risco de suicídio adolescente.
Webb et al., 2013 ¹⁵ Dinamarca	Caso Controle (1994-2003) /19.7840 adultos criminosos consi- derados violentos e não violentos	Suicídio	Entorpecentes e alucinógenos	Criminosos violentos: Narcóticos e alucinógenos (OR=11,37-30,60). Criminosos não violentos: Analgésicos e antipsicóticos (OR=1,89-5,10)	Entre os criminosos violentos foi observado risco auto para o envenenamento por drogas ilícitas.	O risco foi especialmente levantado para a auto-envenenamento intencional com entorpecentes e alucinógenos.
Sheehan et al., 2013 ¹⁶ Colorado	Retrospectiva (2004 a 2008) 5791 pessoas	Suicídio	Anfetaminas, maconha, co- caína, opiáceos, antidepressivos e álcool	Suicídio por anfe- taminas: 67,1%	Os padrões de prevalência da droga associada com o suicídio são mais fortes entre as mulheres, e dentro as drogas a anfetamina foi fortemente utilizada (57,0%), perdendo apenas para o uso de álcool (43%).	As drogas associa- das a suicídio são mais fortes entre as mulheres. Levando em consideração essas diferenças podem permitir que intervenções direcionadas a re- dução das mortes violentas.
Auten et al., 2012 ¹⁷ Califórnia	Retrospectiva (2000-2008) 293 jovens de 11 a 18 anos	Ideação suicida e tentativa de suicídio	Metanfetamina	Ideação suicida (31%) dos depen- dentes. Tentativas de suicídio (21%) dos dependentes	A exposição a metanfetamina foram associados com o aumento das taxas de ideação e tentativas de suicídio.	O diagnóstico de depressão pode ter influenciado a presença do comportamento suicida.
Marshall et al., 2011 ¹⁸ Canadá	Caso-controle (2001-2008) 1879 pacientes (149 tentaram suicídio)	Tentativa de suicídio	Heroína, crack, Cocaína e metan- fetamina	Crack não injetável: OR= 1,28 (0,79-1,87) p-value 0,21 Heroína Injetável: OR= 1,16 (0,78-1,71) p-value 0,46 Cocaína Injetável: OR= 1,25 (0,87-1,92) p-value 0,21 Metanfetamina injetável: OR= 1,80 (1,08-2,99) p-value 0,02	Apesar de algumas variáveis não serem controladas, observou-se que os usuários de metanfetamina tinham um risco 80% maior de tentativa de suicídio do que aqueles que não faziam uso	Usuários de drogas injetáveis devem ser considerados com um risco muito elevado de suicídio, devendo comportamento suicida.

Várník et al., 2014 ¹⁹ Bélgica, Estônia, Finlândia, França, Alemanha, Hungria, Islândia, Luxemburgo, Países Baixos, Portugal, Eslovênia, Espanha e Suíça. Reino Unido, Bélgica	Multicêntrica e retrospectiva (2000-2005)/ 3.091 pessoas	Suicídio	**X60 ***X61 ****X62 *****X63 *****X64	**X60 – 5,5% (homens) ***X61 – 31,4% (mulheres) ****X62 – 8,5% (homens) *****X63 – 1,7 (homens) *****X64 – 57,3 (mulheres)	Overdoses intencionais eram quase tão frequente entre homens e mulheres: 1,6 e 1,5, respectivamente, por 100.000 em 16 países combinados.	Uma vez que a grande maioria dos suicídios por overdose de drogas foi oriunda da categoria X64 ressalta-se a necessidade de sistema de classificação mais detalhado por parte dos órgãos de registro possibilitando uma melhor concepção de estratégias de prevenção do suicídio.
Yen, Shieh, 2005 ²⁰ Taiwan	Descritivo/Taiwan (1999 – 2002) 200 adolescentes em tratamento para dependência	Ideação Suicida	Metanfetamina	16% dos usuários de metanfetamina apresentaram ideação suicida	Nem da dependência, outros múltiplos fatores, incluindo a família, a psicopatologia e personalidade se correlacionam com ideação suicida. Os indivíduos que apresentam tais fatores de risco devem ser monitorados para ideação suicida.	Estudo não fez grupo controle para avaliar os riscos de outros estressores em pessoas com dependência.
Medina-Mora et al., 1994 ²¹ México	Descritivo (1991-1992/ 3.459 estudantes do ensino médio e superior	ideação suicida	Álcool, drogas de uso médico, estimulantes antidepressivos e alucinógenos	Maior tendência suicida em usuários de drogas médicas 59,3%. Usuários de alucinógenos apresentaram taxas de ideação maiores 66,7%.	Os usuários de alucinógenos a ideação é menos frequente para os que usam cocaína.	O consumo de álcool e outras drogas constituem importantes fatores de risco para a ideação suicida, sendo mais frequentes em usuários de drogas médicas.

* Odds ratio.

** X60 - analgésicos não-opioides, antipiréticos e antireumáticos.

***X61 - antiepilépticos, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados.

****X62 - narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos), não classificados.

*****X63 - outras drogas de ação no sistema nervoso autônomo.

*****X64 - outras e as drogas não especificadas, medicamentos e substâncias biológicas.

Com relação à classificação epidemiológica, predominaram os estudos de caso-controle seguidos de ensaios retrospectivos e descritivos. Tais evidências asseveram que a análise de determinadas temáticas como o comportamento suicida constituem uma análise de difícil execução, sendo necessária a criação de grupos comparativos (controle), para uma observação mais controlada dos possíveis fatores associados.^{32,33}

Por outro lado observou-se que grande parte dos estudos foram realizados com amostras extensas (acima de 1.000 indivíduos) e por longos períodos (faixas de análise de cinco anos ou superiores) o que pode representar um crescimento considerável de pesquisas

relacionadas à compreensão do comportamento suicida devido a um grande crescimento do fenômeno nos últimos anos.^{34,35}

Dentre os aspectos do comportamento suicida analisados nas pesquisas verificou-se que o suicídio e as tentativas foram os itens mais avaliados, tais resultados são compatíveis às metodologias utilizadas pelos pesquisadores (estudos retrospectivos), que, por sua vez, objetivaram avaliar a associação entre o uso das substâncias e o suicídio.^{34,35,37,38}

Estes dados revelam a necessidade de se ampliar as discussões sobre a influência do uso/abuso de substâncias na presença da ideação e planejamento suicida

Artigo original

objetivando a prevenção dos eventos de tentativa,²³ conforme apontado por Yen²⁰ que também acrescenta que os usuários devem ser monitorados periodicamente a fim de se avaliar em que fase da dependência surgem tais comportamentos autodestrutivos e ainda quais os fatores associados que predis põem ou intensificam tais condutas.

Alguns autores ampliam as discussões sobre a temática e destacam, por exemplo, a relevância da análise toxicológica para os casos de suicídio, sendo este um componente essencial na investigação que exige correlação com uma inspeção detalhada de outros fatores como a presença de comorbidades e estressores. Tal ferramenta possibilita a análise e diferenciação quanto ao uso de substância como método para tentativa ou ainda como fator associado a tentativa.^{23,24}

Dentre as substâncias utilizadas destaca-se que a maioria dos estudos optou por avaliar as associações com diversos agentes (álcool, cocaína, ecstasy, alucinógenos, heroína, inalantes, marijuana, metanfetaminas, esteróides e tabaco), porém uma vez que a proposta do estudo é analisar especificamente a questão dos alucinógenos e anfetaminas e a presença do comportamento suicida os resultados discutidos serão restritos a estas substâncias.

Dados adicionais apontam que apesar do uso de substâncias atualmente compreendera um dos fatores de risco ainda são poucas as evidências que afirmem claramente como essas associações variam entre os diferentes tipos e número de substâncias,²⁵ além disso, evidencia-se a necessidade da ampliação de estudos que avaliem isoladamente os diversos aspectos que compreendem o comportamento suicida (ideação, planejamento, tentativa e suicídio).

Na observação das possíveis associações entre o uso alucinógenos e anfetaminas verificou-se que todos os estudos expressaram correlações positivas em todos os aspectos do comportamento suicida: ideação,^{25,26,28,30} planejamento,²⁵ tentativa^{26,29} e suicídio.^{24,25,27}

Em algumas pesquisas além de se correlacionar o uso da substância nos diferentes aspectos do comportamento suicida, foram realizadas análises, para evidenciar este aspecto como fator de risco para a tentativa de suicídio.

Os resultados revelaram que no caso das anfetaminas estas corresponderam a um forte fator de risco para as tentativas de suicídio especificamente quando comparados a outros fatores, perdendo apenas para o diagnóstico de depressão.²⁵ Outra publicação²⁸ também revela que a exposição a anfetaminas aumenta as chances de tentativas e ideias suicidas.

Marshall²⁹ em estudo com 1873 participantes encontrou que, 149 (8,0%) relataram pelo menos uma tentativa de suicídio, resultando em uma densidade de incidência de 2,51 por 100 pessoas-ano, além desses indicadores, o autor aponta questões importantes como o fato de que em sua amostra, os usuários de anfetaminas apresentaram um risco 80% maior para tentativa de suicídio do que os não usuários. Por fim Yen³⁰ em uma pesquisa com jovens usuários em programas de desintoxicação observaram que neste período as ideias suicidas estiveram presentes em 16% dos indivíduos, o que remete a percepção de que a abstinência ao contrário do que se imagina pode estar associada à redução do comportamento suicida em indivíduos que estão sendo submetidos a tratamento.

Dos alucinógenos observou-se que estes também estiveram associados a presença do comportamento suicida, principalmente em indivíduos considerados em situações de risco como os criminosos.²⁴ Medina-Mora³⁰ observou que os usuários de alucinógenos apresentaram taxas de ideação superior aos dependentes de drogas médicas perdendo apenas para os usuários de anfetaminas.

Dentre os estudos incluídos, foi possível analisar que todos os autores referem de certa forma a necessidade do acompanhamento dos usuários, pois ainda não existem evidências relacionadas ao perfil dos usuários que apresentem um maior risco (tipo de substância, gênero, comorbidades psiquiátricas, faixa etária) sendo estas variáveis importantes em estudos futuros.

Os dados obtidos através da presente revisão contribuem para as investigações iniciais sobre as possíveis associações entre o uso de determinadas substâncias e a presença do comportamento suicida.^{27,28,30} Tais achados necessitam de discussões mais ampliadas, observando-se também outras questões como quais seriam as substâncias mais associadas aos comportamentos e se estas exercem influência sobre os métodos utilizados nas tentativas e suicídios.

Sobre esta última variável Wong²³ lança uma hipótese que por sua vez necessita ser mais estudada, pois o autor atribui que o uso das substâncias ilícitas em seu estudo esteve fortemente associado a tentativas e suicídios com métodos mais violentos (pular de altura e enforcamento).

Por fim evidencia-se que as análises dessas questões constituem evidências relevantes para questionamentos futuros que objetivem reduzir as taxas de comportamento suicida, sobretudo em âmbito nacional onde as pesquisas ainda são escassas.

Conclusão

Com base na metodologia empregada e nos resultados obtidos, sugere-se que o uso de substâncias como os alucinógenos e anfetaminas contribuem para a presença do comportamento suicida sendo considerado por alguns estudos como indicador de risco, inferior apenas na presença de transtornos psiquiátricos, por exemplo, porém ainda não há um consenso na literatura que revele qual seria o perfil do indivíduo que apresente maior risco.

Desta forma os usuários de substância devem ser avaliados periodicamente, sobretudo os que apresentam outros estressores, podendo esta análise ser incluída nos programas para usuários e dependentes objetivando a redução das taxas de comportamento suicida que tendem a se elevar ao passo que são de certa forma, negligenciadas nas abordagens clínicas de rotina.

Considera-se ainda que estudos adicionais que envolvam amostras brasileiras são necessários, bem como o desenvolvimento de pesquisas que contribuam para a confirmação e observação de novas hipóteses sobre o uso de substâncias e presença do comportamento suicida. Tais medidas poderão subsidiar o planejamento e prevenção desses comportamentos.

Referências

- Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por overdose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26:1366-72.
- Saz P, Dawsey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001; 16(8):822-30.
- Araújo ES, Bicalho PPG. Suicídio: crime, pecado, estatística, punição. *Rev. de Psicologia da IMED*. 2013;4(2):723-34.
- Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(1):175-87.
- Pettit JW, Paukert AL, Joiner TE, et al. Pilot sample of very early onset bipolar disorder in a military population moderates the association of negative life events and non-fatal suicide attempt. *Bipolar Disord*. 2008;8(5):475-84.
- Schlösser A, Rosa, GFC, Mora CLOO. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*. 2014; 22(1):133-45.
- Almeida SA, Guedes PMM, Nogueira JA, et al. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa-PB. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2008;11 (2):383-89.
- Meneghel SN, Vitoria CG, Faria NMV, et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38 (6):804-10.
- Rogers JR. Theoretical grounding: The "missing link" in suicide research. *Journal Counseling & Development*. 2001;79(1):16-29.
- Weir E. Suicide: The hidden epidemic. *Canadian Medical Association Journal*. 2001;165(5):634-36.
- World Health Organization. Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Genebra: Suíça; 2000.
- World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: Switzerland, 2008 (Original work published 2000).
- King ALS, Nardi AE, Cruz MS. Risco de suicídio em pacientes alcoolistas com depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006;55(1):70-43.
- Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, et al. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso crônico de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59 (3):167-172.
- Sher L. Neurobiology of suicidal behavior in post traumatic stress disorder. *Expert Review Neurotherapeutics*. 2010;10(8):1233-35.
- Alves H, Kessler F, Ratto RLC. Co-morbidade: Uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004;28(1):51-3.
- Mara GN, Zenker FM, Sakae TM, et al. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2008;57(1):38-43.
- Mendes KDS, Silveira ROP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
- Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2003.
- Gallau D, Rocha FF, Nicolato R, et al. Produção brasileira em periódicos psiquiátricos de alto fator de impacto em 2005. *J bras psiquiatr*. 2006; 55(2):120-4.
- In-Cities. Sci-Bites What's new in research. 2005 July; [acesso 18 nov 2014]. Disponível em: http://www.in-cities.com/research/2005/july_11_2005-1.html
- Elkis H. Fatores de impacto de publicações psiquiátricas e produtividade científica. *Rev bras psiquiatr*. 1999;21(4):231-5.
- Wong SS, Zhou B, Goebert D, et al. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2008. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(10):1611-20.
- Webb RT, Qin P, Stevens H, et al. National study of suicide method in violent criminal offenders. *J Affect Disord*. 2013; 151(2):237-44.
- Sheehan CM, Rogers RG, Williams GW, et al. Gender differences in the presence of drugs in violent deaths. *Addiction*. 2013;108(3):547-55.
- Auten JD, Matteucci MJ, Gaspari MJ, et al. Psychiatric implications of adolescent methamphetamine exposures. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(1):26-9.
- Marshall BD, Galea S, Wood E, et al. Injection methamphetamine use is associated with an increased risk of attempted suicide: a prospective cohort study. *Drug Alcohol Depend*. 2011;118(1-2):134-7.
- Värnik A, Sisask M, Värnik P, et al. Drug suicide: a sex-equal cause of death in 16 European countries. *BMC Public Health*. 2011;11(1):61.
- Yan CF, Shieh BL. Suicidal ideation and correlates in Taiwanese adolescent methamphetamine users. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(7):444-9.
- Medina-Mora M, Vilatoro J, Juárez F, et al. La relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias. Resultados de una

Artigo original

- encuesta en la población estudiantil. *Am Inst Mex Psiquiatr*. 1994;5:7-14.
31. World Health Organization. World report on violence and health. Dahiberg. Geneva: 2002.
 32. Associação AP. Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos-Compêndio 2006. Porto Alegre: Artmed. 2006.
 33. Flavier M, Martin E, Pascal B, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*. 2013;28(143):13758.
 34. Schlösser A, Rosa GFC, More CLOO. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*. 2014; 22(1):133-45.
 35. Neves MCL, Melero AMAS, Gomes F, et al. Suicídio: fatores de risco e avaliação. *Brasília Med*. 2014;51(1):66-73.
 36. Shields LB, Hunsaker DM, Hunsaker JC, et al. Toxicologic findings in suicide: a 10-year retrospective review of Kentucky medical examiner cases. *Am J Forensic Med Pathol*. 2006;27(2):106-12.
 37. Almeida SA, Guedes, PMM, Nogueira JA, et al. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa-PB. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(2):383-89.
 38. Pavaz P, Santander N, Carranza J, et al. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista de Medicina Chilena*. 2009;137(2): 226-233.
 39. Silva S, Maia AC. Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2010;32(3):69-72.

APÊNDICE C – Artigo - Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral: revisão integrativa da literatura

**Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral:
revisão integrativa da literatura**

Rating scales of suicidal behavior in adolescents in the general population: integrative literature
review

RESUMO

OBJETIVO: Identificar na literatura mundial escalas relacionadas à análise do comportamento suicida, validadas para uso em pesquisas de base populacional com adolescentes. **MÉTODO:** Realizou-se uma revisão de literatura do tipo integrativa, a partir da questão norteadora: “Quais as escalas validadas existentes para avaliação do comportamento suicida em adolescentes em pesquisas de base populacional?”. As bases de dados pesquisadas foram a Biblioteca Brasileira Virtual em Saúde e Base de Dados Internacional PubMed. Foram considerados descritores os termos: “ideação suicida”, “escalas”, “pesquisa”, “adolescentes” e “estudos de validação”. **RESULTADOS:** Foram localizados 181 artigos. Onze escalas foram avaliadas a partir de seis critérios hierárquicos, e apenas escolhidas por preencherem todos os critérios: SAD PERSONS Scale Adaptada; Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS); Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ); Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI); Scale for Suicide Ideation (SSI); e Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STs). **CONCLUSÕES:** Apesar dos esforços no desenvolvimento de escalas para análise da ideação e comportamento suicida, poucos são os instrumentos direcionados ao público adolescente. A criação ou validação de instrumentos se torna necessária, objetivando contribuir para o desenvolvimento e avaliação de programas de prevenção do suicídio em adolescentes na população geral, que utilizem como apoio a identificação de populações vulneráveis.

Palavras-chave: Ideação Suicida, Escalas, Adolescente, Estudos de validação.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify scales related to the analysis of suicidal behavior in the international literature that have been validated for use in population-based studies involving adolescents. **METHODS:** An integrative literature review was conducted based on the following guiding question: What validated scales exist for the assessment of suicidal behavior among adolescents in population-based studies? The Brazilian Virtual Health Library and the PubMed international database were searched using the following key words: suicidal ideation, scales, research, adolescent, validation study. **RESULTS:** One hundred eighty-one articles were retrieved. Eleven scales were evaluated using six hierarchical criteria and only those that met all the criteria were included in the review: The adapted SAD PERSONS Scale; Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS); Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ); Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI); Scale for Suicide Ideation (SSI); and Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STs). **CONCLUSIONS:** Despite efforts directed at the development of scales for the analysis of suicidal ideation and behavior, few assessment tools are designed for use on the adolescent public. It is necessary to create and validate suicidal behavior assessment scales that can contribute to the development and evaluation of suicide prevention programs for adolescents in the general public and can assist in the identification of vulnerable populations.

Keywords: Suicidal Ideation. Scales. Validation. Adolescents. Studies. Research.

Introdução

O suicídio é considerado na atualidade um grave problema de saúde pública, permanecendo entre as dez principais causas de morte no mundo em todas as faixas etárias¹. Dados da Organização Mundial de Saúde² apontam que quase metades de todas as mortes violentas associam-se ao suicídio. Em 2012, a taxa de mortalidade por suicídio

no mundo foi igual a 11,4 óbitos por 100 mil habitantes, atingindo 803.894 indivíduos, o que representa um óbito a cada 40 segundos^{3,4}.

No grupo etário de 15 a 34 anos o suicídio ocupa o terceiro lugar no ranking das causas de morte, com taxas que variam segundo contexto social, gênero, meios utilizados³⁻⁷. No Brasil, a estimativa de suicídios é de 5,1/100 mil habitantes⁸, aproximadamente 10 mil pessoas morreram por essa causa em 2011. Em 2012, essa taxa foi igual 6/100 mil habitantes⁹, ocupando o 71º lugar¹⁰.

Embora o coeficiente de mortalidade por suicídios seja considerado baixo, por se tratar de um país de dimensões continentais (47% do território da América do Sul)¹¹, e possuir uma vasta população (quinto mais populoso do planeta)¹¹, o Brasil está entre os nove países com maiores números absolutos de suicídios¹².

Destaca-se que o suicídio corresponde à consequência final de um leque maior de situações que põem em risco a vida, considerando-as como comportamentos suicidas, que por sua vez corresponde à preocupação, desejo ou ato que busca, intencionalmente, causar dano a si mesmo¹⁰. Englobam essas circunstâncias as ideias e desejos suicidas (ideação suicida), os comportamentos (condutas e/ou tentativas) suicidas sem resultado de morte e/ou os suicídios consumados^{10,13}.

Autores¹⁴ referem que um terço (34%) das pessoas com ideação suicida ao longo da vida elaboram um plano de suicídio; desses, 72% fazem uma tentativa de suicídio; e 26% dos indivíduos que apresentam ideação suicida, mas que não elaboram plano, concretizam uma tentativa de suicídio não planejada, onde a maioria das tentativas, planejadas ou não, ocorrem normalmente no primeiro ano após o início da ideação suicida.

Muitos estudos apontam a presença de comportamento e/ ou ideação suicida nos adolescentes, variando as estimativas de prevalência em função dos estudos e das populações^{5,7,10,13,15,16}. Em estudos conduzidos com amostras representativas da população geral de adolescente dos Estados Unidos, as estimativas de prevalência de ideação suicida variaram entre os 6 e os 13%^{17,18,19}. Estudo¹⁴ apresentou uma prevalência de ideação suicida entre 20% e 24% em adolescentes norte-americanos com idades entre 12 a 17 anos.

Tais estatísticas dados refletem que o estudo da ideação e risco de suicídio pode contribuir com informações importantes para a compreensão do comportamento suicida, sobretudo na adolescência. A Associação Psiquiátrica Americana²⁰ ressalta que, para estimar o risco de suicídio, é necessária uma avaliação tanto de indicadores de proteção quanto de risco para crise suicida. A integração desses indicadores em um único modelo explicativo possibilita uma compreensão mais ampla sobre os vários aspectos que estão contribuindo para o comportamento suicida²⁰.

No que concerne aos esforços nacionais para redução das taxas de suicídio, foi incluída na Política de Saúde Mental a “Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio”, que considera o fenômeno do suicídio um grave problema de saúde, sendo necessário registro adequado para o estudo epidemiológico²¹.

Instituiu-se uma comissão e as diretrizes para prevenção do suicídio articulada com Ministério da Saúde, Secretárias de Saúde Estaduais e Municipais, academia e organizações para fomentar e executar projetos sobre a prevenção do suicido e a atenção na intervenção à crise²¹. Porém, esta legislação depende de um tempo para aplicabilidade e efetivação, além de métodos eficazes relacionados a detecção e rastreio da população.

Dessa forma, destaca-se que medidas robustas de taxas de risco e ideação suicida baseadas em instrumentos validados são necessárias para o desenvolvimento e avaliação de

programas de prevenção e tratamento do fenômeno, para curso clínico e das pesquisas de base populacionais²².

Essas medidas possibilitam basicamente a identificação precoce e manejo satisfatório dos casos de vulnerabilidade, possibilitando a escuta qualificada na atenção ao sujeito que sofre e que, portanto, deseja cometer o ato suicida, valorizando-se sua rede social significativa, com fortalecimento do circuito psiquiátrico que promove o suporte ao sujeito e sobreviventes.

Objetivou-se identificar na literatura mundial escalas relacionadas à análise do comportamento suicida, validadas para uso em pesquisas de base populacional com adolescentes.

Métodos

Realizou-se uma revisão de literatura do tipo integrativa, caracterizada por uma análise embasada em fontes secundárias de informação, que objetiva reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada²³. Esta permite a inclusão de diversas metodologias e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, baseada em critério pré-definidos pelos autores.

Dessa forma, foi conduzida segundo o método que propõe três etapas²⁴: Fase I= selecionar a hipótese ou questão da revisão (Quais as escalas validadas existentes para avaliação do comportamento suicida em adolescentes em pesquisas de base populacional?); Fase II= Restrita a definição das bases de dados, descritores, identificação de estudos potencialmente elegíveis, segundo critérios de exclusão e inclusão na revisão; e Fase III= Envolveu a avaliação da qualidade dos artigos através da análise baseada em um conjunto de critérios hierárquicos.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em janeiro de 2015 em duas bases de dados: Base Eletrônica Brasileira Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Base de Dados Internacional PubMed (U.S. National Library of Medicine – NLM), sem restrições para data e idioma das publicações. As escolhas dessas bases de dados se devem ao fato da grande abrangência das mesmas.

Os descritores utilizados nas duas bases de dados foram extraídos mediante consulta ao banco Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo considerados: “ideação suicida”, “escalas”, “pesquisa” “adolescentes” e “estudos de validação”, estes foram utilizados nos idiomas português, inglês e espanhol. O operador booleano adotado foi “and”. Os limites de busca adotados compreenderam: adolescentes, humanos e estudos de validação.

Adotou-se as seguintes estratégias de busca: BVS= “ideação suicida” and “estudos de validação” and “adolescentes”; e “ideação suicida” and “escalas” and “adolescentes”; PUBMED= “ideação suicida” and “estudos de validação” and “adolescentes”; e “ideação suicida” and “escalas”.

Os critérios de inclusão corresponderam a: a) escalas que apresentassem no mínimo dois itens relacionados à ideação suicida, planos e/ou comportamentos; b) desenvolvidos exclusivamente para análise do comportamento suicida; c) apresentassem resultados de pesquisas com populações não clínicas; d) realização de estudo de validação com populações adolescentes de acordo com a OMS²⁵ (10 a 19 anos).

Foram excluídos: a) artigos duplicados nas bases; b) desenhos de estudos não relacionados à validação; c) que avaliavam outros aspectos além do comportamento suicida (transtornos psiquiátricos, ansiedade, estresse etc.) ou escalas não validadas para populações adolescentes; d) escalas com foco exclusivo para análise de fatores de risco ou fatores de proteção do suicídio (por exemplo, desesperança, razões para viver) ou escalas para a avaliação do comportamento suicida em populações específicas (esquizofrenia, idosos, demência, depressão).

Os artigos potencialmente elegíveis através dos critérios de inclusão e exclusão seguiram para a fase de análise (Fase III). Esta Fase envolveu a avaliação da qualidade dos artigos, pela análise baseada em um conjunto de quatro critérios hierárquicos²⁴: I= Capaz de aferir explicitamente pensamentos e comportamentos suicidas, incluindo pelo menos um item que avalia a ideação suicida, e um item que avalia o comportamento suicida (com intenção morrer); II= Seja

breve e fácil de administrar; III= Forneça dados quantitativos; IV= Sem custo financeiro ou restrições para o uso da população pesquisada, e possa ser aplicada em populações não clínicas.

Escalas que não cumpriram os critérios descritos foram excluídas. A Figura 1 apresenta o processo de levantamento bibliográfico e a seleção dos artigos. Optou-se por apresentar os dados ao longo do estudo em tabelas descritivas.

FLUXOGRAMA AQUI

Resultados e Discussão

Ainda não há um consenso ou norma para a análise de escalas em estudos de base populacional que avaliem pensamentos e comportamentos suicidas. Isto ocorre devido ao expressivo número de instrumentos que se propõem a analisar o fenômeno e seus fatores associados²⁴, porém quando se restringe a análise a determinados ciclos de vida como a juventude e adolescência, onde as taxas de suicídio estão aumentando consideravelmente^{3,5-7}, este número regride e poucos são os instrumentos disponíveis que possam de forma ampla rastrear toda a gama envolvida no comportamento suicida.

Foram identificadas cento e uma publicações, e apenas onze foram consideradas para análise quanto aos critérios de inclusão e exclusão na primeira fase: Scale for Suicide Ideation²⁶; SAD PERSONS Scale Adaptada²⁷; Suicidal Ideation Questionnaire²⁸; Positive and Negative Suicide Ideation²⁹; Columbia Suicide Severity Rating Scale³⁰; Sheehan Suicidality Tracking Scale³¹; Suicidal Ideation Attributes Scale³²; Acquired Capability for Suicide Scale³³; Risk Assessment Suicidality Scale³⁴; Youth Risk Behavior Survey³⁵; Harkavy Asnis Suicide Survey³⁶. Destes, cinco foram excluídos por não atenderem a todos os pressupostos elencados na segunda fase²⁴ (Tabela 1).

TABELA 1 AQUI

Seis estudos demonstraram evidências compatíveis com o objetivo da presente revisão: SAD PERSONS Scale Adaptada^{27,37}; Scale for Suicide Ideation^{26,38}; Suicidal Ideation Questionnaire^{28,39}; Positive and Negative Suicide Ideation^{29,40}; Columbia Suicide Severity Rating Scale^{30,41}; Sheehan Suicidality Tracking Scale^{31,42}.

A Tabela 2 apresenta a síntese das características gerais dos instrumentos como sigla, autores responsáveis pela criação das escalas, autores responsáveis pela validação em população adolescente, país de realização do estudo de validação e descrição quanto às características do comportamento suicida avaliadas pelas escalas.

TABELA 2 AQUI

Diante dos dados pode-se considerar que apesar de não terem sido impostas restrições quanto ao ano de publicação dos artigos, a maioria das escalas foram desenvolvidas há mais de 20 anos, o que reforça a necessidade quanto à ampliação dos estudos envolvendo o comportamento suicida, uma vez que as estatísticas mundiais apontam o suicídio como grave problema de saúde pública pela elevação de suas taxas, correspondendo à décima causa de morte no mundo em todas as faixas etárias².

Estima-se que no ano de 2012 ocorreram 804.000 mortes decorrentes do autoextermínio, representando uma taxa mundial de 11,4 óbitos por 100.000 habitantes e que para cada suicídio consumado há um número ainda maior de tentativas, onde a cada 40 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida no mundo. No Brasil os dados epidemiológicos mostraram 9.852 óbitos por suicídio em 2011, o que corresponde a uma taxa de 5/100.000 habitantes^{9,10}.

Diante desse panorama a elaboração de medidas que auxiliem na identificação de comportamentos e que objetivam mensurar o risco de suicídio podem contribuir para redução dos

índices de tentativa e suicídio²³. Percebe-se também que a problemática do comportamento suicida, considerando todo o ônus que esse fenômeno traz para a sociedade, demanda esforços de especialistas de vários países em busca da compreensão e da elaboração de medidas preventivas.

Dentre os estudos selecionados, a maioria foi validada nos Estados Unidos. Em revisão sistemática semelhante, porém direcionada à análise de escalas para o comportamento suicida em adultos, também se identificou que grande parte dos instrumentos foi desenvolvido no continente americano, especificamente nos Estados Unidos²⁴. Possivelmente, isto ocorre pela liderança de um dos maiores centros de estudo sobre o suicídio, localizado na Universidade de Columbia em Nova York⁴³.

Quatro das seis escalas além de analisarem a presença de ideação e comportamentos suicidas, destinam-se a estimar o risco de suicídio de forma escalonada (em graus de risco)^{26,29-31,37,40-42}, destacando-se as escalas PANSI²⁹⁻⁴⁰ e a C-SSRS³⁰⁻⁴¹ que avaliam a presença de ideação e risco de suicídio. Adicionalmente, a escala C-SSRS em sua aplicação permite a análise isolada desses aspectos, além de possibilitar a diferenciação do comportamento suicida entre aqueles com pouca probabilidade de acarretar lesões e comportamentos com probabilidade de acarretar morte apesar da existência de assistência médica, fatos esses que podem contribuir positivamente, principalmente no manejo de pacientes oriundos de populações clínicas³⁰.

A análise da gravidade do risco seconfigura em uma medida fundamental para prevenção das tentativas de suicídio, pois apesar de ser considerado um evento imprevisível, indivíduos em maior gravidade devem ser acompanhados para que os casos potencialmente fatais possam ser devidamente abordados e encaminhados^{41,44}.

Na tabela 3 são apresentados os dados relacionados à descrição dos instrumentos quanto à idade mínima do adolescente para aplicação do instrumento, abrangência populacional da escala, disponibilidade em outros idiomas (validações em outros idiomas) e tempo médio para aplicação do instrumento.

TABELA 3 AQUI

A maioria expressa que os adolescentes a serem pesquisados devem ter idade mínima entre 14 e 15 anos^{26,28-31,37,39-42}. Autores afirmam que quanto às faixas etárias pesquisadas, entre os adolescentes com ideação suicida, a idade de 15 anos é a mais frequente⁴⁵. Comparando com a literatura, tal achado vai ao encontro do que é exposto noutro estudo⁴⁶, ou seja, 15 anos é uma idade considerada crítica para a manifestação de comportamento suicida na adolescência e, portanto, apresentar ideação suicida nesta idade se torna preocupante⁴⁷.

Sobre o tempo médio para aplicação das escalas, destaca-se que quatro escalas correspondem a medidas breves^{27-29,31,38-40,42} de avaliação e duas^{26,30,37,41} dispendem um tempo maior para aplicação. Quanto à abrangência dos instrumentos, todas as escalas estão disponíveis em outras línguas e são capazes de identificar a presença de comportamentos suicidas em populações gerais e clínicas, contribuindo assim para uma perspectiva preventiva, onde essas medidas de rastreio são consideradas essenciais principalmente para o desenvolvimento de programas e estratégias de prevenção dos comportamentos suicidas^{45,47}.

Na Tabela 4, optou-se por apresentar as descrições breves sobre os instrumentos, bem como sua forma de aplicação, pontos de corte e necessidade de calibração e/ou perfil exigido pelo pesquisador. Houve predomínio entre as formas de mensuração das respostas, sendo estas agrupadas em escalas do tipo Likert^{27-29,31,38-40,42}. Com relação à quantidade de itens, a escala SAD PERSONS²⁶ (adaptada)³⁷ é a que se apresenta como instrumento mais breve (apenas 10 perguntas).

TABELA 4 AQUI

Autores enfatizam que dada a complexidade que envolve a identificação do comportamento suicida, as medidas mesmo de rastreio tendem a apresentar um quantitativo de questões um pouco maiores, cujos objetivos seriam destacar se de fato os pensamentos configuram-se em possíveis atos intencionais de morte⁴⁸. Em síntese, verifica-se que todas as escalas incluídas representam medidas eficazes para análise inicial do comportamento suicida em adolescentes da população geral, porém ressalvam-se algumas considerações.

Em primeiro lugar, ao decidir sobre uma escala de rastreio do comportamento suicida, os pesquisadores devem considerar o perfil dos participantes que constituirão a amostra, além de refletir sobre quais dos aspectos do risco de suicídio serão avaliados (pensamentos de morte, ideação suicida, risco de suicídio, comportamento suicida, tentativa de suicídio ou ainda questões associadas ao comportamento suicida), bem como a frequência dos eventos, a validade e a confiabilidade das escalas.

Em segundo lugar, o pesquisador ainda deve repensar quais escalas identificam com maior precisão os indivíduos em risco para o futuro comportamento suicida, ou seja, os perfis e/ou fatores associados a este comportamento que podem predispor a ação suicida⁴⁸.

Como limitações do presente estudo, destaca-se o fato de que os critérios utilizados para a busca podem ter levado à exclusão de alguns instrumentos importantes, que apesar de não se enquadrarem nos critérios pré-estabelecidos, também podem representar medidas eficazes de avaliação do comportamento suicida.

O quantitativo pequeno de instrumentos para análise da ideação e comportamento suicida, direcionados ao público adolescente, especialmente abaixo da faixa etária de 14 anos, remete à necessidade de criação e validação de novas medidas preditivas do comportamento, visando o apoio a programas de prevenção e tratamento.

Conclusões

Esta revisão integrativa apontou seis escalas capazes de identificar o comportamento suicida de adolescentes na população geral. Adicionalmente, pelo menos uma (C-SSRS) pode ser considerada de primeira escolha para avaliação do comportamento suicida por permitir a análise de forma isolada tanto da presença de ideação, quanto do risco de suicídio de forma graduada e ainda possibilitar a diferenciação do comportamento.

Reafirma-se que o processo de avaliação do comportamento suicida é uma tarefa complexa e pode ser influenciado pelos diversos fatores de risco que englobam o fenômeno. Torna-se premente que profissionais de saúde, lancem maiores esforços para ampliação do escopo de criação e validação de medidas preditivas do comportamento que possam servir de parâmetros em investigações futuras, direcionando a adoção de estratégias nacionais de prevenção e de enfrentamento.

Referências

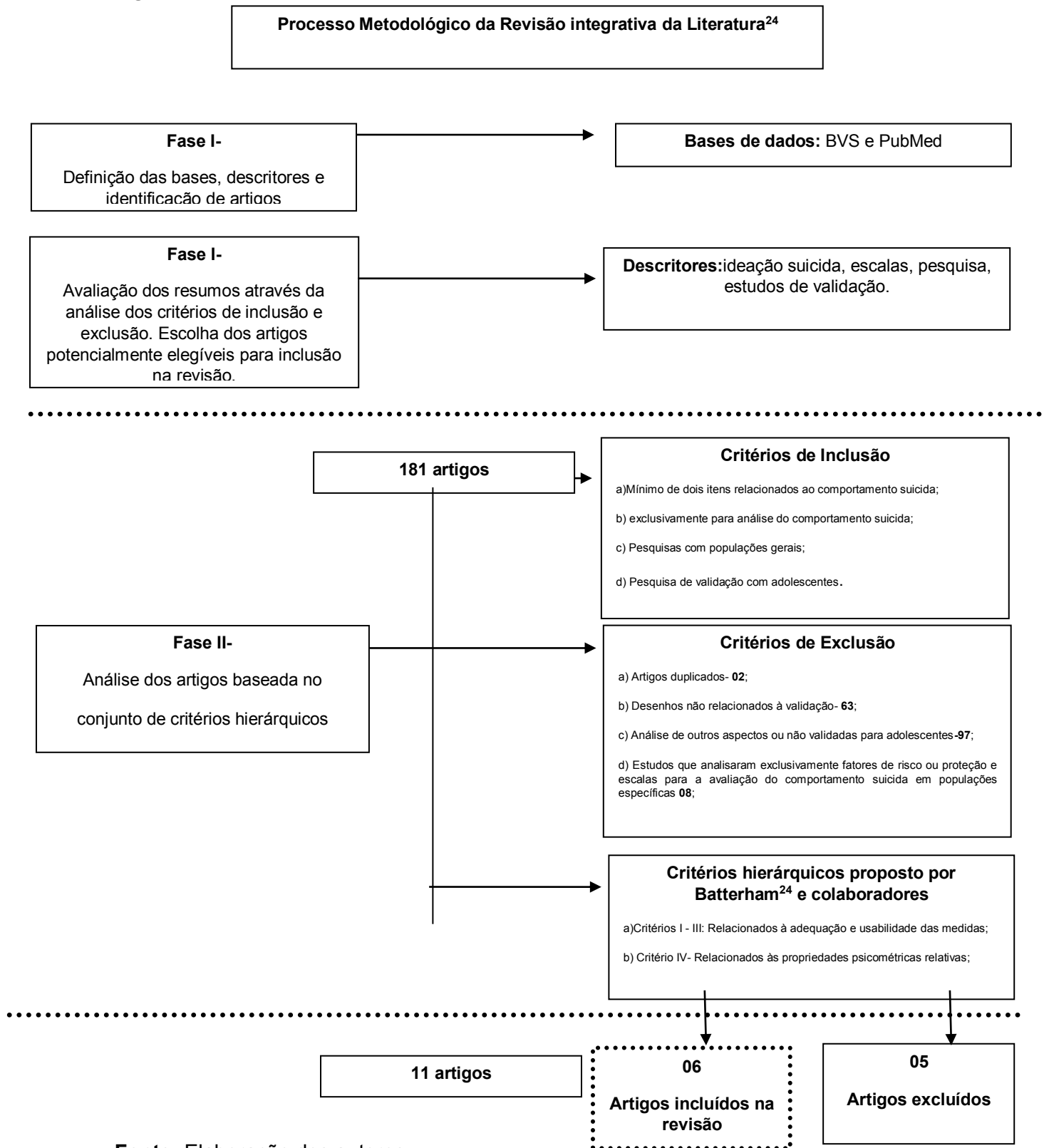
1. Souza VS, Alves MS, Silva LA, Lino DCSF, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. J bras psiquiatr. 2011; 60 (4):294-00.
2. World Health Organization - WHO. Multisite intervention study on suicidal behaviors – SUPRE-MISS, 2002.
3. World Health Organization - WHO. Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: WHO; 2014.
4. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NNBD, Minayo MCD. S Hospitalizations due to self-inflicted injuries-Brazil, 2002 to 2013. Ciência & Saúde Coletiva. 2013; 20 (3): 689-99.
5. Baggio L, Palazzo LS, Aerts DRGC. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2009; 25 (1): 142-50.
6. García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad.Ver. salud pública. 2010; 12(5): 713-21.
7. Souza LDM, Silva RA, Jansen K, Khun RP, Horta BL, Pinheiro RT. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: Prevalence and associated factors. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2010; 32(1): 37-41.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Estatísticas vitais. [acessado 2015 Out 1]. Disponível em: URL: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> L>.
10. Schlösser A, Rosa, GFC, More CLOO. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*. 2014; 22 (1): 133-45.
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian healthsystem history, advances, and challenges. *The Lancet* 2011; 377 (9779): 1778-797.
12. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir (Manual dirigido para profissionais de Imprensa). São Paulo: ABP;2009.
13. Werlang BSG, Borges, VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista interamericana de psicologia= Interamerican journal of psycholog*. 2005; 39 (2): 259-66.
14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*. 2008; 30: 133-54.
15. Azevedo A, Matos AP. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2014; 15 (1): 179-90.
16. Brown DL, Jewell JD, Stevens AL, Crawford JD, Thompson R. Suicidal risk in adolescent residential treatment: Being female is more important than a depression diagnosis. *Journal of Child and Family Studies*. 2012; 21: 359–67.
17. Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*. 2009; 13(3): 230-46.
18. Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brener ND. Suicide ideation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*. 2000; 48(5): 229-33.
19. Crow S, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. Are body dissatisfaction, eating disturbance and body mass index predictors of suicidal behaviour in adolescents? A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76(5): 887-92.
20. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: APA:2003.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. In: *Diário Oficial da União*. Brasília: DOU; 2006. p. 65.
22. Ferreira, CLB. Avaliação do nível de ideação suicida em pacientes atendidos após tentativa de suicídio: resultados preliminares. *Revista da ANPG*. 2013; 1(1): 60-5.
23. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2008; 17(4):758-64.
24. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer J L, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A Systematic Review and Evaluation of Measures for Suicidal Ideation and Behaviors in Population-Based Research. 2015. *Psychol Assessment*. 2015; 27(2): 501-12.
25. World Health Organization - WHO. Young People's Health – a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.
26. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*. 1988; 44(4): 499–505.
27. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983; 24(4): 343-49.

28. Reynolds WASIQ, Adult Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Incorporated. 1991.
29. Osman AK, Gutierrez PM, Barrios F, Chiros C. The positive and negative suicide ideation inventory: Development and validation. *Psychological Reports*. 1988; 82(3): 783-93.
30. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164(7): 1035-043.
31. Coric V, Stock EG, Pultz, J, Marcus R, Sheehan DV. Sheehan Suicidality Tracking Scale (Sheehan-STS): preliminary results from a multicenter clinical trial in generalized anxiety disorder. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009; 6(1): 26-31.
32. Spijker BAJ, Batterham PJ, Cleave AL, Farrer L, Christensen H, Reynolds J. et al. The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and life-threatening behavior*. 2014; 44(4): 408–19.
33. Ribeiro JD, Witte TK, Van Orden KA, Selby EA, Gordon KH, Bender TW, et al. Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. *Psychological assessment*. 2014; 26(1): 115.
34. Fountoulakis KN, Pantoula E, Siamouli M, Moutou K, Gonda X, Rihmer Z et al. Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study. *Journal of affective disorders*. 2012; 138(3): 449-57.
35. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveil Summ*. 2008; 57(4): 1-131.
36. Friedman JM, Harkavy JM, Asnis GM. Assessment of suicidal behavior: A new instrument. *Psychiatric Annals*. 1989; 19(7): 382-7.
37. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruutu T, Heilä H. et al. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC psychiatry*. 2005; 5(1): 1-8.
38. Juhnke GA. The adapted-SAD persons: A suicide assessment scale designed for use with children. *Elementary School Guidance & Counseling*. 1996; 30(4): 252-8.
39. Reynolds W. ASIQ, Adult Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual. Psychological Assessment Resources, Incorporated, 1991.
40. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Wrangham JJ, Kopper BA, Truelove RS. et al. The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *Journal of Personality Assessment*. 2002; 79(3): 512-30.
41. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168(12): 1266-77.
42. Amado DM, Beamon DA, Sheehan DV. Linguistic validation of the pediatric versions of the Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STS). *Innovations in clinical neuroscience*. 2014; 11(9-10): 141-163.
43. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide--definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(8): 1040-6

44. Bertolote, JM. Mello-Santos C, Botega JN. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010; 32(Supl II): s87-s95.
45. Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud. psicol. (Natal)*. 2006; 11(3): 345-51.
46. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost A. et al. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995; 34(5): 599-611.
47. Borges VR, Werlang BSG, Copatti M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*. 2008; 28: 109-23.
48. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *Journal of affective disorder*. 2005; 86(2): 215-24.

Figura 1- Fluxograma do processo de revisão integrativa da literatura.



Fonte: Elaboração dos autores.

Tabela 1– Identificação das escalas encontradas na primeira fase de análise e motivos de inclusão/exclusão subsequente.

Nº	Instrumento	Sigla	Análise por critérios hierárquicos ²⁴
1	Scale for Suicide Ideation ²⁶	SSI	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
2	SAD PERSONS Scale Adaptada ²⁷ ;	SAD PERSONS scale (adaptada)	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
3	Suicidal Ideation Questionnaire ²⁸	SIQ	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
4	Positive and Negative Suicide Ideation ²⁹	PANSI	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
5	Columbia Suicide Severity Rating Scale ³⁰	C-SSRS	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
6	Sheehan Suicidality Tracking Scale ³¹	S-STS	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
7	Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS) ³²	SIDAS	Não atende a todos os critérios hierárquicos
8	Acquired Capability for Suicide Scale ³³	ACSS	Não atende a todos os critérios hierárquicos
9	Risk Assessment Suicidality Scale ³⁴	RASS	Não atende a todos os critérios hierárquicos
10	Youth Risk Behavior Survey ³⁵	YRBS	Não atende a todos os critérios hierárquicos
11	Harkavy Asnis Suicide Survey ³⁶	HASS	Não atende a todos os critérios hierárquicos

Tabela 2- Descrição das escalas escolhidas segundo autores/ano originais, autores/ano de validação, país de validação e características mensuradas.

Nº	Instrumento	Autores /Ano da escala original	Autores/ Ano validação	País de validação	Características mensuradas
1	SSI	Beck e Weissman / 1988 ²⁶	Holi et al., / 2005 ³⁷	Finlândia	Ideação suicida
2	SAD PERSONS scale (adaptada)	Paterson et al., / 1883 ²⁷	Juhnke , / 1996 ³⁸	Estados Unidos	Risco de suicídio
3	SIQ	Reynods et al., /1991 ²⁸	Reynolds, / 1999 ³⁹	Estados Unidos	Ideação suicida
4	PANSI	Osman et al., / 1998 ²⁹	Osman, / 2002 ³⁹	Estados Unidos	Risco e ideação suicida
5	C-SSRS	Posner et al., /2007 ³⁰	Posner et al., / 2011 ⁴¹	Estados Unidos	Ideação, planejamento e risco de suicídio.
6	S-STIS	Coric et al., / 2009 ³¹	Amado et al., / 2014 ⁴²	Estados Unidos	Risco de suicídio

Tabela 3- Descrição das escalas escolhidas segundo a idade mínima de aplicação, abrangência populacional, disponibilidade em outro idioma e tempo médio de aplicação.

Nº	Instrumento	Idade mínima de aplicação	Abrangência populacional	Disponível em outros idiomas	Tempo médio de aplicação
1	SAD PERSONS scale	Adolescentes a partir de 14 anos de idade (versão pediátrica). Adolescentes acima de 14 anos (versão adulta).	Pode ser aplicado na população geral e em populações clínicas.	Sim (chinês).	20–40 minutos.
2	SSI	Adolescentes a partir de 13 anos de idade.	Pode ser aplicado na população geral e em populações clínicas.	Sim.	< 15 minutos
3	SIQ	Adolescentes a partir de 14 anos de idade.	Pode ser aplicado na população geral e em populações clínicas.	Sim.	< 15 minutos
4	PANSI	Adolescentes a partir de 14 anos de idade.	Pode ser aplicado na população geral e em populações clínicas.	Sim	< 15 minutos.
5	Columbia- suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Adolescentes a partir dos 15 anos de idade.	Pode ser aplicado na população geral e em populações clínicas e como ferramenta de vigilância em ensaios clínicos.	Sim mais de 100 idiomas.	20–40 minutos
6	S-STS (versão pediátrica)	Adolescentes a partir de 13anos de idade.	Pode ser aplicado na população geral e em populações clínicas.	Sim.	< 15 minutos.

Tabela 4– Características das escalas quanto à definição, forma de aplicação, pontos de corte e especificidades de aplicação.

Nº	Instrumento	Definição	Forma de aplicação	Pontos de corte	Especificidades
1	SAD PERSONS scale	Escala mnemônica de 10 itens com respostas dicotômicas (Sim e Não).	Entrevista.	O ponto de corte corresponde a mais de 6 pontos que representam presença de risco de suicídio.	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental.
2	SSI	Entrevista composta por 19 itens, que avaliam três dimensões da ideação suicida. Cada item é avaliado em uma escala de 3 pontos de 0 a 2.	Entrevista.	Quanto maior o escore total, maior a gravidade da ideação suicida. Escores entre 6 ou mais pontos tem sido utilizados como ponto de corte para ideação suicida	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental.
3	SIQ	Questionário com 30 perguntas com respostas em escala do tipo Likert que variam de 0 a 7 pontos.	Questionário auto aplicável.	Os escores totais variam de 0-180 com escores mais altos indicam uma maior gravidade da ideação suicida. ponto de corte de 41 (percentil 89 da amostra normativa).	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental.
4	PANSI	Questionário com 14 perguntas breves com respostas em escala do tipo Likert com 5 opções de resposta.	Questionário auto aplicável.	Ideação positiva – PANSI positivo em 6 itens e Ideação negativa PANSI negativo em 8 itens.	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental.
5	Columbia-suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Entrevista semiestruturada com 21 perguntas que avalia separadamente a ideação, comportamento, tentativa e risco de suicídio.	Entrevista.	Pelo menos uma resposta positiva nas sessões de ideação, comportamento e tentativa.	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental devidamente calibrados previamente de acordo com as instruções dos autores idealizadores da escala.
6	S-STS (versão pediátrica)	Escala de 16 itens que avalia a gravidade dos fenômenos suicidalidade em uma escala do tipo Likert (0-4) que vão desde "nada" (0) até "extremamente" (4).	Questionário auto-aplicável.	Somadas (pontuação total), escores fatoriais individuais para ideação suicida, intenção suicida, planejamento suicida, comportamento suicida, e não-suicida auto-lesão	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental.

APÊNDICE D- Artigo - Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes

Prevalência e fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes

Tatiana de Paula Santana da Silva¹

Everton botelho Sougey²

¹ Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

² Docente em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Número de palavras: 3.599

Número de tabelas: 05

E-mail e Telefone do autor correspondente: tatianapss2@gmail.com.

Telefone (+055) – (081) 986451150

Key words: Adolescents; Risk Factors; Suicide, Attempted.

Abstract: Investigations into profiles and factors associated with suicidal behavior can serve as a powerful prevention mechanism, especially for the adolescent population, which is particularly vulnerable to such behavior. **Objective:** To determine the prevalence and factors associated with suicide ideation and attempted suicide in adolescents. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 578 adolescents aged 15 to 19 years. Data collection involved the administration of the Brazilian Economic Classification Criteria, Self-Reporting Questionnaire, Columbia Suicide Severity Rating Scale and Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale. Statistical analysis involved Pearson's chi-square test, Fisher's exact test and the creation of a logistic regression model. **Results:** The prevalence of suicide ideation and attempted suicide was 26.1% and 5%, respectively. Suicide ideation was associated with an unfavorable economic status, positive symptoms of mental disorders, an elementary school level of the guardian, being a middle child, residing with many people and family functioning classified as disengaged cohesion and chaotic flexibility. Attempted suicide was significantly associated with symptoms of mental disorders, disengaged cohesion and rigid flexibility. In the multiple regression analysis, being the youngest or middle child, guardian's schooling at the elementary level, unfavorable economic status, positive symptoms of mental disorders and extreme cases of cohesion and flexibility increased the rate of suicide ideation by up to 85.5%. **Conclusion:** A large portion of the adolescents reported suicide ideation and some had attempted suicide. A considerable number of demographic, socioeconomic, psychological, behavioral and familial factors were associated with such episodes.

Introdução

Na atualidade, o suicídio desponta como um grave problema de saúde pública[1]. Estatísticas oficiais assinalam índices alarmantes, onde as taxas de mortalidade no mundo foram iguais a 11,4 óbitos por 100 mil habitantes, atingindo 803.894 indivíduos, o que representa um óbito a cada 40 segundos[2,3].

Estimativas ainda mais negativas podem ser atribuídas para presença de ideação e tentativa de suicídio, uma vez que, em muitos, países esses indicadores são subnotificados[4]. Isto significa que, ao longo da temporalidade, os números relacionados ao espectro do comportamento suicida (suicídios, ideações, planos e tentativas) só avançam. Em contrapartida, as iniciativas relacionadas a prevenção e apoio aos familiares e sobreviventes ainda são limitadas[2].

Compreende-se que os esforços para reduzir os índices devem ser centrados em alguns aspectos considerados estratégicos, como o rastreio e monitoramento de indivíduos da população geral com comportamento suicida[3-7]. Entretanto, compreende-se que o ato representa algo inesperado, devendo ser analisado de forma ampla, uma vez que sua ocorrência muitas vezes se dá pela somatória de variáveis de risco e também pela capacidade do indivíduo em resolver conflitos[9].

Com relação a avaliação de tais comportamentos, estudos indicam que o trabalho deve ser pautado não apenas na investigação por meio de avaliações clínicas criteriosas e pela utilização de medidas preditivas validadas de rastreio, mas, sobretudo, na análise de todos os fatores considerados de risco e/ou relacionados ao comportamento como aspectos socioeconômicos, presença de transtornos mentais, fatores estressores e/ou precipitantes[2-4,10-14].

Algumas literaturas reforçam a premissa de que, para contribuir com as políticas de redução das taxas de suicídio, o estudo dos perfis populacionais em diferentes ciclos de

vida e contextos sociais são extremamente importantes, haja vista que os estressores e precipitantes mudam de acordo com as características de cada população[10,12-14].

Considera-se que os perfis de risco se diferenciam, e determinadas populações podem ser mais vulneráveis[3-7], como adolescentes e adultos jovens, onde o suicídio no grupo etário de 10 a 24 anos[9], por exemplo, ocupa o segundo lugar no ranking das causas de morte, com taxas que variam segundo contexto social, gênero e métodos utilizados[1].

Assim, pode-se considerar o suicídio entre os jovens como um dos problemas atuais no Brasil e no mundo, bem como a ideação suicida, onde as taxas de prevalência variam de 12 a 62%, o que significa que uma parcela extremamente expressiva da população jovem apresenta distorções do pensamento relacionadas ao desejo intenso de morte[1,15].

Diante de tal panorama e, na tentativa de corroborar nos processos de identificação e análise de perfis e possíveis fatores de risco em populações vulneráveis, como o grupo etário de jovens e adolescentes, o presente estudo teve por objetivos determinar a prevalência da ideação e tentativa de suicídio e identificar os fatores associados na ideação e tentativa de suicídio em adolescentes estudantes da região metropolitana do Recife.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco – protocolo nº 548.848, desenvolvido no estado de Pernambuco, na cidade do Recife, com uma população de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, de ambos os gêneros matriculados em escolas públicas estaduais.

A amostra final foi composta por 578 adolescentes, calculada com margem de erro de 5,0%, confiabilidade de 95,0%, fator 1.2 (efeito cluster) e proporção esperada de 5,3% para prevalência de ideação suicida em jovens[16]. Foram excluídos todos os indivíduos

incapazes de compreender e responder os questionários e que relatassem estar em tratamento para doenças consideradas crônicas e/ou degenerativas.

A coleta foi realizada após sorteio das escolas com base em lista fornecida pela Secretaria de Educação do estado, em sala reservada, após autorização dos professores, mediante aceite do próprio adolescente e/ou de seu representante legal (quando menores de 18 anos) em termo de consentimento, após explicação dos procedimentos.

Foram utilizados quatro instrumentos devidamente validados para a faixa etária da amostra e amplamente utilizados em pesquisas, a saber:

Critério de Classificação Econômica do Brasil – CCEB: Composto por 11 perguntas objetivas, no qual os pontos adquiridos são somados, e os domicílios classificados em classes A1, A2, B1, B2, C, D e E, de acordo com a faixa de pontos estabelecida para cada classe[17].

Self Report Questionnaire – SRQ-20: Instrumento de triagem e referência para o trabalho com amostras comunitárias. Composto por 20 questões dicotômicas, avalia a presença de transtornos mentais comuns, por meio da investigação de sintomatologia não-psicótica com referência às experiências vivenciadas nos últimos 30 dias. Pontuações iguais ou superiores a oito pontos para mulheres, e seis pontos para homens, numa escala de 0 a 20, foram utilizadas como indicativas de morbidade psiquiátrica[18].

Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia - C-SSRS: Questionário utilizado para a avaliação do risco de suicídio desenvolvido por Kelly Posner e colaboradores em Nova York (2007). Recomendado pelo *Food and Drug Administration* (Administração de Alimentos e Drogas – FDA), corresponde a uma das poucas ferramentas que avalia todo o espectro do comportamento suicida, disponível e validado em 103 idiomas[19].

Escala de Avaliação do Funcionamento Familiar - FACES III: Composta por 20 perguntas em escala do tipo *Likert*, avalia o núcleo de relação e organização familiar, ou simplesmente o funcionamento familiar, por meio dos parâmetros: coesão e flexibilidade familiar; onde os melhores níveis de funcionamento correspondem às composições de coesão e flexibilidade, que se dispõem na porção central do modelo denominado “circumplexo”, representado por coesão do tipo: “separada” ou “conectada” e flexibilidade do tipo “estruturada” ou “flexível”[20].

Os dados foram tabulados e analisados descritivamente no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 23.0, e de forma inferencial através do teste Qui-quadrado de Pearson e/ou Exato de Fisher. Para avaliar a força da associação, foi obtido o *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confiança.

Foi elaborado modelo de regressão logística com o objetivo de se verificar as variáveis que influenciariam a ocorrência do comportamento suicida no estudo bivariado ($p < 0,20$). Foram mantidas no modelo as variáveis com $p < 0,20$ através do processo de seleção *backward*. No modelo foram estimados os valores de “OR” e significância para as variáveis e suas categorias em comparação à categoria de referência. Aceitou-se o modelo e percentual de classificação correta dos casos com margem de erro de 5%.

Resultados

Os 578 adolescentes tiveram uma média de idade de 16,9 anos (DP = 1,27), prevalência de 26,1% para ideação suicida e de 5% para tentativa. Na Tabela 1 evidencia-se que o grupo com ideação suicida apresentou as seguintes características: idade de 17 a 19 anos (29,9%), gênero feminino (28%), Classe Econômica “C” (29,8%) e sintomatologia positiva para transtornos mentais comuns (47,4%). Foram significativas, neste grupo, as variáveis: Classe Econômica “C” ($p^{(1)} = 0,017$) e sintomatologia positiva para transtornos mentais comuns ($p^{(1)} = 0,001$).

Dentre os valores dos *Odds ratios* (OR) que representam a razão das chances para ideação, foram consideradas: Classe Econômica “C”, que ampliou as chances de ideação em 1,90 vezes, em comparação às classes econômicas A+B. Ainda mais expressiva, foi a presença de sintomatologia positiva para o SRQ-20 ampliando as chances em 7,10 em comparação aos considerados sem sintomatologia, destacando ainda que, para esta variável o intervalo exclui o valor 1,00 representando significância estatística.

Na tabela 2 são apresentadas as análises relacionadas aos aspectos sócio familiares e do funcionamento familiar, de acordo com o FACES III. Os adolescentes com ideação residiam com 7 ou mais pessoas (37,5%), eram filhos intermediários (35,2%), tinham responsáveis legais com escolaridade em nível fundamental I (34,8%), apresentavam níveis de coesão do tipo “Aglutinada” (48,5%) e flexibilidade do tipo “caótica” (46,4%), sendo todas estas variáveis significativas.

O número de pessoas na residência ampliou a razão das chances de ter ideação suicida. Residir com 7 ou mais pessoas aumentou as chances em 3,42 quando comparadas aos que residem com até 3 pessoas. Os adolescentes considerados filhos intermediários tinham 3,26 vezes mais chances de apresentar ideação quando comparados aos que não tinham irmão. A escolaridade do responsável, quando em nível fundamental I, também ampliou em 4,40 vezes as chances de o adolescente apresentar ideação quando comparados à escolaridade em nível médio e/ou superior.

Ainda na tabela 2 podem ser observadas as razões das chances para o funcionamento familiar. A coesão caracterizada pelo tipo “aglutinada” ampliou a chance de se ter ideação suicida em 5,36 em comparação com coesões do tipo “conectada”. Já a flexibilidade do tipo “caótica” pode levar a 9,37 vezes mais chance de se ter ideação suicida do que famílias com flexibilidade do tipo “estruturada”. Desta forma, considera-se ainda que todas as variáveis tem intervalos para “OR” que excluem o valor 1,00, podendo estas

serem consideradas significativas, com exceção das variáveis “Lugar que ocupa em relação aos irmãos” e “coesão” .

A tabela 3 destina-se à análise dos aspectos sócio demográficos, classe econômica e sintomatologia de transtornos mentais comuns para o grupo de adolescentes que tentaram o suicídio. A maioria tinha 16 anos (8,0%), gênero feminino (5,4%), Classes Econômicas D+E (7,4%) e sintomatologia de transtornos positiva (9,4%), sendo significativa apenas esta última variável ($p^{(1)} < 0,001$) para este grupo. A razão de chances de tentar suicídio foi 4,96 vezes maior quando comparada aos adolescentes com sintomatologia negativa para o SRQ-20, considerando-se significativa por excluir 1,00 de seu intervalo.

Os dados da tabela 4 referem-se à análise da tentativa de suicídio e os aspectos sócio familiares e do funcionamento familiar. Pôde-se perceber que os adolescentes que tentaram suicídio, em sua maioria, residiam com até 3 pessoas (5,2%), eram filhos caçula (5,5%), de responsáveis com escolaridade fundamental incompleto (7,5%). Os dados relacionados ao funcionamento familiar foram significativos, sendo caracterizados por coesão do tipo “desligada” ($p^{(1)} < 0,001$) e flexibilidade do tipo “rígida” ($p^{(1)} < 0,004$).

Ainda na tabela 4, destaca-se que, apresentar funcionamento familiar caracterizado por flexibilidade do tipo “rígida”, aumenta a razão de chances para tentativa, em 2,79 vezes quando comparada com a do tipo “caótico”, sendo esta variável significativa.

A última tabela (Tabela 5) representa os resultados da regressão logística possível apenas para o grupo com ideação suicida. Foram incluídas, a princípio, no modelo de análise, todas as variáveis bivariadas que apresentaram $p < 0,20$ (faixa etária, sexo, lugar que ocupa em relação aos irmãos, número de pessoas na residência, escolaridade do responsável, classificação econômica, SQR-20, coesão familiar e flexibilidade). Através do processo de seleção *backward*, com $p < 0,20$ foram excluídas as variáveis faixa etária e

número de pessoas na residência. Das 7 variáveis restantes, com exceção da variável gênero, as demais foram significativas com margem de erro de 5%.

No modelo ajustado verifica-se a aceitação ($p < 0001$) e observa-se que o percentual de um adolescente da população, ter ideação suicida seria de 85,5% se ele: for o filho caçula ou intermediário; se a escolaridade do chefe da família for de nível fundamental I e II); se pertence as classes econômicas mais desfavoráveis (C ou D + E); se tem sintomatologia positiva em relação ao SRQ-20, e se sua família for caracterizada com coesão do tipo “aglutinada”, “desligada” ou “separada” e flexibilidade do tipo “caótica”, “rígida” ou “flexível”.

Discussão

O presente estudo se fundamentou pela necessidade em conhecer detalhadamente fatores relacionados ao comportamento suicida em adolescentes, na tentativa de subsidiar a identificação de diferentes perfis de risco, e, com base nesse aspecto, corroborar à criação de estratégias de redução de tais índices pautadas nas especificidades dos grupos populacionais[9,11].

Nesse sentido, o objetivo central da pesquisa foi determinar a prevalência da ideação e tentativa de suicídio e identificar os fatores possivelmente associados em adolescentes estudantes da região metropolitana do Recife.

De modo geral, uma grande proporção de adolescentes em Recife relataram ideação suicida (26,1%), bem como já realizaram alguma tentativa de suicídio (5%). Tais valores são semelhantes às proporções estimadas em diversas pesquisas sobre o comportamento suicida em adolescentes[2,4,5,12,21] e, reforçam a premissa de que este ciclo etário parece ser bastante vulnerável, predispondo a necessidade de trabalhos intensos relacionados à prevenção do suicídio.

O comportamento suicida esteve presente em fases intermediárias e ao final da adolescência. Particularmente observaram-se questões pontuais na amostra. Enquanto adolescentes mais velhos apresentaram ideação suicida positiva (17 a 19 anos - 29,9%), as tentativas foram evidenciadas no grupo mais jovem (16 anos - 8%).

Apesar de algumas evidências apontarem períodos críticos para a ocorrência de ideação e tentativas na população jovem, como os estágios iniciais da adolescência[12,15,22], com base nos nossos resultados enfatizamos que ações de prevenção (valorização da vida e/ou redução de estressores) nesse ciclo etário devem ser estendidas a todo o período que perpassa a adolescência e, em alguns casos, ampliadas à fase adulta.

Tanto a ideação quanto a tentativa foram mais observadas no gênero feminino, porém, sem associações significativas. Estes resultados divergem de pesquisas recentes que encontraram associações fortes entre o gênero feminino, ideação e tentativa de suicídio em adolescentes[21,23-25].

No sentido de explicar essas questões, dados recentes de um estudo sobre tentativas[26] atribuíram maior risco às meninas (45%) por questões socioeconômicas desfavoráveis, desempenho escolar insatisfatório e a experiência de violência. No entanto, essas associações devem ser interpretadas com cautela, devido às diferenças metodológicas empregadas nas pesquisas, sendo portanto, difícil fazer generalizações.

A classe econômica desfavorável foi associada à ideação ($p(1) = 0,017$) e, particularmente, foi observado que pertencer a extratos sociais considerados mais baixos (Classe C), neste estudo, ampliaram as chances de ideação em 1,90 vezes em comparação com classes mais elevadas (A+B). Esta variável ainda considerada no modelo de regressão como fator associado à ideação suicida ($p(1) = 0,039$).

Pesquisas anteriores sobre os potenciais fatores de risco para o comportamento suicida revelaram que, de fato, a privação socioeconômica, a pobreza, o estresse e/ou preocupação sobre a situação econômica da família podem ser considerados preditores do comportamento[27,28].

Descobertas semelhantes voltadas à mortalidade por suicídio em adultos na região do Mediterrâneo Oriental[29] indicam que, países considerados de alto desenvolvimento econômico tendem a apresentar níveis mais baixos de mortalidade por suicídio. Segundo o autor[29], indivíduos em posições sociais desfavoráveis podem apresentar mais experiências adversas, piores indicadores de saúde mental e menor acesso a serviços psiquiátricos e de saúde, onde a presença e/ou combinação desses fatores podem explicar, em parte a maior taxa de mortalidade por suicídio[29,30].

Os dados mais expressivos apontados por esta pesquisa referem-se à presença de sintomatologia de transtornos mentais comuns que, neste estudo, foi fortemente associada ao comportamento suicida, sendo significativa tanto para ideação ($p(1) = 0,001$) quanto para tentativa ($p(1) = 0,001$). Acrescenta-se que, em ambos os cenários, a presença positiva de sintomatologia psiquiátrica ampliou as chances de ideação em 7,10 vezes e de tentativa em 4,96 vezes.

Particularmente para essa amostra foi evidenciado ainda que os sintomas positivos de acordo com o SRQ-20 foram considerados fatores associado à ideação suicida pelo modelo de regressão ($p(1) = 0,001$).

Estes dados corroboram com os encontrados na literatura apontando que o risco de comportamento suicida é maior para os indivíduos que apresentam estressores relacionados à saúde mental e/ou que tenham vivenciado experiências traumáticas na sua história de vida[31,32].

Tais evidências demonstram que uma parcela dos estudantes avaliados parece estar em considerável sofrimento psíquico culminado pelo anseio de morte, uma vez que é ampla a gama de aspectos avaliados no rastreio de transtorno mental captados pelo instrumento utilizado[18], possibilitando encontrar desde sintomatologia relativa a falta de energia, questões somáticas e humor depressivo. Porém, destaca-se como limitação a não investigação profunda desses aspectos e suas possíveis correlações com o comportamento suicida.

Estudo recente conduzido no Brasil, com uma população adulta, revelou que a presença de transtorno mental, principalmente a depressão, e ter sofrido experiências traumáticas na infância ampliaram consideravelmente as chances para tentativa de suicídio[33].

Na China, um estudo conduzido com estudantes universitários observou a influência do estado de saúde mental, presença de sofrimento e suas correlações com o comportamento suicida destacando que, além destas questões, os conflitos com colegas e o espaço limitado para privacidade e/ou compartilhamento de dormitórios, podem agravar o risco de comportamento, por esta experiência induzir um desconforto na vida diária e afetar significativamente o seu bem-estar psicológico[34]. Estes achados corroboram com a presente pesquisa onde também foi significativa a presença de ideação suicida em adolescentes que residem com 7 ou mais pessoas ($p(1) = 0,001$).

O estudo do comportamento suicida aponta que o desejo de morrer pode surgir pela perturbação nas relações interpessoais, mediante a visão que o indivíduo tem sobre a qualidade e a frequência de suas interações sociais, sobretudo no convívio familiar[2,10,13,35]. As análises do presente estudo realizadas nesse seguimento trazem considerações importantes. Verificou-se que os filhos intermediários apresentaram associação significativa para a ideação suicida ($p(1) = 0,001$) definida como fator associado

pelo modelo de regressão logística ($p(1) = 0,026$), demonstrando que estes podem, de certa forma, estar passando por dificuldades relacionais com seus irmãos e/ou parentes mais próximos.

A escolaridade dos responsáveis foi definida como fator associado à ideação suicida no presente estudo e aceita pelo modelo de regressão ($p(1) = 0,001$). Sobre esta variável, as evidências sugerem que crianças e adolescentes pertencentes a configurações familiares com nível de escolaridade limitadas por parte de seus responsáveis, podem experimentar vivências com maiores adversidades. Estes aspectos podem levar a uma maior exposição à frustração e propiciar menos habilidades e recursos de enfrentamento desses estressores. No entanto, devemos ser cautelosos na interpretação dos resultados derivados de nossas análises, uma vez que representam aspectos específicos para amostras de adolescentes da comunidade.

Ainda sobre a análise dos aspectos familiares, o estudo traz contribuições bem expressivas. Ambos os grupos (ideação e tentativa) apresentaram pouca aptidão no funcionamento familiar, evidenciada pelos níveis extremos de coesão e flexibilidade, considerados pelo modelo de regressão fatores associados a ideação suicida ($p(1) = 0,001$).

Da coesão, observou-se nos adolescentes com tentativa pouca capacidade de manterem-se unidos aos familiares frente as dificuldades do cotidiano (coesão do tipo desligada) ($p(1) = 0,001$). O grupo com ideação trouxe aspectos divergentes e ainda mais negativos quando comparados aos níveis “ideais” de coesão (separada, conectada), uma vez que apresentaram características do tipo “aglutinada” ($p(1) = 0,001$), sendo esta variável responsável pelo aumento em 5,36 vezes as chances de ideação, representando assim pouca mobilidade necessária para enfrentar as adversidades.

Estudos anteriores sugerem forte associação entre a dinâmica familiar e a presença do comportamento suicida[37,38], atribuindo essas questões a aspectos relacionados à pouca comunicação entre os adolescentes e seus familiares, e, na ótica do adolescente, seus pais tendem a mostrar atitudes intolerantes e pouco abertos ao diálogo frente aos problemas[38].

Quanto à flexibilidade, observou-se também níveis extremos caracterizados por tipo “caótica”(p(1) = 0,001) no grupo ideação e “rígida” no grupo tentativa (p(1) = 0,004). Tais achados revelam, em ambos os grupos, inexpressiva capacidade dos membros da família para modificar papéis e regras de funcionamento, visando o enfrentamento das questões cotidianas do núcleo familiar.

A pouca flexibilidade de acordo com algumas literaturas, está intimamente relacionada à presença do comportamento suicida[37,38]. No entanto, nosso estudo aponta uma fragilidade sugerida pelos autores[37,38]; conduzidos apenas com a amostra adolescente, sem avaliação de seus representantes familiares, tendem a considerar os padrões do funcionamento familiar percebidos somente pela ótica desse grupo, ou seja, refletem apenas o ponto de vista do jovem. Nesse sentido, os pesquisadores evidenciam a necessidade de avaliação também sob a ótica de pelo menos dois dos representantes familiares, que trariam à tona uma visão ampliada e contrastada com os resultados apontados pelos jovens[38].

Por fim, acrescenta-se que modelo de regressão proposto no presente estudo foi aceito ($p < 0001$), no qual pôde-se considerar, ao final do trabalho, que o percentual de um adolescente da população geral, ter ideação suicida seria de 85,5% se ele: for o filho caçula ou intermediário; se a escolaridade do chefe da família é de nível fundamental I e II; se pertence às classes econômicas mais desfavoráveis (C ou D + E); se tem sintomatologia

positiva em relação ao SRQ-20 e se sua família for caracterizada com coesão do tipo “aglutinada”, “desligada” ou “separada” e flexibilidade do tipo “caótica”, “rígida” ou “flexível”.

Os dados acima concordam com a literatura recente que também propuseram correlação de fatores sócio demográficos, socioeconômicos, do funcionamento familiar e a sintomas de transtornos mentais comuns e o comportamento suicida[37-39].

O presente estudo trouxe contribuições expressivas, no que diz respeito à associação de aspectos socioeconômicos, do funcionamento familiar e de sintomatologia de transtornos mentais. Estes foram associados à ideação suicida em adolescentes. Destaca-se que alguns desses aspectos podem ser considerados fatores de risco modificáveis, extremamente úteis em estratégias de prevenção[39].

A qualidade do funcionamento familiar, por exemplo, pode ser considerada um caminho para reduzir o comportamento suicida em adolescentes da população geral[37,38], uma vez que o trabalho com a família na prevenção do comportamento suicida por meio do apoio, fortalecimento dos vínculos familiares e relações de apego poderia levar a resultados positivos para adolescentes que lutam com pensamentos e comportamentos suicidas[39].

Conclusões

A prevalência de ideação foi de 26,1% e de tentativa 5%. Os fatores associados à ideação foram: classe econômica desfavorável, sintomatologia positiva de transtornos mentais, escolaridade fundamental para o responsável, ser filho intermediário, residir com muitas pessoas e apresentar funcionamento familiar com coesão “desligada”, e flexibilidade “caótica”. Para a tentativa, foi significativa a presença de sintomatologia de transtornos mentais, coesão “desligada”, e flexibilidade “rígida”.

Na regressão, a combinação das variáveis: filho caçula ou intermediário, escolaridade do responsável, classe econômica desfavorável, sintomatologia positiva para

transtornos mentais e família com coesão e flexibilidade de níveis extremos ampliou o percentual de ideação em 85,5%.

Em linhas gerais estes resultados asseveram que o perfil socioeconômico, o funcionamento familiar e os sintomas de transtornos mentais podem considerados fatores associados a ideação e tentativa de suicídio em adolescentes.

Estas conclusões podem contribuir com novas discussões ampliando o olhar do pesquisador para o entendimento de que o comportamento suicida corresponde não apenas a um ponto específico, mas à somatória de um complexo de questões.

Referencias

1. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: um imperativo global [Internet] Biblioteca da OMS Catalogação na Publicação de dados; 2014. Acesso Dez 1,2016; Disponível em:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_
2. Baggio L, Palazzo LS, Aerts DRGC: Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2009; 25:142-50
3. Silva, TPS; Sougey, EB; Silva, J: Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. Rev. Bioét 2015; 23:419-426
4. Souza LDM, Silva RA, Jansen K, et al: Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: Prevalence and associated factors. Revista Brasileira de Psiquiatria 2010; 32:37-41
5. Schlösser A, Rosa, GFC, More CLOO: Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. Temas em Psicologia 2014; 22:133-45
6. Azevedo A, Matos AP: Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. Psicologia, Saúde & Doenças 2014;15:179-90

7. Brown DL, Jewell JD, Stevens AL, et al: Suicidal Risk in Adolescent Residential Treatment: Being Female Is More Important Than a Depression Diagnosis. *Journal of Child and Family Studies* 2012; 21:359–67
8. Araújo ES, Bicalho PPG: "Suicídio: Crime, Pecado, Estatística, Punição." *Rev. de Psicologia da IMED* 2012; 4:723-734
9. Patton G.C., Coffey C., Sawyer S.M., Viner R.M., Haller D.M., Bose K., Vos T., Ferguson J., Mathers C.D. Global patterns of mortality in young people: A systematic analysis of population health data. *Lancet*.2009;374:881–892.
10. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, et al: A Systematic Review and Evaluation of Measures for Suicidal Ideation and Behaviors in Population-Based Research. *Psychol Assess* 2015; 27:501-12
11. Cardoso HF, Baptista MN, Ventura CD et al: Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. *Diaphora* 2014; 12:42-48
12. Flavio M, Martin E, Pascal B, et al: Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly* 2013;143:w13759
13. Moreira LCO, pires PRHO: Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicol. Esc. Educ* 2015; 19:445-453
14. Pires MCDC, Silva TDPSP, Passos MPD, et al: Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. *Trends in psychiatry and psychotherapy* 2014; 36: 63-74
15. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al: Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30:133-54

16. Werlang BSG, Borges VR, Fensterseifer L: Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia* 2005; 39: 259- 266
17. ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2011. Disponível em: < <http://www.abep.org>>. Acesso em: 23/11/2016.
18. Mari JJ, Williams P: Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chron Dis* 1986; 39:371-77
19. Posner K, Brown GK, Stanley B, et al: The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American journal of psychiatry* 2011; 168: 1266-77
20. Facelto OG, Busnello ED, Bozetti MC: Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Rev. Panam. Salud Públ* 2000; 7: 255-263
21. Silva RJDS, Santos FALD, Soares NMM, et al: Suicidal ideation and associated factors among adolescents in northeastern Brazil. *Sci. World J.* 2014
22. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T: Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Ver* 2012; 32:482–95
23. Randall JR, Doku D, Wilson ML, et al: Suicidal behaviour and related risk factors among school-aged youth in the Republic of Benin *PLoS ONE* 2014; 9: e88233
24. Sharma B, Nam EW, Kim HY, et al: Factors associated with suicidal ideation and suicide attempt among school-going urban adolescents in Peru. *International journal of environmental research and public health* 2015;12: 14842-14856

25. Bhola P, Rekha DP, Sathyanarayanan V, et al: Self-reported suicidality and its predictors among adolescents from a pre-university college in Bangalore, India. *Asian journal of psychiatry* 2014; 7:38-45
26. Chau K, Kabuth B, Chau N: Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *BioMed research international* 2014;2-13
27. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB: Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatr* 2003; 160:765–772
28. Zarrouq B, Bendaou B, Elkinany S, et al: Suicidal behaviors among Moroccan school students: prevalence and association with socio-demographic characteristics and psychoactive substances use: a cross-sectional study. *BMC psychiatry* 2015; 15: 1
29. Rezaeian M: Age and sex suicide rates in the Eastern Mediterranean Region based on global burden of disease estimates for 2000. *Eastern Mediterranean health jornal* 2007;13: 953-960
30. Kiadaliri AA, Saadat S, Shahnavaizi H, et al: Overall, gender and social inequalities in suicide mortality in Iran, 2006–2010: a time trend province-level study. *BMJ open* 2014; 4: e005227
31. Tang F, Xue F, Qin P: The interplay of stressful life events and coping skills on risk for suicidal behavior among youth students in contemporary China: a large scale cross-sectional study. *BMC psychiatry* 2015; 15:1
32. You Z, Chen M, Yang S, et al: Childhood adversity, recent life stressors and suicidal behavior in chinese college students. *PloS one* 2014; 9: e86672
33. Pires MCDC, Raposo MCF, Sougey EB, et al: Risk indicators for attempted suicide for poisoning: a study case-control. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 2015; 64: 193-199

34. Zhang X, Wang H, Xia Y, et al: Stress, coping and suicide ideation in Chinese college students. *J Adolesc* 2012;35:683–90.
35. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, et al: (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & human development* 2013; 15: 368-383
36. Chen PC, Lee LK, Wong KC, et al: Factors relating to adolescent suicidal behavior: a cross-sectional Malaysian school survey. *Journal of Adolescent health* 2005; 37: 337-e11
37. Kwok SYCL: Perceived family functioning and suicidal ideation: Hopelessness as a mediator or moderator. *Nursing Research* 2011;60(6):422–429
38. Hanson MD; Chen E: Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of behavioral medicine* 2007; 30: 263-285
39. Prabhu SL, Molinari V, Bowers T, et al: Role of the family in suicide prevention: An attachment and family systems perspective. *Bulletin of Menninger Clinic* 2010;74:301–327

Tabela 1 – Avaliação da ideação suicida pela Escala de Avaliação do Risco Suicídio de Columbia (C-SSRS), segundo variáveis demográficas, Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) e presença de sintomas de transtornos mentais comuns pelo SRQ-20.

Variável	Ideação suicida (C-SSRS)						Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
Grupo Total	151	26,1	427	73,9	578	100,0		
• Idade							p ⁽¹⁾ = 0,159	
15 e 16	96	24,4	298	75,6	269	100,0		1,00
17 a 19	55	29,9	129	70,1	86	100,0		1,32 (0,90 a 1,96)
• Sexo							p ⁽¹⁾ = 0,111	
Masculino	37	21,6	134	78,4	171	100,0		1,00
Feminino	114	28,0	293	72,0	407	100,0		1,41 (0,92 a 2,15)
• Classe Econômica - CCEB							p ⁽¹⁾ = 0,017*	
A + B	21	18,3	94	81,7	115	100,0		1,00
C	114	29,8	268	70,2	382	100,0		1,90 (1,13 a 3,21)
D + E	16	19,8	65	80,2	81	100,0		1,10 (0,53 a 2,27)
• SRQ-20							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Positivo	112	47,7	123	52,3	235	40,7		7,10 (4,66 a 10,81)
Negativo	39	11,4	304	88,6	343	59,3		1,00

(*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2 – Avaliação da ideação suicida pela Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS), segundo aspectos sócio familiares e Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES III)

Ideação suicida (C-SSRS)								
Variável	Sim		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	n	%	n	%	n	%		
Grupo Total	151	26,1	427	73,9	578	100,0		
• N° pessoas na residência							p ⁽¹⁾ = 0,001*	
Até 3	20	14,9	114	85,1	134	100,0		1,00
4 a 6	107	28,2	273	71,8	380	100,0		2,23 (1,32 a 3,78)
7 ou mais	24	37,5	40	62,5	64	100,0		3,42 (1,71 a 6,85)
• Lugar em relação aos irmãos							p ⁽¹⁾ = 0,014*	
Não tem irmãos	3	14,3	18	85,7	21	100,0		1,00
Mais velho	53	24,4	164	75,6	217	100,0		1,94 (0,55 a 6,84)
Intermediário	56	35,2	103	64,8	159	100,0		3,26 (0,92 a 11,56)
Caçula	39	21,5	142	78,5	181	100,0		1,65 (0,46 a 5,88)
• Escolaridade do responsável							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Até fundamental I	85	34,8	159	65,2	244	100,0		4,40 (2,52 a 7,66)
Fundamental II	48	28,6	120	71,4	168	100,0		3,29 (1,82 a 5,95)
Médio / superior	14	10,8	148	88,2	166	100,0		1,00
• Coesão – FACES III							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Aglutinada	16	48,5	17	51,5	33	100,0		5,36 (2,47 a 11,65)
Desligada	72	45,6	86	54,4	158	100,0		4,77 (2,94 a 7,74)
Separada	30	18,1	136	81,9	166	100,0		1,26 (0,73 a 2,16)
Conectada	33	14,9	188	85,1	221	100,0		1,00
• Flexibilidade – FACES III							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Caótica	71	46,4	82	53,6	153	100,0		9,37 (5,20 a 16,90)
Rígida	28	37,3	47	62,7	75	100,0		6,45 (3,26 a 12,76)
Flexível	35	23,5	114	76,5	149	100,0		3,32 (1,78 a 6,21)

Estruturada	17	8,5	184	91,5	201	100,0	1,00
-------------	----	-----	-----	------	------------	--------------	------

(*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

() Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas ou muito baixas.**

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 3 – Avaliação da ocorrência de tentativa de suicídio pela Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS), segundo variáveis demográficas, Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) e presença de sintomas de transtornos mentais comuns pelo SRQ-20.

Tentativa de suicídio (C-SSRS)								
Variável	Sim		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	n	%	n	%	n	%		
Grupo Total	29	5,0	549	95,0	578	100,0		
• Idade							p ⁽¹⁾ = 0,234	
15	10	3,7	259	96,3	269	100,0		**
16	10	8,0	115	92,0	125	100,0		**
17	6	7,0	80	93,0	86	100,0		**
18	1	1,7	59	98,3	60	100,0		**
19	2	5,3	36	94,7	38	100,0		**
• Sexo							p ⁽²⁾ = 0,510	
Masculino	7	4,1	164	95,9	171	100,0		1,00
Feminino	22	5,4	385	94,6	407	100,0		1,34 (0,56 a 3,20)
• Classe Econômica - CCEB							p ⁽²⁾ = 0,538	
A + B	6	5,2	109	94,8	115	100,0		1,00
C	17	4,5	365	95,5	382	100,0		0,85 (0,33 a 2,20)
D + E	6	7,4	75	92,6	81	100,0		1,45 (0,45 a 4,68)
• SRQ-20							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Positivo	22	9,4	213	90,6	235	100,0		4,96 (2,08 a 11,81)
Negativo	7	2,0	336	98,0	343	100,0		1,00

(*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

(**) Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas.

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) Através do teste Verossimilhança.

Tabela 4 – Avaliação da ocorrência de tentativa de suicídio pela Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS) segundo aspectos sócio familiares e Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES III)

Tentativa de suicídio (C-SSRS)								
Variável	Sim		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	n	%	n	%	n	%		
Grupo Total	29	5,0	549	95,0	578	100,0		
• Número de pessoas na residência							p ⁽²⁾ = 0,987	
Até 3	7	5,2	127	94,8	134	100,0		1,12 (0,28 a 4,48)
4 a 6	19	5,0	361	95,0	380	100,0		1,07 (0,31 a 3,73)
7 ou mais	3	4,7	61	95,3	64	100,0		1,00
• Lugar que ocupa em relação aos irmãos							p ⁽²⁾ = 0,973	
Não tem irmãos	1	4,8	20	95,2	21	100,0		**
Mais velho	11	5,1	206	94,9	217	100,0		**
Intermediário	7	4,4	152	95,6	159	100,0		**
Caçula	10	5,5	171	94,5	181	100,0		**
• Escolaridade do responsável							p ⁽²⁾ = 0,648	
Até fundamental incompleto	6	7,5	74	92,5	80	100,0		1,00 (0,24 a 4,22)
Fundamental I	8	4,9	156	95,1	164	100,0		0,63 (0,16 a 2,50)
Fundamental II	8	4,8	160	95,2	168	100,0		0,62 (0,16 a 2,44)
Médio	4	3,2	122	96,8	126	100,0		0,40 (0,09 a 1,89)
Superior (Graduado)	3	7,5	37	92,5	40	100,0		1,00
• Coesão – FACES III							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Desligada	21	13,3	137	86,7	158	100,0		**
Separada	7	4,2	159	95,8	166	100,0		**
Conectada	1	0,5	220	99,5	221	100,0		**
Aglutinada	-	-	33	100,0	33	100,0		**
• Flexibilidade – FACES III							p ⁽¹⁾ = 0,004*	

Rígida	10	13,3	65	86,7	75	100,0	2,79 (1,05 a 7,39)
Estruturada	7	3,5	194	96,5	201	100,0	0,65 (0,23 a 1,84)
Flexível	4	2,7	145	97,3	149	100,0	0,50 (0,15 a 1,70)
Caótica	8	5,2	145	94,8	153	100,0	1,00

(*) Associação significativa ao nível de 5,0%.

() Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas.**

(1) Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2) Através do teste Verossimilhança.

Tabela 5 – Resultados da regressão logística para o percentual com ideação suicida

Variável	Bivariada		Ajustada	
	OR e IC de 95.0%	Valor p	OR e IC de 95.0%	Valor p
• Sexo				
		0,111		0,177
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,41 (0,92 a 2,15)		0,69 (0,40 a 1,19)	
• CCEB				
		0,017*		0,039*
A + B	1,00		1,00	
C	1,90 (1,13 a 3,21)		3,38 (1,23 a 9,31)	0,019*
D + E	1,10 (0,53 a 2,27)		2,46 (1,15 a 5,26)	0,020*
• SRQ-20				
		<0,001*		<0,001*
Positivo	7,10 (4,66 a 10,81)		8,08 (4,87 a 13,40)	
Negativo	1,00		1,00	
• Lugar em relação aos irmãos				
		0,014*		0,026*
Não tem irmãos	1,00		1,00	
Mais velho	1,94 (0,55 a 6,84)		1,49 (0,29 a 7,59)	0,634
Intermediário	3,26 (0,92 a 11,56)		1,96 (1,07 a 3,62)	0,030*
Caçula	1,65 (0,46 a 5,88)		2,59 (1,38 a 4,86)	0,003*
• Escolaridade do responsável				
		<0,001*		<0,001*
Até fundamental I	4,40 (2,52 a 7,66)		5,74 (2,65 a 12,39)	<0,001*
Fundamental II	3,29 (1,82 a 5,95)		7,18 (3,21 a 16,07)	<0,001*
Médio / superior	1,00		1,00	
• Coesão – FACES III				
		<0,001*		<0,001*
Aglutinada	5,36 (2,47 a 11,65)		3,08 (1,07 a 8,89)	0,037*
Desligada	4,77 (2,94 a 7,74)	3	2,98 (2,06 a 7,69)	<0,001*
Separada	1,26 (0,73 a 2,16)		0,77 (0,38 a 1,55)	0,462

Conectada	1,00	1,00	
• Flexibilidade – FACES III		$p^{(1)} < 0,001^*$	$<0,001^*$
Caótica	9,37 (5,20 a 16,90)	7,99 (3,76 a 16,98)	$<0,001^*$
Rígida	6,45 (3,26 a 12,76)	8,04 (3,45 a 18,74)	$<0,001^*$
Flexível	3,32 (1,78 a 6,21)	4,47 (2,19 a 9,09)	$<0,001^*$
Estruturada	1,00	1,00	

(*): Significativa a 5,0%.

APÊNDICE E- Artigo - Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle

ARTIGO ORIGINAL

Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle

Risk indicators for attempted suicide for poisoning: a study case-control

Maria Cláudia da Cruz Pires¹, Maria Cristina Falcão Raposo¹, Everton Botelho Sougey¹,
Othon Coelho Bastos Filho¹, Tatiana Santana Silva¹, Marcela Pires dos Passos¹

RESUMO

Objetivo: Considerando o envenenamento como o método mais utilizado para a tentativa de suicídio e a escassez de evidências nacionais sobre o tema, investigamos alguns possíveis indicadores de risco nesse tipo de tentativa. **Métodos:** Estudo do tipo caso-controle em uma emergência geral de um hospital público, na cidade do Recife com 220 indivíduos, distribuídos em dois grupos de 110 pacientes cada, que estavam em tratamento; sendo o grupo casos os sobreviventes de tentativa de suicídio por envenenamento e os controles: sem história de intoxicação/envenenamento nem tentativa de suicídio, pareados por gênero e idade. **Resultados:** O gênero feminino predominou na amostra (70,9%), com idade média de 29 anos; 73% declararam etnia branca ou morena; menos da metade vivia em convívio marital; a maioria tinha religião; ambos tinham poucos anos de estudo. Houve diferença significativa ($p = 0,003$) para dependência financeira entre os grupos, com chance 2,25 vezes maior para tentar suicídio entre os casos. Ter sofrido fatos traumáticos e abuso sexual na infância revelou diferença significativa. **Conclusões:** Foram considerados indicadores de risco no grupo caso: estar em dependência financeira de terceiros, ter sofrido abuso sexual na infância, ideação suicida, histórico de transtorno mental na família, possuir algum transtorno mental e, principalmente, comorbidade(s) psiquiátrica(s). No modelo de regressão, foi possível estimar uma chance de tentativa de suicídio por envenenamento de até 94,0% na presença conjunta de quatro fatores. A pesquisa representa uma das primeiras iniciativas para ampliação das discussões sobre os fatores de risco para tentativa de suicídio em âmbito nacional.

Palavras-chave

Tentativa de suicídio,
envenenamento,
intoxicação, fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: As poisoning is most often used method of attempted suicide and data on this topic are scarce in Brazil, we investigated possible indicators of risk for this type of attempt. **Methods:** A case-control study was conducted at the emergency ward of a public hospital in the city of Recife (Brazil) with 220 individuals divided into two groups, each with 110 participants. The case group comprised survivors of attempted suicide by poisoning. The control group was composed of individuals with no history of attempted suicide matched for gender and age. **Results:** The female gender predominated (70.9%). Mean age was 29 years. Self-described skin color was either white or brown among 73%. Less than half lived with a stable partner. The majority had religion and both groups had a low level of school-

¹ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Recebido em:
26/2/2014
Aprovado em:
8/9/2015

DOI: 10.1590/0034-7167-2014000000029

Endereço para correspondência: Maria Cláudia da Cruz Pires
Universidade Federal de Pernambuco
Recife, PE, Brasil
E-mail: claudiapires@iglobo.com

Keywords

Attempted suicide, poisoning, intoxication, risk factors.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é considerado um tema amplo e polêmico envolvendo múltiplos enfoques e vem suscitando o interesse em vasto espectro do conhecimento científico e literário, produzindo grande diversidade de opiniões ao longo do tempo¹. Portanto, é certo que estudar esse intrigante comportamento apenas do ponto de vista médico não reflete a complexidade que envolve o ato de tirar a própria vida².

O enfoque deste trabalho são as tentativas de suicídio (TS) por envenenamento (TSE), que se caracterizam por atos intencionais de autodestruição que não resultam em morte³ e possuem características próprias quando comparadas ao suicídio^{4,5}.

As TS ocorrem com maior frequência do que os suicídios. Para cada suicídio consumado, estima-se que haja cerca de 20 a 30 tentativas, das quais apenas um quarto teria contato com os serviços de saúde^{6,7}. Assim, os registros oficiais sobre tentativas são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio⁸. Sabe-se que a maior incidência ocorre em mulheres e, de modo geral, no público jovem, abaixo de 35 anos^{1,6,9-12}.

Tratando-se de um tema complexo, evidencia-se a necessidade de conhecimentos mais consistentes sobre os motivos para o comportamento de autodestruição. Dificuldades ainda maiores residem na escassez de evidências científicas universais que possam identificar e classificar, universalmente, os indivíduos com maior risco para a tentativa de suicídio¹³.

Estudos epidemiológicos demonstram que os métodos usados para cometer suicídio variam de acordo com a cultura, a disponibilidade de acesso ao agente e a intencionalidade do ato¹⁴, associado ao comportamento impulsivo¹⁵. Entre os métodos para tentar suicídio, os mais utilizados são as intoxicações/envenenamentos, em especial por agentes químicos, principalmente aqueles que fazem parte do cotidiano¹⁶.

De acordo com resultados de outros estudos, a TS é um comportamento de risco e um forte preditor de recorrências e, consequentemente, de suicídio¹⁷⁻¹⁹.

Diversos estudos destacam que o risco de tentativa e suicídio em pacientes psiquiátricos é maior do que na popu-

ling. A significant difference between groups was found regarding financial dependence ($p = 0,003$), the chance of dependence 2.25-fold greater in the case group. The case group reported significantly higher rates of having experienced traumatic events or sexual abuse in childhood. **Conclusions:** Being financially dependent on others, having suffered sexual abuse in childhood, having suicidal ideation, a family history of mental disorders and having psychiatric comorbidities were considered indicators of risk in the case group. The regression model demonstrated up to a 94.0% greater chance of attempted suicide by poisoning in the joint presence of four factors. This study is among the first initiatives to broaden the discussion on risk factors for attempted suicide on the national level.

lação em geral^{4,18,20-22}. Tal observação assevera que os transtornos mentais podem ser considerados como predisponentes para o comportamento suicida, em especial as desordens afetivas⁵.

Embora relevantes em nossa região, as pesquisas sobre fatores de risco para a TSE ainda são escassas e inconclusivas. Assim, o presente estudo objetiva contribuir para a identificação de indicadores de risco para a TSE.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na cidade do Recife, na emergência de adultos do Hospital da Restauração (HR), referência pública no atendimento de todos os tipos de intoxicação/envenenamento. Este estudo analisou uma amostra de 220 pacientes internados durante o período de dezembro de 2008 a agosto de 2009 e é a segunda etapa de uma pesquisa já publicada^{1,18}.

Realizamos um estudo caso-controle com dois grupos, cada um com 110 pacientes. O grupo 1, denominado de casos, continha sobreviventes da TSE com intoxicações por via oral, e o grupo 2, referenciado como controle, constituía-se de pacientes sem história de ocorrência de intoxicação ou TS. Foram excluídos, no grupo caso, pacientes vítimas de intoxicações acidentais.

Ambos os grupos foram pareados por gênero e idade. Entretanto, o grupo 1 (casos) também estava vinculado ao Centro de Atendimento Toxicológico de Pernambuco (CEATOX/PE), que funcionava em coparticipação com a emergência do HR. O CEATOX/PE continha o registro de todos os pacientes atendidos por intoxicações de modo geral, as quais eram classificadas de acordo com o método utilizado e a intenção do ato.

Ambos os grupos foram formados de pacientes internados na emergência de adultos do HR. Embora não tenha havido um processo de sorteio, a amostra pode ser considerada aleatória, visto que a pesquisa foi realizada com os pacientes internados nos dias visitados pela pesquisadora e que se encontravam em condição de alta.

A amostra dos casos corresponde a 11,7% da população de estudo e tem tamanho suficiente para permitir identificar

diferenças no perfil sociodemográfico dos grupos. O cálculo do tamanho da amostra foi feito para estudo do tipo caso-controle e considerando as principais variáveis do estudo, com base em um nível de confiança de 95%, com erro máximo admissível de 5% em estudos de proporções.

As variáveis pesquisadas foram: os fatores sociodemográficos, a presença de vivências traumáticas, a alteração do pensamento (ideação suicida) e a história pessoal e na família de transtorno psiquiátrico.

A coleta de dados envolveu o uso de dois instrumentos: um formulário especialmente desenvolvido para a coleta das informações sociodemográficas e avaliação da presença de fatores traumáticos (outros fatores traumáticos na infância, abuso sexual na infância e transtorno mental na família) e a entrevista diagnóstica denominada *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI 5.0.0 Versão Brasileira/DSM-IV/Atual), validada por Amorim (2000)²⁵, com o objetivo de explorar os principais transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994)²⁶. Para o diagnóstico psiquiátrico, foram considerados os pontos de corte originais da entrevista. Ambos os instrumentos foram utilizados pela autora e mais duas profissionais da área de saúde, na época mestrandas em Psicologia, que foram familiarizadas e calibradas nos instrumentos.

A calibração constituiu-se de duas fases: uma teórica e outra prática. A calibração teórica consistiu no treinamento da equipe sobre a teoria envolvida na pesquisa. Posteriormente ao estudo de material selecionado por pesquisador padrão-ouro (profissional experiente na área), foram sedimentados conceitos entendidos da mesma forma pela equipe de pesquisa. A calibração prática foi realizada num estudo piloto, com a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Para análise dos dados, foram construídas tabelas bidimensionais com as frequências absolutas e relativas, bem como calculados os valores das *odds-ratio* e seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC), associados aos níveis descritivos do teste qui-quadrado de independência de Pearson (*p*-valor). Posteriormente, para uma análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão logística binária, sendo $Y = 1$ para os casos (os que tentaram suicídio) e $Y = 0$ para os controles (os que não tentaram suicídio), incluindo como possíveis variáveis explicativas todas aquelas que na análise bidimensional apresentaram associação significativa ao nível inferior a 0,20.

Por meio do procedimento de seleção de variáveis (*backward*), foi escolhido o melhor modelo de regressão para estimar a probabilidade de TS, controlando-se os possíveis fatores explicativos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do referido hospital, sob o parecer CAAE 0033.0.102.102-08, e conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque.

RESULTADOS

A amostra estudada foi pareada por idade (média de 28,9 e 28,8 anos para os casos e controles, respectivamente) e sexo, constituindo 70,9% de mulheres. Os dados da tabela 1 mostram que 73% se declararam de etnia branca ou morena, mais da metade dos pacientes de cada grupo vivia sem convívio marital, a maioria tinha religião e poucos anos de estudo, sem diferença estatística entre os grupos.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo variáveis sociais e biodemográficas, por grupo

Variáveis	Casos, n = 110		Controles, n = 110		OR (IC)	p-valor
	n	%	n	%		
Idade média (anos)	28,9		28,8		-	-
Sexo feminino	78	70,9	78	70,9	-	-
Etnia branca ou parda	81	73,6	80	72,7	0,95 (0,53; 1,73)	0,879
Escolaridade inferior ao fundamental completo	45	40,9	53	48,2	0,75 (0,44; 1,27)	0,278
Depende financeiramente da família	64	58,2	46	41,8	2,25 (1,31; 3,86)	< 0,01
Convívio marital	44	40,0	46	41,8	0,93 (0,54; 1,59)	0,784
Tem religião	74	67,3	84	76,4	0,64 (0,35; 1,15)	0,134

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

Quanto à situação de estar na dependência financeira da família, identificou-se maior número (58,2%) entre os casos, estatisticamente significativo quando comparado aos controles, com 41,8%, mostrando uma chance 2,25 maior de tentativa de suicídio.

Analisando as diferenças por grupo em relação a ter vivenciado alguns fatos traumáticos, os dados apresentados na tabela 2 expõem as diferenças significativas entre os grupos, e a ocorrência de "Outros fatos traumáticos na infância" foi bem mais elevada no grupo dos que tentaram suicídio (52,7%) comparado com os controles (34,5%), com OR = 3,19 (1,84; 5,53); igualmente, o percentual dos indivíduos com história de "Abuso sexual na infância" foi também mais elevado nos casos quando comparados com os controles (25,2% vs. 10%), resultando em uma chance 3,04 (1,42; 6,50) vezes maior de tentar o suicídio entre estes.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo fatores traumáticos, por grupo

Variáveis	Casos, n = 110		Controles, n = 110		OR (IC)	p-valor
	n	%	n	%		
Outros fatos traumáticos na infância	69	62,7	38	34,5	3,19 (1,84; 5,53)	< 0,01
Abuso sexual na infância	27	25,2	11	10,0	3,04 (1,42; 6,50)	< 0,01
Transtorno mental na família	99	90,0	84	76,4	8,64 (2,50; 29,90)	< 0,01

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confiança.

A tabela 3 apresenta os dados das frequências por grupo, relativos aos transtornos mentais e ideação suicida baseados na entrevista diagnóstica MINI. Observou-se que entre os casos houve maior ocorrência de: Transtorno Psiquiátrico (97,3%); Transtorno Mental na Família (90,0%); Ideação Suicida (81,8%); Episódio Depressivo Maior com características melancólicas (70,0%); Comorbidade Psiquiátrica (64,5%) e Transtorno de Ansiedade Generalizada (49,1%). As variáveis "Dependência de Substâncias Psicoativas/exceto Álcool" e "Abuso e Dependência de Álcool" não apresentaram diferença entre os grupos.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo variáveis relacionadas a transtornos mentais e distorção do pensamento, por grupo

Variáveis	Casos, n = 110		Controles, n = 110		OR (IC)	p-valor
	n	%	n	%		
Ideação suicida	90	81,8	25	22,7	15,30 (7,92; 29,6)	< 0,01
Transtorno psiquiátrico	107	97,3	64	58,2	25,63 (7,66; 95,82)	< 0,01
Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	54	49,1	15	13,6	4,15 (3,13; 12,00)	< 0,01
Síndrome psicótica	10	9,1	2	1,8	5,4 (1,2; 25,20)	0,018
Comorbidade psiquiátrica	71	64,5	26	23,6	5,81 (3,23; 9,47)	< 0,01
Maior com características melancólicas	77	70,0	14	12,7	16,00 (8,0; 32,0)	< 0,01
Dependências de substâncias psicoativas, exceto álcool	12	10,9	11	10,0	1,10 (0,46; 2,62)	0,826
Abuso e/ou dependência de álcool	30	27,3	26	23,6	1,21 (0,66; 2,22)	0,536

OR: odds ratio; IC: intervalo de confiança

É importante destacar os elevados valores das OR, sendo 25,63 vezes maior a chance de tentar suicídio na presença de estar com transtorno psiquiátrico e 15,3 vezes maior na presença de ideação suicida.

O modelo de regressão foi ajustado com todas as variáveis que apresentaram, na análise bivariada, significância inferior a 20% e com base no procedimento de seleção, foi significativo no modelo: ter ideação suicida; histórico de transtorno psiquiátrico na família; transtorno psiquiátrico; transtorno depressivo maior e melancólico; transtorno de ansiedade generalizada.

As probabilidades de tentativa de suicídio estimadas com base no modelo de regressão se encontram na tabela 4, na qual se pode destacar que, no "pior cenário", ou seja, na presença dos quatro fatores simultaneamente, a chance de tentar suicídio seria de 94,0%; no caso da presença de três dos quatro fatores (outra comorbidade psiquiátrica asso-

ciada a episódio depressivo e de transtorno de ansiedade generalizada), mesmo não apresentando a ideação suicida, essa probabilidade ainda seria de 78,7%. Por outro lado, no "melhor cenário", qual seja a ausência dos quatro fatores selecionados, a probabilidade de TS ainda seria de 3,7%.

Tabela 4. Probabilidades estimadas de tentar suicídio, segundo possíveis fatores de risco selecionados pelo modelo de regressão (em %)

Ideação suicida	Transtorno psiquiátrico	Depressão maior e melancólica	Transtorno de ansiedade generalizada (TAG)	
			Sim	Não
Sim	Sim	Sim	94,0	73,7
		Não	82,7	46,0
Não	Não			14,1
	Sim	Sim	78,7	39,6
		Não	52,8	16,6
	Não			3,7

DISCUSSÃO

Ambos os grupos foram compostos por indivíduos jovens, com idade média de 29 anos, em sua maioria do gênero feminino, dados que corroboram outras pesquisas^{11,17,21,24,27}. Adicionalmente, acredita-se que a idade pode ser relevante quando relacionada a outras questões, tais como outros estressores, ressaltando-se os psicossociais e a presença de transtornos psiquiátricos.

A população jovem economicamente ativa se defronta com inúmeras dificuldades, tais como a inserção no mercado de trabalho e, consequentemente, a vivência de problemas financeiros e incertezas sobre o futuro. Tais questões poderiam contribuir para a presença de comportamentos suicidas²¹.

Houve predominância do gênero feminino em consonância com diversos estudos que apontam as mulheres como maioria entre as tentativas de suicídio^{13,28-31}. É válido ressaltar questões excepcionais, como as que ocorrem na China, onde o suicídio é mais prevalente nesse gênero, estimando-se que a taxa pode superar até 25% quando comparada a dos homens. Admite-se que a exposição ao mesmo tempo de vários fatores de risco predisporia à morte por suicídio³¹.

Quanto ao gênero e à ocorrência de tentativa de suicídio, destaca-se a correlação dessa variável com outras questões^{32,33} que contribuem para o risco em geral, mas que podem estar presentes em graus distintos em homens e mulheres. Quando se analisam, por exemplo, as influências culturais, estas agem de modo particular entre os gêneros. Assim, exemplificando, os homens apresentam menor ex-

pectativa de buscar ajuda ou aceitar tratamentos, aumentando, assim, o risco para o suicídio²⁷. Destacamos que, na amostra deste estudo, o ato de atentar contra a própria vida nem sempre revelou o desejo de morrer, mas uma espécie de "grito de socorro", uma busca por ajuda¹⁹.

O nível educacional também foi avaliado, sendo constatados poucos anos de estudo em ambos os grupos. Porém, os controles apresentaram menos anos de estudo quando comparados aos casos, resultados semelhantes aos que foram revelados em algumas poucas publicações^{12,22,28} e que são divergentes da maioria delas^{15,22,34,35}. Possivelmente, o nível educacional com poucos anos de estudo poderia refletir em dificuldades na integração social, bem como na inserção no mercado de trabalho, contribuindo para a intensificação dos estressores, que, por sua vez, poderiam culminar com comportamentos e ideias suicidas¹⁵.

Na amostra desta pesquisa, o fato de ter mais anos de estudos não revelou vantagens quanto a ter maior resiliência, se comparado ao controle. Dados semelhantes foram obtidos em outro estudo que apontou que jovens, mulheres, solteiros e pessoas com maior nível educacional e com história psiquiátrica na família têm mais alto risco para tentativa e recorrências²². Portanto, ter alguns anos de estudo a mais em associação com estar com um transtorno mental sem tratamento adequado não se configura como um fator de proteção para a tentativa de suicídio.

A dependência financeira foi a única variável sociodemográfica com diferença significativa entre os grupos, ressaltando que ela pode ser interpretada tanto como "motivo" quanto como "consequência" da tentativa de suicídio. O estressor do fato de estar desempregado aparece em vários outros artigos como um dos predisponentes para a tentativa de suicídio^{15,27}.

Os dados relativos ao status marital demonstraram similaridade entre os grupos, predominando estar sem convívio marital. Os dados da literatura apontam que o estado civil casado pode ser um possível fator de proteção para a tentativa de suicídio²², mas em nosso estudo não houve essa correlação. Assinala-se a importância de maior vínculo de redes sociais que funcionariam como fatores protetores, ao contrário do isolamento, que poderia impulsionar e desencadear eventos relacionados à vulnerabilidade e tendência ao suicídio^{22,27}.

Dados da literatura confirmam que maior envolvimento religioso se associa a menor taxa de comportamento suicida^{27,28}. Entretanto, esses achados não foram confirmados em nossa pesquisa, uma vez que se pesquisou apenas se o paciente tinha uma religião.

Na tabela 2, outra questão identificada foi o relato de ter sofrido maus-tratos na infância, que apareceu como um risco maior para tentar suicídio³⁹⁻⁴¹. Com relação aos eventos estressores, foi incluída a presença de outros fatos traumáticos e história de abuso sexual na infância, ambas com dife-

rença significativa entre os grupos e maior prevalência nos casos. Embora alguns estudos tenham encontrado uma relação entre abuso físico e comportamento suicida, a maioria mostra um efeito relevante em vivência de abuso sexual⁴²⁻⁴⁷ e outros descrevem um agravamento do risco de tentativa de suicídio naqueles que relataram mais de uma ocorrência desse tipo de abuso⁴²⁻⁴⁷.

Assim, pode-se considerar que ter sofrido abuso sexual se encontra relacionado com o comportamento suicida, também justificado porque estaria intimamente ligado a sentimentos de vergonha ou atribuições internas de culpa, o que pode aumentar a vulnerabilidade à interiorização de comportamentos como automutilação e suicídio⁴²⁻⁴⁷.

Na tabela 3, a ocorrência de transtornos mentais revelou a associação mais expressiva nesse estudo, cuja presença foi fortemente relacionada à tentativa de suicídio. A literatura destaca que o risco de tentativa e suicídio em pacientes psiquiátricos é maior do que na população em geral^{15,30-32}. Essa observação tem sido confirmada por estudos que apontam os transtornos mentais como predisponentes de destaque para o suicídio, especialmente os transtornos afetivos, sendo o diagnóstico mais relevante⁸.

Em nosso estudo, a presença de depressão maior com características melancólicas também esteve fortemente associada à tentativa de suicídio. Evidências assinalam que a depressão é um dos mais relevantes fatores associados à tentativa e ao suicídio na quase totalidade das pesquisas. Essa enfermidade é vista associada a questões de sofrimento físico crônico, de finitude da vida ou ainda relacionada a problemas de ordem social e cultural, entre outras, como perdas, abandonos, solidão/conflitos no interior das famílias¹⁶.

Assim, a forte associação entre suicídio e depressão recomenda a necessidade de cuidados especiais em relação aos que apresentam esse transtorno mental, sendo o diagnóstico, o tratamento e o manejo clínico fatores importantes na prevenção do suicídio^{16,39}.

A última variável analisada em nosso estudo foi a distorção do pensamento de ter ideiação suicida, observada na tabela 4. Algumas publicações associam a ideiação ao risco de tentativa, o que foi corroborado com nossos resultados³⁰. Dados adicionais indicam que 60% dos indivíduos que já tentaram suicídio relataram ideiação suicida prévia⁵¹. Outra referência conclui que a gravidade e a duração dos pensamentos suicidas se correlacionam com a probabilidade de tentativa, que é, segundo o autor, o principal fator de risco para suicídio consumado⁵¹.

Na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil, foi realizado, em 2003, um inquérito de base populacional, constituinte do projeto SUPRE-MISS, que revelou a associação da ideiação suicida ao risco de tentativa de suicídio⁵¹, evidenciando-se relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas.

Apesar dos esforços para evidenciar os indicadores de risco para a tentativa de suicídio por envenenamento, nosso estudo apresentou algumas limitações, tais como: ter sido realizado em um único centro; estudos multicêntricos mostram resultados mais consistentes; a abordagem dos pacientes foi realizada na emergência geral do hospital; o fato de a entrevista ter sido realizada durante a internação, imediatamente antes da alta, pode ter levado alguns pacientes a relatarem sintomas depressivos com mais intensidade e não houve controle sobre a confirmação dos tipos de agentes tóxicos por testes de laboratório, o que fez com que os relatos do tipo de substância de autointoxicação tenham sido imprecisos.

CONCLUSÕES

Foram considerados indicadores de risco no grupo caso: estar em dependência financeira de terceiros; ter sofrido abuso sexual na infância; ter ideação suicida; ter histórico de transtorno mental na família; possuir algum transtorno mental e, principalmente, possuir comorbidade(s) psiquiátrica(s).

No modelo de regressão foi possível estimar uma chance de tentativa de suicídio por envenenamento de até 94,0% na presença conjunta de quatro fatores. A pesquisa representa uma das primeiras iniciativas para ampliação das discussões sobre os fatores de risco para tentativa de suicídio em âmbito nacional.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Maria Cláudia da Cruz Pires – O trabalho em equipe é saudável, compartilhado e enriquecedor no pensar e no fazer. Assim, a autora principal deu continuidade à pesquisa. Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, e na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

Maria Cristina Falcão Raposo – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise estatística, modelagem e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

Everton Botelho Sougey – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

Othon Coelho Bastos Filho – Contribuiu significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do artigo, e aprovou a versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os Drs. Maria Cláudia da Cruz Pires, Maria Cristina Falcão Raposo, Everton Botelho Sougey e Othon Coelho Bastos Filho não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

REFERÊNCIAS

1. Pires MCC. Estudo sobre tentativa de suicídio por envenenamento na Recife-PE, Brasil. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2010.
2. Melem AMAS. A complexidade multidimensional no processo suicida. *Rev Bras Med*. 2013;70(5):12-24.
3. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Bastos Filho OC. Comportamentos suicidas em uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário (tese). Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1974.
5. Lickin J, Wotig ML. História e epidemiologia da depressão. Porto Alegre: Artmed; 2002.
6. Rapeli CB, Botega NJ. Severe suicide attempts in young adults: suicide intent is correlated with medical lethality. *Sao Paulo Med J*. 2005;123(1):43.
7. Stefanello S, Cals CFS, Mauro MLT, Freitas GVS, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-ANSS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):139-45.
8. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicação do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(7):1366-72.
9. Mello MF, Mello AM, Korn R. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;4:1955-6.
10. Pires MCC, Raposo MC, Passos M, Sougey EB, Bastos Filho OC. Stressors in attempted suicide by poisoning: a sex comparison. *Trends Psychiatry Psychol*. 2012;24(1):25-30.
11. Zytud SH, Awang R, Sulaiman SA, Al-Jabri SW. A cross-sectional observation of the factors associated with deliberate self-poisoning with acetaminophen: impact of gender differences and psychiatric intervention. *Hum Psychopharmacol*. 2010;25(6):500-8.
12. Beraie L, Khazaei H, Soleimani A, Schewetel DC. Is self-immolation a distinct method for suicidal? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. *Burns*. 2011;37(1):359-63.
13. Cassorla R, Smeets ELM. Auto destruição humana. *Cad Saude Publica*. 1994;10(6):73.
14. Sougey EB, Corvelho TBR, Gomes Miro WAG, Ferreira CRP. Tentativas de suicídio com medicamentos: experiência do CEACIN-PE em 1995. *Inf Psiquiatr*. 1998;17(1):22-5.
15. Fluev M, Martin E, Pascal B, Stephanie C, Gabriela S, Marie K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13733.
16. Botega NJ, Manó-León L, Oliveira HB, Barros MB, Silva VT, Dalgalarrondo P. Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;25(12):2632-8.
17. Horiyama Y, Kawanishi C, Yonemoto K, Ishizuka M, Okubo Y, Sakai A, et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-3). *BMC Public Health*. 2009;9:164.
18. Hayashi K, Iguchi M, Imai A, Osawa Y, Usumi K, Ishikawa Y, et al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. *BMC Psychiatry*. 2010;10:129.
19. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;294(5):633-40.
20. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22:106-15.
21. Carter GL, Sathian L, Lewin TJ, Whyte IM, Bryant J. Psychiatric hospitalization after deliberate self-poisoning. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(2):213-22.

22. Turhan E, Inandi T, Aslan M, Zeren C. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences (Piyad)*. 2011;16(4):347-52.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: APA; 1994.
24. Carter GL, Issakidis C, Clover K. Correlates of youth suicide attempts in Australian community and clinical samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(3):286-93.
25. Douglas J, Cooper J, Amos T, Webb R, Guthrie T, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord*. 2004;75(1-3):263-8.
26. Fekete S, Voros V, Duvathi P. Gender differences in suicide attempts in Hungary: retrospective epidemiological study. *Curr Med J*. 2003;46(2):288-93.
27. American Psychiatric Association. *Directivas para o tratamento de transtornos psiquiátricos: compêndio*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
28. Lee CA, Choi SK, Jung KM, Cho SH, Lim KY, Paik KS, et al. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. *J Korean Med Sci*. 2012;27(2):300-12.
29. Randić M, Ignjatović Ristić D, Radovanović S, Kazić S, Radenković S. Sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients after suicide attempt: a twenty-year retrospective study. *Med Glas (Zenica)*. 2012;9(2):350-5.
30. Williams-Johnson J, Williams E, Gossell-Williams M, Sewell CA, Abel WD, Whitehouse-Smith PA. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the Emergency Room at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J*. 2012;61(5):526-31.
31. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002;360(9347):1728-36.
32. Rao RN, Kulkarni RB, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. *Indian J Psychol Med*. 2013;35(1):75-9.
33. Alaghetbandan R, Grier KJ, Macdonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry*. 2005;50(12):762-8.
34. Dadei O, Varma S, Azezi FC, Ogudangbo NK, Karatag F, Amur T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Criti*. 2009;30(2):90-5.
35. Chowdhury AK, Bhattacharya A, Banerjee S, Bhowmik MK. Pattern of domestic violence amongst non-fatal deliberate self-harm attempters: a study from primary care of West Bengal, India. *J Psychiatry*. 2009;51(2):96-100.
36. Srivastava NK, Sahoo RN, Ghoshkar UP, Dutta S, Danabalan M, Datta TK, et al. Risk factors associated with attempted suicide: a case control study. *Indian J Psychiatry*. 2004;46(1):33-8.
37. Anderson P, Ting JA, Price AW, Bender MA, Kaslow NJ. Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(2):137-8.
38. Cues JA, Goodman GS, Jones D. Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;44(5):723-36.
39. Brabant WE, Hébert M, Chagnon F. Identification of sexually abused female adolescents at risk for suicidal ideations: a classification and regression tree analysis. *J Child Sex Abuse*. 2013;22(2):53-72.
40. Carlsöö B, Liljor N, Ward EA, Duberstein PR. Parental sexual abuse and suicidal behaviour among women with major depressive disorder. *Can J Psychiatry*. 2012;57(1):45-51.
41. Malhotra R, Goldblatt MJ, Harrington E, Weinberg J, Schecther M. Traumatic subjective experiences after suicide. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2011;39(4):671-93.
42. Durheim E. O suicídio anônimo. In: Feres M, editor. *O suicídio: estudo sociológico*. São Paulo: Martins Fontes; 2004. p. 177-203.
43. Almeida AM, Almeida FJN. Religião e comportamento suicida — a cultura da morte. In: Melo AMAS, Teng CT, Wang YP. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Fama; 2004.
44. Molnar BE, Berkman LF, Buka SL. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med*. 2001;31(6):969-77.
45. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med*. 2008;38(1):61-73.
46. Ystgaard M, Hestetun I, Loe M, Mørholm L. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behaviour? *Child Abuse Negl*. 2004;28(8):863-75.
47. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):584-96.
48. Carter GL, Child C, Page A, Clover K, Taylor R. Modifiable risk factors for attempted suicide in Australian clinical and community samples. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(6):671-80.
49. Vijayakumar L. Suicide and its prevention: the urgent need in India. *Indian J Psychiatry*. 2007;49(2):87-4.
50. Silva NT, Oliveira HS, Botega NJ, Marín-León L, Barros MBA, Daigalanondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-control. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1835-43.
51. Botega NJ, Barros MBA, Oliveira HS, Daigalanondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1).

APÊNDICE F- Artigo - Risk factors of suicide attempts by poisoning review

Trends
in Psychiatry and Psychotherapy

Review Article

Risk factors of suicide attempts by poisoning: review

Fatores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: revisão

Maria Cláudia da Cruz Pires,¹ Tatiana de Paula Santana da Silva,² Marcela Pires dos Passos,² Everton Botelho Sougey,⁴ Othon Coelho Bastos Filho⁵

Abstract

Introduction: Suicide, a complex and universal human phenomenon, is a major public health problem. This study reviewed the literature about the major risk factors associated with suicide attempts by poisoning.

Methods: An integrative review of the literature was performed in databases (LILACS, PubMed and MEDLINE) to search for studies published between 2003 and 2013, using the following keywords: suicide, attempted, poisoning, risk factors. Inclusion criteria were: original study with abstract, sample of adults, and attempted suicide by poisoning in at least 50% of the study population.

Results: Two hundred and nineteen studies were retrieved and read by two independent examiners, and 22 were included in the study. The main risk factors for suicide attempts by poisoning were female sex, age 15-40 years, single status, little education, unemployment, drug or alcohol abuse or addiction, psychiatric disorder and psychiatric treatment using antidepressants.

Conclusion: Further prospective studies should be conducted to confirm these risk factors or identify others, and their findings should contribute to planning measures to prevent suicide attempts.

Keywords: Suicide, attempt, poisoning, risk factors.

Resumo

Introdução: O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e que representa um grande problema de saúde pública. Diante disso, o presente estudo tem por objetivo revisar a literatura acerca dos principais fatores de risco associados à tentativa de suicídio por envenenamento.

Método: Foi realizada uma revisão integrativa em bases de dados (LILACS, PubMed e MEDLINE). A pesquisa focou artigos publicados entre os anos de 2003 a 2013, utilizando os seguintes descritores: suicídio, tentativa, poisoning, risk factors. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo original, com resumo disponível, amostra composta por adultos, e que pelo menos 50% da população do estudo tenham tentado o suicídio por envenenamento.

Resultados: Foram selecionados 219 artigos. Após a leitura por dois pesquisadores independentes, 22 foram incluídos na revisão. Os principais fatores de risco encontrados para a tentativa de suicídio por envenenamento foram: gênero feminino, idade entre 15 a 40 anos, estado civil solteiro, baixa escolaridade, desemprego, abuso/dependência de substâncias e/ou álcool, ser acometido por transtorno psiquiátrico e estar em tratamento psiquiátrico com uso de antidepressivo.

Conclusão: Considera-se que pesquisas adicionais, bem como a ampliação de estudos prospectivos, deverão ser realizadas para a confirmação ou identificação de novos fatores de risco. Estas medidas objetivam contribuir para o planejamento e prevenção da tentativa e do suicídio.

Descritores: Tentativa de suicídio, envenenamento, fatores de risco.

¹ Psychiatrist, PhD, Graduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brazil. ² Speech therapist, Doctoral student, Graduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, UFPE, Recife, PE, Brazil. ³ Psychologist, PhD, Graduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, UFPE, Recife, PE, Brazil. ⁴ PhD, Professor, Graduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, UFPE, Recife, PE, Brazil. ⁵ Psychiatrist, Full Professor of Psychiatry, UFPE, Recife, PE, Brazil.

This study was carried out at the Graduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences of Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brazil. Financial support: Graduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brazil.

Submitted Sep 13 2013, accepted for publication Feb 24 2014. No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

Suggested citation: Pires MC, da Silva TP, dos Passos MP, Sougey EB, Bastos Filho OC. Risk factors of suicide attempts by poisoning: review. Trends Psychiatry Psychother. 2014;36(2):63-74. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2013-0044>

Introduction

The comprehension of the definitions of suicide and attempted suicide is based on several theoretical domains, such as theology, psychology, philosophy and sociology, as well as psychiatry.¹ The World Health Organization² defines suicide as the deliberate act of killing oneself. One of the first definitions of attempted suicide classified it as "any non-fatal act of self-damage inflicted with self-destructive intention, however vague and ambiguous."³

In later publications, the objective intention to kill oneself has not been found as an obligatory requisite in the definition of attempted suicide. The term "suicidal behavior" might, therefore, be equivalent to the term "self-harm", and both define "an act of intentional self-poisoning or injury irrespective of the apparent purpose of the act".⁴ This definition is closer to the terms "attempted suicide" and "parasuicide" used in several countries.⁴

These definitions are, however, imprecise, as it is difficult to evaluate and measure the intention of a desire to die or not die underlying the acts described.⁵ Therefore, despite all efforts, no unanimous and consensual definition of attempted suicide has been reached.

Epidemiological data show that, when compared with rates in other countries, mortality due to suicide in Brazil is one of the lowest, although Brazil is one of the ten countries with the highest absolute number of deaths due to suicide.^{6,7} From 2003 to 2009, there were 60,637 deaths due to suicide in Brazil, at a mean 24 deaths per day, which results in a mean coefficient of 4.5 deaths per 100 thousand inhabitants (Departamento de Informática do SUS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Brazilian Mortality Information System).⁸ Of all deaths due to external causes (6.6%), suicide accounts for 0.8% of the total in Brazil.⁹

The number of attempted suicides is expected to be higher than that of suicides. For each actual suicide, about 20 to 30 suicidal behaviors are expected, and only about one fourth of them will have any contact with healthcare services.^{10,11} In Brazil, attempted suicides are not compulsorily reported, and reports currently made are rare and less reliable than those made for suicides.¹² The analysis of suicide attempt methods reveals an association between method used or chosen and the sex of individuals. For example, men prefer potentially lethal methods, such as hanging or shooting,^{13,14} whereas women use less aggressive and slower methods, such as some types of poisoning.¹⁵⁻¹⁸

The study of suicide attempts by poisoning is justified by the consistent evidence of a growing use of toxic agents as a method.¹⁹⁻²³ Of the main toxic agents, medications have been increasingly used in the last

decades, and are now more frequent than pesticides. For example, in 2006, according to our review, the number of attempted suicides by using medications was greater than twice the number of attempts by using pesticides. When compared with other agents, their numbers are relatively stable from 1994 to 2006.^{21,24}

Attempted suicides have been classified as a public health problem because of their reach.^{9,10,20} There are several explanations for this type of behavior, in addition to easy access to toxic agents, and in some cases there is a clear association with complex psychosocial phenomena, mental disorders and negative life events.^{19,25}

Possible risk factors associated with this phenomenon should be studied to support the development of more efficacious preventive strategies. This study reviewed the current literature about the main risk factors associated with attempted suicide by poisoning.

Method

This integrative literature review was conducted in three phases. In the first, the MEDLINE, LILACS and PubMed databases were chosen for the searches. In the second, the keywords and inclusion criteria to identify studies of interest were defined. Keywords were chosen according to searches conducted in the keyword collections of two of the databases, that is, the Medical Subject Headings (MeSH) and the *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS, a Brazilian database of medical keywords).

The keywords used to select studies were suicide, attempted, poisoning and risk factors, as well as their equivalent Portuguese terms (*tentativa de suicídio, envenenamento, fatores de risco*). The Boolean operators AND and AND NOT were used to combine keywords and terms for the publication searches.

The selection was limited to studies published in Portuguese, English or Spanish from January 2003 to March 2013. The last database search was conducted in July 2013.

In the third phase, study titles and abstracts of all the studies selected were read to identify those that dealt with the topic of this review. Additionally, the following inclusion criteria were adopted: original study; and studies in which poisoning was the main method for at least 50% of the population that attempted suicide. Studies were excluded if published as editorials, interviews, clinical notes or reviews, as well as those with samples that included only children, adolescents or the elderly.

The initial search retrieved 222 potentially eligible studies: 180 in PubMed, 37 in MEDLINE and 5 in LILACS. They were read independently by two examiners. When they disagreed, a third examiner was asked to give an

opinion about whether the study should be included or excluded. At the end of those analyses, 22 studies were included in this review.

The flowchart in Figure 1 describes the literature review and the selection of studies.

Table 1 shows the characteristics of the studies included in this review. A greater number of studies were published from 2010 to 2012. Most studies were retrospective, followed by multi-center studies. These results indicate that the study of situations with an imminent risk of death, such as attempted suicide, is a difficult task, although necessary for the understanding of the problem and the planning of more efficient preventive measures.^{26,45}

This extensive review of risk factors found that

some studies reported an incidence of attempts by self-poisoning greater than 50%. However, only the risk factors exclusively associated with poisoning are discussed here, as shown in Table 1, in the column for attempt method.

The impact factor of each publication was analyzed to classify studies according to level of evidence. Of the 22 studies, 10 were published in journals with an impact factor greater than 1.0. This criterion is a measure used in bibliometrics to evaluate the quality of a journal in terms of citations and access and provides, therefore, one of the best indices of evidence for any topic.⁴⁶

Most of the studies in this review were conducted in Europe, followed by Asia, and most included samples with more than 900 individuals.

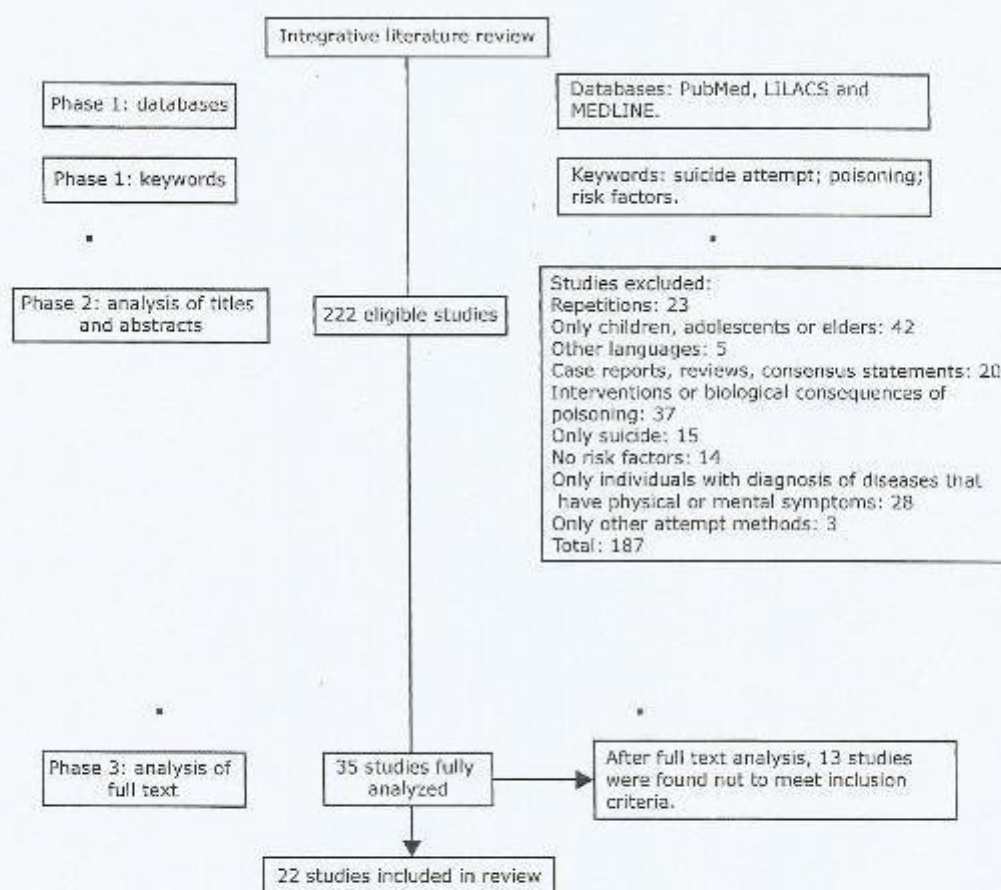


Figure 1 - Literature review flowchartResults and discussion

Table 1 - Characteristics of the studies included in the literature review

Authors, year and impact factor	Type of study	Place and country	Study duration and sample size	Sex and age	Attempt method
Flavio et al., 2013 ²⁸ Swiss Med Wkly Impact factor: 1.895	Comparative	Basel City, Switzerland	35 months (Jan 2003 to Dec 2006) Sample: 778	Men: 326 (33%) Women: 658 (67%) Age: 15 to 103 years	Poisoning: more than 50%
Williams-Jonshon et al., 2012 ²⁷ West Indian*	Retrospective	Kingston, Jamaica	48 months (2005-2009) Sample: 127	Men: 31 (24.4%) Women: 96 (75.6%) Age: 10 to 55 years	All by poisoning
Randic et al., 2012 ²⁸ Med Glas Impact factor: 0.056	Retrospective	Kragujevac, Serbia	240 months (1990-2010) Sample: 715	Men: 310 (43.5%) Women: 405 (56.5%) Age: 15 to ≥ 65 years	Poisoning: 355 (55.3%) Hanging: 53 (8.8%)
Lee et al., 2012 ²⁹ J Korean Med Impact factor: 0.993	Cross-sectional	Seoul, Korea	36 months (2007-2009) Sample: 2396	Men: 1259 (42%) Women: 1737 (58%) Age: 10 to > 60 years	Poisoning by medication overdose 68.8% Other methods: 28.2%
Turhan et al., 2012 ³⁰ Neurosciences (Riyadh) Impact factor: 0.121	Retrospective (historical cohort)	Hatay, Turkey	36 months (2007-2009) Sample: 1.613	Men: 343 (21.1%) Women: 1270 (78.9%) Age: 10 to 63 years	Poisoning by medication overdose 97.5% Other methods: 2.5%
García-Rabago et al., 2010 ³¹ Rev Salud Pub*	Prospective, observational, comparative	Jalisco, Mexico	6 months (2005) Sample: 106	Men: 32 (30.2%) Women: 1270 (78.3%) Age: 15 to 61 years	Poisoning by medication overdose (60.3%)
Yip et al., 2011 ³² Crisis*	Comparative	Hong Kong and Oxford	3 months (2005) Sample: 90	Men: 26 (29%) Women: 64 (71%) Age: mean age: 35 years	Poisoning by medication ingestion (78%)
Oh et al., 2011 ³³ Am J Emerg Med Impact factor: 1.976	Retrospective	Seoul, Korea	2000-2009 Sample: 967	Men: 220 (22.8%) Women: 747 (77.3%) Age: 13 to 94 years	All by poisoning
Razali et al., 2011 ³⁴ Burns Impact factor: 1.962	Intervention; quasi-experimental	Kermanshah, Iran	3 months (Jun to Sept 2006) Sample: 200	Men: 67 (34%) Women: 133 (66%) Age: 26.4 to 9.5 years	Poisoning: 137 (68%) Immolation 63 (32%)
Chowdhury et al., 2010 ³⁵ Natl Med J Indian Impact factor: 0.595	Prospective	Bengal, India	12 months (2002) Sample: 1614	Men: 619 (38.4%) Women: 995 (61.7%) Age: 7 to 80 years	Poisoning: 1588 (98.4%) Other methods: 1.6%
Zyoud et al., 2010 ³⁶ Hum Psychopharmacol*	Descriptive and retrospective	Malaysia, Asia	36 months (2006-2008) Sample: 177	Men: 26 (15.8%) Women: 149 (84.2%) Age: < 20 to > 30	All by poisoning with acesaminophen overdose
Heyerdahl et al., 2010 ³⁷ BMC Psychiatry Impact factor: 2.552	cohort prospective multi-site	Oslo, Norway	11 months (2003-2004) Sample: 908	Men: 418 (46%) Women: 490 (54%) Age: < 16-89 years	All by poisoning
Ozdel et al., 2009 ³⁸ Crisis*	Cross-sectional	Pamukkale, Turkey	24 months (2006-2007) Sample: 144	Men: 36 (25%) Women: 108 (75%) Age: < 16-69 years	Poisoning by medication: 70% Other methods: 30%
Payne et al., 2009 ³⁹ Public Health Impact factor: 1.35	Retrospective cohort	Scotland, United Kingdom	84 months (1996-2002) Sample: 50,691	Men: 21863 (43%) Women: 29007 (57%) Age: 15 to > 65 years	All by poisoning
Carter et al., 2007 ⁴⁰ Suicide Life Threat Behav*	Case-control	Australia	44 months (1998-2001) Sample: 581	Men: 180 (31%) Women: 401 (69%) Age: 18 to > 65 years	All by poisoning
Kapur et al., 2006 ⁴¹ J Clin Psychiatry Impact factor: 5.799	Prospective cohort Multi-site	United Kingdom	60 months (1997-2002) Sample: 9,213	Men: 3991 (43%) Women: 5222 (57%) Age: older than 15 years	Poisoning: 87% Other methods: 13%
Carter et al., 2006 ⁴² Suicide Life Threat Behav*	Comparative cohort	Newcastle, Australia	60 months (1996-2002) Sample: 1629	Men: 991 men (38%) Women: 1638 (62%) Age: < 25 to > 35 years	All by poisoning
Waghebhandan et al., 2005 ⁴³ Can Psychiat Impact factor: 2.417	Secondary database; retrospective	Newfoundland and Labrador, Canada	24 months (1998-2000) Sample: 578	Men: 423 (43%) Women: 550 (57%) Age: 10 to ≥ 75 years	Poisoning: 87.0% Cutting: 7.1% Hanging: 2.0%

(cont.)

(cont.)

Ichimura et al., 2005 ¹¹ Psychiatry Clin Neurosci Impact factor: 2.133	Case-control	Ischam, Japan	12 months (Jan to Dec 2000) Sample: 235	Men: 104 (44%) Women: 131 (56%) Age: 49.2 years (± 16.9)	Poisoning: 172 (70%) Other methods: 73 (30%)
Fekete et al., 2005 ¹² Croat Med J Impact factor: 1.796	Multi-site; retrospective	Hungary, Romania	48 months (1997-2001) Sample: 1.158	Men: 430 (37%) Women: 728 (63%) Age: 36.4 years (± 15.2)	All by poisoning
Douglas et al., 2004 ¹³ J Affect Disorders Impact factor: 3.517	Case-control	Salford, United Kingdom	18 months (Mar 1999 to Aug 2000) Sample: 1748	Men: 710 (6%) Women: 1038 (94%) Age: suicide group: 41; NFDOSH group: 34; DSH group: 31	Poisoning: 74% Other methods: 26%
Cartor et al., 2003 ¹⁴ Aust NZJ Psychiatry Impact factor: 2.929	Case-control	Newcastle, Australia	26 months (Apr 1998 to Jun 2000) Sample: 82	Men: 23 (28%) Women: 59 (72%) Age: 18 to 24 years	All by poisoning

¹¹ Journal with no impact factor**Table 2** - Summary of studies that describe risk factors of attempted suicide by poisoning according to objective, risk factors, conclusions and general comments

Authors, year	Study objective	Risk factors	Conclusions	Comments
Flavio et al., 2015 ¹⁵	To analyze rate of attempted suicides and their methods and to identify risk groups of attempted suicide.	Women aged 37.43 $\pm$ 15.87 ($p < 0.001$) Risk groups include single individuals, of foreign nationality, low education and low employment status	Men were significantly more frequently affected by substance abuse disorder or psychosis, whereas in women adjustment disorders and personality disorders were diagnosed significantly more often.	This study offers the first published representative data of an entire Swiss county. Established sociodemographic and clinical risk factors for suicide attempts were reproduced. The identification of risk factors contributes to the development of local targeted prevention strategies, for example education of risk groups and caregivers, and pharmacological consequences for package sizes. Gender- and age-specific prevention and aftercare programs are indicated.
Williams Jonsson et al., 2012 ¹⁶	To document the characteristics of self-poisoning suicide attempters who were brought to the Emergency Room of the University Hospital of the West Indies (UHWI) and to outline the type of drug used in the attempt.	Women ($p < 0.001$) Age 18 to 30 years ($p < 0.001$) Use of chemical agents greater among women ($p < 0.019$)	Findings consistent with global trends of attempted suicides according to sex and age group.	Substance ingested different from other data in the literature (women: chemicals; men: medication)
Rancic et al., 2012 ¹⁷	To determine the frequency and distribution of suicide attempts relating to the manner of execution and (...) possible risk factors.	Women: 405 (56.5%) Depression: 336 (48.4%) Mean age at attempt: 42.6 ($SD = 16.78$) Schizophrenia and delirious disorders: 150 (20.4%) Substance abuse: 65 (11.2%)	Suicide attempts were two times more frequent among women than among men. Young people, both men and women.	Patients hospitalized in general wards and not in psychiatric wards. No control group.

(cont.)

Attempted suicide by poisoning - Pires et al.

Lee et al., 2012 ²⁹	To describe risk factors of attempted suicide associated with intensity of self-inflicted injuries.	Men: $p = 0.001$ (severe injury group) Age: 10 to 19 years; $p = 0.001$ (severe injury group) consumed no alcohol: $p = 0.001$ (severe injury group)	Male sex, older age and not having consumed alcohol were predictors of severe suicide attempt.	Data may be underestimated, as Korea is tend to mask their suicidal intent.
Turhan et al., 2012 ³⁰	To determine suicide rates, risk factors and reasons for suicide attempts.	Young people (15-24 years): 87.1 (odds ratio) Women/men: 3.27 (odds ratio) Single women: 2.7 (odds ratio) Higher education level: 6.4 (odds ratio)	Young people, women, single status and people with higher educational level and history of psychiatric disease in the family had a higher risk of attempts and recurrence.	Study based on medical records. Higher educational level was a risk factor in this study.
Garcia-Rebago et al., 2010 ³¹	To identify differences between patients with high-end low-lethality risk factors.	Living alone: 6.7 (odds ratio) Prior alcohol poisoning: 3.8 (odds ratio)	In the high-lethality group, chances of attempted suicide were 6.7 times greater among people that lived alone and 3.8 times among people with a history of previous alcoholic poisoning.	Lethality evaluated using instruments (Tisea and Barrachina scale).
Yip et al., 2011 ³²	To compare the characteristics of patients hospitalized in Hong Kong and Oxford after repeated suicide attempt.	Single ($p = 0.04$) Victim of violence in the last 5 years ($p = 0.02$) Hospitalization ($p = 0.02$) Adverse life problems ($p = 0.01$) Consequences of sexual abuse in childhood ($p = 0.01$) Consequences of physical abuse in childhood ($p = 0.01$) Repetitive self-mutilation ($p = 0.00$)	Suicide intent: Hong Kong (48.9%) and Oxford (29%). Intent was higher among men in Oxford (35.71) than among women (25.7). Defaulted psychiatric treatment: 44.6% in Hong Kong and 35.3% in Oxford. Alcohol abuse: Oxford 33.2% and Hong Kong 14%.	Study conducted in only one hospital. Short repetition (follow-up 6 months). Large number of interviewees had a previous attempt. Authors believe more details are essential to evaluate actual risk factors and suggest that suicide intent scales should be different for different sexes.
Oh et al., 2011 ³³	To describe factors associated with repeated suicide attempts.	Female sex ($p = 0.002$) Not having a family ($p < 0.001$) Attempt method: analgesics ($p < 0.001$) History of psychiatric treatment ($p < 0.001$)	The most relevant factors were female sex, not having a family, having a history of psychiatric treatment and use of antidepressants.	Data were collected from self-reports. Attempt repetitions may have been underreported due to collection at one site only. Study did not examine reasons for attempt, social class, marital status, use of substances, or other diseases.
Reazin et al., 2011 ³⁴	To compare the profile of suicide attempts by self-immolation and poisoning.	Self-poisoning: women 53.3% ($p < 0.001$); younger (25 years) ($p < 0.007$); single 53.9%; higher educational level ($p < 0.001$) Positive suicidal intent behavior: 44.5% ($p < 0.001$)	Risk factors were different in the two groups.	Data from one hospital only and short study duration. No validated instruments for assessment.
Chowdhury, et al., 2010 ³⁵	To evaluate the characteristics of people that attempted suicide and survived and those that died, seen in a primary public healthcare service	In both groups, risk factors were: Age: 24 years Women: 61.7% Illiterate: 39.5% Married: 71.9% Domestic conflicts and violence: 46.8%	Both groups were classified as an important public health problem in the Sudarman area; correct pesticide management is essential as a preventive strategy.	Cultural factors seem to have affected results, which differed from other data reported in the literature (marital status and low educational level).

(cont.)

Zyoud et al., 2010 ²⁴	To determine risk factors and life stressors that predominate in cases of deliberate self-poisoning (DSP) with acetaminophen and identify gender differences in associated factors, as well as to determine the prevalence of psychiatric diagnoses and the patterns and types of psychotherapeutic interventions provided by psychiatrists.	Risk factor for men: Chronic alcohol intake ($p = 0.04$) Higher reported dose ingested ($p = 0.01$) Higher latency time ($p = 0.04$) Length of hospital stay ($p = 0.03$)	There were no significant differences between sexes. Men had greater toxicity because of greater chronic use of alcohol, greater doses and longer latency time.	Specific findings for male sex, particularly associated with alcohol intake and DSP with acetaminophen. Psychiatric diagnoses made according to clinical examination and not by means of structured instruments.
Heyerdahl et al., 2010 ²⁵	To investigate differences in psychosocial factors and referrals to follow-up among self-poisoned patients according to intention.	Age: 30 to 49 years; OR: 0.51 (95% CI 0.34-0.77) Immigrant from Asian countries, OR: 0.23 (95% CI 0.11-0.49) Living alone, OR: 2.21 (95% CI 1.12-4.37) Sick leave, OR: 0.30 (95% CI 0.15-0.61)	Considerable similarities in social deprivation, drug use, previous attempts and previous or current psychiatric treatment between groups of attempted suicide and appealing attempts. The drug or alcohol misuse group had no referral after discharge and seemed to be excluded from follow-up, although their risk is well known.	No validated instruments for assessment. Relevance of findings stress importance of physical examination. Drug and alcohol misusers (risk group) were not referred to treatment.
Ozdel et al., 2009 ²⁶	To examine the sociodemographic and clinical characteristics of a sample of 144 suicide attempters in an emergency clinic for suicide attempts.	Female sex: 75% Low educational level ($p = 0.05$) Low religious orientation ($p = 0.02$)	Suicide attempts were more frequent among internal immigrant women with a low educational level and low religious orientation; the main method was drug overdose, and the main cause, depression due to conflict within the family.	Low educational level was a risk factor of attempted suicides. No control group.
Payne et al., 2009 ²⁷	To identify factors that influence hospital readmission due to self-poisoning.	Risk factors for readmission: Previous psychiatric hospital admission (OR 2.85, $p < 0.01$) Personality disorder (OR 4.59, $p < 0.01$) Increased deprivation (quintile 3: OR 1.6, $p < 0.01$; quintile 5: OR 1.15, $p < 0.01$, compared with quintile 1) Taking medicines for chronic disease, drug dependency (OR 1.6 and 1.19, $p \leq 0.02$) Medication dependency (OR 1.6 and 1.19, $p \leq 0.02$) Use of antidepressants (compared with paracetamol) (OR 1.11, $p = 0.01$) Coingestion of three or more agents (OR 1.37, $p < 0.01$)	Younger age, greater deprivation (quintile), ingestion of certain groups of drugs or multiple drug types and previous hospital admission were risk factors for readmission due to self-poisoning.	The study did not provide an analysis of the effects of drug dependency on readmission rates, a factor that has been associated with recurrent self-harm. Study did not evaluate suicide intent.

(cont.)

Attempted suicide by poisoning - Pires et al.

Carter et al., 2007 ²⁴	To determine whether similar social and psychiatric factors are associated with suicide attempts in community and clinical settings, and whether magnitude of effect is greater in clinical populations.	Male individuals in the community: Anxiety disorder (OR = 3.30) Substance use disorders (OR = 2.88) Current unemployment (OR = 1.98) Female individuals in the community: Affective disorder (OR = 1.52) Anxiety disorder (OR = 3.13) Substance use disorders (OR = 2.44) Personality disorder (OR = 2.41) Current unemployment (OR = 1.40) Male patients in clinical setting: Affective disorder (OR = 16.23) Anxiety disorder (OR = 3.82) Substance use disorders (OR = 3.01) Current unemployment (OR = 4.42) Female individuals in clinical setting: Affective disorder (OR = 7.48) Anxiety disorder (OR = 3.67) Substance use disorders (OR = 6.88) Personality disorder (OR = 1.92) Current unemployment (OR = 3.70)	Magnitude of risk factors among clinical cases was equal to or greater than that among community cases.	The study suggests that public health interventions should be aimed at modifiable psychosocial factors, such as education, income and psychiatric treatment.
Kapur et al., 2006 ⁴	To determine the proportion of individuals that repeated suicide attempt within 12 months, to investigate timing of repetition and risk factors associated with repetition and their population impact.	Age > 54 years ($p < 0.01$) Widowed ($p < 0.01$) Current psychiatric treatment ($p < 0.01$) Psychiatric treatment more than 12 months before ($p < 0.01$) Alcohol use ($p < 0.01$) Childhood abuse ($p < 0.01$) Problems in relationships with friends ($p < 0.01$) Response to mental problems ($p < 0.01$) Index episode (premeditation) ($p < 0.01$) Attempt method (presence and suicidal behavior) (drowning or asphyxiation) ($p < 0.01$)	Risk factors for repetition of suicide attempt were: psychiatric treatment, being unemployed or registered sick, self-injury, alcohol misuse and reporting suicidal plans or hallucinations at the time of index episode. The combined population attributable fraction (an indicator of the potential population impact) for these variables was 65%.	Study was part of the Manchester and Salford Self-Harm Project (MASSH) at the University of Manchester. Study did not evaluate suicidal intent. Not all cases of repetition were included (patients seen in other hospitals); "Suicidal behavior" equal to "self-harm", both defined as an "act of intentional self-poisoning or injury irrespective of the apparent purpose of the act." This definition is similar to the terms "attempted suicide" and "parasuicide" used in several countries.

(cont.)

Carter et al., 2005 ¹⁸	To describe risk factors of referral to psychiatric hospitalization after hospitalization in general hospital due to self-poisoning in an Australian sample.	Age 25-34 (1.61:1.22-2.14) and 35 years or older (1.94:1.44-2.59) Divorced or separated (0.50:0.16-76) High school education (1.31:0.74-2.32) Homelessness (3.29:1.82-5.03) Unemployment (1.39:1.04-1.86) Self-injury (1.35:1.11-1.65) Psychiatric hospitalization within 12 months (2.65:2.06-3.35) Previous psychiatric treatment (1.92:1.54-2.40) Low to moderate suicidal ideation (4.97:3.83-6.43) Suicidal planning (39.72:23.05-54.33) Mood disorders (2.22:1.69-2.92) Adjustment disorder (0.83:0.49-1.41) Other attention disorders (0.85: 0.67-1.01) Schizophrenia and other psychotic disorders (4.68:3.00-7.30)	Psychiatric hospitalization referral after a suicide attempt is a complex decision that should take into consideration ideation, planning, psychiatric history and sociodemographic variables.	Analysis in a single geographic area; No structured instruments to evaluate ideation, planning and mental disorder.
Alaghbandan et al., 2005 ¹⁹	To examine epidemiology and factors associated with suicide attempts requiring hospitalization in the province of Newfoundland and Labrador.	Female sex when individuals in Labrador were compared with those in Newfoundland (p < 0.001) Younger age (15-24 years) when individuals in Labrador were compared with those in the island portion of the province (teen or young adult) (p < 0.001) Single status (p < 0.001) Less than 12 years of education (p < 0.001) Suicide attempt rates among single individuals in Labrador was higher than in Newfoundland (p = 0.001) Greater rates of mental disorder in Newfoundland (p < 0.001) Lower mean age at time of attempt in Labrador than in Newfoundland (p < 0.01) Women in Labrador were younger than in Newfoundland (p < 0.01) Both men and women were significantly younger in Labrador than in Newfoundland (p < 0.001)	Differences between suicide attempt rates in Newfoundland and Labrador probably reflect social, economic and cultural factors that cannot be fully evaluated in studies using secondary data.	Comparison between two samples (city and province).
Ichimura et al., 2005 ²⁰	To clarify characteristics of depression and measures to prevent suicide due to depression in comparison with other mental disorders.	Mean age between groups: 49.2 vs. 33.2 (p < 0.001) Female sex between groups: (p < 0.001) Divorce between groups: (p < 0.01) Other attempt methods: (p < 0.01) Less severe physical injury between groups: (p < 0.01) Older patients: (p < 0.001) Odds: 0.953 (0.933-0.934); Married or cohabiting: (p < 0.004) Odds: 0.351 (0.173-0.714) Methods other than poisoning: (p < 0.007) Odds: 0.161(0.043-0.601)	In this study, risk factors of patients with depression were different from those of patients that attempted suicide and similar to those of individuals that committed suicide.	Data analyzed in a single hospital; No semi-structured interviews were used to diagnose suicide attempts; No firm criterion to define injury severity.

(cont.)

Attempted suicide by poisoning - Pires et al.

Iokets et al., 2005 ⁴²	To determine differences of suicidal behavior between sexes and investigate factors associated with suicide attempts.	Female sex characterized by: Retired or economically inactive (OR = 2.38) Widowed (OR = 6.55) Divorced (OR = 1.64) Depression in personal history (OR = 1.27)	There are significant differences in risk factors of suicide attempts between men and women. These factors should be taken into consideration in treatment and prevention.	Data only from patients that received medication, and inclusion of patients with more than one attempt.
Douglas et al., 2004 ⁴³	To describe clinical and demographic characteristics of near-fatal suicide attempts (NFDH); To determine whether age and sex profile of NFDH cases is similar to that of cases of suicide; To describe clinical evaluation of NFDH group; To collect data about individuals in the NFDH group, including their views on prevention.	Risk factors in both groups: Not married: Odds: 1.63 (1.04-2.54) Wanted to die: Odds: 2.11 (1.40-3.18) Previous psychiatric treatment: Odds: 11.70 (1.17-2.46) Previous self-harm: Odds: 1.82 (1.24-2.66) Feeling depressed: Odds: 2.24 (1.36-3.68) Eating disorders: Odds: 1.69 (1.16-2.47)	NFDH cases are important clinical phenomena associated with indicators of high risk of suicide. Their study may contribute to suicide prevention.	Clinical conditions of patients prevented further questioning; NFDH definition was based on initial evaluations; Other NFDH definitions may be used. Suicidal intent was not evaluated. Cases of overdose, if excluded, might have changed results.
Carter et al., 2003 ⁴⁴	To explore the differences between a clinical sample of deliberate self-poisoning patients and a community sample that reported previous suicide attempts. To examine correlates of suicidal behavior in these groups compared with a community control group (CC) with no suicidal behavior.	In the clinical group: Female sex (OR = 5.7; CI = 1.7-19.4) Anxiety (OR = 7.4; CI = 2.2-25.1) Affective disorder (OR = 23.0; CI = 6.9-75.5) Substance use disorders (OR = 19.2; CI = 5.6-65.4) Mental health related disability (OR = 0.5; CI = 0.3-0.7) In the community group: Anxiety (OR = 9.4; CI = 1.7-52.6) Substance use disorders (OR = 3.0; CI = 1.1-8.7) Mental health related disability (OR = 0.5; CI = 0.4-0.7) Affective disorder (OR = 4.0; CI = 0.9-17.1)	Correlates of deliberate self-poisoning were usually more powerful in the clinical group, but had a similar pattern of psychiatric disorders and disability factors in both groups.	This study stresses the importance of analysis of modifiable risk factors and interventions based on them. According to authors, main limitation was the memory bias in the group that attempted suicide at any time in life.

Poisoning is globally accepted as the most common method of suicide attempt, which is confirmed by data reported by WHO and EURO.⁴⁵⁻⁴⁸

Table 2 describes the studies according to objectives, risk factors, main conclusions and comments. Although the studies had different objectives, they all described the characteristics or profiles of their samples.

Several explanations were provided for including sex as a risk factor, and one of them was its association with other risk factors, such as unemployment, which is an important social stressor, and marital conflicts⁵¹ and divorce,⁵² some of the typical stressors of life.

The greatest incidence of suicide attempts was found in the group of individuals 15 to 40 years old. Similar data were found in a multi-center study conducted in Switzerland, which reported that suicide attempts by poisoning were more common among teens and young adults.²⁶

A recent consensus statement, prepared in 2009 and published in 2010 by several specialists in the study of suicide and suicide attempts, stresses that suicide attempts by adolescents may be associated with suicide ideation or impulsivity, but suicide in this age group is rare when compared with rates for the elderly.³

The analysis of marital status revealed that it might be both a protective and a risk factor for suicide and suicide attempts,³² as this variable is strongly affected by associated factors. Family conflicts seem to be a trigger for suicide attempts even among married women.³⁴ Moreover, divorced and separated women had a rate of suicide twice as great as that for married women.³³

Data published by the American Psychiatric Association (APA)⁴⁵ have drawn attention to the importance of several social factors, as single people may have a limited kinship and social support network. Isolation may predispose to the triggering of events

associated with vulnerability and, consequently, possible suicide. Feelings of loneliness are associated with a greater risk of suicide attempts, and family and social support are, in general, protective factors.^{32,33}

Both unemployment and low educational level have been found to be significant risk factors of suicide attempts, as they are associated with social disadvantages that may pose a greater risk of suicidal behavior.³⁴

The data collected in this review support studies that found that psychiatric comorbidities, such as depression and generalized anxiety disorder, or depression and oppositional defiant disorder, increase the risk of suicide attempts, particularly among younger individuals.³⁷ Some studies found that the use of drugs and alcohol abuse were important risk factors.^{24,25}

Depression was one of the most relevant risk factors associated with suicide in almost all studies. This disease, taken by its own symptoms or together with other factors, usually involves physical and psychological distress, life terminality, social, economic and cultural problems, losses, abandonment, loneliness and family conflicts.³⁵ The powerful association between suicide and depression demands that greater attention should be paid to the diagnosis of this mental disorder,⁴¹ particularly in primary healthcare, and to the interventions designed to treat it, as important measures to prevent suicide.⁴²

Of all studies included in this review, only the one conducted by Yip et al. found that previous self-harm was a risk factor of repeated suicide attempt.²²

Conclusion

According to the results reported here, the main risk factors of suicide attempts by self-poisoning are female sex, age 15 to 40 years, single status, low educational level, unemployment, drug or alcohol abuse or addiction and psychiatric disorder, which is the most relevant factor.

Further investigations should be conducted, such as case-control studies to confirm current findings and identify new risk factors. Their results may contribute to planning interventions to prevent suicide attempts.

References

1. Bastos O. Comportamentos suicidas em uma unidade psiquiátrica de um hospital universitário [tese de licenciatura]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1975.
2. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental [on-line]. Campinas: OMS/OPAS/Unicamp; 2006. http://bvs.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf
3. Stengel E. Suicide and attempted suicide. Oxford, England: Penguin Books; 1964.
4. Kapur N, Casper J, King-Hale S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, et al. The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:1599-605.
5. Meyer RE, Seizman C, Youngstrom EA, Clayton M, Gendwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide—definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1040-6. Epub 2010 Jul 13.
6. Botega NJ, Marin-León L, Oliveira HB, Barros MB, Silva VF, Dalgalamondo P. [Prevalence of suicidal ideation, suicide plans, and attempted suicide: a population-based survey in Campinas, São Paulo State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2009;25:2637-8.
7. Rando DH, Volpe FM. Seasonal Variation of Suicide in the City of São Paulo, Brazil, 1995-2010. *Crisis*. 2013;35:5-9.
8. Bachner R. Informação sobre intoxicações e envenenamentos para a gestão do SUS: um panorama do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas - SINTOX. RECIIS: 2013;7. <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/767/1567>. Accessed 2013 Aug 13.
9. Vidal CE, Gonijo EC, Lima JA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica*. 2013;29:175-87.
10. Rapelli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27:265-9. Epub 2005 Dec 12.
11. Stefanello S, Cais CF, Meuro ML, Freitas GV, Botega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPREMISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30:139-43. Epub 2007 Dec 20.
12. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26:1365-72.
13. Marin-León L, Barros MB. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica*. 2003;37:357-63.
14. Viana GN, Zenkner FM, Sekse TM, Escobar BT. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57:38-43.
15. Daposta MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Umuarama e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estud Psicol (Campinas)*. 2005;22:425-31.
16. Côté A, Mergl R, Roeschfeld A, Althaus D, Niklewski G, Schmitzke A, et al. Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *J Affect Disord*. 2012;136:9-16. Epub 2011 Sep 19.
17. Melo MF, Melo AAF, Khan R. Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007.
18. Pires MC, Raposo MC, Pires M, Sourgey EB, Bastos Filho OC. Stressors and attempted suicide by poisoning: a sex comparison. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012;34:25-30.
19. Bortolotto ME, Bechmer R. Impacto das medicações nas intoxicações humanas no Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999;15:659-69.
20. Neto AC, Gauer GJC, Furtado NR. Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: Artmed; 2003.
21. Botega NJ, Bortolotto J, Bessa M, Hirsch L. Prevenção do suicídio. *Debates Psiquiatr Hoje*. 2010;1:14-6.
22. Oh SH, Park KM, Jeong SH, Kim HJ, Lee CC. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med*. 2011;29:908-12.
23. Gwini SM, Shaw D, Iqbal M, Spaight A, Sirwardena AN. Exploratory study of factors associated with adverse clinical features in patients presenting with non-fatal drug overdose/self-poisoning to the ambulance service. *Emerg Med J*. 2011;28:S32-4. Epub 2010 Sep 15.
24. Zyoud SH, Aweng R, Sulaiman SA, Al-Jabi SW. A cross-sectional observation of the factors associated with deliberate self-poisoning with acetaminophen: impact of gender differences and psychiatric intervention. *Hum Psychopharmacol*. 2010;25:500-6.
25. Pedli JW, Peukert AL, Joiner TE Jr, Rudd MD. Pilot sample of very early onset bipolar disorder in a military population: moderates the association of negative life events and non-fatal suicide attempt. *Bipolar Disord*. 2006;8:475-84.
26. Ravio M, Martin E, Pasca B, Stephanie C, Gabriela S, Marie K, et al. Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13759.
27. Williams-Johnson J, Williams E, Gossell-Williams M, Sawell CA, Abel WD, Whitehouse-Smith PA. Suicide attempt by self-poisoning: characteristics of suicide attempters seen at the Emergency Room at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Med J*. 2012;61:326-31.

29. Rendić M, Ignjatović Ristić D, Radovanović S, Kozlić S, Radević S. Sociodemographic and clinical characteristics of hospitalized patients after suicide attempt: a twenty-year retrospective study. *Med Glas (Zenica)*. 2012;9:350-5.
30. Lee CA, Choi SC, Jung KY, Cho SH, Lim KY, Park KS, et al. Characteristics of patients who visit the emergency department with self-inflicted injury. *J Korean Med Sci*. 2012;27:307-12. Epub 2012 Feb 23.
31. Turhan F, Inandi T, Aslan M, Zeren C. Epidemiology of attempted suicide in Hatay, Turkey. *Neurosciences (Riyadh)*. 2011;16:347-52.
32. García-Rábago H, Sahagún-Flares JF, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Trada-Vargas JC, González-Gómez JG. Factores de riesgo, asociados a la intente de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Rev Salud Pública*. 2010;12:715-21.
33. Yip PS, Hewson K, Liu K, Liu KS, Ng PW, Kam PM, et al. A study of deliberate self-harm and its repetition among patients presenting to an emergency department. *Crisis*. 2011;32:217-24.
34. Rezaei L, Khazalei H, Salehmani A, Schwabedissen DC. Is self-immolation a distinct method for suicide? A comparison of Iranian patients attempting suicide by self-immolation and by poisoning. *Burns*. 2011;37:159-63. Epub 2010 Aug 13.
35. Chowdhury AN, Banerjee S, Dutt A, Das S, Sarker P, Bhuiyan MK, et al. A prospective study of suicidal behaviour in Sundarban Delta, West Bengal, India. *Ind Med J India*. 2010;23:201-5.
36. Heyerdahl E, Bjoraaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nare AK, Ekeberg O, et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. *Br J Psychiatry*. 2009;194:73-9.
37. Özdeğir C, Varma G, Atsedi FC, Ouzhanoglu NK, Karadağ F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. *Crisis*. 2009;30:90-3.
38. Payne RA, Oliver JJ, Bain M, Elders A, Raleman DN. Patterns and predictors of re-admission to hospital with self-poisoning in Scotland. *Public Health*. 2009;123:134-7. Epub 2009 Jan 30.
39. Carter GL, Child C, Page A, Clover K, Taylor R. Modifiable risk factors for attempted suicide in Australian clinical and community samples. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37:671-80.
40. Carter GL, Sfranko J, Lewis TJ, Whyte TM, Bryant J. Psychiatric hospitalization after deliberate self-poisoning. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36:213-22.
41. Alaghebandan R, Gates KD, MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador, 1998-2000. *Can J Psychiatry*. 2005;50:762-8.
42. Ichimura A, Matsumoto H, Aoki T, Andoh H, Yano H, Nakagawa Y, et al. Characteristics of suicide attempters with depressive disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;59:590-4.
43. Fekete S, Voros V, Osvath B. Gender differences in suicide attempts in Hungary: retrospective epidemiological study. *Croat Med J*. 2005;45:288-93.
44. Douglas J, Cooper J, Ames T, Webb R, Guthrie E, Appleby L. "Near-fatal" deliberate self-harm: characteristics, prevention and implications for the prevention of suicide. *J Affect Disord*. 2009;119:263-8.
45. Carter GL, Issakidis C, Clover K. Correlates of youth suicide attempters in Australian community and clinical samples. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37:286-93.
46. Associação AP. *Diversitas para o tratamento de transtornos psiquiátricos-Compêndio 2006*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
47. Ellis H. Fatores de impacto de publicações psiquiátricas e produtividade científica. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21:231-6.
48. Arantes-Gonçalves F, Coelho R. A procura de marcadores biológicos no comportamento suicidário. *Acta Med Port*. 2008;21:89-98.
49. Schmidtke A, Billa-Brahe U, Delan D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1980-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;92:327-38.
50. Bogdanovici I, Jiang GX, Lohr C, Schmidtke A, Mittenhofer-Rutz E. Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:1103-14. Epub 2010 Sep 5.
51. Ginnell D, Edleston M. Suicide by intentional ingestion of pesticides: a continuing tragedy in developing countries. *Int J Epidemiol*. 2003;32:902-9.
52. Mars RW. *Social forces in urban suicide*. Dorsey Press; 1969.
53. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*. 2003;160:765-72.
54. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2002;159:909-16.
55. Rock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30:133-54. Epub 2008 Jul 24.
56. Minayo MC, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:753-7.
57. Beeston D. Partnership CSI, Ageing Cf. Mental Health Su. Older People and Suicide. Centre for Ageing and Mental Health, Staffordshire University; 2006.

Correspondence:

Maria Cláudia de Cruz Pires
Universidade Federal de Pernambuco
Rua das Pernambucanas, 282, sala 305, Gracías
52011-010 - Recife, PE - Brazil
Tel./Fax: +55 (81) 9469.4387
E-mail: claudiacpires@iglobo.com

APÊNDICE G- Questionário de Dados Sócio demográficos

Número de identificação_____

1. Qual a sua idade?

() 15 () 16 () 17 () 18 () 19

2. Sexo?

() Masculino () Feminino

3. Você tem irmãos? () Sim () Não

Se **NÃO**; passe para o item 5;

Se **SIM**;

4. Que lugar você ocupa com relação aos irmãos?

() É o (a) filho (a) caçula () É o (a) mais velho (a) () É intermediário (do meio)

5. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

APÊNDICE H- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para maiores de 18 anos ou emancipados

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

(APÊNDICE E)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) você para participar como voluntário (a) do estudo intitulado: "Fatores associados ao comportamento suicida" que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Tatiana de Paula Santana da Silva**, Endereço: Rua doutor Sebastião do Amaral nº 496 pau amarelo (PE) - CEP: 53310-460 Fone: (81) 84744373 / e-mail: tatianapss2@gmail.com e está sob a orientação de: Dr. Everton Botelho Sougey. Telefones para contato: (2126-8539), e-mail: posneuro@ufpe.br.

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que você tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Neste estudo pretendemos avaliar por meio de questionários a presença de pensamentos que posso ter sobre a morte. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é tentar compreender se os adolescentes pensam muito ou pouco sobre a morte e sabendo disso tentar ajudá-los a reduzir estes pensamentos. Para este estudo você responderá a algumas perguntas sobre sua renda familiar, sobre sua família, local de moradia, escolaridade dos pais, quantidade de cômodos na casa e angústias e pensamentos que você teve ou tem sobre a morte angústias e pensamentos que o você teve ou tem sobre a morte.
- Sua participação terá início a partir do momento que aceitar participar da pesquisa e logo depois de responder as perguntas (que pode durar em média 10 minutos) você já será liberado assim que terminar de responder as perguntas, encerrando assim sua participação na pesquisa. A pesquisa só será iniciada após a autorização da direção da escola, em uma sala reservada da escola.
- Os riscos estão ligados a algum constrangimento que você possa ter para responder aos questionários, sendo essa possibilidade pequena e amenizada pelo fato de as perguntas serem feitas em local reservado sem que outras pessoas possam ver ou ouvir suas respostas.
- O principal benefício desta pesquisa é a identificação de sinais de tristeza e angústias que podem levar a desejos de morte, se isso for detectado ou você receberá orientações da pesquisadora responsável e será orientado para que procure o serviço de saúde público mais próximo de sua residência. Ainda como benefícios diretos a referida pesquisa pode trazer o participante realizar uma reflexão direta sobre desejos de morte e diante disto fazer com que o mesmo minimize estes pensamentos ao pensar e refletir sobre este tema.
- A pesquisa ainda traz mais benefícios como apresentar dados que possibilitem futuramente a criação de estratégias e medidas para tentar ajudar os jovens a reduzir seus pensamentos sobre morte.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Tatiana de Paula Santana da Silva, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

Você não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo "Análise do risco de suicídio em adolescentes através da escala do risco de suicídio de Columbia (C-SSRS) e correlações com sintomas de transtornos mentais comuns e risco familiar" como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do Participante _____

Impressão digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Nome:

Assinatura:

Assinatura:

APÊNDICE I- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para menores de 18 anos

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MENORES DE 12 A 18 ANOS - Resolução 466/12)

(APÊNDICE F)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MENORES DE 12 A 18 ANOS - Resolução 466/12)

OBS: Este Termo de Assentimento do menor de 12 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) do estudo intitulado: "Fatores associados ao comportamento suicida", que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Tatiana de Paula Santana da Silva**, Endereço: Rua doutor Sebastião do Amaral nº 496 pau amarelo (PE) - CEP: 53310-460 Fone: (81) 84744373 / e-mail: tatianapss2@gmail.com e está sob a orientação de: Dr. Everton Botelho Sougey. Telefones para contato: (2126-8539), e-mail: posneuro@ufpe.br.

Este documento se chama Termo de Assentimento e pode conter algumas palavras que você não entenda. Se tiver alguma dúvida, pode perguntar à pessoa a quem está lhe entrevistando, para compreender tudo o que vai acontecer. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Queremos saber se os adolescentes pensam muito ou pouco sobre a morte. Os adolescentes que participarão dessa pesquisa têm de 15 a 19 anos de idade. A pesquisa será feita em escolas mediante autorização da diretoria das escolas e em uma sala reservada, onde os adolescentes responderão a algumas perguntas sobre se já pensaram ou pensam muito em morte. Para isso, serão usados alguns questionários que tem algumas perguntas sobre sua renda familiar, sobre sua família, local de moradia, escolaridade dos pais, quantidade de cômodos na casa e angústias e pensamentos que você teve ou tem sobre a morte angústias e pensamentos que o você teve ou tem sobre a morte. A pesquisa só será iniciada após a autorização da direção da escola, em uma sala reservada da escola. O uso dos questionários é considerado (a) seguro (a), mas é possível que você fique constrangido em responder as perguntas ou ter vergonha de responder as perguntas. Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones informados acima. Mas há coisas boas que podem acontecer como a identificação de sinais de tristeza e angústias que podem levar a desejos de morte, se isso for detectado o adolescente receberá orientações da pesquisadora responsável para que procure o serviço de saúde público mais próximo de sua residência. A pesquisa ainda traz mais benefícios como apresentar dados que possibilitem futuramente a criação de estratégias e medidas para tentar ajudar os jovens a reduzir seus pensamentos sobre morte.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos fornecer. Os resultados da pesquisa serão publicados apenas em eventos ou publicações científica, mas sem identificar os adolescentes que participaram da pesquisa. Todos os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Tatiana de Paula Santana da Silva, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa. Se você morar longe da escola, nós daremos a seus pais dinheiro suficiente para transporte, para também acompanhar a pesquisa.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Análise do risco de suicídio em adolescentes através da escala do risco de suicídio de Columbia (C-SSRS) e correlações com sintomas de transtornos mentais comuns e risco familiar", como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data _____

Assinatura do(a) Menor _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Nome:

Assinatura:

Assinatura:

APÊNDICE J- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) para responsável legal pelo menor de 18 anos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)

(APÊNDICE G)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) {ou participante que está sob sua responsabilidade} para participar, como voluntário (a), do estudo intitulado:“Fatores associados ao comportamento suicida”que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Tatiana de Paula Santana da silva**, Endereço: Rua doutor Sebastião do Amaral nº 496 pau amarelo (PE) - CEP: 53310-460 Fone: (81) 84744373 / e-mail: tatianapss2@gmail.com e está sob a orientação de: Dr. Everton Botelho Sougey. Telefones para contato: (2126-8539), e-mail:posneuro@ufpe.br.

Este documento se chama Termo de Consentimento e pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe solicitando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido(a) sobre tudo que será feito. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que o (a) menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa nem o (a) Sr.(a) nem o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade serão penalizados (as) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da participação do (a) menor a qualquer tempo, sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Neste estudo pretendemos avaliar por meio de questionários a presença de pensamentos que posso ter sobre a morte. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é tentar compreender se os adolescentes pensam muito ou pouco sobre a morte e sabendo disso tentar ajudá-los a reduzir estes pensamentos. Para este estudo o adolescente responderá a algumas perguntas sobre sua renda familiar, sobre sua família, local de moradia, escolaridade dos pais, quantidade de cômodos na casa e angústias e pensamentos que o você teve ou tem sobre a morte.
- A participação do adolescente terá início a partir do momento que aceitar participar da pesquisa e logo depois de responder as perguntas (que pode durar em média 10 minutos) o adolescente já será liberado assim que terminar de responder as perguntas, encerrando assim sua participação na pesquisa. A pesquisa só será iniciada após a autorização da direção da escola, em uma sala reservada da escola.
- Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o adolescente possa ter para responder aos questionários, sendo essa possibilidade pequena e amenizada pelo fato de as perguntas serem feitas em local reservado sem que outras pessoas possam ver ou ouvir suas respostas.
- O principal benefício desta pesquisa é a identificação de sinais de tristeza e angústias que podem levar a desejos de morte, se isso for detectado ou o adolescente juntamente com seus pais ou responsáveis legais receberão orientações da pesquisadora responsável para que procurem o serviço de saúde público mais próximo de sua residência. Ainda como benefícios diretos a referida pesquisa pode trazer o participante realizar uma reflexão direta sobre desejos de morte e diante disto fazer com que o mesmo minimize estes pensamentos ao pensar e refletir sobre este tema.

- A pesquisa ainda traz mais benefícios como apresentar dados que possibilitem futuramente a criação de estratégias e medidas para tentar ajudar os jovens a reduzir seus pensamentos sobre morte.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Tatiana de Paula Santana da Silva, no endereço acima informado, pelo período de (mínimo 5 anos).

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600. Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo "Análise do risco de suicídio em adolescentes através da escala do risco de suicídio de Columbia (C-SSRS) e correlações com sintomas de transtornos mentais comuns e risco familiar", como voluntário(a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

Impressão digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Nome:

Assinatura:

Assinatura:

ANEXO A- Parecer de aceite para publicação do artigo Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral: Revisão integrativa da literatura

30/11/2016

Gmail - [SPAM] [RBPS] Decisão editorial



Tati Silva <tatianapss2@gmail.com>

[SPAM] [RBPS] Decisão editorial

1 mensagem

Edson Theodoro dos Santos Neto <ojsadmin@periodicos.ufes.br>
Responder a: Maria Christina Thomé Pacheco <christp@terra.com.br>
Para: Sra Tatiana de Paula Santana Silva <tatianapss2@gmail.com>
Cc: Everton Botelho Sougey <evertonbs@yahoo.com>

14 de setembro de 2016 22:10

Prezada autora Tatiana de Paula Santana Silva e demais autores,

Tenho o prazer de informar que foi tomada uma decisão sobre o artigo submetido à revista Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, "Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral: Revisão integrativa da literatura".

A decisão é: o manuscrito foi aceito para publicação na Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS).

Solicito aguardar o contato da Equipe Editorial para que os demais trâmites sejam realizados.

Atenciosamente,

Maria Christina Thomé Pacheco
Editora Científica RBPS
Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória
christp@terra.com.br

Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde
<http://publicacoes.ufes.br/index.php/RBPS>

Anexo B - Classificação Econômica Brasil – CCEB (2013)

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

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

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

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1

		2
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	
		4
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	
		8
Superior completo	Superior Completo	

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ANEXO C- Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

SRQ-20

O (A) sr.(a) teve algum destes problemas nos últimos 30 dias?

	Não	Sim
01. Tem dores de cabeça freqüentes?	0	1
02. Tem falta de apetite?	0	1
03. Dorme mal?	0	1
04. Assusta-se com facilidade?	0	1
05. Tem tremores nas mãos?	0	1
06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado?	0	1
07. Tem má digestão?	0	1
08. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0	1
09. Tem se sentido triste ultimamente?	0	1
10. Tem chorado mais que de costume?	0	1
11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	0	1
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	0	1
13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento)?	0	1
14. É incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida?	0	1
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0	1
16. Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	0	1
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	0	1
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0	1
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0	1
20. Cansa-se com facilidade?	0	1

ANEXO D-Escala de avaliação do risco de suicídio de Columbia (C-SSRS)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO DE COLUMBIA (C-SSRS)			
IDEAÇÃO SUICIDA			
<i>Faça as perguntas 1 e 2. Se as respostas para ambas forem negativas, passe para a seção "Comportamento Suicida". Se a resposta para a pergunta 2 for "sim", faça as perguntas 3, 4 e 5. Se a resposta para a pergunta 1 ou 2 for "sim", preencha a seção abaixo "Intensidade da ideação".</i>		Antes de ingressar no estudo:	Desde o início do estudo:
1. Você desejou estar morto/a ou desejou poder dormir e nunca mais acordar? Caso sim, descreva: Desejo de estar morto/a(O/A paciente confirma ter pensamentos sobre o desejo de estar morto/a ou de não mais viver ou desejar dormir e nunca mais acordar.		Sim Não	Sim Não
2. Você já pensou realmente em se matar? Caso sim, descreva: Pensamentos suicidas ativos não-específicos (Pensamentos suicidas não-específicos de querer pôr fim à vida / cometer suicídio (p. ex., "Eu pensei em me matar") sem ideia sobre como se matar / métodos associados, intenções ou planos durante o período de avaliação.		Sim Não	Sim Não
3. Você tem pensado em como poderia fazer isso? Caso sim, descreva: Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir(O/A paciente confirma pensamentos de suicídio e já pensou em pelo menos um método durante o período de avaliação. Isto difere de um plano específico com elaboração de detalhes de hora, lugar ou método (i.e. pensou no método de se matar, porém sem um plano específico). Inclui pessoas que diriam, "Eu pensei em tomar uma overdose de remédio, mas nunca fiz um plano específico de quando, onde ou como eu o realizaria....e eu nunca levaria isso adiante".		Sim Não	Sim Não
4. Você teve esses pensamentos e teve alguma intenção de colocá-los em prática? Caso sim, descreva: Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico(Pensamentos suicidas ativos de se matar e o/a paciente relata ter alguma intenção de pôr esses pensamentos em prática, ao invés de "Eu tenho pensamentos mas eu, com certeza, não os levarei adiante".		Sim Não	Sim Não
5. Você já começou a elaborar ou já elaborou os detalhes de como se matar? Você pretende executar esse plano? Caso sim, descreva: Ideação suicida ativa com plano específico e intenção(Pensamentos sobre se matar com detalhes do plano, totalmente ou parcialmente elaborados e o/a paciente tem alguma intenção de executá-lo.		Sim Não	Sim Não
INTENSIDADE DA IDEAÇÃO			
Em que momento que você estava sentindo mais vontade de se matar? Antes de ingressar no estudo - Ideação mais intensa: Tipo nº (1-5) Descrição da Ideação Desde o início do estudo - Ideação mais intensa: Tipo nº (1-5) Descrição da Ideação As seguintes características devem ser avaliadas levando em consideração o tipo de ideação mais intenso (i.e. os itens 1 a 5 da seção anterior, sendo 1 o menos intenso e 5 o mais intenso). No que se refere a antes de ingressar no estudo, pergunte o momento em que ele / ela estava se sentindo com maior tendência suicida.		Mais intensa	Mais intensa
Quantas vezes você teve esses pensamentos? Frequência (1) Menos de uma vez por dia por semana (2) Uma vez por semana (3) 2-5 vezes por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias (5) Muitas vezes		—	
Quando você tem esses pensamentos, quanto tempo eles duram? Duração (1) Passagens - alguns segundos ou minutos (2) Menos de 1 hora / algum tempo (3) 1-4 horas / muito tempo (4) 4-8 horas / a maior parte do dia (5) Mais de 8 horas / persistentes ou contínuos			
Você pôde / pode parar de pensar em se matar ou de querer morrer se você quisesse / quiser? Controlabilidade (1) É capaz de controlar os pensamentos facilmente (2) Pode controlar os pensamentos com pouca dificuldade (3) Pode controlar os pensamentos com alguma dificuldade (4) Pode controlar os pensamentos com muita dificuldade (5) É incapaz de controlar os pensamentos (6) Não tenta controlar os pensamentos			
Há coisas – algo ou alguém (i.e. família, religião, dor da morte) – que o/a impediram de querer morrer ou de colocar em ação sua ideia de cometer suicídio? Razões para não cometer suicídio (1) Essas razões, com certeza, o/a impediram de cometer suicídio (2) Essas razões, provavelmente, o/a impediram (3) Não tem certeza de que essas razões o/a impediram (4) Essas razões, provavelmente, não o/a impediram (5) Essas razões, com certeza, não o/a impediram (6) Não se aplica ao seu caso			
Que tipo de razão você teve para pensar em querer morrer ou se matar? Foi para acabar com o sofrimento? Para pôr fim à maneira como você estava se sentindo?(em outras palavras, você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo) Foi para chamar a atenção, se vingar, ou provocar a reação de outras pessoas? Ou ambos? Razões para ideação (1) Com certeza para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas. (2) Sobretudo para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas. (3) Tanto para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas como para acabar com o sofrimento. (4) Sobretudo para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo). (5) Com certeza para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo). (6) Não se aplica ao seu caso		—	—
COMPORTAMENTO SUICIDA			
(Marque um "X" em todos os itens que se aplicam, caso sejam eventos distintos. É necessário perguntar sobre todos os tipos de comportamento suicida.)		Antes de ingressar no estudo	Desde o início do estudo

Você cometeu uma tentativa de suicídio? Você fez alguma coisa para se ferir? Caso sim, descreva: Tentativa efetiva: (Um ato potencialmente autolesivo cometido com ao menos algum desejo de morrer, como resultado da ação. O comportamento foi, em parte, pensado como um método para se matar. A intenção não precisa ser de 100%. Se existe qualquer intenção / desejo de morrer associado ao ato, este pode ser considerado como uma tentativa de suicídio efetiva. Não é necessário haver qualquer lesão ou ferimento, apenas um potencial para lesionar ou ferir. Se a pessoa puxa o gatilho com a arma na boca mas a arma está quebrada, e então não resulta em lesões, este ato é considerado como uma tentativa. Inferindo intenção: Mesmo que a pessoa negue a intenção / o desejo de morrer, esta deve ser inferida clinicamente a partir do comportamento ou das circunstâncias. Por exemplo, a única intenção que se pode inferir de um ato altamente letal que, obviamente, não é um acidente, é a intenção de suicídio (i.e. tiro na cabeça, pular da janela de um andar alto). Também se deve inferir intenção de morrer, se alguém nega esta intenção, mas pensa que o que fez poderia ser letal. Você fez alguma coisa perigosa que poderia ter matado você? O que você fez? Você _____ como uma maneira de pôr fim à sua vida? Você queria morrer (nem que fosse só um pouquinho) quando você _____? Você estava tentando pôr um fim à sua vida quando você _____? Ou Você pensou que era possível ter morrido com _____? Ou você fez isso unicamente por outras razões / sem QUALQUER intenção de se matar (como para aliviar o estresse, sentir-se melhor, ganhar simpatia, ou para fazer qualquer outra coisa acontecer)? (Comportamento autolesivo sem intenção suicida) O/A paciente se engajou em um comportamento autolesivo não suicida?	Sim Não Nº total de tentativas efetivas Sim Não	Sim Não Nº total de tentativas efetivas Sim Não	
Houve alguma vez em que começou a fazer alguma coisa para pôr fim à sua vida, mas alguém ou alguma coisa o/a impediu antes que você realmente fizesse algo? Caso sim, descreva: Tentativa interrompida: (Quando a pessoa é impedida (por uma circunstância externa) de iniciar o ato potencialmente autolesivo (se não fosse por isso, uma tentativa efetiva teria ocorrido). Overdose: A pessoa tem pílulas na mão, mas é impedida de ingeri-las. Uma vez que ela tenha ingerido qualquer quantidade de pílulas, o ato se torna uma tentativa e não uma tentativa interrompida. Tiro: a pessoa tem uma arma apontada para si, a arma é retirada por outra pessoa ou de alguma forma ela é impedida de puxar o gatilho. Uma vez que ela puxar o gatilho, mesmo que a arma não dispare é considerado como uma tentativa. Pular: A pessoa está pronta para pular, é agarrada e retirada da beirada. Enforcamento: A pessoa tem um laço em torno do pescoço, mas ainda não começou a se enforcar – é impedida de fazer isso.)	Sim Não Nº total de tentativas interrompidas	Sim Não Nº total de tentativas interrompidas	
Houve alguma vez em que você começou a fazer alguma coisa para tentar pôr fim à sua vida, mas você mesmo/a parou antes de efetuar a ação? Caso sim, descreva: Tentativa abortada: Quando a pessoa começa a dar os primeiros passos em direção a uma tentativa de suicídio, mas pára antes de realmente se engajar em qualquer comportamento autodestrutivo. Os exemplos são parecidos com os de tentativas interrompidas, exceto pelo fato da pessoa parar sozinha, em vez de ser parada por alguma outra coisa.	Sim Não Nº total de tentativas abortadas	Sim Não Nº total de tentativas abortadas	
Você deu algum passo em direção a cometer uma tentativa de suicídio ou a preparar-se para se matar (tal como reunir pílulas, adquirir uma arma, dar pertences de valor ou escrever um bilhete suicida)? Caso sim, descreva: Atos ou comportamentos preparatórios: Atos ou preparação tendo em vista uma tentativa de suicídio iminente. Isso pode incluir qualquer coisa além de uma verbalização ou pensamento, tal como planejar um método específico (i.e. comprar pílulas, adquirir uma arma) ou preparar-se para a morte por suicídio (i.e. desfazer-se de coisas, escrever um bilhete suicida).	Sim Não	Sim Não	
Comportamento suicida: Presença de comportamento suicida durante o período de avaliação.	Sim Não	Sim Não	
Suicídio consumado:	Sim Não	Sim Não	
Responder somente para tentativas efetivas Letalidade efetiva / Danos físicos: 0. Ausência de danos físicos ou danos físicos muito leves (escoriações superficiais). 1. Danos físicos leves (i.e. letargia da fala, queimaduras de primeiro grau, sangramentos leves, entorses). 2. Danos físicos moderados: necessidade de cuidados médicos (i.e. consciente, porém sonolento/a, um tanto responsivo/a, queimaduras de segundo grau, sangramento de vasos importantes). 3. Danos físicos relativamente graves; necessidade de hospitalização e provavelmente de cuidados intensivos (i.e. coma com reflexos intactos, queimaduras de terceiro grau em menos de 20% do corpo, perda excessiva de sangue, porém recuperável, fraturas extensas). 4. Danos físicos graves; necessidade de hospitalização com cuidados intensivos (i.e. coma sem reflexos, queimaduras de terceiro grau em mais de 20% do corpo, perda excessiva de sangue com sinais vitais instáveis, dano maior a regiões vitais). 5. Morte Letalidade potencial: Responder somente se letalidade efetiva=0 Letalidade provável da tentativa efetiva mesmo se não houve nenhum dano físico (os exemplos a seguir, apesar de não apresentarem dano físico efetivo, têm um potencial de letalidade muito elevado: colocou a arma na boca e puxou o gatilho, mas a arma não disparou e por isso não houve dano físico; deitou no trilho do trem com este se aproximando, mas saiu do trilho antes do trem passar). 0 = Comportamento sem probabilidade de acarretar lesão 1 = Comportamento com probabilidade de acarretar lesão, mas não de causar morte 2 = Comportamento com probabilidade de acarretar morte apesar da existência de assistência médica	Data da tentativa mais recente: Enter Code	Data da tentativa mais letal: Enter Code	Data da tentativa: Enter Code

ANEXO E- Escala de avaliação da coesão e flexibilidade familiar (FACES III)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E FLEXIBILIDADE FAMILIAR (FACES III)

I – IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

NUMERO DO FORMULÁRIO: _____ DATA: ____/____/____

1 - Quase nunca; 2 - Raramente; 3 - As vezes; 4 – Frequentemente; 5 - Quase sempre

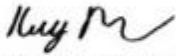
DESCREVA SUA FAMÍLIA ATUALMENTE:

- ☐ 1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
- ☐ 2. Seguem-se as sugestões dos filhos na solução de problemas.
- ☐ 3. Aprovamos os amigos que cada um tem.
- ☐ 4. Os filhos expressam sua opinião quanto a sua disciplina.
- ☐ 5. Gostamos de fazer coisas apenas com nossa família.
- ☐ 6. Diferentes pessoas da família atuam nela como líderes.
- ☐ 7. Os membros da família sentem-se mais próximos entre si que com pessoas estranhas à família.
- ☐ 8. Em nossa família mudamos a forma de executar as tarefas domésticas.
- ☐ 9. Os membros da família gostam de passar o tempo livre juntos.
- ☐ 10. Pai(s) e filhos discutem juntos os castigos.
- ☐ 11. Os membros da família se sentem muito próximos uns dos outros.
- ☐ 12. Os filhos tomam as decisões em nossa família.
- ☐ 13. Estamos todos presentes quando compartilhamos atividades em nossa família.
- ☐ 14. As regras mudam em nossa família.
- ☐ 15. Facilmente nos ocorrem coisas que podemos fazer juntos, em família.
- ☐ 16. Em nossa família fazemos rodízio das responsabilidades domésticas.
- ☐ 17. Os membros da família consultam outras pessoas da família para tomarem suas decisões.
- ☐ 18. É difícil identificar o(s) líder (es) em nossa família.
- ☐ 19. A união familiar é muito importante.
- ☐ 20. É difícil dizer quem faz cada tarefa doméstica em nossa casa.

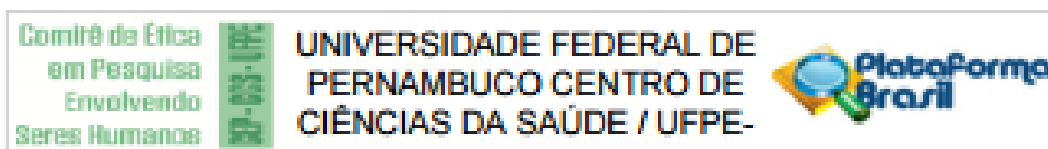
POR FAVOR, INDIQUE SEU LUGAR NA FAMÍLIA:

MÃE ____ PAI ____ FILHO ____ (LEMBRE QUE O FILHO MAIS VELHO CORRESPONDE AO Nº 1)

ANEXO F – Certificado do treinamento virtual de calibração para aplicação da Escala para a função, conforme preconizado pelo autor idealizador da escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia (C-SSRS)

<u>Certificado de conclusão</u> Tatiana silva Foi concluída com êxito RFMH-A001 - Treinamento de administração para o suicídio Columbia Gravidade Rating Scale (C-SSRS) Screener Version1 Este vídeo de treinamento pelo Dr. Kelly Posner vai treinar espectadores para administrar o suicídio Columbia Gravidade Rating Scale (C-SSRS) Screener Version. NÃO É DESTINADO AO USO DE PESQUISA CLÍNICA " 10/04/2014.  Kelly Posner, Ph.D. Trainer Director, Center for Suicide Risk Assessment
--

ANEXO G – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-CCS/UFPE)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIAS E FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO SUICIDA EM ADOLESCENTES

Pesquisador: TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 26040713.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.853.249

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa em epígrafe visando solicitar a mudança de título.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar fatores relacionados e a prevalência para ideação e tentativa de suicídio entre adolescentes de escolas públicas através da escala de avaliação do risco de suicídio de Columbia (C-SSRS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco em participar da pesquisa é considerado mínimo relacionado a algum Constrangimento que os participantes possam ter ao responder aos questionários.

Como benefício direto aos participantes da pesquisa, a pesquisadora afirma que se for detectado sinais de tristeza e angústias que podem levar a desejos de morte, o voluntário receberá orientações da pesquisadora responsável e será orientado para que procure o serviço de saúde público mais próximo de sua residência.

Ela ainda indica outros benefícios diretos que a referida pesquisa pode trazer: o participante realizar uma reflexão direta sobre desejos de morte e, ante a possibilidade do adolescente em responder uma entrevista com uso de um gravador de voz, e falando sobre aspectos que envolvem percepção e sentimentos. Nesta situação a entrevista será interrompida, sendo garantido que as informações fornecidas serão

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.863.319

confidenciais e somente a pesquisadora responsável tomará conhecimento delas. Após as falas gravadas serem transcritas e o material das gravações será apagado. A transcrição e os dados serão mantidos no computador pessoal da pesquisadora responsável pelo prazo de 5 anos. O nome dos adolescentes não será divulgado e não será identificado de nenhuma forma, inclusive no momento da divulgação dos resultados da pesquisa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nenhum.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_842798 E2.pdf	13/12/2016 07:24:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_apendice_D_NOVO.docx	13/12/2016 07:20:59	TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_apendice_B_NOVO.docx	13/12/2016 07:20:47	TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_apendice_c_NOVO.docx	13/12/2016 07:20:36	TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DE_EMENDA.docx	13/12/2016 07:18:28	TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO_DETALHADO.docx	13/12/2016	TATIANA DE PAULA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos 20-03-196	UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
---	--	---

Continuação do Parecer: 1.863.346

/ Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	07:16:28	SANTANA DA SILVA	Acelto
Folha de Rosto	plataforma.jpg	03/03/2015 15:09:39		Acelto
Outros	CARTA DE RESPOSTA.docx	06/03/2014 12:35:06		Acelto
Outros	carta gre norte.pdf	13/12/2013 10:43:18		Acelto
Outros	carta gre sul.pdf	13/12/2013 10:43:00		Acelto
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Tatiana de Paula Santana da Silva).pdf	11/12/2013 09:13:43		Acelto
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Everton Botelho Sougey).pdf	11/12/2013 09:13:26		Acelto
Outros	Escala de Ideação suicida de Beck_anexo D.docx	11/12/2013 09:12:42		Acelto
Outros	Escala de Avaliação do Risco de Suicídio de Columbia_anexo C.docx	11/12/2013 09:12:28		Acelto
Outros	SRQ_anexo B.docx	11/12/2013 09:12:16		Acelto
Outros	Questionário CCEB_anexo A.docx	11/12/2013 09:12:03		Acelto
Outros	Lista das escolas sorteadas por Gerencia Regional de Ensino_apendice E.docx	11/12/2013 09:11:41		Acelto
Outros	Questionário de Dados Socioeconômicos e Demográficos_apendice A.docx	11/12/2013 09:10:18		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 13 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Gisele Cristina Sosa da Silva Pinho
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cspccs@ufpe.br