UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Marília Suzi Pereira dos Santos

ESTUDO DE PENSAMENTOS ASSOCIADOS À IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES: FATORES DE VULNERABILIDADE EM ESCOLARES DA CIDADE DO RECIFE

Recife, 2017.

MARÍLIA SUZI PEREIRA DOS SANTOS

ESTUDO DE PENSAMENTOS ASSOCIADOS À IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES: FATORES DE VULNERABILIDADE EM ESCOLARES DA CIDADE DO RECIFE

Tese apresentada ao programa de pós-graduação em neuropsiquiatria e ciências do comportamento, elaborada pela aluna Marilia Pereira sob orientação do professor Dr. Everton Botelho Sougey como requisito parcial para obtenção do título de doutora.

Recife, 2017.

Catalogação na fonte:
Bibliotecária Liliane Campos Gonzaga de Noronha, CRB4-1702

S237e Santos, Marília Suzi Pereira dos.
Estudo de pensamentos associados à ideação suicida em adolescente : fatores de vulnerabilidade em escolares da cidade do Recife / Marília Suzi Pereira dos Santos. – Recife, 2017.
97 f. : il., tab.

Orientador: Everton Botelho Sougey
Tese (doutorado) – UFPE. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife,2017.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Neuropsiquiatria. 2. Ideação suicida. 3. Suicídio. 4. Pensamento. 5. Adolescente. I. Sougey, Everton Botelho. II. Título

616.8 CDD (22.ed.) UFPE (BC2017/002)

MARÍLIA SUZI PEREIRA DOS SANTOS

ESTUDO DE PENSAMENTOS ASSOCIADOS À IDEAÇÃO SUICIDA EM ADOLESCENTES: FATORES DE VULNERABILIDADE EM ESCOLARES DA CIDADE DO RECIFE.

TESE APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA.

APROVADA EM: 08/03/2017.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sandra Lopes de Souza
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes
Universidade Federal de Pernambuco – CAV

Profa. Dra. Maria Claudia da Cruz Pires
NUPAC – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Faculdade Pernambucana de Saúde

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
(presidente da banca)
Universidade Federal de Pernambuco

Ao meu generoso filho Arthur, que inunda minha vida de amor e significado.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela graça e oportunidade de realizar o sonho de ser cientista.

Ao menino mais compreensivo que já conheci por esperar mamãe terminar seus afazeres acadêmicos para estar ao seu lado.

A minha família pelo amor e apoio.

Ao meu orientador, Dr. Everton Sougey, por inspirar confiança no meu trabalho e me estimular amistosamente a seguir sempre mais.

A Dra. Claudia Pires, com sua simplicidade e leveza, que me motiva a seguir nos dificeis caminhos da pesquisa.

A Solange e Fátima, por tamanha colaboração.

Aos meus colegas de pesquisa, pelas contribuições para o engradecimento desse trabalho e por juntos contruirmos esse sentimento de pertença que nos mantem unidos no ideal acadêmico.

Aos adolescentes que participaram dessa pesquisa, por me permitir chegar mais perto de suas dores e assim contribuirem para entendermos e mimimizar esse mal que os atormenta.

Aos profissionais que direta ou indiretamente ajudaram nessa pesquisa nas escolas.

Como dói a vida quando tira a veste de prata celeste
Carlos Drummond de Andrade

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Descrição dos pesquisados segundo os dados sóciobiodemográficos --- 35
TABELA 2 – Avaliação de ideação suicida segundo sexo e residência ---------- 36
TABELA 3 – Existência de tentativas de suicídio e a intensidade do desejo de morte 37
TABELA 4 – Dados segundo a Escala de ideação suicida de Beck ---------- 38
TABELA 5 – Distribuição dos pesquisados segundo a Escala BSI ---------- 39
TABELA 6 – Distribuição dos pesquisados segundo a Escala CATS ---------- 41
TABELA 7 – Distribuição dos adolescentes segundo os domínios da Escala CATS--- 43
TABELA 8 – Ocorrência de ideação suicida segundo os domínios de distorções ------ 43
TABELA 9 – Tentativas de suicídio segundo a ocorrência de ideação suicida --------- 44

Resumo

O suicídio é um ato de violência autoinfligido que acomete aproximadamente um milhão de pessoas no mundo, sendo a segunda maior causa de morte em jovens. Dentre os fatores de vulnerabilidade para o comportamento suicida destaca-se a ideação suicida, por isso a importância de estudar aspectos cognitivos semelhantes em indivíduos com comportamento suicida. Diante disso, o objetivo geral do presente estudo foi identificar as distorções do pensamento presentes em adolescentes com ideação suicida. A amostra foi constituída por 400 adolescentes de ambos os sexos, matriculados em escolas de referência da rede pública de ensino da cidade do Recife. Os instrumentos utilizados foram um questionário sóciobiodemográfico, o BSI (Inventário Beck de suicídio) e a escala CATS (Questionário de Pensamentos Automáticos para Infância e Adolescência). Os resultados foram processados e analisados estatisticamente através de técnicas de estatística descritiva, além dos testes estatísticos Qui-quadrado de Mc-Nemar, Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas (técnicas de estatística inferencial). A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi 5,0%. Os principais resultados encontrados demonstram que os fatores sóciobiodemográficos associados à ideação suicida foram ser do sexo feminino, que a idade média dos adolescentes foi de 16 anos e que a prevalência de ideação suicida na adolescência foi de 14,5%. Dos entrevistados com ideação suicida, metade já havia executado alguma tentativa de suicídio e apresentavam diferença no modo de pensar daqueles que não desenvolveram ideias de morte, sendo estas distorções cognitivas de ameaça social, ameaça física, fracasso pessoal e intenções hostis. Conclui-se que na amostra estudada, os quatro domínios relacionados as distorções cognitivas foram associados a presença de ideação suicida: Ameaça Física ($p<0,001$*), Ameaça Social ($p<0,001$*), Falha Pessoal ($p<0,001$*) e Intenções Hostis ($p<0,001$*). Desta forma, pode-se considerar que a presença de distorções do pensamento em adolescentes pode influenciar o processamento da informação, conduzindo a uma percepção ameaçadora sobre mundo e futuro, que reforçam a desesperança e sentido de desamparo, deixando o indivíduo vulnerável ao comportamento suicida.

PALAVRAS-CHAVE: Ideação suicida e adolescência; vulnerabilidade cognitiva para o suicídio; distorções cognitivas e suicídio.

ABSTRACT

Suicide is an act of self-inflicted violence that afflicts approximately a million people around the world, being the secondleading cause of death amongst teenagers. Preliminary studies suggest similar cognitive aspects in individuals with suicidal behavior;however they do not stablish the characteristics of the more frequent thoughts. Taking that into consideration the general goal of the current study is to identify the cognitive distortions present in teenagers with suicidal ideation. The sample consists of 400 teenagers of both genders, with ages between 14 and 18, enrolled in reference schools of the public education system in the city of Recife, where the study was developed. The tools used were a social and bio demographic quiz elaborated by the researcher, the BSI (Beck Scale for Suicide Ideation), and the CATs scale (Children's Automatic Thoughts Scale). The results were processed and statistically analyzed throughtechniques of descriptive statistics, and also statistics tests such as McNemar's Chi-Squared test, Pearson's Chi-Squared test, or Fisher's exact test when the conditions to use the Chi-Squared test were not verified (techniques of inferential statistics). The margin of error used in the decision of statistic tests was 5,0%. The main results found have shown that the social and bio demographic factors associated with suicide ideation were of the female gender, and living with the parents, that the average age of teenagers was of 15,89 years, and the prevalence of suicidal ideation in adolescence was of 14,5%. Out of the interviewed subjects with suicidal ideation half of them had already executed some sort of suicide attempt, and showed a difference in their way of thinking compared to those who had not developed ideas of death, with those cognitive distortions being social threat, physical threat, personal failure and hostile intentions. In conclusion of the studied sample, the four domains related to cognitive distortions were associated with the presence of suicidal ideation: Physical threat ($p<0,001$*), Social Threat ($p<0,001$*), Personal Failure ($p<0,001$*), and Hostile Intentions ($p<0,001$*). That way it can be considered that the presence of thought distortions amongst teenagers can influence the processing of information, conducting to a threatening perception of the world and future, which reinforces the despair and sense of abandonment, leaving the individual vulnerable to suicidal behavior.

KEYWORDS: suicide ideation and adolescence; cognitive vulnerability to suicide; cognitive distortions, and suicide.

SUMÁRIO

1 **INTRODUÇÃO** ---------- 12
2 **REVISÃO DA LITERATURA** ---------- 14
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E CLASSIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO SUICIDA ---------- 14
2.2 EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO ---------- 16
2.3 IDEAÇÃO SUICIDA ---------- 19
2.4 PENSAMENTO SUICIDA E DISTORÇÕES COGNITIVAS ------- 21
2.5 INTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO ---------- 25
3 **HIPÓTESE** ---------- 27
4 **OBJETIVOS** ---------- 28
5 **MÉTODO** ---------- 28
6 **RESULTADOS** ---------- 35
7 **DISCUSSÃO** ---------- 46
8 **CONCLUSÃO** ---------- 68
REFERÊNCIAS ---------- 69
APÊNDICES ---------- 78
APÊNDICE A – Questionário sóciobiodemográfico ---------- 79
APÊNDICE B - Artigo de revisão ---------- 80
ANEXOS ---------- 92
ANEXO A – Termo de consentimento e assentimento livre e esclarecido ---------- 93
ANEXO B – Escala CATS ---------- 94
ANEXO C – Inventário Beck de Ideação Suicida (BSI) ---------- 96

1 INTRODUÇÃO

O comportamento suicída é caracterizado como a morte causada por danos auto-inflingidos diante da presença de qualquer grau de intenção para a morte (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

O suicídio está entre as dez principais causas de morte em todo o mundo e entre as três principais em jovens com idade entre 15 e 34 anos, o que representa uma morte a cada 40 segundos (WHO, 2014).

No panorama brasileiro, as taxas de mortalidade por suicídio oscilam entre 3,5 e 4,6 óbitos por 100 mil habitantes (BOTEGA, 2014).

O crescimento das taxas de suicídio nos últimos vinte anos aumentou exponencialmente, sobretudo em jovens e, independente da delimitação precisa desse índice, sabe-se que ele está aumentando consideravelmente. O mais preocupante é que embora tais números sejam alarmantes, a quantidade de tentativas de suicídio é cerca de 10 a 20 vezes maior que o suicídio consumado (JUNIOR, 2016).

As tentativas de suicídio diferem dos suicídios exitosos, por apresentar um comportamento não fatal, porém potencialmente danoso, apesar de não resultar necessariamente em algum tipo de ferimento. Esse último elemento é importante, pois ao considerar que alguém tente matar-se com uma arma, por exemplo, e esta tenha todas as condições necessárias para realizar o disparo, caso venha a travar e assim, não consumar o ato suicida, houve nessa circunstância o empreendimento de uma tentativa de suicídio, qualquer que tenha sido o grau de sua intenção de morte (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Estudos associam pensamentos (ideação) suicidas ao risco de tentativas de suicídio e estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidam tinham, previamente, ideação suicida. A gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio, que é, por sua vez, o principal fator de risco para o suicídio.

Evidenciam-se, então, relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas (BURKE et al., 2016).

Como a ideação suicida é um importante fator de vulnerabilidade ao suicídio, nos últimos anos estudos sobre vulnerabilidade cognitiva e pensamentos associados ao suicídio têm sido considerados indispensáveis não apenas para conhecer as possíveis bases etiológicas do fenômeno, mas, sobretudo, para alcançar medidas profiláticas que interrompam os altos índices de morte (MIRANDA et al., 2014).

O desenvolvimento dessa pesquisa visa propiciar dados relacionados ao conhecimento de pensamentos que possam ser identificados como fator de vulnerabilidade para a tentativa de suicídio e avaliar se as pessoas com ideação suicida apresentam mais distorções cognitivas que aqueles que não apresentam o comportamento suicida.

Conhecer os pensamentos e outros aspectos cognitivos que estruturam uma rede de processamento da informação no âmbito da ideação suicida pretende possibilitar a identificação de fatores considerados de risco, a fim de avaliar com maior acurácia a identificação dos fatores associados ao ato empreendido.

Pretende-se com isso ajudar a refinar o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil, delineando estratégias preventivas, que possam identificar precocemente o risco e propiciar a intervenção antes mesmo de uma crise, diminuindo o alto custo individual e social, como assistência a saúde mental do paciente e dos familiares, hospitalização, medicamentos, perda ou dificuldades nas atividades laborais, entre outras implicações, sobretudo na prevenção de óbitos.

Identificar traços cognitivos e comportamentais peculiares as pessoas que apresentam ideias de suicídio torna viável a construção e desenvolvimento de uma intervenção terapêutica específica. Diante disso, a presente pesquisa pretendeu identificar os pensamentos distorcidos associados à ideação suicida em adolescentes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos históricos e classificação do comportamento suicida

Apesar da sua longínqua existência, o fenômeno do suicídio dificilmente é incorporado ao imaginário das pessoas como uma ação pertinente ao comportamento humano. O comportamento suicida é retratado junto ao início da história do homem. Os vikings acreditavam que os mortos violentamente, inclusive através do suicidio, seriam agraciados pelo deus supremo Odin. Também os esquimós acreditavam na morte violenta como pré-requisito para usufruir do paraíso, já que percebendo o seu fim, o esquimó livraria o seu povo dos cuidados com alguém inválido ou inútil (TAIT et al., 2016).

Entre os astecas, considerava-se que aquele que oferecesse seus corpos aos deuses através do suicídio receberia como recompensa o paraíso. Nesse primeiro momento da história do suicídio era prometida ao suicida a imortalidade, ou seja, o suicidio era percebido de forma honrosa, inclusive o era exaltado (BARZILAY, APTER, 2014).

Na mitologia grega, Hércules, herói grego, usou o fogo para pôr fim a sua vida e Narciso recorreu ao instrumento para admiração de si mesmo, atirando-se à água que refletia a sua própria imagem. Aristóteles e Demóstenes no século IV a. C. puseram fim às respectivas existências através de intoxicações exógenas, ingerindo cicuta. Durante a era Cristã, Judas Iscariotes utiliza-se do enforcamento para matar-se (BAPTISTA, 2004).

Contrários à legitimação de tal ato, a sociedade inclusive já tentou contê-lo através das décadas, punindo a ação suicida. Nas épocas remotas a morte voluntária foi considerada um crime, onde era negado inclusive o direito a ritos fúnebres e sepultamentos junto aos que morreram involuntariamente. No início do século XIX, na Inglaterra e País de Gales, os suicidas eram penalizados através do confisco dos bens e dos bens de seu cônjuge (JAMISSON, 2002).

Ainda no século XVIII a Europa já empreendia tentativas de sobrepujar a manifestação de idéias suicidas, mesmo em obras literárias. Goethe, escritor alemão, publicou em 1774 o seu primeiro livro intitulado *Os sofrimentos do jovem Werther*, obra que com rápida e grande repercussão, foi responsabilizada pelo aumento do número de suicídios da época, despertando repugnação em grande parte dos europeus. A história versa sobre uma possível autobiografia, Goethe apaixona-se por Charlotte Buff, que tinha um noivo com quem se casou. O livro mantém o nome de Charlotte à jovem por quem se apaixona o personagem principal, Werther. Este escreve cartas que descrevem desde o encantamento por Charlotte e reflexões acerca dos conflitos de uma época, até seu sofrimento e desfecho pelo amor não correspondido, o suicídio (GOETHE, 2010).

Os relatos mais antigos acerca do primeiro uso da palavra suicídio datam de 1642, quando Thomas Browne a utilizou em sua obra, *Religio Médici*, para designar a morte voluntária. As palavras são oriundas do latim (*SUI* – si mesmo; *CAEDES* - morte) e significam morte de si mesmo (JAMISSON, 2002).

Apesar da extensa especulação sobre a referida temática, contida em textos literários, relatos de caso e manifestações artísticas, uma obra dedicada integralmente ao estudo e explanação científica do assunto obteve expoência quanto aos conceitos abordados e seu alcance no tempo. *O suicídio* obra de Émille Durkheim busca explicações para o comportamento suicida a partir da perspectiva sociológica.

O sociólogo Durkheim definiu em 1896 o suicídio como:

> Todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado (1986, p. 10).

Atualmente o comportamento suicida ainda encontra limitações para sua exploração, o que pode ser observado a partir das dificuldades em seus registros, sobretudo no que tange as tentativas de suicídio e ideação suicida, que também evidencia o preconceito ainda existente na procura por serviços de saúde (BOTEGA, 2014).

As tentativas de suicidio e ideação suicida constituem aspectos do comportamento suicida, caracterizado pela intencionalidade do indivíduo na agressão auto-infligida, o qual pode ocorrer em vários níveis e para compreender seus diferentes aspectos é necessário distingui-los (TAIT et al., 2016).

O comportamento suicida é caracterizado como a morte causada por danos auto-inflingidos diante da presença de qualquer grau de intenção para a morte (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

A tentativa de suicídio consiste em um comportamento intencional e autoinfligido que difere dos suicídios exitosos, por apresentar um comportamento não fatal, porém potencialmente danoso relacionado à vontade de morrer (CHEHIL; KUTCHER, 2012).

A ideação suicida refere-se a quaisquer pensamentos ou ideias de morte. Engloba desejos, atitudes, planos ou demais elementos cognitivos como imagens, vozes que apresentem ou mantenham a idéia de morte intencional (CROSBY et al., 2007).

2.2 Epidemiologia do suicídio

O suicídio está entre as dez principais causas de morte em todo o mundo e entre as três principais em jovens com idade entre 15 e 34 anos, aproximadamente um milhão de pessoas cometeram suicídio apenas no ano 2011 (WHO, 2014).

Cerca de 1.920 pessoas põem fim à vida diariamente. Atualmente, essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicidios, acidentes de transportes, guerras e conflitos civis (VÄRNIK, 2012).

A OMS estima que em todo o planeta, uma pessoa se mata a cada 40 segundos e o Brasil se encontra entre os dez países do mundo onde há mais mortes por suicidio (BERTOLOTE, 2012).

A cada 2 horas, 25 pessoas cometem suicídio nos Estados Unidos (THOMPSON et al., 2012).

No panorama brasileiro, as taxas de mortalidade por suicídio oscilam entre 3,5 e 4,6 óbitos por 100 mil habitantes. Entre os anos de 1998 e 2000, houve um aumento de 32,8% no índice de suicídio em homens, considerando-se todas as faixas etárias (BOTEGA, 2014).

Enquanto a população aumentou 17,8% entre 1998 e 2008, o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5%, quase o dobro do crescimento populacional (MARÍN-LEÓN, OLIVEIRA & BOTEGA, 2012).

Sabe-se que o crescimento das taxas de suicídio nos últimos vinte anos aumentou entre 200% a 400%, sobretudo em jovens e, independente da delimitação precisa desse índice, sabe-se que ele está aumentando consideravelmente (MELLO, 2000).

Nos últimos 45 anos os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para faixas mais jovens. Na maioria dos países o suicídio situa-se entre as duas ou três causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens (BOTEGA et al. 2009).

No continente americano, pesquisas têm indicado que os habitantes de zonas urbanas e os jovens de 15 a 24 anos são os grupos populacionais de maior risco de suicídio. Países como Finlândia e Canadá têm sido identificados como possuidores de altas taxas de suicídio adolescente (TORO et al., 2009).

Os jovens brasileiros foram a população cujos índices de suicídio mais cresceram nos últimos 20 anos (MELEIRO, TENG, WANG, 2004).

No âmbito nacional, em estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul, com escolares entre 12 e 18 anos, foi encontrada prevalência de 6,3% de planejamento suicida. As meninas foram mais propensas a planejarem o suicídio que os meninos. Da mesma forma, os jovens que relataram problemas na relação com os pais, pequeno número de amigos, relações agressivas com amigos e sentimentos de tristeza e solidão também apresentaram maior risco de planejamento suicida (BAGGIO et al., 2009).

Dos 526 adolescentes entre 15 e 19 anos oriundos de escolas públicas e privadas de Porto Alegre, cerca de 7% apresentaram ideação suicida (SOUZA et al., 2010).

Isso sem considerar os sub-registros e subnotificações, já que há o problema dos suicídios que "se escondem" sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e "morte de causa indeterminada" (GOTSENS et al., 2011).

Estima-se que, para cada suicídio, existem pelo menos dez tentativas suficientemente sérias a ponto de exigir atenção médica e para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas (BOTEGA et al., 2006).

As tentativas de suicídio diferem dos suicídios exitosos como já foi citado anteriormente, por apresentar um comportamento potencialmente danoso, apesar de não resultar necessariamente em algum tipo de ferimento. Esse último elemento é importante, pois ao considerar que alguém tente matar-se com uma arma, por exemplo, e esta tenha todas as condições necessárias para realizar o disparo, caso venha a travar e assim, não consumar o ato suicida, houve nessa circunstância o empreendimento de uma tentativa de suicídio (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Nos suicídios exitosos o método mais utilizado no Brasil é o enforcamento, seguido da morte por projétil de arma de fogo. Já nas tentativas de suicídio com sobrevivência, o mais comum são as intoxicações exógenas, onde se encontram a ingestão de inseticidas,

superdosagem de medicamentos e ingestão de produtos para limpeza doméstica, dentre outros (VIANA et al., 2008).

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) existente no Brasil, afirma que dos 107.958 casos de intoxicação humana registrados no ano de 2006, 23.089 foram atribuídos à tentativa de suicídio e dos 488 óbitos registrados no mesmo ano, 63,1% foram por suicídio (BRASIL, 2008).

2.3 Ideação suicida

Estudos associam pensamentos (ideação) suicidas ao risco de tentativas de suicídio e estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidam tinham, previamente, ideação suicida. A gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio, que é, por sua vez, o principal fator de risco para o suicídio. Evidenciam-se, então, relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas (DALGALARRONDO et al., 2006; SOUZA et al., 2010).

Como a ideação suicida é um importante fator de vulnerabilidade ao suicídio, nos últimos anos estudos sobre vulnerabilidade cognitiva e pensamentos associados ao suicídio têm sido considerados indispensáveis não apenas para conhecer as possíveis bases etiológicas do fenômeno, mas, sobretudo, para alcançar medidas profiláticas que interrompam os altos índices de morte.

Na Europa, cerca de 14,7% da população geral que nunca tentou suicídio, apresentou idéias suicidas, esse índice parece aumentar a cada ano, com taxas de incidência de 4,6% (HINTINKKA et al., 2001).

Estudo com crianças e adolescentes da população geral dos Estados Unidos estimou que de 7 a 12% destes já tiveram uma ideação suicida séria. Presume-se que 7 a 14% da

população adolescente já teve uma ideação suicida na vida (MARIS, BERMAN, SILVERMAN, 2000; WONG, BROWER, ZUCKER, 2011).

Em pesquisa realizada no Brasil foi evidenciado que ao longo da vida, 17,1% das pessoas entrevistadas tiveram ideação suicida, 4,8% chegaram a elaborar um plano para tanto, e 2,8% efetivamente tentaram o suicídio, o que nos sugere que o número de pessoas com ideação suicida pode ser muito maior que as ocorrências de morte (BOTEGA, 2014).

Outro estudo desenvolvido ainda no Brasil cita dados mais alarmantes, pois cerca de 22% de sua amostra, adolescentes do ensino médio, apresentaram ideação suicida. A maioria representava o suicidio como uma forma de resolver problemas e atribuiam caracteristicas positivas ao ato suicida, como sinal de coragem e bravura (ARAÚJO, VIEIRA, COUTINHO, 2010).

A ideação suicida é uma variável psicológica que além de caracterizar eventuais crises suicidas está também associada ao grau de letalidade, assim é um componente cognitivo com grande potencial preditor para a morte por suicídio.

De uma forma geral, antes da consumação do ato suicida, o paciente apresenta ideações suicidas, que são prioritariamente caracterizadas por perda da vontade de viver, desejo de estar morto ou acabar com a própria vida e autodestruição (KAPCZINSKI; QUEVEDO et al., 2001; BOENINGER et al., 2010).

Alguns estudos associam pensamento (ideação) suicida ao risco de tentativas de suicídio e estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidam tinham, previamente, ideação suicida. A gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio, que é, por sua vez, o principal fator de risco para o suicídio completo. Evidenciam-se, então, relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas (DALGALARRONDO et al., 2006).

2.4 Pensamentos e distorções cognitivas

As variáveis psicológicas fornecem um importante conhecimento acerca do fenômeno do comportamento suicida por explicar em partes por que pessoas com aspectos demográficos ou diagnósticos psiquiátricos considerados de risco para o comportamento suicida, nunca cometeram tal ato, o que torna o risco cognitivo variável imprescindível para o entendimento desse mal (CHEN, HEWITT, FLETT, 2017).

Os conhecimentos acerca do funcionamento da mente, pautados nas contribuições da "revolução cognitiva" ocorrida na decada de 1960, sugerem que o sujeito processa as informações da realidade a partir de um modelo existente e armazenado em si, que foi constituído pelas aprendizagens de suas experiências (GLENBERG, WITT, METCALFE, 2013).

Por influência dos novos conhecimentos acerca da mente, oriundos da "Revolução Cognitiva", bem como de sua experiencia clínica, Aaron Beck iniciou um conjunto de pesquisas que constituiu o modelo cognitivo. Baseado em pesquisas sistemáticas e observações clínicas, Beck propôs que os sintomas de depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro. O modelo cognitivo da mente postula que há pensamentos influenciados por memórias do indivíduo nas fronteiras da consciência que ocorrem espontânea e rapidamente para a interpretação de qualquer situação (BECK, 1976).

Tais instâncias de percepção da realidade são denominadas pensamentos automáticos e são distintos do fluxo normal de pensamentos observado no raciocínio reflexivo. São geralmente aceitos como plausíveis, mas eventualmente podem conter conteúdos não legitimados ou fornecidos pelo ambiente, ou seja, configurando uma distorção da realidade denominada distorção cognitiva (KNAPP, BECK, 2008).

Distorções cognitivas são erros de raciocínio. O conteúdo dos pensamentos automáticos distorcidos é normalmente consistente com a percepção de um indivíduo sobre os aspectos importantes de si mesmos, dos outros, e do mundo (DOZOIS, BECK, 2008).

Oriundos dessas interpretações automáticas distorcidas estão pensamentos disfuncionais mais profundos, chamados de esquemas (também denominados crenças nucleares). Conforme definido por Clark, Beck & Alford (1999) esquemas são estruturas cognitivas internas relativamente duradouras de armazenamento com características genéricas acerca de idéias ou experiências, que são utilizadas para organizar novas informações de maneira significativa, determinando como os fenômenos são percebidos e conceitualizados.

Assim, uma vez que uma determinada crença básica se forma, ela pode influenciar a formação subseqüente de novas crenças relacionadas e, se persistirem são incorporadas na estrutura cognitiva duradoura ou esquema. O modelo cognitivo, proposto por Aaron Beck, afirma que as variáveis cognitivas de transtornos psíquicos podem ser causadas e mantidas por distorções na cognição. O indivíduo com algum transtorno psiquiátrico apresenta assim uma percepção distorcida de si, do mundo e dos outros e do futuro, que são advindas das crenças e esquemas e se manifestam sob a forma de pensamentos automáticos distorcidos, o que foi denominado por Beck de Tríade Cognitiva (BECK *et al.*, 1967).

Os esquemas são adquiridos precocemente no desenvolvimento, agindo como "filtros" pelos quais as informações e experiências atuais são processadas. Essas crenças são moldadas por experiências pessoais e derivam da identificação com outras pessoas significativas e da percepção das atitudes das outras pessoas em relação ao indivíduo. O ambiente da criança facilita a emergência de tipos particulares de esquemas ou tende a inibi-los. Os esquemas de indivíduos bem ajustados permitem avaliações realistas, ao passo que os de indivíduos mal ajustados levam a distorções da realidade, que, por sua vez, geram um transtorno psicológico (KNAPP, BECK, 2008).

Por afetarem diretamente as emoções, os padrões de pensamento estão relacionados à saúde, já que as distorções cognitivas propiciadas por crenças desadaptativas interferem na avaliação e juízo da realidade que elaboram um padrão de interpretação dos eventos e, por conseguinte, posicionamento frente ao mundo, sendo a base de inúmeros transtornos psicológicos que podem deixar o indivíduo vulnerável ao desejo de por fim a própria vida (GABBARD, BECK, HOLMES, 2007).

Dessa forma, algumas distorções cognitivas podem estar contidas no aparecimento e perpetuação da ideação suicida, como a desesperança, que é conceituada como uma distorção da realidade caracterizada pela ausência de controle sobre os eventos futuros ou pelas expectativas de conseqüências negativas sobre o futuro, à falsa convicção de que não se pode fazer nada para mudar o futuro, o que suscita no indivíduo o sentimento de ser indefeso (DONALDSON, SPIRITO, FARNETT, 2000).

A intensidade das idéias de morte foi mais correlacionada com a desesperança que com os sintomas da depressão. Estudo realizado em 384 pacientes hospitalizados por tentativa de suicídio identificou 76% de associação entre desesperança e o ato suicida (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

A desesperança chega a aumentar em pelo menos três vezes mais a probabilidade de um comportamento suicida. Quanto maior a desesperança, independentemente de outros fatores como depressão, por exemplo, maior o nível de intenção suicida (MCMILLAN *et al.*, 2007; ORTIN et al., 2012).

O pensamento de perfeccionismo também aparece como um correlato das tentativas de suicídio e predispõe o indivíduo para a ideação suicida, sobretudo a dimensão do perfeccionismo intitulado *socialmente prescrito*. Este é considerado em relação a um âmbito interpessoal, que envolve percepções da própria necessidade em comparação a possibilidade de atender às expectativas dos outros (HUNTER, O'CONNOR, 2003; MILLER et al., 2014).

Poucos estudos investigaram especificamente a influência da tentativa de corresponder às expectativas dos outros nas tentativas de suicídio, mas muitos estudos têm demonstrado que as relações interpessoais entre pares influenciam significativamente o desenvolvimento social de crianças e adolescentes, incluindo o desenvolvimento de habilidades sociais, afetivas e cognitivas (DAUDT, SOUZA, SPERB, 2007; LASGAARD et al., 2010; NOCK et al., 2013; TALIAFERRO, MUEHLENKAMP, 2014).

Entende-se que as experiências vividas no grupo de pares podem ser muito significativas e influenciar as características individuais dos adolescentes, incluindo comportamentos, temperamentos, cognições e habilidades para resolução de problemas, além de influenciar na sua autoestima e amenizar o impacto de eventos estressores.

Por grupo de pares entende-se que são aquelas pessoas que convivem com os jovens na escola, amigos, colegas de rede social, contudo não pode deixar de ser citado o grupo familiar, que desempenha papel significativo na construção dessas expectativas, bem como na estruturaração da personalidade e suas aprendizagens.

A familia é um aspecto extremanente importante na adolescência, pois ao considerar a dissipação de si mesmo do sistema familiar podem ocorrer sentimentos de insuficiência, incapacidade frente às ocorrências do cotidiano, assim a vontade de descansar, dormir, sumir, o que pode vir a confundir-se com o desejo de morrer (SAVAGE, 2009).

Outro aspecto que pode estar associado ao comportamento suicida e estrutura familiar é o fato de algumas famílias reunirem verdadeiros impedimentos para a distinção de si mesmo. Os adolescentes manifestam narrativas vagas, empobrecidas, permeadas por histórias ambíguas e sentimentos de insegurança a respeito do tema: Quem sou eu? Neste contexto, a separação real ou imaginária gera intenso sofrimento e é percebida pelo outro como abandono. Iniciativas em torno de estabelecer novos vínculos geram ansiedade, pois

demandam um novo equilíbrio entre os compromissos com a família e a inclusão dessa nova relação (KRUGER, WERLANG, 2010).

Tamanha angústia associada ao pobre repertório para resolução de problemas, bem como dificuldade de contar com outra rede de suporte social pode provocar no indivíduo a ânsia pela morte (BURKE et al., 2016).

2.5 Instrumentos de avaliação

A escala de ideação suicida (BSI) foi desenvolvida por Beck e colaboradores na Pensilvânia, Estados Unidos, pode ser autoaplicável e detecta a presença de ideação suicida, tentativas de suicídio prévias, medindo sua gravidade e extensão da motivação, bem como a presença de planejamento do comportamento suicida (CUNHA, 2001).

O BSI é uma escala do tipo likert, composta por 21 itens, sendo os cinco primeiros de triagem para a identificação da presença de ideação suicida e os itens de 6 a 21 medem a extensão desse fenômeno. O BSI questiona acerca do desejo de viver, desejo de morrer e suas razões, duração das ideias de suicídio, frequência, existência de planejamento, acessibilidade ao método, presença de controle sobre os impulsos suicida e inibição para tal, capacidade de realizar uma tentativa de suicídio e probabilidade de tentativa real e existência de bilhete suicida (CUNHA, 2001).

A administração da escala dura de 5 a 10 minutos e se o entrevistado marcar a opção "0" nos itens 4 e 5, passa-se direto para a questão 20, se marcar as alternativas 1 ou 2 então segue respondendo os itens 6 a 20 e se já tentou suicídio responde o item 21. Para considerar a presença e gravidade de ideação suicida é necessário somar os escores individuais das questões de 1 a 19, que sendo diferentes de zero já aponta a existência do fenômeno. Itens 20 e 21 são de caráter informativo (CUNHA, 2001).

Segundo Beck (2011) a avaliação e detecção de cognições distorcidas na adolescência pode ser realizada através de entrevista clínica ou por meio de instrumentos psicológicos (questionários) como o *Children's Cognitive Assessment Questionnaire* (CCAQ), que investiga a presença de pensamentos distorcidos relacionados à ansiedade, o *Negative Affect Self-Statement Questionnaire* (NASSQ), que foi desenvolvido para avaliar os pensamentos associados a afetos negativos ou ainda o *Automatic Thoughts Questionnaire* (ATQ-30), contudo esta última não foi construída especificamente para a adolescência e sim para o público adulto.

A CATS (Children's Automatic Thoughts Scale) foi desenvolvida na Austrália e tem sido amplamente estudada e descrita na literatura (SCHNIERING, RAPEE, 2002; SCHNIERING, RAPEE, 2004; SCHNIERING, LYNEHAM, 2007; MICCO, EHRENREICH, 2009; HOGENDOORN et al., 2010; TEODORO, ANDRADE, CASTRO, 2013). O instrumento investiga pensamentos automáticos exclusivamente na infância e adolescência por meio de 40 itens distribuidos em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, cujas respostas variam de nunca até o tempo todo.

As afirmações contidas na CATS são distribuidas em quatro fatores de distorção: Ameaça Social, Ameaça *Física*, *Fracasso Pessoal* e *Hostilidad*e. O primeiro Ameaça Social, contém itens relativos ao medo de não ser aceito socialmente, o segundo, Ameaça Física possui sentenças que investigam a preocupação com acidentes ou possibilidade de ser agredido, o terceiro, Fracasso pessoal, apresenta ideias acerca da crença de desvalor e o quarto, Hostilidade, apresenta afirmações acerca do desejo de se vingar (SCHNIERING, RAPEE, 2002).

A versão traduzida e adaptada para o português do Brasil mostrou resultados iniciais de validade fatorial e convergente e de consistência interna satisfatórios (alfa de Crombach 0,94). Diante da insuficiência de instrumentos nessa área e das boas propriedades

psicométricas encontradas, a CATS desponta como uma escala promissora para o uso no Brasil (TEODORO, ANDRADE, CASTRO, 2013)

Dessa forma, torna-se possível estudar esferas de variáveis psicológicas disfuncionais na adolescência com precisão, o que propicia o desenvolvimento do presente trabalho onde será realizado a associação dos dados encontrados através desse instrumento ao comportamento suicida.

Identificar traços cognitivos e comportamentais peculiares as pessoas que efetivamente tentaram suicídio, bem como relacionar a maior freqüência desse comportamento a variáveis sóciobiodemográficas torna viável a construção e desenvolvimento de uma intervenção terapêutica específica para o indivíduo que vivenciou a tentativa e para aqueles que apresentam pensamentos suicidas em níveis que inspiram cuidados.

Diante disso, o presente estudo investigará a presença de distorções cognitivas associadas à ideação suicida entre adolescentes, estudantes da rede pública da cidade do Recife – Brasil.

3 Hipótese:

Em uma amostra de adolescentes estudantes do ensino médio, aqueles com ideação suicida apresentam mais distorções cognitivas que os que não manifestam comportamento suicida.

4 Objetivos

Objetivo Geral

Identificar a associação entre pensamentos distorcidos na adolescência e ideação suicida.

Objetivos Específicos

1) Descrever o perfil sóciobiodemográfico da população do estudo e associá-lo à presença de ideação suicida;
2) Analisar os pensamentos distorcidos associados à ideação suicida;
3) Determinar a frequência de tentativa de suicídio entre os adolescentes e verificar associação com ideação suicida;
4) Determinar a prevalência de ideação suicida entre adolescentes de escolas públicas do recife;

5 Método

Delineamento da Pesquisa

A presente pesquisa constitui um estudo descritivo, observacional e transversal sobre distorções do pensamento e ideação suicida.

Locais do Estudo

O estudo foi realizado em quatro escolas da rede pública de ensino da cidade do Recife. As escolas foram sorteadas aleatoriamente por um funcionário da Secretaria de Educação de Pernambuco, que a partir da lista com os nomes de todas as escolas de referência

da cidade foram selecionadas quatro de diferentes bairros e computados o número total de alunos para verificar se seria suficiente de acordo com o cálculo amostral do estudo.

Nos últimos anos cerca de 45% dos estudantes matriculados em escolas públicas na cidade do Recife são de escolas de referência, o que demonstra ser representativo da população de adolescentes dessa cidade, além de possibilitar maior acesso aos pesquisados já que passam dois turnos na escola com maiores números de intervalo, o que permite o desenvolvimento da pesquisa sem atrapalhar o horário de aulas.

Amostra

Considerando o objetivo de determinar a prevalência de alunos com ideação suicida na cidade do Recife, já que não havia dados precedentes, considerou-se a margem de erro 5%, confiabilidade de 95% e proporção esperada igual a 50% que maximiza o tamanho amostral foi utilizada a seguinte fórmula para cálculo (ZAR, 2010):

$N = z^2Pe\ (1\text{-}Pe) / e^2$

$N = 1{,}95^2 \times 0{,}5 \times (1 - 0{,}5) / 0{,}05^2$

$N = 384{,}16$ ou 385

Assim, o tamanho amostral foi determinado em 385, para isso a pesquisa foi desenvolvida com 407 alunos, devido ao preenchimento inadequado de alguns questionários, sete participantes foram excluídos, restando assim a quantidade de 400 participantes.

Dessa forma a amostra foi aleatoriamente constituída por 400 alunos, de ambos os sexos, com idade entre 14 e 18 anos que estiverem devidamente matriculados na instituição de ensino onde foi desenvolvida a pesquisa e que aceitaram em participar da referida pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (pelos responsaveis) e termo de assentimento (pelos alunos).

Foram selecionados os adolescentes de 14 a 18 anos por ser essa faixa etária delineada pela OMS como o período da adolescência, anterior aos 14 anos se considera pré-adolescência (EISENSTEIN, 2005).

Critérios de Elegibilidade

Indivíduos que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis e termo de assentimento pelo proprio aluno (TCLE - anexo A).

Adolescentes de 14 a 18 anos.

Adolescentes de ambos os sexos.

Adolescentes devidamente matriculados nas escolas de referência pesquisadas.

Critérios de Exclusão

Pessoas que apresentassem comprometimento no entendimento das questões apresentadas.

Pessoas com dificuldade no entendimento da lingua portuguesa.

Pessoas que não completaram a entrevista.

Instrumentos

A fim de caracterizar a amostra foi elaborado pela pesquisadora um questionário sóciobiodemográfico (apendice A). Para avaliar os padrões de pensamento foi utilizado o questionário de pensamentos automáticos para crianças e adolescentes (anexo B) e o Inventário Beck de Ideação Suicida (BSI) – anexo C, devidamente validados para o português do Brasil. São ainda instrumentos, a carta de anuência da Secretaria de Educação do Estado de PE (anexo D) e a carta de anuência do Hospital Ulisses Pernambucano (Anexo E) para onde os alunos identificados com ideação suicida poderiam ser encaminhados.

Procedimentos

Fase Pré-operacional

Foi realizada pesquisa em base de dados do portal periódico CAPES com os seguintes descritores: suicide and risk cognitive, suicide and cognitve factors a fim de averiguar os estudos realizados nessa área, suas respectivas metodologias e resultados, o que contribuiu no delineamento da referida pesquisa e definição dos instrumentos a serem utilizados.

Foi empreendida a elaboração de um artigo de revisão e o desenvolvimento do estudo piloto.

Fase Operacional

Inicialmente foi solicitada à Secretaria de Educação uma carta de anuência concedendo autorização para realizar a pesquisa em escolas públicas da cidade do recife.

Foi solicitada uma carta de anuência à secretaria de saude, que encaminhou ao hospital das Clínicas e que, por conseguinte, encaminhou ao hospital Ulisses Pernambucano, com o objetivo de assegurar que os adolescentes identificados com ideação suicida pudessem ser atendidos por profissionais de saúde.

Foi desenvolvido um estudo piloto com 40 participantes de uma das escolas selecionadas. Neste foi realizado o primeiro contato com a direção da escola e informado sobre o estudo, após uma reunião realizada com o gestor o mesmo informou aos demais funcionários da escola e solicitou a colaboração no sentido de informar e sensibilizar os estudantes para a participação na pesquisa.

A pesquisadora visitou cada sala de aula, explicando aos alunos os objetivos e caracteristicas da pesquisa e se colocou a disposição em horários estabelecidos (14:00 às 17:00) para que se quisessem participar pudessem levar para casa o TALE e trazer assinado pelos responsáveis no dia seguinte para só então os mesmos preencherem os questionários e serem avaliados pela pesquisadora. Aqueles que apresentaram condições psiquiátricas associadas foram encaminhados a serviço de atendimento de saúde mental. Posteriormente

foram analisadas as dificuldade metodológicas e realizadas as modificações necessárias, que no presente estudo se referiram a estrutura do local do desenvolvimento das entrevistas. Por não apresentarem os mesmos critérios de elegibilidade da amostra analisada, os resultados do estudo piloto não foram computados.

Após essa etapa, o estudo foi desenvolvido com 400 participantes distribuidos da seguinte forma entre três escolas: 100 estudantes na primeira, 220 na segunda e 80 alunos na terceira escola pública da cidade do recife.

Primeiramente foi agendado uma visita a escola para explicar sobre o projeto e informar que a mesma já havia sido aprovada por um comitê de ética e secretaria de educação, e solicitar datas para iniciar a coleta e solicitar uma sala de aula ou da coordenação onde poderia ser realizada as entrevistas.

Foi realizada uma visita em cada sala de aula junto ao diretor da escola em questão para informar sobre o projeto e foram nessa ocasião distribuidos os termos de consentimento livre e esclarecido para os pais assinarem.

Nos dias acordados a pesquisadora foi de sala em sala solicitando aos alunos que gostariam de participar da pesquisa que pudessem acompanhar a entrevistadora ate a sala designada para tal, que em todos os casos foi a sala do diretor. Chegando nesta, era explicado que o aluno poderia desistir a qualquer momento e entregues os termos de assentimento para serem devolvidos no dia seguinte.

Os estudantes que traziam os TALES devidamente assinados eram entrevistados e respondiam os questionários citados anteriormente, ao terminar colocavam os questionários em um envelope e depositavam-o em uma pasta. Ocasionalmente algumas dúvidas foram esclarecidas ao longo do preenchimento do questionário.

Os dados foram armazenados em pastas, separados pelos dias em que foram coletados e guardados na casa da pesquisadora responsável. Após a coleta final a mesma digitalizou

com a ajuda de uma assistência estatística as informações que foram submetidas aos tratamentos estatísticos. Os questionários serão armazenados por cinco anos pela pesquisadora.

Após o término da entrevista, os pacientes que apresentaram condições psiquiátricas associadas ou ideação suicida foram encaminhados aos serviços de assistência à saúde do seu distrito sanitário ou ao hospital Ulisses Pernambucano.

ASPECTOS ÉTICOS: O presente projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, através da inscrição do projeto no comitê de ética em pesquisa pela plataforma SISNEP. (PLATAFORMA BRASIL, RESOLUÇÃO 466)

O projeto foi aprovado pelo comitê de etica e pesquisa da UFPE (protocolo de aprovação CAAE: 38648614.0.0000.5208, parecer: 1.130.592)

Aos indivíduos que compuseram a amostra experimental do estudo foram oferecidos os benefícios de um atendimento, neste o aluno e seus familiares (se assim desejasse) foram orientados, ressaltando os cuidados necessários e as formas de tratamento e prevenção do comportamento suicida. Além de serem encaminhados ao serviço de saúde para acompanhamento sistemático.

Além disso, os participantes poderão contribuir, a partir da sua participação com a produção de conhecimento científico, que poderá propiciar implicações clínicas.

O presente trabalho não obteve financiamento ou qualquer intereferência de outros orgãos de fomento estando assim livre de conflitos de interesse.

Dificuldades encontradas

As principais dificuldades encontradas se referiram à estrutura física da escola, já que em nenhuma havia uma sala própria para a atividade, contudo, em todas elas os diretores cederam suas salas, onde as entrevistas transcorriam de forma sigilosa e reservada.

Análise dos resultados

Tamanho amostral

Em função dos seus múltiplos objetivos, o tamanho da amostra calculado considerou as seguintes sentenças: objetivo de determinação da prevalência de alunos com ideação suicida (ou determinação dos percentuais das questões da pesquisa); margem de erro de 5%; Confiabilidade de 95,0%; Proporção esperada igual a 50,0%, valor este que maximiza o tamanho amostral.

O tamanho amostral foi determinado em 385 alunos. A pesquisa foi realizada com 407 alunos, mas devido a falta do preenchimento de uma ou mais escalas 7 questionários foram desprezados.

Técnicas estatísticas

Os dados foram analisados descritivamente através de distribuições absolutas, percentuais uni e bivariadas para as variáveis categóricas e as medidas: média, desvio e mediana para a variável idade foram analisados inferencialmente através dos testes estatísticos: Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada.

Valores do odds ratio (OR ou Razão das chances RC) e intervalos de confiança para a referida medida foram obtidos no estudo da associação entre as variáveis no estudo bivariado considerando-se sempre a primeira ou a última categoria como valor de referência.

Com o objetivo de se verificar que variáveis influenciam a presença de ideação suicida foi ajustado um modelo de regressão logística multivariado com as variáveis que mostraram associação significativa a 20% ($p < 0,20$) no estudo bivariado através do processo de seleção backward considerando 0,20 para manter as variáveis no modelo. Através do modelo foram estimados os valores de OR para as variáveis independentes e valores da significância para a variável e para as categorias em relação à categoria base.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança.

O programa utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21.

6 RESULTADOS

O estudo foi desenvolvido com 400 participantes, cada entrevista durou em média 45 minutos, sendo realizadas no intervalo do horário escolar, como a pesquisadora pôde conversar anteriormente com cada aluno explicando que as respostas eram individuais e citando a importância da transparência e honestidade das informações mencionadas tal conduta parece ter minimizado ou mesmo extinguido o efeito de contaminação nas respostas.

Associado a isso, o fato dos questionários serem compostos por uma grande variedade de perguntas parece também ter contribuido com a diminuição da reprodutibilidade de respostas entre colegas, já que os mesmos não lembravam ao certo cada uma das questões.

Após o desenvolvimento da mesma foi feita uma orientação ao estudante que manifestasse interesse ou necessidade e encaminhado para acompanhamento psiquiátrico caso houvesse indicação para tal.

Os resultados encontrados se iniciam através da Tabela 1, a qual apresenta os dados relativos às características sóciobiodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1 – Descrição dos pesquisados segundo os dados sóciobiodemográficos

Variável	N	%
TOTAL	**400**	**100,0**
• **Idade**		
14	33	8,2
15	107	26,7
16	141	35,3
17	74	18,5
18	45	11,3
• **Sexo**		
Masculino	184	46,0
Feminino	216	54,0
• **Estado civil**		
Solteiro	388	97,0
Casado/União consensual	12	3,0
• **Religião**		
Nenhuma	76	19,0
Católico	139	34,7
Espírita	12	3,0
Evangélico	150	37,5
Mórmon	11	2,8
Outra	12	3,0
• **Escolaridade**		
1ª série do ensino médio	79	19,8
2ª série do ensino médio	200	50,0
3ª série do ensino médio	121	30,2
• **Repetência de ano escolar**		
Nunca	289	72,3
Uma vez	72	18,0
Duas ou mais	39	9,7
• **Com quem reside**[(1)]		
Pais	355	88,8
Avós	56	14,0
Irmãos	46	11,5
Tios	21	5,3
Amigos	3	0,8
Não informado	6	1,5
• **Procedência**		
Recife	358	89,5
RMR	33	8,2
Interior	3	0,8
Outro Estado	6	1,5
TOTAL	**400**	**100,0**

(1): Considerando que um pesquisado tenha citado mais de uma alternativa, registra-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

A idade dos alunos pesquisados do ensino médio variou de 14 a 18 anos, teve média de 15,98 anos e desvio padrão de 1,11 anos. A idade de 16 anos foi a mais frequente dentre os estudantes avaliados com 35,3% da amostra, seguido dos que tinham 15 anos (26,7%) e 17

anos (18,5%). O sexo feminino foi maior na amostra, com 54% e a maioria dos pesquisados eram solteiros. Metade dos estudantes estava matriculada no segundo ano do ensino médio, sendo o segundo maior percentual (30%) de estudantes do terceiro ano. A maioria residia com os pais (88,8%) e nunca tinha tido alguma repetência escolar cerca de 70% da amostra.

Os resultados acerca da associação entre dados sóciobiodemográficos e ideação suicida estão expressas na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Avaliação da ocorrência de ideação suicida segundo sexo e pessoa com quem reside

Variável	Ideação suicida							
	Sim		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	n	%	N	%	n	%		
Grupo Total	**58**	**14,5**	**342**	**85,5**	**400**	**100,0**		
• **Sexo**								
Masculino	19	32,7	165	48,2	184	100,0	$p^{(1)} = 0,029$*	1,00
Feminino	39	67,3	177	51,8	216	100,0		1,91 (1,06 a 3,44)
• **Com quem reside?**								
Pais								
Sim	45	77,6	310	90,6	355	100,0	$p^{(1)} = 0,008$*	1,00
Não	13	22,4	32	9,4	39	100,0		2,71 (1,26 a 5,81)
Avós								
Sim	12	20,7	48	14	56	100,0	$p^{(1)} = 0,095$	1,82 (0,89 a 3,72)
Não	46	79,3	294	86	338	100,0		1,00
Irmãos								
Sim	7	12	45	13,2	46	100,0	$p^{(1)} = 0,490$	1,00
Não	51	88	297	86,8	348	100,0		1,41 (0,53 a 3,73)
Tios								
Sim	2	3,4	20	5,8	21	100,0	$p^{(2)} = 0,751$	**
Não	56	96,6	322	94,2	373	100,0		
Grupo Total	**58**	**14,5**	**342**	**85,5**	**400**	**100,0**		

(*): 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 Exato de Fisher.

Mais da metade dos adolescentes com ideação suicida eram do sexo femino (67,3%), enquanto a amostra de adolescentes sem ideação suicida foi mais homogênea (48,2% sexo masculino e 51,8% sexo feminino). A maioria dos adolescentes com ideação suicida morava com os pais (77,6%), sendo esse número maior naqueles sem ideação suicida (90,6%).

A seguir serão analisados os resultados relacionados à presença ou ausência do comportamento suicida entre os adolescentes, onde foram questionados se já haviam tentado suicídio e a intensidade do desejo de morrer nesta ocasião.

Tabela 3 – Distribuição dos pesquisados segundo a existência de tentativas de suicídio e a intensidade do desejo de morte.

Variável	N	%
TOTAL	**400**	**100,0**
• **Tentativa de suicídio prévia**		
Nunca tentou suicídio	355	88,8
Tentou suicídio uma vez	33	8,2
Tentou suicídio duas ou mais vezes	12	3,0
• **Intensidade do desejo de morte na tentativa de suicídio**		
Durante a última tentativa de suicídio, seu desejo de morrer era fraco	17	4,2
Durante a última tentativa de suicídio, seu desejo de morrer era moderado	22	5,5
Durante a última tentativa de suicídio, seu desejo de morrer era forte	6	1,5
Nunca tentou suicídio	355	88,8
TOTAL	**400**	**100,0**

Afirmaram já haver tentado suicídio 11,2% dos entrevistados, que corresponde a 45 pessoas, dentre estas 8,2% relataram ter executado a tentativa uma única vez e 3,0% duas ou mais vezes.

Para a ampliação do entendimento sobre esse complexo fenômeno serão apresentados a seguir os dados oriundos da escala Beck de ideação suicida (Tabela 4).

Dentre as questões abordadas pelo instrumento, serão destacadas para análise na tabela a seguir, as investigações nas seguintes áreas: existência de desejo de morte, existência de razões para estar vivo, existência de ideação suicida, frequência das ideações suicidas, controle sobre os atos suicidas e tentativa de inibições para a ideação suicida.

Tabela 4 – Dados segundo a escala de ideação suicida de Beck - BSI

Variável	N	%
TOTAL	**400**	**100,0**
• **Beck - Desejo de morrer**		
Inexistente	333	83,3
Moderado	61	15,3
Forte	6	1,5
• **Beck - Razões para viver**		
Forte	352	88,0
Moderado	42	10,5
Fraco	6	1,5
TOTAL	**400**	**100,0**
Beck - Existência de ideação suicida		
Fraco	27	46,6
Moderado	16	27,6
Forte	2	3,4
Não informou	13	22,4
• **Beck - Frequência de ideação**		
Fraco	30	51,7
Moderado	13	22,4
Forte	1	1,7
Não informou	14	24,1
• **Beck - Controle sobre os atos suicidas**		
Forte	22	37,9
Moderado	20	34,5
Fraco	3	5,2
Não informou	13	22,4
• **Beck - Inibições para a tentativa**		
Forte	19	32,8
Moderado	20	34,5
Fraco	3	5,2
Não informou	16	27,6
TOTAL	**58**	**100,0**

Na presente pesquisa 16,8% dos adolescentes entrevistados revelaram sentir desejo de morrer e 12% afirmou ter pouca ou moderada razões para estar vivo.

Dos 400 jovens investigados, 58 apresentaram ideação suicida, o que corresponde a 14,5% da amostra. Dentre estes, consideraram ser as suas ideias de morte de moderada a forte 31%, pouco mais de 24% afirmou que as ideias de morte eram muito frequentes, cerca de 72% afirmou ter de moderado a forte controle sobre os atos suicidas e 67,3% afirmou se eforçar para inibir o planejamento suicida.

Na tentativa de entender com mais especificidade a extensão da ideação suicida dos participantes do referido estudo, foram investigadas ainda através do BSI (Inventário Beck de Suicídio) quais as razões apontadas para as ideias de morte, se havia um planejamento específico para a tentativa de suicídio, caso houvesse se os indivíduos tinham acesso ao método letal e apresentavam probabilidade de empreendê-lo e, se havia algum bilhete que buscasse informar sobre o possível comportamento suicida. Os dados oriundos dessa investigação serão expostos e discutidos a seguir com a tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos pesquisados segundo a escala de ideação suicida de Beck - BSI

Variável	N	%
TOTAL	**58**	**100,0**
• **Beck - Razões para o comportamento suicida**		
Fazer as pessoas prestar mais atenção nele ou se vingar	7	12,1
Solucionar seus problemas	8	13,8
Fugir de seus problemas	23	39,7
Não informou	20	34,5
• **Beck - Especificidade do planejamento**		
Fraco	26	44,8
Moderado	15	25,9
Forte	2	3,4
Não informou	15	25,9
• **Beck - Acessibilidade ou oportunidade do método**		
Fraca	22	37,9
Moderada	12	20,7
Forte	8	13,8
Não informou	16	27,6
• **Beck - Probabilidade de tentativa real**		
Fraca	21	36,2
Moderada	16	27,6
Forte	6	10,3
Não informou	15	25,9
• **Beck - Bilhete suicida**		
Inexistente	30	51,7
Sim	11	18,9
Não informou	17	29,3
TOTAL	**58**	**100,0**

Os adolescentes entrevistados informaram que as principais razões para pensar em suicídio foram: fazer as pessoas prestar mais atençao nelas ou se vingar, que correspondeu a 12,1%, solucionar algum problema, informado por 13,8% e fugir de seus problemas, que foi a categoria com maior percentual (39,7%), seguida apenas da classe de resposta que não informava as razões para o comportamento suicida que correspondeu a 34,5% dos participantes.

Cerca de 34% tinham acesso ao método imaginado para a tentativa de suicídio e mais da metade (51,7%) não havia escrito qualquer mensagem de despedida ou bilhete suicida.

Os resultados da escala CATS serão apresentados na Tabela 6 onde se salienta que mais de 40% dos adolescentes considerou pensar algumas vezes, frequentemente ou o tempo todo da seguinte maneira: "Tenho medo que alguém possa morrer (48,8%), "Algumas pessoas merecem o que acontece com elas (44,1%)", "Eu não consigo fazer nada direito (44,3%)", "Eu sempre levo a culpa por coisas que eu não faço (42,1%)", "Tenho medo de perder o controle (40,8%)". E mais de 60% dos adolescentes afirmaram pensar algumas vezes, frequentemente ou o tempo todo que "Algumas pessoas são más (61,6%)", "Pessoas más merecem ser punidas (67,8%)".

Tabela 6 – Distribuição dos pesquisados segundo a escala CATS

Variável	Resposta									
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Todo o tempo	
	N	%(1)	N	%(1)	n	%(1)	N	%(1)	N	%(1)
• Na última semana eu pensei que as outras crianças vão pensar que eu sou burro	256	64,0	88	22,0	48	12,0	5	1,3	3	0,8
• Eu tenho o direito de me vingar das pessoas se elas merecerem	154	38,5	97	24,3	104	26,0	25	6,3	20	5,0
• Eu não consigo fazer nada direito	90	22,5	133	33,3	112	28,0	37	9,3	28	7,0
• Eu vou sofrer um acidente	261	65,3	73	18,3	46	11,5	10	2,5	10	2,5
• As outras crianças são burras	212	53,0	98	24,5	54	13,5	20	5,0	16	4,0
• Fico com medo de ser magoada	208	52,0	82	20,5	71	17,8	20	5,0	19	4,8
• Eu estou ficando louco	258	64,5	53	13,3	54	13,5	7	1,8	28	7,0
• As outras crianças vão rir de mim	224	56,0	102	25,5	50	12,5	16	4,0	8	2,0
• Eu vou morrer	242	60,5	76	19,0	41	10,3	20	5,0	21	5,3
• A maioria das pessoas está contra mim	171	42,8	119	29,8	72	18,0	21	5,3	17	4,3
• Eu não sirvo pra nada	196	49,0	105	26,3	56	14,0	19	4,8	24	6,0
• Minha mãe ou meu pai vão se machucar	269	67,3	64	16,0	42	10,5	17	4,3	8	2,0
• Nada mais da certo pra mim	180	45,0	118	29,5	49	12,3	26	6,5	27	6,8
• Eu vou parecer um bobão	259	64,8	89	22,3	33	8,3	12	3,0	7	1,8
• Eu não vou deixar barato quando alguém me incomodar	147	36,8	108	27,0	87	21,8	29	7,3	29	7,3
• Tenho medo de perder o controle	140	35,0	97	24,3	86	21,5	41	10,3	36	9,0
• É minha culpa se as coisas deram errado	134	33,5	133	33,3	90	22,5	25	6,3	18	4,5
• As outras pessoas pensam coisas ruins sobre mim.	104	26,0	139	34,8	95	23,8	44	11,0	18	4,5
• Se alguém me machucar eu tenho o direito de machucá-lo de volta	153	38,3	103	25,8	93	23,3	18	4,5	33	8,3
• Eu vou me machucar	212	53,0	92	23,0	64	16,0	16	4,0	16	4,0
• Eu tenho medo do que as outras crianças vão pensar sobre mim	244	61,0	79	19,8	59	14,8	14	3,5	4	1,0
• Algumas pessoas merecem o que acontece com elas	113	28,3	111	27,8	114	28,5	25	6,3	37	9,3
• Eu transformei minha vida em uma grande bagunça.	212	53,0	90	22,5	54	13,5	22	5,5	22	5,5
• Algo de muito ruim vai acontecer	247	61,8	80	20,0	49	12,3	11	2,8	13	3,3

(1): Os valores percentuais foram obtidos do número total de 400 pesquisados.

Continuação da Tabela 6

Tabela 6 – Distribuição dos pesquisados segundo a escala de pensamentos automáticos CATS

Variável	Resposta									
	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Todo o tempo	
	N	%(1)	N	%(1)	n	%(1)	n	%(1)	N	%(1)
• Eu pareço um idiota	194	48,5	101	25,3	56	14,0	23	5,8	26	6,5
• Eu nunca serei tão bom quanto as outras pessoas	215	53,8	90	22,5	47	11,8	18	4,5	30	7,5
• Eu sempre levo a culpa por coisas que eu não faço	136	34,0	96	24,0	79	19,8	42	10,5	47	11,8
• Eu sou um fracasso	295	73,8	62	15,5	14	3,5	11	2,8	18	4,5
• As outras crianças zombam de mim	293	73,3	70	17,5	26	6,5	3	0,8	8	2,0
• Não vale a pena viver	303	75,8	47	11,8	31	7,8	12	3,0	7	1,8
• Todos estão me encarando	189	47,3	105	26,3	56	14,0	30	7,5	20	5,0
• Eu tenho medo de fazer o papel de bobo	199	49,8	102	25,5	57	14,3	25	6,3	17	4,3
• Tenho medo de que alguém possa morrer	140	35,0	65	16,3	68	17,0	47	11,8	80	20,0
• Eu nunca vou superar meus problemas.	225	56,3	92	23,0	35	8,8	26	6,5	22	5,5
• As pessoas sempre tentam me meter em confusão	201	50,3	111	27,8	50	12,5	21	5,3	17	4,3
• Tem alguma coisa muito errada comigo	201	50,3	100	25,0	52	13,0	20	5,0	27	6,8
• Algumas pessoas são más	77	19,3	77	19,3	107	26,8	58	14,5	81	20,3
• Eu me odeio	299	74,8	48	12,0	29	7,3	12	3,0	12	3,0
• Alguma coisa vai acontecer com alguém que eu me preocupo	187	46,8	83	20,8	76	19,0	34	8,5	20	5,0
• Pessoas más merecem ser punidas	73	18,3	56	14,0	73	18,3	48	12,0	150	37,5

(1): Os valores percentuais foram obtidos do número total de 400 pesquisados.

Mais de 40% dos adolescentes entrevistados informaram pensar de forma demasiada segundo as seguintes afirmações "Tenho medo que alguém possa morrer (48,8%), "Eu não consigo fazer nada direito (44,3%)", "Eu sempre levo a culpa por coisas que eu não faço (42,1%)", "Tenho medo de perder o controle (40,8%)".

Os próximos dados informarão acerca do domínio das distorções cognitivas avaliadas na escala CATS. A tabela 7 aponta que 29% dos adolescentes entrevistados apresentam distorções cognitivas de "Intenções hostis", cerca de 16% dos estudantes apresentam distorções

cognitivas de "Ameaça física", 12,5% distorções de "Falha Pessoal" e 10,8% dos alunos investigados apresentam distorções de "Ameaça social", conforme pode ser observado a seguir.

Tabela 7 – Distribuição dos adolescentes segundo os domínios da escala CATS

Domínios	Resposta			
	Positivo		Negativo	
	N	%(1)	N	%(1)
• **Ameaça física**	65	16,3	335	83,8
• **Ameaça social**	43	10,8	357	89,3
• **Falha pessoal**	50	12,5	350	87,5
• **Intenções hostis**	116	29,0	284	71,0

(1): Os valores percentuais foram obtidos do número total de 400 pesquisados.

A fim de identificar a associação entre os domínios de distorções expostos anteriormente e a presença de ideação suicida foi construída a tabela 8 a seguir.

Tabela 8 – Ocorrência de ideação suicida segundo os domínios de distorções cognitivas

Domínios	Ideação suicida							
	Sim		Não		TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	N	%	N	%	N	%		
Grupo Total	**58**	**14,5**	**342**	**85,5**	**400**	**100,0**		
• **Ameaça física**								
Positivo	25	43,1	40	11,7	65	100,0	p(1) < 0,001*	5,72 (3,09 a 10,58)
Negativo	33	56,9	302	88,3	335	100,0		1,00
• **Ameaça social**								
Positivo	18	31,1	25	7,3	43	100,0	p(1) < 0,001*	5,71 (2,86 a 11,37)
Negativo	40	68,9	317	92,7	357	100,0		1,00
• **Falha pessoal**								
Positivo	23	39,7	27	7,9	50	100,0	p(1) < 0,001*	7,67 (3,98 a 14,78)
Negativo	35	60,3	315	92,1	350	100,0		1,00
• **Intenções hostis**								
Positivo	31	53,4	85	24,8	116	100,0	p(1) < 0,001*	3,47 (1,96 a 6,15)
Negativo	27	46,6	257	75,2	284	100,0		1,00

(*): Associação significativa ao nível de 5,0%.
(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 8 mostra associação significativa de ideação suicida com cada um dos domínios de distorções do pensamento ($p < 0,001$, valores para OR que variaram de 3,47 a 7,67 e intervalos para OR que excluíram o valor 1,00).

O estudo da associação entre ideação suicida e tentativas de suicídio é apresentado na Tabela 9, onde se observa que o percentual de pacientes que nunca tentou suicídio foi bem maior entre os que não tinham ideação suicida que àqueles que apresentavam ideias de morte (95,3% vs. 50,0%).

Dentre os que tentaram suicídio uma única vez e duas ou mais vezes os percentuais eram correspondentemente mais elevados entre os que tinham ideação suicida (32,8% Vs. 4,1% nos que tentaram uma vez) e (17,2% Vs. 0,6% nos que tentaram duas ou mais vezes), conforme pode ser observado a seguir.

Tabela 9 – Número de tentativas de suicídio segundo a ocorrência de ideação suicida

N° de tentativas de suicídio	Ideação suicida						Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim		Não		Grupo total			
	N	%	N	%	n	%		
• **Nunca tentou**	29	50,0	326	95,3	355	88,8	$p^{(1)} < 0,001$*	**
• **Uma vez**	19	32,8	14	4,1	33	8,3		
• **Duas ou mais vezes**	10	17,2	2	0,6	12	3,0		
TOTAL	**58**	**100,0**	**342**	**100,0**	**400**	**100,0**		

(**): Não foi determinado devido à ocorrência de frequência muito baixa.
(1): Associação significativa a 5,0%.

Os resultados ora expostos serão discutidos a seguir e analisados com base nos estudos publicados na comunidade científica.

7 DISCUSSÃO

No que se refere à faixa etária, o maior número de participantes tinham 16 anos, considerando que as escolas tinham em média um número equivalente de alunos para cada série escolar (limitado e acompanhado pela secretaria de educação), e ainda, que a pesquisadora realizou a divulgação para a pesquisa de forma igualitária, pode-se avaliar que os indivíduos com 16 anos parecem ter apresentado maior interesse em responder ao estudo. Tal dado pode sugerir uma maior consciência sobre a importância da participação nessa pesquisa ou mesmo que os adolescentes com 16 anos apresentam maiores conflitos que adolescentes com outras idades.

Com 14 anos o jovem já é considerado adolescente, porém nessa idade ainda se tem mais suportes que os adolescentes mais velhos, seja pela menor idade inspirar mais cuidados ou por estar introduzindo-se no ensino médio e contar ainda com o meio escolar que o ajuda a se adaptar a tal transição pedagógica.

Por volta da adolescência média (15 e 16 anos), a capacidade de raciocínio mais desenvolvida, o jovem ganha novas responsabilidades, o mundo adulto parece mais próximo e na escola, é preciso escolher sua futura carreira. Em algumas famílias, há de se conquistar um emprego e no âmbito afetivo torna-se mister buscar parceiros (as), assim os conflitos aumentam e a ausência de lugar social também. Se no início da adolescência o papel juvenil está bem delimitado e no final dela o jovem está mais voltado a sua inserção no mundo do trabalho, não se pode afirmar o mesmo da adolescência média onde esse papel social parece estar em moratória (SAVAGE, 2009).

Assim, essa faixa etária pode manifestar maiores conflitos e sofrimento que o início ou final da adolescência, o que pode explicar a maior busca desses alunos pela pesquisa a fim de expressar e obter apoio para suas dificuldades.

Os estudantes acima de 17 anos tiveram o segundo maior percentual de participação, conforme tabela 1, a maioria deles estavam frequentando o último ano do ensino médio, que pode ser associado a maior carga horária de estudos destes e naturalmente menor tempo para participação em pesquisas, frente a proximidade dos exames de seleção para universidades.

Para melhor elucidar essa questão sobre a série que frequentavam, a tabela 1 informa que metade dos participantes (50,0%) foi de alunos da segunda série do ensino médio e o segundo maior percentual (30,2%) correspondente a alunos da terceira série do ensino médio, os demais eram alunos do primeiro ano.

Ainda em relação à escolaridade a maioria (72,3%) não tinham tido repetência, 18,0% tinham tido uma repetência e 9,7% restante duas ou mais repetências. Esse dado refere um maior comprometimento dos alunos com o ambiente escolar, por conseguinte uma maior preocupação e dedicação com a educação, aspecto peculiar a amostra investigada.

Ressalta-se que a presente pesquisa foi desenvolvida em escolas de referência e nestas a secretaria de educação da cidade estipula algumas regras e aspectos que pretendem favorecer o sucesso escolar, o que nos aponta que o maior empenho dos estudantes pode não ser necessariamente um elemento aleatório.

Quanto à identificação do sexo dos entrevistados, pouco mais da metade (54,0%) era do sexo feminino. Essa informação condiz com o fator de risco já expresso na literatura, que confirma ser a população de mulheres mais vulnerável ao comportamento suicida, principalmente no âmbito da ideação e tentativas (SHAIN, 2016).

Contudo, outro aspecto também pode ser destacado: o fato de haver mais adolescentes do sexo feminino matriculadas no ensino médio das escolas investigadas. Tal dados nos chama atenção, pois apesar de haver uma quantidade maior de meninas nas escolas, esse número não foi expressivo na diferença entre o sexo dos pesquisados, o que nos sugere que os

adolescentes do sexo masculino das escolas tenham procurado responder mais a pesquisa que as adolescentes do sexo feminino matriculadas nas mesmas escolas.

No que se refere ao estado civil 3,0% eram casados ou viviam em união consensual e os 97,0% restantes eram solteiros.

Por considerar que esse jovem ainda não constituiu uma vida familiar, com as responsabilidades e exigências desta, pode-se questionar se o mesmo não teria menos fatores que motivassem o comportamento suicida, a presença do desejo suicida nesse aspecto pode ser percebido como algo inconsistente, num primeiro momento, como uma questão decorrente de fatores precipitantes como um rompimento com o namorado, a briga com um ente querido, a falta de ocupação em casa, contudo é importante salientar que os conflitos familiares do jovem é considerado um relevante aspecto predisponente.

Na amostra estudada, com a ressalva que um mesmo pesquisado poderia citar mais uma alternativa de com quem residia salienta-se que a maioria expressiva (88,8%) residia com os pais, 14,0% residiam com os avós, 11,5% com os irmãos e as outras condições tiveram percentuais que variaram de 0,8% a 5,3%.

A familia é um aspecto extremanente importante na adolescência, pois ao considerar a dissipação de si mesmo do sistema familiar podem ocorrer sentimentos de insuficiência, incapacidade frente às ocorrências do cotidiano, assim a vontade de descansar, dormir, sumir confunde-se com o desejo de morrer (SAVAGE, 2009).

O desenvolvimento da capacidade cognitiva para pensamentos abstratos, que apresenta incremento na adolescência, permite aos jovens explorarem diferentes ideias sobre conceitos espirituais, além disso, a construção da identidade na adolescência seria mais um dos fatores que contribuem para a identificação e questionamentos dos jovens frente à religiosidade (GOOD, WILLOUGHBY, BUSSERI, 2011).

Dos aspectos sóciobiodemográficos citados, alguns apresentaram associação significativa com a presença de ideação suicida. Para a margem de erro fixada (5%) se verifica associação significativa ($p < 0,05$ e com exceção de uma das variáveis os intervalos para OR excluem o valor 1,00) entre ideação suicida com as seguintes variáveis: sexo feminino, não residir com os pais, provedor familiar não ser o pai e história de doença psiquiátrica na família.

Para as variáveis com associação significativa se destaca que o percentual com ideação suicida foi mais elevada entre os alunos do sexo feminino que do sexo masculino (67,3% vs. 32,7%).

Esse dado é corroborado pelos índices expostos na literatura, onde a prevalência de ideação suicida aparece mais associada ao sexo feminino, enquanto ao sexo masculino se atribui um maior índice de suicídios exitosos (TUREKI, 2007; ROY, JANAL, 2006).

Também foi observada uma associação significativa entre a existência de ideação suicida e residir com os pais. Dentre os adolescentes com ideias de morte 77,6% moravam com os pais, enquanto 22,4% moravam com outros parentes.

Essa associação pode indicar a existência de conflitos familiares extenuantes, suporte familiar deficitário, sobretudo, ao considerar que algumas famílias reunem verdadeiros impedimentos para a distinção de si mesmo. Os adolescentes manifestam narrativas vagas, empobrecidas, permeadas por histórias ambíguas e sentimentos de insegurança a respeito do tema: Quem sou eu? Neste contexto, a separação real ou imaginária gera intenso sofrimento e é percebida pelo outro como abandono. Iniciativas em torno de estabelecer novos vínculos geram ansiedade, pois demandam um novo equilíbrio entre os compromissos com a família e a inclusão dessa nova relação (KRUGER, WERLANG, 2010).

A existência de oposição familiar remete ainda à ausência ou deficiência de suporte e apoio familiar, o que pode ser indicativo de vivências de solidão ou isolamento (GOUVEIA-PEREIRA, ABREU, MARTINS, 2014).

Além disso, a menção de conflitos familiares também pode estar atrelada à inabilidade ou deficiência de habilidades sociais, bem como pode indicar a ocorrência de um hiperfoco de atenção ao problema, que faça perceber os conflitos familiares como algo desabitual ou lastimável, onde também está implicado um pensamento perfeccionista que atua na avaliação do fato (O'CONNOR et al., 2007).

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Contudo, não são fornecidas informações precisas acerca desse dado em âmbito nacional ou internacional. Os trabalhos publicados utilizam, em sua maioria, registros oficiais de informações, atestados de óbitos, prontuários médicos e registros de causa da morte nos cartórios de registro civil, o que dificulta a estimativa fidedigna (SÁ et al., 2010).

Além disso, consideram-se também os problemas oriundos de sub-registro e subnotificação, através dos suicídios que "se escondem" sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e "morte de causa indeterminada" (GOTSENS et al., 2011).

No Brasil, as principais notificações sobre tentativa de suicídio derivam de um estudo realizado sob o auspício da OMS, na cidade de Campinas, em 2003. Nesse estudo, 515 pessoas foram sorteadas aleatoriamente e entrevistadas por pesquisadores da Unicamp que constataram que 2,8% dos entrevistados efetivamente tentaram o suicídio (BOTEGA, 2014).

Os resultados encontrados no presente estudo apontam um índice quase cinco vezes maior (11,2%) que aquele encontrado no estudo desenvolvido em Campinas, que tem sido utilizado até então como estimativa nacional, o que aponta a gravidade e aumento do fenômeno.

Em comparação com dados internacionais, os adolescentes avaliados na presente pesquisa informam ter tentado suicídio quase duas vezes mais que aqueles avaliados nos Estados Unidos, em pesquisa desenvolvida com 1491 adolescentes, onde foi encontrada a prevalência de 6,3% (BAUMAN, TOOMEY, WALKER, 2013). Ainda nos Estados Unidos, no estado de Nova York, outro estudo encontrou 4% dos 2189 adolescentes pesquisados afirmando que haviam tentado suicídio pelo menos uma vez (ORTIN et al., 2012).

Em estudo realizado com 1248 adolescentes europeus, moradores dos Estados Unidos, com idades entre 11 e 19 anos, foram observados a taxa de 5,4% para os adolescentes do sexo masculino e 10% do sexo feminino que afirmaram já haver tentado suicídio (BOENINGER et al., 2010).

Quando comparado com o sudeste asiático, o índice encontrado na cidade do Recife também demonstra ser cerca de três vezes maior. Na Malasia, em estudo transversal realizado com 4.500 estudantes adolescentes, 4,6% afirmaram já haver tentado suicídio pelo menos uma vez (CHEN et al., 2005).

Os altos índices de tentativas de suicídio encontrados ao redor do mundo demonstram uma situação alarmante no panorama da juventude mundial. No estudo desenvolvido na cidade do recife esses números apresentam uma preocupação ainda maior pelo índice exponencialmente mais alto em comparação com os demais estudos.

O dado fornecido pela presente pesquisa, no que se refere ao número de adolescentes que mencionaram já haver tentado suicídio, pretende contribuir para o conhecimento das taxas acerca do comportamento suicida no âmbito nacional entre os adolescentes e possível delineamento de políticas de saúde que se disponham a tratar e prevenir essa insidiosa enfermidade.

Ainda na tabela 3 é possível observar os dados acerca da intensidade do desejo de morrer, manifestado pelos adolescentes na escala Beck de ideação suicida. Nas tentativas de

suicídio empreendidas pelos 45 jovens que mencionaram já haver executado tal comportamento, o desejo de morrer era moderado a forte em 86,6% dos adolescentes entrevistados e fraco em 13,3%.

Aqueles que manifestaram fraca intensidade do desejo de morrer, mas ainda assim realizaram a tentativa de suicídio, torna o fenômeno estudado ainda mais complexo no seu entendimento, já que poderia se questionar "Por que uma pessoa que não tem forte desejo de morrer, ainda assim tenta se matar?".

O comportamento suicida pode configurar uma tentativa de escapar de um contexto de sofrimento que para o indivíduo está intolerável, sendo para ele uma saída que não necessariamente está atrelada ao desejo de morte, mas que configuram meios particulares de atuação, ou seja, o indivíduo tenta declarar seu sofrimento, a desordem psíquica por qual está passando não por palavras, mas sim por meio de ações (RESMINI, 2004).

A dificuldade em se identificar com o ambiente em que vive também pode fazer o indivíduo recorrer à tentativa de suicídio, mesmo com brando desejo de morrer, sendo essa atitude uma forma de libertação ou mesmo de indignação frente às regras. Sabe-se que o meio social determina inúmeras características como valores e normas sociais, que embora sejam comuns numa sociedade, ganham maior ou menor adesão em cada grupo social.

Durkheim (2005) ao investigar o comportamento suicida sob um aspecto social denomina o suicídio egoísta como a inexistência do sentimento de pertença e resposta a esse distanciamento e, o suicídio por anomia, que decorre da desorganização emocional ou interrupção de normas comportamentais estabelecidas socialmente.

Nesse âmbito, convém lembrar também que muitas vezes o comportamento suicida pode estar atrelado à impulsividade. Esta, bem como a agressividade e perda da capacidade de autocontrole é fundamental para o aumento do risco de suicídio (MITCHELL ET AL., 2005; PIETRO, 2007).

Considera-se ainda que as aprendizagens que o indivíduo instaura ao longo da vida sobre como resolver problemas, oriundas de modelos familiares e sociais tem influência nas tentativas de suicídio por oferecer um repertório de práticas exclusivamente baseados na fuga e abandono dos problemas (CONSOLI et al., 2013; GAUTIER, JOHNSTON, 2005).

É imprescindível destacar também a influência das doenças mentais que interferem no processamento da informação e demais aspectos cognitivos. Como exemplo deste, pode-se citar a desesperança, que chega a aumentar em pelo menos três vezes mais a ocorrência do comportamento suicida. Quanto maior a desesperança, independentemente de outros fatores como depressão, por exemplo, maior o nível de intenção suicida (MCMILLAN *et al.*, 2007; ORTIN et al., 2012).

Alterações no âmbito do pensamento como o perfeccionismo, também aparece como um correlato das tentativas de suicídio, predispondo o indivíduo para o comportamento suicida, sobretudo quando se considera divergente as percepções da própria necessidade em comparação à possibilidade de atender às expectativas dos outros (BEEVERS, MILLER, 2004; HUNTER, O'CONNOR, 2003; MILLER et al., 2014).

Cerca de 86,6% dos adolescentes entrevistados com tentativa de suicídio prévia apresentam desejo de morrer de moderado a forte, esse dado alarmante que pode estar atrelado a maior grau de letalidade no método utilizado para a tentativa de suicídio, muitas vezes tem como fator predisponente a existência de transtornos mentais, uso e dependência de drogas, abuso na infância, eventos estressantes como perdas de entes queridos, mudanças e conflitos familiares, bem como os suicídios "por imitação" decorrentes de processos de identificação (BEEVERS, MILLER, 2004).

A avaliação de componentes de risco para o comportamento suicida na adolescência constitui o que se considera um modelo de risco acumulativo, onde adversidades na infância, como fome, violência doméstica, abuso, ausência de figuras de segurança; problemas de

saúde mental, dentre eles a exposição ao estresse podem se combinar e influenciar o risco para o suicídio (VIEIRA et al., 2009).

Considera-se ainda as diferenças de gênero, no período da adolescência é o sexo feminino que apresenta maior taxa de ideação suicida em comparação com o sexo masculino. A proporção estimada é de quatro vezes mais ideação suicida e três vezes mais tentativa de suicídio nas garotas que em garotos. Tal fenômeno parece estar também associado ao fato de que as meninas apresentam maiores índices de depressão que os meninos, aumentando assim a probabilidade de ideação e tentativa de suicídio (BORGES, 2006).

Em busca realizada no portal de periódicos científicos CAPES entre os períodos de 2000 a 2016 (últimos dez anos) não foram encontradas informações sobre a prevalência do desejo de morte em adolescentes de ambos os sexos. Por ser essa informação dificilmente investigada ou prescindir maior precisão, os estudos encontrados abordam apenas os constructos relacionados à ideação, tentativa de suicídio ou suicídio consumado.

Vale destacar que a investigação sobre a existência do desejo de morte é de suma importância para o entendimento do limiar que leva o indivíduo do desejo à ideação e posterior planejamento da própria morte.

Sabe-se que as taxas de comportamento suicida têm aumentado consideravelmente entre adolescentes nos últimos vinte anos. Determinar os fatores envolvidos com esse aumento considerável prescinde a investigação do porque esse desejo de morte estar aumentado e porque as razões para estar vivos são ausentes ou insuficientes nessa população.

A satisfação com a vida é oriunda de uma avaliação cognitiva acerca de alguns aspectos da vida do sujeito como saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia, que ajudam a constituir uma avaliação geral sobre a vida como um todo, a qual será comparada ao padrão estabelecido pelo mesmo (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Dentre as principais razões que ajudam os adolescentes a manter satisfação com suas próprias vidas e, por conseguinte fornecem razões para estar vivos estão: o fato de terem suas necessidades básicas atendidas, as relações sociais fora da família e a existência de suporte familiar (BARROS et al., 2008).

Na França onde o grau de satisfação com a vida da população jovem alcança um dos melhores patamares, a taxa de suicídio entre 100.000 adolescentes com idades entre 15 e 19 anos é de 4,1 %. Na Espanha, também considerado os altos ìndices de satisfação com a vida, a taxa de suicídio é de 1,4% dos adolescentes em 100.000. Em outros países do continente europeu, onde esses índices de satisfação com a vida são menores, as taxas de comportamento suicida aumentam consideravelmente. Na Lituânea, Finlândia e Polônia, por exemplo, em 100.000 habitantes encontra-se o percentual de tentativa de suicídio entre adolescentes na faixa de 15,9%, 11,9% e 9,4% respectivamente (TOURNEMIRE, 2010).

Certamente é relevante considerar outros aspectos para a manutenção do desejo de viver, como a capacidade de gerenciamento de conflitos, resiliência, esperança, mas o grau de satisfação com a vida parece ser um forte componente para o desejo de estar vivo.

A seguir serão abordados os dados referentes a existência de ideação suicida entre os adolescentes investigados, vale ressaltar que por ideação suicida se considera planos, quaisquer pensamentos, ideias de morte ou demais elementos cognitivos como imagens, vozes que apresentem ou mantenham a idéia de morte intencional (CROSBYet al., 2007).

A ideação suicida é considerada um importante preditor para tentativas de suicídio, sendo um dos critérios para designar a existência de comportamento suicida, o que torna essa variável relevante, mas dificilmente investigada pelo seu caráter subjetivo (MANN, 2002; WICHSTROM, 2000; REINHERZ et al., 2006).

Os resultados encontrados no presente estudo foram investigados através das questões 6 a 19 do Inventário Beck de Suicídio, que explora desde a presença de ideias de morte até a existência de planos, presença de bilhetes suicidas, o que torna esse dado mais fidedigno.

Em relação ao âmbito nacional, as taxas encontradas no presente estudo acerca da presença de ideação suicida (14,5%) diferenciam-se dos índices avaliados por pesquisa realizada no estado do Rio Grande do Sul, na cidade de Pelotas, com 960 adolescentes, com faixa etária similar a investigada no presente estudo (idades de 15 a 18 anos), a qual encontrou a prevalência de 7,7% (SOUZA et al., 2010).

Em outro estudo transversal realizado com escolares entre 12 e 18 anos, na regiao metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, onde os índices de suicídio são considerados mais altos em comparação com demais regiões do Brasil, foi encontrada a prevalência de 6,3% de ideação suicida, bem abaixo dos 14,5% encontrados no presente estudo (SOUZA et al., 2010).

A frequência de ideação suicida entre os adolescentes da região metropolitana do Recife se assemelha aos dados encontrados em âmbito internacional, o estudo ora apresentado encontra índices semelhantes entre adolescentes chineses com 14 e 15 anos, onde dentre os jovens investigados 15,8% apresentaram ideação suicida (LIU et al., 2005).

Em comparação com os Estados Unidos, também se encontram semelhanças nos índices apresentados entre os adolescentes com 15 a 19 anos, cuja prevalência foi de 16,9% de ideação suicida entre as meninas e 10,3% entre os meninos (KANN, KINCHEN, SHANKLIN, 2014).

Na finlândia, pesquisa longitudinal desenvolvida por 8 anos com 580 adolescentes com idade de 16 anos encontrou a prevalência de 14% de ideação suicida (SOURANDER et al., 2001).

Ainda na esfera internacional pode ser observado que os adolescentes recifences referem mais ideação suicida (14,5%) que os africanos com idades entre 14 a 18 anos, onde dentre os estudantes avaliados, cerca de 11,5% apresentaram ideação suicida (BORGES et al., 2008).

Além da investigação sobre a existência de ideação suicida é imprescindível avaliar seus diferentes graus, pois esse fenômeno pode apresentar-se de forma heterogênea em forma de espectro (SOUZA et al., 2010; VERONA, JAVDANI, 2011).

A intensidade das ideias de morte aumenta e tornam-se mais graves conforme o indivíduo passe a pensar sobre isso na maior parte do tempo, inclusive vindo a prejudicar sua concentração em outras áreas da vida, como dificuldade em estudar, conversar com outras pessoas sobre temas que não estejam relacionados à morte e ainda, dificuldade em parar ou limitar a repetição das ideias suicídas (MIRANDA et al., 2014; VERONA, JAVDANI, 2011; JOHNSTON, 2005).

Uma maior frequência na duração das ideações suicidas pode colaborar para a elaboração de planos de morte, bem como dificultar o controle sobre os atos suicidas, o que torna o jovem mais vulnerável a comportamentos impulsivos (MIRANDA, SHAFFER, 2013).

Com isso, espera-se observar também que uma menor duração na frequência da ideação suicida possa limitar ou impedir a construção de planos para o suicídio, bem como favorecer o autocontrole quanto aos atos impulsivos para a conduta de morte intencional.

Na amostra estudada, quando se compara a capacidade de controlar os atos suicidas e a inibição do planejamento à frequência da ideação suicida, pode ser observada uma relação inversamente proporcional, pois cerca de 72% dos adolescentes afirmaram ter controle sobre os atos suicidas e 67,3% afirmaram conseguir inibir o planejamento do comportamento suicida, enquanto apenas 24% informou ter ideias de morte muito frequentes, o que corrobora

com os estudos citados anteriormente (MIRANDA et al., 2014; VERONA, JAVDANI, 2011; JOHNSTON et al., 2005; MIRANDA, SHAFFER, 2013).

A fuga de problemas é comumente citada entre os adolescentes como razão para o comportamento suicida. Considera-se nesse aspecto a influência das aprendizagens sobre o repertório para solução de problemas, os quais desenvolvem nos jovens um repertório de práticas exclusivamente baseados na fuga e abandono dos problemas (CONSOLI et al., 2013; GAUTIER, JOHNSTON, 2005).

A impulsividade, característica relacionada à faixa etária da adolescência, também pode influenciar o comportamento de fuga, principalmente quando associada à imaturidade e desesperança (SOURANDER et al., 2001).

Os comportamentos atrelados à fuga de problemas também parecem ser influenciados pela existência de transtornos psiquiátricos, abuso sexual, uso de substâncias e falta de apoio familiar (THOMPSON et al., 2012; GOUVEIA-PEREIRA, ABREU, MARTINS, 2014).

Alguns estudos (BRUFFAERTS et al., 2010; BLACK et al., 2009; JONES et al., 2010) citam ainda que a ocorrência de adversidades como abuso psicológico e sexual, presença de comportamentos violentos dentro da família e negligência materna são aspectos que vulnerabilizam o indivíduo para a ideação suicida.

O que reforça a teoria que a razão apontada de fuga dos problemas configura um fator precipitante para as ideações suicidas, os quais têm uma base mais profunda que carcateriza os fatores predisponentes como dificuldades nas relações familiares, presença de doença mental entre outros (WERLANG, BORGES, FENSTERSEIFER, 2005).

A existência de especificidade no planejamento para o comportamento suicida, bem como se a pessoa dispõe do método necessário para o planejamento é outro aspecto que influencia na gravidade do comportamento suicida, já que precipita para o âmbito do comportamento o que até então se mantinha na esfera das ideias.

Na amostra estudada, cerca de 30% dos adolescentes afirmaram planejar de forma moderada a intensa a sua tentativa de suicidío e mais de 34% disseram ter acesso ao material ou método necessário para executar a tentativa, o que sugere um aprofundamento e consequentemente, intensidade nas ideias de morte.

Esses dados superam o encontrado no estudo desenvolvido com 1248 adolescentes de 11 a 19 anos, nos Estados Unidos, onde 15% dos meninos e 18,1% das meninas afirmaram haver planos para a tentativa de suicídio.

Compreende-se que o suicídio é um ato final de um processo que se inicia nos pensamentos suicidas, posterior construção de cenas e cenários relativos à possibilidade de morte, procura pela consumação desse método e pode seguir manifestando alterações de comportamento em meio ao ambiente familiar, nos aspectos relacionados a alimentação, sono, vestimentas, chegando a culminar em conflitos e rompimentos com familiares ou amigos, abandono de atividades do cotidiano (estudos, lazer) e elaboração de mensagens de despedida, como bilhetes ou cartas suicidas (DEISENHAMMER, 2009; ABASS et al., 2009).

Os métodos preferenciais para tentativa de suicídio variam com a região, idade, sexo, entre outros fatores. Na Inglaterra e Austrália, por exemplo, predominam o enforcamento e a intoxicação por gases; nos Estados Unidos, a arma de fogo; na China, o envenenamento por pesticidas (BERTOLOTE, 2012).

No Brasil, a própria casa é frequentemente o local mais comum para o comportamento suicida (51%), seguido pelos hospitais (26%). Os principais métodos escolhidos são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%), enquanto nas mulheres se observa respectivamente, enforcamento (49%), seguido de fumaça/fogo (9%), precipitação de altura (6%), arma de fogo (6%) e envenenamento por pesticidas (5%) (LOVISI et al., 2009).

Na adolescência, o planejamento mais utilizado para a tentativa de suicídio no Brasil é a auto-intoxicação em ambos os sexos, tendo como principal substância utilizada os medicamentos seguido de substâncias químicas (como organofosforado), estima-se um percentual de 65,3% e 20,8% respectivamente (AVANCI, 2004; ABASS et al., 2009).

Como o comportamento suicida ainda pressupõe muito estigma, o que dificulta as pessoas que sofrem por esse mal a falarem sobre o tema, faz-se necessário uma maior investigação sobre possíveis comportamentos que possam formar indícios sobre a passagem da fase de ideação suicida ao planejamento e busca por métodos para a tentativa (ABASS et al., 2009).

Com esse intuito, averiguar a presença de bilhetes ou cartas suicidas pode ser considerado indicativo da gravidade do comportamento suicida e proximidade da execução. Vale ressaltar, contudo, que nem toda tentativa de suicídio é precedida pelo informativo escrito, pois a complexa manifestação desse fenômeno pode incluir, por exemplo, a impulsividade atrelada e, por conseguinte, ausência de planejamento ou tempo para proferir o bilhete suicida (SHAIN, 2016; MIRANDA, SHAFFER, 2013).

Dos adolescentes entrevistados que apresentaram ideação suicida (58) na presente pesquisa, 18,9% afirmaram já ter um bilhete suicida escrito, o que mais uma vez corrobora a gravidade destes.

Estima-se que cerca de 50% dos jovens com ideação suicida já tenham escrito algum bilhete suicida (REIS, FIGUEIRA, 2002).

Como a adolescência constitui um período de mudanças nas relações sociais, no corpo, compreendendo a transição para a vida adulta sendo, portanto um período de ruptura e separação relacionados à renúncia da segurança e proteção típicas da infância, o jovem pode ter dificuldade para expressar ou ter alguém para comunicar seus conflitos, angústias, sendo as

cartas ou bilhetes formas de expressar o que até então não pôde ser dito (BURKE ET AL., 2016; ABASS et al., 2009).

É imprescindível compreender esses conflitos internos (psíquicos), muitas vezes descritos nas cartas ou bilhetes suicidas, os quais fortalecem e provocam a emergência do comportamento suicida.

Conhecer os aspectos cognitivos associados à ideação suicida pode ser considerado um fator de vulnerabilidade e a identificação deles ajuda a refinar o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil, além de conduzir ao delineamento de estratégias preventivas e de tratamento.

Os resultados oriundos da escala CATS na amostra estudada sugerem a existência de distorções cognitivas associadas à catastrofização, inferência arbitrária, abstração seletiva e incapacidade.

A distorção cognitiva de catastrofização pressupõe que o pior de uma determinada situação irá acontecer sem considerar a possibilidade de outros desfechos, sendo esta terrível e imutável, a inferência arbitrária consiste em gerar uma conclusão na ausência de evidências ou diante de informações incompletas, a abstração seletiva direciona o sujeito a avaliar diante de uma situação complexa apenas um foco negativo e ignorar outros aspectos relevantes e, a crença de incapacidade sugestiona o indivíduo a desqualificar-se, pensando que tem poucos recursos internos para lidar com o mundo. Todas elas influenciam o processamento da informação, conduzindo a uma percepção ameaçadora sobre mundo e futuro, que reforçam o medo de perigos físicos ou psicológicos, deixando o indivíduo vulnerável, sobretudo a ansiedade e desesperança, componentes chave para o desdobramento do comportamento suicida (KNAPP, BECK, 2008).

No que se refere às afirmações “Algumas pessoas são más (61,6%)”, “Pessoas más merecem ser punidas (67,8%)”, enquadram-se na distorção cognitiva de rotulação, onde

prevalece um rótulo global, rígido acerca de si ou dos outros ao invés de considerar o juízo sobre a situação ou comportamento específico (RNIC, DOZOIS, MARTIN, 2016).

No que tange aos domínios de distorções do pensamento, aqueles associados à ameaça física foram mencionados por cerca de 43% dos adolescentes que afirmaram ter ideação suicida, enquanto no grupo de jovens que não tinham ideias de morte mais de 88% não apresentaram essa forma alterada de pensar.

Esse dado parece sugerir que os jovens que não pensam de forma ameaçadora quanto a riscos físicos apresentam uma maior proteção ao desenvolvimento de ideação suicida que aqueles jovens que apresentam a distorção de ameaça física.

Pensar de forma sistemática sobre riscos de perigos físicos predispõe o indivíduo ao estreitamento da atenção que o conduz a rastrear mais ameaças, prevalecendo um estilo de interpretação ansiogênica, que inclusive, conduzirá a interpretações catastróficas frente a estímulos ambíguos ou mesmo neutros. Tal modo de operação cognitiva sugere o envolvimento em comportamentos de segurança, como evitação de eventos novos, excesso de verificação, atitudes de dependência, busca por escapismos ou evitação demasiada do risco de rejeição, vergonha ou morte (KNAPP, BECK, 2008).

Esse perfil cognitivo pode conduzir a desesperança quanto ao futuro e avaliação catastrófica sobre a previsão dos eventos de vida futuros, além de trazer ao sujeito a ideia que independente do que ele faça sua vida sempre estará em risco iminente (BOENINGER et al., 2010).

Na tentativa de se livrar de tamanha angústia, associada a outras características marcantes da adolescência como a impulsividade, problemas familiares e ausência do suporte deste, o jovem pode aumentar a crença no perigo de se vincular aos outros para obter apoio, empobrecendo sua capacidade de comunicação, o que dificulta a criação de novas percepções sobre a maneira de lidar com as dificuldades cotidianas (KRUGER, WERLANG, 2010).

Quanto à distorção de ameaça social 31,1% dos adolescentes com ideação suicida manifestaram essa cognição disfuncional enquanto mais de 92% dos jovens sem ideias de morte negaram a existência de pensamentos relacionados à ameaça social.

Mais uma vez o resultado que associa a presença do domínio de distorções a ideação suicida apresenta diferenças significativas quando comparado ao grupo que não apresenta ideias de morte, o que sugere que os jovens que não pensam de forma ameaçadora quanto a riscos sociais estão menos propensos ao desenvolvimento de ideação suicida que aqueles jovens que apresentam a distorção de ameaça social.

O fator de ameaça social inclui as distorções de medo de perder o controle e "se meter em confusão", que assim como no domínio de ameaça física, aumentam a possibilidade de interpretações ansiogênicas e, por conseguinte, uma visão pessimista sobre o futuro. Estudo desenvolvido com a escala CATS em crianças e adolescentes de 7 a 17 anos com algum transtorno de ansiedade encontrou elevada intensidade no domínio de ameaça social (SCHNIERING, LYNEHAM, 2007).

Estudo longitudinal, desenvolvido por dois anos, com 324 adolescentes apontou que dentre os principais riscos cognitivos associados à ideação suicida estava o estilo de inferências negativas sobre o futuro e atribuição de características negativas acerca de si mesmo, que pudessem ser identificadas socialmente, sendo alvo de preconceito social (BURKE et al., 2016).

O prejuízo de cognições associadas à ameaça social é especialmente importante na adolescência por ser um período de emancipação da identidade atrelada aos pais ou familiares e constituição dela a partir de outras relações sociais. Se estas apresentam comprometimento ou o adolescente acredita ter comportamentos inadequados ou distantes dos parâmetros estabelecidos pelos pares, a dificuldade de consolidar sua identidade pode levar ao isolamento

e sintomas depressivos que provocam e perpetuam a desesperança, componente desencadeador da ideação suicida (LASGAARD et al., 2011).

Dificuldade na consolidação da identidade apresenta severos prejuízos na auto-estima, repercutindo em crenças de incapacidade ou incompetência, tais dúvidas acentuadas no período de transição para a vida adulta pode fazer o indivíduo duvidar acerca da sua possibilidade de enfrentar as dificuldades e novos atributos da vida adulta e por fim, conduzir ao comportamento suicida na tentativa de resolução desse problema (BURKE et al., 2009).

O domínio de Falha Pessoal pode estar associado a essas crenças de incompetência e incapacidade, sendo abordado na escala CATS pelas seguintes frases: “Eu pareço um idiota”; “Eu vou parecer um bobão”; “Tem alguma coisa muito errada comigo”; “Eu estou ficando louco”; “Eu sempre levo a culpa por coisas que eu não faço” e “A maioria das pessoas está contra mim” (TEODORO, ANDRADE, CASTRO, 2013).

O domínio de falha ou fracasso pessoal tem sido estudado como importante preditor da depressão, sendo a percepção negativa de si mesmo mais importante que a visão negativa sobre o mundo e o futuro para a predição da depressão (D’ALESSANDRO, BURTON, 2006; SCHNIERING, RAPEE, 2004).

As distorções cognitivas provocadas por crenças de falha pessoal geram pensamentos de derrota, privação, auto-depreciação e desesperança, principais componentes da depressão. Cientes dessa vulnerabilidade e temerosos de humilhação e injustiças, os indivíduos desenvolvem raiva contra si mesmo (DOZOIS, BECK, 2008).

A depressão tem sido vastamente associada ao comportamento suicida (MILLER et al., 2014; BRUFFAERTS et al., 2010; JUNIOR, 2016; MIRANDA et al., 2014), as investigações estabelecem que os fatores psicológicos atrelados a depressão, como desesperança e crenças de fracasso pessoal, são primordiais para o aparecimento do comportamento suicida.

Aproximadamente 15% dos pacientes com depressão realizaram pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida e cerca de 10% morreram por suicídio. Em média 50% das pessoas que se suicidaram foram diagnosticados com depressão maior, transtorno que aumenta em 20 vezes o risco de morte por suicídio quando comparado a pessoas sem depressão (WENZEL, BROWN, BECK, 2010).

Pesquisa desenvolvida na Universidade de Toronto revelou uma associação entre a história pregressa de ideação suicida, padrões cognitivos e depressão. Os pacientes apresentavam reincidência ao episódio depressivo diante do aumento da reatividade cognitiva, esta consiste em uma maior facilidade na emergência de pensamentos ou estilos cognitivos inadequados na presença de leves flutuações do humor (WILLIAMS et al., 2008).

Segundo Prieto e Tavares (2005) as características cognitivas identificadas nos indivíduos com depressão maior e que tentaram suicídio são diferentes das características cognitivas de pessoas com o mesmo transtorno, mas que não tentaram tirar sua própria vida. As pessoas com história pregressa de suicídio manifestavam de forma mais acentuada a presença de pensamentos de desesperança.

Estudo desenvolvido por O'Connor e colaboradores (2007) constatou que o nível de atenção encontrava-se alterado em pessoas com depressão, com presença de hiperfoco ou atenção difusa, estando estes associados aos comportamentos suicidas. Nesse estudo, o prejuízo na atenção identificado nos pacientes deprimidos, que apresentaram comportamentos suicidas no passado, era mais evidente que em pessoas deprimidas que nunca tentaram suicídio.

O hiperfoco também pode estar associado à presença de uma variável psicológica, geralmente presente na depressão e que é determinante na ideação e tentativas de suicídio, o perfeccionismo, este contitui o esforço exacerbado para obter resultados elevados nas suas realizações (CHEN, HEWITT, FLETT, 2017).

O perfeccionismo tem sido mencionado como a variável que diferencia as pessoas com e sem ideação suicida independente da depressão e desesperança. A presença do perfeccionismo parece estar associada ao desencadeamento de estresse ou intolerabilidade a este, o que comumente aumenta o foco de atenção fornecido a falhas, erros, fracassos ou infortúnios pessoais (STOEBER, CORR, 2017; O'CONNOR et al., 2007).

Quanto ao domínio de Intenções Hostis, mais uma vez os entrevistados com ideação suicida preencheram mais critérios para essa distorção que aqueles sem ideação suicida, a diferença do primeiro grupo para o segundo foi mais que o dobro, 53,4% dos estudantes com ideação suicida apresentaram distorções relacionada a intenções hostis, enquanto apenas 24,8% dos segundo grupo apresentaram esse domínio.

A existência de distorções associadas a intenções hostis refere-se à expectativa que os outros irão agredir, humilhar ou manipular, baseado na percepção que tudo aquilo que causa incômodos é realizado de maneira intencional e extrema por outras pessoas e que, por isso a maioria das pessoas que se aproximam a provocarão prejuízos, o que orienta a comportamentos de raiva, intolerância, punição e impaciência consigo e com outros que cometam erros (SCHNIERING, RAPEE, 2004).

Por essa distorção predispor o indivíduo à dificuldade em perdoar, atenuar situações conflituosas e empatizar com os outros, além de trazer a tona o desejo de executar algum ato para remediar o ocorrido, pode implicar em comportamentos suicidas.

Estudo desenvolvido com 1046 adolescentes até 17 anos, em 16 estados Nos Estados Unidos, no período de 2005 a 2008, avaliou que a existência de violência na infância poderia conduzir a problemas externalizantes de comportamento na adolescência, culminando em interpretações hostis e manisfestação de atitudes agressivas que estariam associadas à ideação suicida (KARCH et al., 2013).

Os comportamentos hostis podem ser direcionados aos outros ou a si próprios, mas nos dois casos há a associação com a existência de ideação suicida, pois o indivíduo observa o mundo como um espaço ameçador, sem perspectivas positivas (DULMEN et al., 2012).

O domínio de comportamentos hostis parece estar mais associado às tentativas de suicídio que a ideação suicida propriamente, ou seja, esse tipo de distorção cognitiva parece levar o indivíduo a sair do âmbito das ideias para ir à esfera dos atos consumados (SCHNIERING, RAPEE, 2004).

No que tange a esse aspecto do comportamento suicida (tentativa de suicídio) os dados da presente pesquisa demonstram que a ideação suicida pode ser considerada um forte preditor e varável de risco para as tentativas de suicídio, conforme mencionado na literatura (SHAIN, 2016; JUNIOR, 2016; MIRANDA, SHAFFER, 2013; BURKE et al., 2016).

As tentativas de suicídio prescidem prevenção não só pelo risco de morte do indivíduo no evento da tentativa, mas porque após uma tentativa de suicídio, em torno de 15% dos indivíduos faz uma segunda tentativa no espaço de até um ano (TETI et al., 2014).

Tais dados, bem como as demais informações apresentadas e discutidas nesse trabalho, ressaltam a importância do maior desenvolvimento de estudos acerca desse aspecto do comportamento suicida, já que as ideias de morte podem cursar de forma silenciosa, principalmente na juventude onde se espera que haja entusiasmo e motivação para viver.

8 CONCLUSÃO

Os resultados apresentados no presente trabalho concluem que os fatores sóciobiodemográficos encontrados associados à ideação suicida foram ser do sexo feminino (67,3%) e residir com os pais (77,6%), que a idade média dos adolescentes foi de 16 anos e que cerca de 60% dos estudantes estavam matriculados na 2ª série do ensino médio e mais de 70% não tinham repetência escolar.

Os dados constatam ainda a alta prevalência de ideação suicida na adolescência (14,5%), que dos adolescentes com ideação suicida, metade já havia executado alguma tentativa de suicídio.

Conclui-se ainda que os jovens com ideação suicida apresentam diferença no modo de pensar daqueles que não desenvolveram ideias de morte contra si mesmo, sendo estas diferenças distorções cognitivas de ameaça social, ameaça física, fracasso pessoal e intenções hostis.

Vale ressaltar que os resultados encontrados indicam a necessidade de futuras pesquisas para ampliação do entendimento do fenômeno estudado e sugerem a realizacao de investigacoes longitudinais com intervenções preventivas, a fim de acompanhar o desenvolvimento da ideação suicida nos adolescentes.

Referências

ABASS, M.; OLIVEIRA, R.; SILVA, T.; SOUZA, E. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, V. 14, n. 2, 2009.

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, V. 20, p. 153-164, 2004.

ANDRADE, L.; CARAVEO-ANDUAGA, J. J.; BERGLUND, BIJL, R.; KESSLER, R.C.; DEMLER, O.; WALTERS, E.; OFFORD, D.; WITTCHEN, H-U. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. **Bull World Health Organ**, V. 78, p. 413-25, 2000.

ARAÚJO, L. C.; VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico-USF.** V. 15, n.1, p. 47-57, 2010.

AVANCI, R.C.; PEDRÃO, L.J.; COSTA JÚNIOR, M.L. Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 5, p. 535-539, 2004.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L.S.; AERTS, D. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. **Cad Saude Publica**. V. 25, n 1, p. 142-150, 2009.

BAPTISTA, M**. Suicídio e depressão: atualizações.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BARZILAY, S.; APTER, A. Psychological models of suicide. **Archives of Suicide Research**, V. 18, n. 4, 2014.

BAUMAN, S. A.; TOOMEY, R. B.; WALKER, J. L. Associations among bullying, Cyberbullying, and suicide in high school students. **Journal of Adolescence**, V. 36, p. 341–350, 2013.

BARROS, L.; GROPO, L.; PETRIBÚ, K.; COLARES, V. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes – revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, V. 57, n. 3, p. 212-217, 2008.

BECK, A. T. **Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.** New York: Harper & Row, 1967.

BECK, A. T. **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders.** New York: International Universities Press; 1976.

BECK, A. T. **Cognitive behavior therapy: basics and beyond**. 2 ed. New York: Guilford, 2011.

BEEVERS, C.; MILLER, I. Perfectionism, cognitive bias and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. **Suicide and life threatening behavior**, V. 34, n. 2, p. 126-137, 2004.

BERTOLOTE, J. M. **O suicídio e sua prevenção.** São Paulo, SP: Ed. Unesp, 2012.

BERTOLOTE, J. M.; FLEISCHMANN, A. **Suicídio e doença mental: Uma perspectiva global.** In: WERLANG, B.; BOTEGA, N. J. Comportamento suicida. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

BERTOLOTE, J. M., FLEISCHMANN, A., BUTCHART, A., BESBELLI, N. Suicide, suicide attempts and pesticides: A major hidden public health problem. **Bulletin of the World Health Organization.** V. 84, n. 4, p. 260, 2006.

BLACK, M. M., OBERLANDER, S. E., LEWIS, T., KNIGHT, E. D., ZOLOTOR, A. J., LITROWNIK, A. J. Sexual intercourse among adolescents maltreated before age 12: a prospective investigation. **Pediatrics**. V. 124, p. 941–949, 2009.

BOENINGER, K., MASYN, KATHERINE E., FELDMAN, BETSY J., CONGER, RAND D. Sex differences in developmental trends of suicide ideation plans, and attempts among european american adolescents. **Suicide and Life-Threatening Behavior**. V.40, n. 5, p. 451-464, 2010.

BORGES, V. R.; WERLANG, B.S.G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. Estudos de Psicologia, V. 11, n. 3, p. 345-351, 2006.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, B.; CAIS, C.; MACEDO, M. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, V. 37, n.3, p. 213-220, 2006.

BOTEGA, N. J., MARÍN-LEÓN, L., OLIVEIRA, H. B., BARROS, M. B., SILVA, V. F., & DALGALARRONDO. P. Prevalências de ideação, planos e tentativas de suicídio: um inquérito populacional em Campinas SP. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009.

BOTEGA, N. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**. V. 2, n. 3, p. 231-236, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental em Dados.** Ano II, n. 4, 2007.

BRASIL. FIOCRUZ. Ministério da Saúde. In: http://www.fiocruz.br/sinitox/. Acesso em 03 de novembro de 2008.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico : 2010 : características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** (2010). Retrieved from http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=794 in 15 de Julho de 2016.

BRUFFAERTS, R., DEMYTTENAERE, K., BORGES, G., HARO, J. M., CHIU, W. T., HWANG, I. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. **British Journal of Psychiatry**. V. 197, p. 20–27, 2010.

BURKE, T.; CONNOLLY, S.; HAMILTON, J.; STANGE, J.; ABRAMSON, L.; ALLOY, L. Cognitive risk and protective factors for suicidal ideation: a two year longitudinal study in adolescence. **Journal of abnormal child psychology**. V. 44, n. 6, 2016.

CASSORLA, Roosevelt M. S. (Coord.) **Do Suicídio: estudos brasileiros**. Campinas: Papirus, 1991.

CHEN, P.C.Y., LEE, L.K., WONG, K.C., KAUR, J. Factors relating to adolescent suicidal behavior: across-sectional Malaysian school survey. **J Adolesc Health**, V. 37, p. 337, 2005.

CHEN, C.; HEWITT, P.; FLETT, G. Ethnic variation in other-oriented perfectionism'sassociations with depression and suicide behaviour. **Personality and individual differences**. V. 104, p. 504-509, 2017.

CHEHIL, S., KUTCHER, S. **Suicide risk management: a manual for health professionals**. 2. Ed. 2012.

CLARK, D. A., BECK, A.T., ALFORD, B. A. **Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression**. New York: Wiley; 1999.

CONSOLI, A.; PEYRE, H.; SPERANZA, M.; HASSLER, C.; FALISSARD, B.; TOUCHETTE, E.; COHEN, D.; MORO, M-R.; RÉVAH-LEVY, A. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, V. 7, N. 8, 2013.

CROSBY, A., VAJANI, M., ANNEST, J., ALEXANDER, J., MILLET, L. Nonfatal and Fatal Self-Harm Injuries Among Children Aged 10–14 Years—United States and Oregon, 2001–2003. **Suicide and life threatening behaviour.** V. 37, N. 5. P. 493 – 506, 2007.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: casa do psicólogo, 2001.

DALGALARRONDO, P.; BARROS, M.; MARÍN-LEÓN, L.; BOTEGA, N.; OLIVEIRA, H.; SILVA, V. Fatores de risco associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, V. 22, n.9, p. 1835-1843, 2006.

DONALDSON. D.; SPIRITO. A.; FARNETT, E.The Role of Perfectionism and Depressive Cognitions in Understanding the Hopelessness Experienced by Adolescent Suicide Attempters. **Child Psychiatry and Human Development.** V. 31, n. 2, 2000.

DAUDT, P.; SOUZA, L.; SPERB, T. Amizade e gênero nos conflitos de pré-escolares. **Interpersona**, v. 1, n. 1, p. 77-95, 2007.

DEISENHAMMER E. A duração do processo suicida - implicações para a prevenção. In: XXV Congresso Mundial de Prevenção de Suicídio, Montevidéo. **Anais Montevidéo**, p. 199, 2009.

DOZOIS, D. J. A., BECK, A. T. **Cognitive schemas, beliefs and assumptions**. Oxford, England: Elsevier/Academic Press, 2008.

DULMEN, M.; KLIPFEL, K.; MATA A.; SCHINKA, K.; CLAXTON, S.; SWAHN, M.; BOSSARTE, R. Cross-Lagged Effects Between Intimate Partner Violence Victimization and Suicidality From Adolescence Into Adulthood. **Journal of Adolescent Health**. V. 51, p. 510–516, 2012.

DURKHEIM, E. **O suicídio: estudo sociológico.** Lisboa: editora presença, 1986.

DURKHEIM, E. **O Suicídio.** São Paulo: Martin Claret, 2005.

D'ALESSANDRO, D.; BURTON, K. Development and validation of the Dysfunctional attitudes Scale for Children: test of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. **Cognition Therapy Research**. V. 30, p. 335-353, 2006.

GABBARD, G.; BECK, A.; HOLMES, J. **Compêndio de psicoterapia de Oxford**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GAUTIER, K.; JOHNSTON, G. Mise en perspective des liens existant entre non-compliance et suicide à l'adolescence. **Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence**, V. 53, p. 282–289, 2005.

GLENBERG, A., WITT, J., METCALFE, J. From the revolution to embodiment: 25 Years of cognitive psychology. **Perspectives on psychological science.** V. 8, n.5, p. 573-585, 2013.

GOETHE, J. **Os sofrimentos do jovem Werther.** Trad. LACK, L. São Paulo: Abril, 2010.

GONCALVES, D; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para programa saúde da família em santa cruz do sul. **Caderno de saúde pública.** V. 24, n. 9, 2008.

GOOD, M.; WILLOUGHBY, T.; BUSSERI, M. A. Stability and change in adolescent spirituality/religiosity: A person-centered approach. **Developmental Psychology,** V. 47, n.2, p. 538-550, 2011.

GOTSENS, M, MARÍ-DELL'OLMO, M., RODRÍGUEZ-SANZ, M., MARTOS, D., ESPELT, A., PÉREZ, G., ... BORRELL, C. Validation of the underlying cause of death in medicolegal deaths. **Revista espanhola de salud publica.** V. 85, n. 2, p. 163-174, 2011.

GOUVEIA-PEREIRA, M., ABREU, S., MARTINS, C. How do families of adolescents with suicidal ideation behave. **Psicologia: reflexão e crítica**. V. 27, n. 1, p. 171-178, 2014.

HINTINKKA, J.; PESONEN, T.; SAARINEN, A.; LEHTONEN, J.; VIINAMAKI. Suicidal ideation in the finnishi general population. A 12-month follow-up study. **Psychiatry epidemiol.,** V. 36, p. 590-594, 2001.

HOGENDOORN, S.; WOLTERS, L., VERVOORT, L.; PRINS, P.; BOER, F.; KOOIJ, E.; HAAN, E. Measuring negative and positive thoughts in children: an adaptation of the children's automatic thoughts scale (CATS). **Cognitive therapy and research**. V. 34, p. 467-478, 2010.

HUNTER, E.; O'CONNOR, R. Hopelessness and future thinking in parasuicide: the role of perfectionism. **British Journal of Clinical Psychology**. V. 42, p. 355-365, 2003.

JAMISSON, K. **Quando a noite cai: entendendo o suicídio.** Rio de Janeiro: Griphus, 2002.

JOHNSTON, A., COOPER, J., WEBB, R., KAPUR, N. Individual- and area-level predictors of self-harm repetition. **The British Journal of Psychiatry**.V. 189, n. 5, 416-421, 2006.

JONES, D. J., RUNYAN, D. K., LEWIS, T., LITROWNIK, A. J., BLACK, M. M., WILEY, T. Trajectories of childhood sexual abuse and early adolescent HIV/AIDS risk behaviors: the role of other maltreatment, witnessed violence, and child gender. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**. V. 39, p. 667–680, 2010.

JUNIOR, C. A. Suicidal behaviour in adolescents: characteristics and prevalence**. Journal of human growth and development**, V. 26, n. 1, p. 88-94, 2016.

KANN, L.; KINCHEN, S.; SHANKLIN, S. Centers for disease control and prevention (CDC) Youth risk behavior surveillance-United States. **MMWR Suppl**, V. 63, n. 4, p. 111-168, 2014.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; SCHITT, R.; CHACHAMOVICH, E. **Emergências Psiquiátricas.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

KARCH, D.; LOGAN, J.; MCDANIEL, D.; FLOYD, D.; VAGI, K. Precipitating Circumstances of Suicide Among Youth Aged 10–17 Years by Sex: Data From the National Violent Death Reporting System, 16 States, 2005–2008. **Journal of Adolescent Health.** V. 53 p. 51–53, 2013.

KNAPP, P.; BECK, A.T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** V. 30, Suplemento II, P. 54-64, 2008.

KRUGER, L.; WERLANG, B. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, V. 15, n. 1, p. 59-70, 2010.

KRUG, E,; DAHLBERG, L.; MERCY, J.; ZWIG, A.; LOZANO, R. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

LASGAARD, MATHIAS, GOOSSENS, LUC, ASK, ELKLIT. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses. **Journal Abnorm Child Psychol**. V. 39, p. 137-150, 2011.

LIU, X.; TEIN, J.; ZHAO, Z.; SANDLER, I. Suicidality and correlates among rural adolescents of China. J Adolesc Health. V. 37, n. 6, p. 443 -451, 2005.

LOVISI, G. M., SANTOS, A. S., LEGAY, L., ABELHA, L., VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. V. 31(suppl), p. 86–93, 2009.

MANN, J. A current perspective of suicide and attempted suicide. **Ann intern med**. V. 136, n. 4, p. 302-311, 2002.

MARÍN-LEÓN L, BARROS MBA, SILVA VF, OLIVEIRA HB, BOTEGA NJ, , DALGALARRONDO P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cad Saude Publica.** V. 22, n.9, p .1835-43, 2012.

MARÍN-LEÓN, L., OLIVEIRA, H. B., & BOTEGA, N. J. Suicide in Brazil, 2004–2010: The importance of small counties. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 32, n. 5, p. 351–359, 2012.

MARIS, R., BERMAN, L., SILVERMAN, M. M. **Comprehensive textbook of suicidology.** Nova York: Guilford, 2000.

MARI J. J.; JORGE M. R.; KOHN R. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO MF, MELLO, AAF, KOHN R, organizadores. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed; 2007, p. 119-41.

MCMILLAN, D.; GILBODY, S. BERESFORD, E.; NEILLY, L. Canwepredict suicide and no-fatal selfharmwiththe Beck HopelenessScale? A metaanalysis. **Psychological medicine**. V. 37, p. 769-778, 2007.

MELEIRO, A., TENG, C.T., WANG, Y.P. **Suicídio: estudos fundamentais.** São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELLO, M. F. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Caderno Saúde Pública,** v. 16, n. 1, p. 163-170, 2000.

MICCO, J.; EHRENREICH, J. Validity and specificity of the children's automatic thoughts scale in clinically anxious and non-clinical children. **Cognitive and therapy research.** V. 33, p. 532-536, 2009.

MILLER, A. B.; ADAMS, L. M.; ESPOSITO-SMYTHERS, C.; THOMPSON, R.; PROCTOR, L. J. Parents and friendships: a longitudinal examination of interpersonal mediators of the relationship between child maltreatment and suicidal ideation. **Psychiatry Research**. V. 220, p. 998-1006, 2014.

MIRANDA, R.; SHAFFER, D. Understanding the suicidal moment in adolescence. **Annals of the New York academy of sciences**. V. 1304, p. 14-21, 2013.

MIRANDA, R., ORTIN, A., SCOTT, M., SHAFFER, D. Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. **Journal of child psychology and psychiatry**, V. 55, n. 11, p. 1288-1296, 2014.

MITCHELL, A.; GARAND, L.; DEAN, D.; PANZAK, G.; TAYLA, M. Suicide assessment in hospital emergency departaments – Implications for patient satisfaction and compliance. **Topics in emergency medicine**, V. 27, n. 4, p. 302-312, 2005.

NOCK, M., DEMING, C., FULLERTON, C., GILMAN, S., GOLDENBERG, M., KESSLER, R., McCARROLL, J., McLAUGHLIN, K., PETERSON, C., SCHOENBAUM, M., STANLEY, B., URSANO, R. Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors. **Psychiatry.** V. 76, n. 2, p. 97-125, 2013.

ORTIN, A., LAKE, A. M., KLEINMAN, M., GOULD, M. S. Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. **Journal of Affective Disorders.** V. 143, p. 214-222, 2012.

O'CONNOR, R.; WHYTE, M.; FRASER, L.; MASTERTON, G.; MILES, J. MACHALE, S. Predicting short-term outcome in well-being following suicidal behaviour. **Behaviour research and therapy**, V. 45, p. 1543-1555, 2007.

PIETRO, D. **Indicadores de risco e proteção para o suicídio – avaliação por meio de escalas.** Tese de doutorado em psicologia clínica e cultura. Universidade de Brasilia, 2007.

PRIETO, D.; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores, e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** V. 54, n. 2, p. 146-154, 2005.

REINHERZ, H.Z., TANNER, J.L., BERGER, S.R., BEARDSLEE, W.R., FITZMAURICE, G.M. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. **Am J Psychiatry**. V. 163, n. 7, p. 1226-1232, 2006.

RESMINI, E. **Tentativa de Suicídio – Um Prisma para Compreensão da Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

RIVERS, I., NORET, N. Participant roles in bullying behavior and their association with thoughts of ending one's life. **Crisis**, v. 31, n. 3, p. 143-148, 2010.

RNIC, K., DOZOIS, D., MARTIN, R. Cognitive Distortions, Humor Styles, and Depression. **Europe's Journal of Psychology.** V. 12, n. 3, p.348–362, 2016.

ROY, A.; JANAL, M. Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there na ineraction? **Suicide and life-threatening behavior**. V. 36, p. 329-335, 2006.

SÁ, N. B., OLIVEIRA, M. G. C., MASCARENHAS, M. D., YOKOTA, R. T. C., SILVA, M. M. A., MALTA, D. C. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Rev Med Minas Gerais**, V. 20, n. 2, p. 145-152, 2010.

SAVAGE, Jon. **A criação da juventude**. Editora: Rocco, 2009.

SCHNIERING, C.; LYNEHAM, H. The children's automatic thoughts scale in a clinical sample: psychometric properties and clinical utility. **Behaviour research and therapy**. V. 45, p. 1931-1940, 2007.

SCHNIERING, C.; RAPEE, R. Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale. **Behaviour Research and Therapy**. V. 40, p. 1091- 1109, 2002.

SCHNIERING, C.; RAPEE, R. The relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. **Journal of abnormal psychology**. V. 113, p. 464-470, 2004.

SHAIN, B. Suicide and suicide attempts in adolescents. **Pediatrics**. V. 138, n. 1, p. 1420, 2016.

SOURANDER, A., HELSTELA, L., HAAVISTO, A., BERGROTH, L. Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. **Journal of Affective Disorders**. V.63, p. 59–66, 2001.

SOUZA, L. M., ORES, L., OLIVEIRA, G. T., CRUZEIRO, A. L., SILVA, R., PINHEIRO, R. T., BERNARDO, L. H. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. V. 59 , n.4, p. 286-292, 2010.

SOUZA, L., SILVA, R., JANSEN, K., KUHN, R., HORTA, B., PINHEIRO, R. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. **Revista brasileira de psiquiatria.** V. 32, n. 1, p. 37-41, 2010.

STOEBER, J.; CORR, P. Perfectionism, personality, and future-directed thinking: Further insights from revised reinforcement sensitivity theory. **Personality and individual differences.** V. 105, p. 78-83, 2017.

TALIAFERRO, L., MUEHLENKAMP, J. Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. **Suicide and life-threatening behavior**. V. 44, n.1, p. 6-22, 2014.

TAIT, GORDON, CARPENTER, BELINDA. The continuing implications of the `crime`of suicide: a brief history of the present. **International journal of law in context**. V. 12, n 2, p. 210-224, 2016.

TEODORO, M.; ANDRADE, A.; CASTRO, A. Escala de pensamentos automáticos para crianças e adolescentes (EAP): adaptação e propriedades psicométricas. **Psico-USF**. V. 18, n.1, 2013.

TETI, G., REBOK, F., ROJAS, S., GRENDAS, L., DARAY, F. Systematic reviewof risk factors for suicide and suicide attempt among psychiatric patients in latin America and Caribbean. **Ver Panam Salud Publica**. V. 36, n. 2, p. 124-133, 2014.

THOMPSON, R., PROCTOR, L., ENGLISH, D., DUBOWITZ, H., NARASIMHAN, S., EVERSON, M. Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. **Journal of Adolescence.** V. 35, p. 175–186, 2012.

TORO, D.C.; PANIAGUA, R.E.; GONZÁLEZ, C.M.; MONTOYA, B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín. **Revista da Facultad Nacional de Salud Pública**, V. 27, n.3, p. 302-308, 2009.

TOURNEMIRE, R. Suicides et tentatives de suicide a` l'adolescence. **Archives de Pe´diatrie**, V. 17, p. 1202-1209, 2010.

TURECKI, G. Suicidal behavior: is there a genetic predisposition? **Bipolar disorders.** V. 3, p. 335-349, 2007.

VÄRNIK, P. Suicide in the world. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 9, p. 760-771, 2012.

VERONA, E., JAVDANI, S. Dimensions of Adolescent Psychopathology and Relationships to Suicide Risk Indicators. **Journal of Youth and Adolescence.** V. 40, N. 8, p. 958–971, 2011.

VIANA, G. N.; ZENKNER, F. M.; SAKAE, T. M.; ESCOBAR, B. T. Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. **J Bras Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008.

VIEIRA, L.; FREITAS, M.; PORDEUS, A.; LIRA, S.; SILVA, J. "Amor não correspondido": Discursos de adolescentes que tentaram suicídio. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 14, n. 5, p.1825-1834, 2009.

WENZEL, A.; BROWN, G. K.; BECK, A. T. **Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WERLANG, B.; BORGES, V.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de psicologia**, V. 39, n. 2, 2005.

WICHSTROM, L. Predictors os adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. **J Am Acad child Adolesc Psychiatry**. V. 39, n. 5, p. 603-610, 2000.

WILLIAMS, J.; VAN DER DOES, A.; BARNHOFER, T.; CRANE, C.; SEGAL, Z.S. Cognitive Reactivity, Suicidal Ideation and Future Fluency: Preliminary Investigation of a Differential Activation Theory of Hopelessness/Suicidality. **Cognitive Therapy & research**. V. 32, p. 83–104, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Country reports and charts available. Recuperado de www.who.int/mental_ health/prevention/suicide/country_reports/en/ index. html. 2014

WONG, MARIA, BROWER, KIRK, ZUCKER, ROBERT. Sleep problems, suicidal ideation and self-harm behaviors in adolescence. **Journal of Psychiatric Research**. V. 45, p. 505-511, 2011.

ZAR, J**. Biostatistical analysis**. 4. ed. Prentice Hall: New Jersey, 2010.

APÊNDICES

.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SÓCIOBIODEMOGRÁFICO

Questionário de pesquisa (dados sóciobiodemográficos)

Entrevistado em ___/___/_____
1 – Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
2 - Faixa Etária: ( ) 12 anos ( ) 13 anos ( ) 14 anos ( ) 15 anos ( ) 16 anos ( ) 17 anos ( ) 18 anos
3 - Procedência: ( ) Recife ( ) R. M. R. ( ) Interior de Pernambuco ( ) Outros estados.
4 - Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União Consensual.
5 – Filhos: ( ) Não ( ) Sim. 7.1 - Número de filhos vivos ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) > 4.
7.2 - Número de filhos mortos ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) > 4.
7.3 – Abortos ( ) 1 ( ) 2 a 3 ( ) > 4.
7 - Instrução: ( ) Analfabeto ( ) Fundamental Incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo
8 - Profissão: ( ) Não ( ) Sim _____
9 - Renda Financeira: ( ) Autônomo ( ) Assalariado ( ) Biscate ( ) Aposentadoria ( ) Pensão ( ) Auxílio Governo.
10 - Religião: ( ) Não tem ( ) Católico ( ) Espírita ( ) Evangélico ( ) Afro brasileira ( ) Mórmons ( ) Outras
11 – Com quem reside?
( ) Pais ( ) Avos ( ) Tios ( ) Padrinhos ( ) Amigos ( )
12 – Apresenta doenças psiquiátricas na família? ( ) Sim ( ) Não
12.1 Quem? _____

APÊNDICE B – ARTIGO DE REVISÃO

Ideação suicida em adolescência

Suicidal ideation in adolescence

Marília Suzi Pereira dos Santos, Psicóloga, Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento – UFPE. Rua das pernambucanas, 407, sala 1105, Graças. CEP: 52011-010. Recife, Pernambuco. Email: mariliapsi@hotmail.com

Girliani Silva de Sousa, Enfermeira,Doutoranda em Neuropsiquiatria e Ciências do comportamento – UFPE. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901. Email: girlianis@gmail.com

Paulo Gustavo Xavier Ramos, Médico, Rua Odorico Mendes – S/N, Campo Grande, Recife, Pernambuco. Email: paulogustavox@gmail.com

Maria Claudia da Cruz Pires, Psiquiatra, doutora em neuropsiquiatria e ciências do comportamento, Rua das Pernambucanas, n.º 407, Graças. CEP: 52.011-010. Recife, Pernambuco.

Everton Botelho Sougey, Professor do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE. Rua das Pernambucanas, n.º 407, sala 106, Graças. CEP: 52.011-010. Recife, Pernambuco. E-mail: evertonbs@yahoo.com

Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE.

Autor responsável: Marilia Suzi Pereira dos Santos, Dados para contato: email-mariliapsi@hotmail.com, +55 (81) 996840002.

Conflito de interesse: os autores declaram que não há conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Contagem de palavras: 4607 palavras

Classificação do tipo de artigo: artigo de revisão

Data da última revisão bibliográfica: 20/08/2016

RESUMO: Na maioria dos países o suicídio situa-se entre as duas ou três causas mais freqüentes de morte em adolescentes e adultos jovens e, apesar do crescimento destas taxas são poucos os países que possuem dados epidemiológicos fidedignos acerca da ideação suicida, devido às dificuldades para o registro dessas informações.Diante disso, o presente estudo tem por objetivo revisar a literatura acerca das principais ideias de suicidio existente na adolescência. Foi realizada uma revisão integrativa em bases de dados (*Lilacs, PubMed e Medline*). A pesquisa coletou artigos publicados entre os anos de 2005 a 2015, utilizando os seguintes descritores: suicide and adolescence; suicidal ideation and adolescence; suicidal behavior and adolescence.Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser artigo original, com resumo disponível, que se referiam a ideação suicida, realizado com pessoas entre 12 e 18 anos e cuja publicação tenha sido escrito em inglês, português ou espanhol. Foram selecionados 214 artigos. Após a leitura por dois pesquisadores independentes, 13 foram incluídos na revisão. Os principais pensamentos associados à ideação suicida foram: vitimização, desesperança, culpabilização, inutilidade e considerar não ter competências sociais. Considera-se necessário pesquisas adicionais, bem como a ampliação de estudos prospectivos para a confirmação dos dados encontrados ou a identificação de novas informações. Estas medidas objetivam contribuir para o planejamento e prevenção do comportamento suicida.

Descritores: suicidio na adolescência, ideação suicida na adolescência e pensamento e comportamento suicida.

Introdução

O suicídio é a terceira principal causa de morte na adolescência[1]. Apesar de a ideação suicida consistir em um importante preditor de tentativas de suicídio[2] e, consequentemente ao ato suicida ainda há escassez nesse foco de estudo[3].

A definição do construto ideação suicida inclui pensamento ou idéia suicida, que engloba desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de se matar. Em estudo realizado na Austrália com pacientes em internação psiquiátrica, quase um quarto (22%) dos pacientes com idades entre 15 e 24 anos apresentou ideação suicida[4].

Estudo com crianças e adolescentes da população geral dos Estados Unidos estimou que de 7 a 12% destes já tiveram uma ideação suicida séria. Presume-se que 7 a 14% da população adolescente já teve uma ideação suicida na vida[5].

Pesquisa realizada nos Estados Unidos apontou que 18% dos estudantes investigados na cidade de Miami, com idade média de 17 anos, relataram pensar em se matar[6].

No âmbito nacional, em estudo realizado em 2009 em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, com escolares entre 12 e 18 anos, foi encontrada prevalência de 6,3% de ideação suicida. As meninas foram mais propensas a planejarem o suicídio que os meninos. Da mesma forma, os jovens que relataram problemas na relação com os pais, pequeno número de amigos, relações agressivas com amigos e sentimentos de tristeza e solidão também apresentaram maior risco de planejamento suicida[7].

Ainda no âmbito brasileiro, em estudo de caso controle, observou-se que a ideação suicida esteve associada com sintomas depressivos, não ter prática religiosa e dificuldade de socialização e apoio social[8].

O presente estudo pretende propiciar dados relevantes quanto à aspectos cognitivos associados à ideação suicida, possibilitando o conhecimento de pensamentos que possam ser reconhecidos como fator de vulnerabilidade para a tentativa de suicídio, e assim ajudar a refinar o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil, delineando estratégias preventivas, que possam identificar precocemente o risco e propiciar a intervenção antes mesmo de uma crise, diminuindo o alto custo individual e social, como assistência a saúde mental do paciente e dos familiares, hospitalização, medicamentos, perda ou dificuldades nas atividades laborais, entre outras implicações.

Método

A revisão integrativa da literatura foi conduzida em três etapas, a partir da seguinte pergunta condutora: Quais os aspectos relacionados à ideação suicida em adolescentes. Na primeira, foram definidas as bases de dados MEDLINE, LILACS e PUBMED para a busca dos artigos.

Na segunda, foi realizada a determinação dos descritores e dos critérios de inclusão para a identificação dos artigos. Os termos utilizados foram delimitados a partir de consulta às coleções de termos das respectivas bases de dados: Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os descritores utilizados em conjunto para a eleição dos artigos foram: suicide and adolescence; suicidal ideation and adolescence; suicidal behavior and adolescence em inglês e suicidio e adolescência; ideação suicida na adolescência e comportamento suicida e adolescência em português. Recorreu-se aos operadores lógicos (Booleanos) “AND” e “AND NOT” para combinação dos descritores e termos utilizados para rastreamento das publicações.

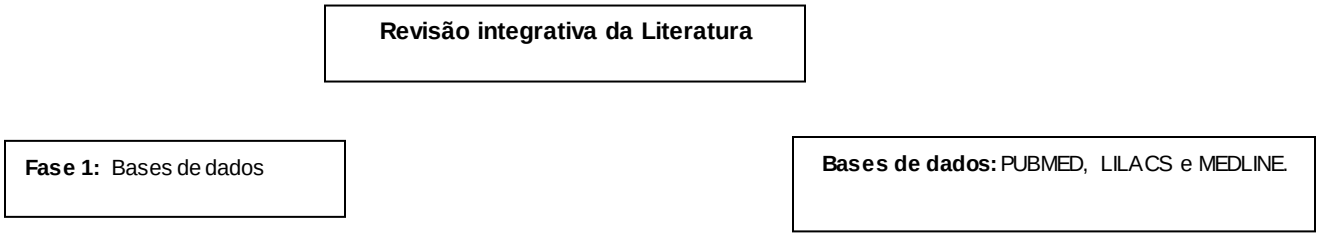
A seleção se restringiu a artigos publicados em português, inglês ou espanhol no período compreendido entre 2005 e 2016 por se referir aos estudos publicados na última década. A última consulta às bases de dados foi realizada em agosto de 2016.

Por fim, na terceira etapa, foi efetivada a leitura dos títulos e resumos de todos os artigos selecionados a fim de identificar aqueles que abordavam o tema, objeto da revisão.

Ainda no que se refere aos critérios de inclusão, foram selecionados apenas artigos originais. Foram excluídos estudos publicados sob a forma de editoriais, entrevistas, notas clínicas e revisões, como também estudos de caso.

Durante a busca, foram encontrados 214 artigos potencialmente elegíveis, distribuídos da seguinte forma: 135 no PubMed, 74 na Medline e 5 na Lilacs. Os estudos foram lidos individualmente por dois pesquisadores. Ao final das análises, 13 artigos foram incluídos na revisão.

O fluxograma a seguir apresenta o processo de revisão da literatura e como se deu a seleção dos artigos:



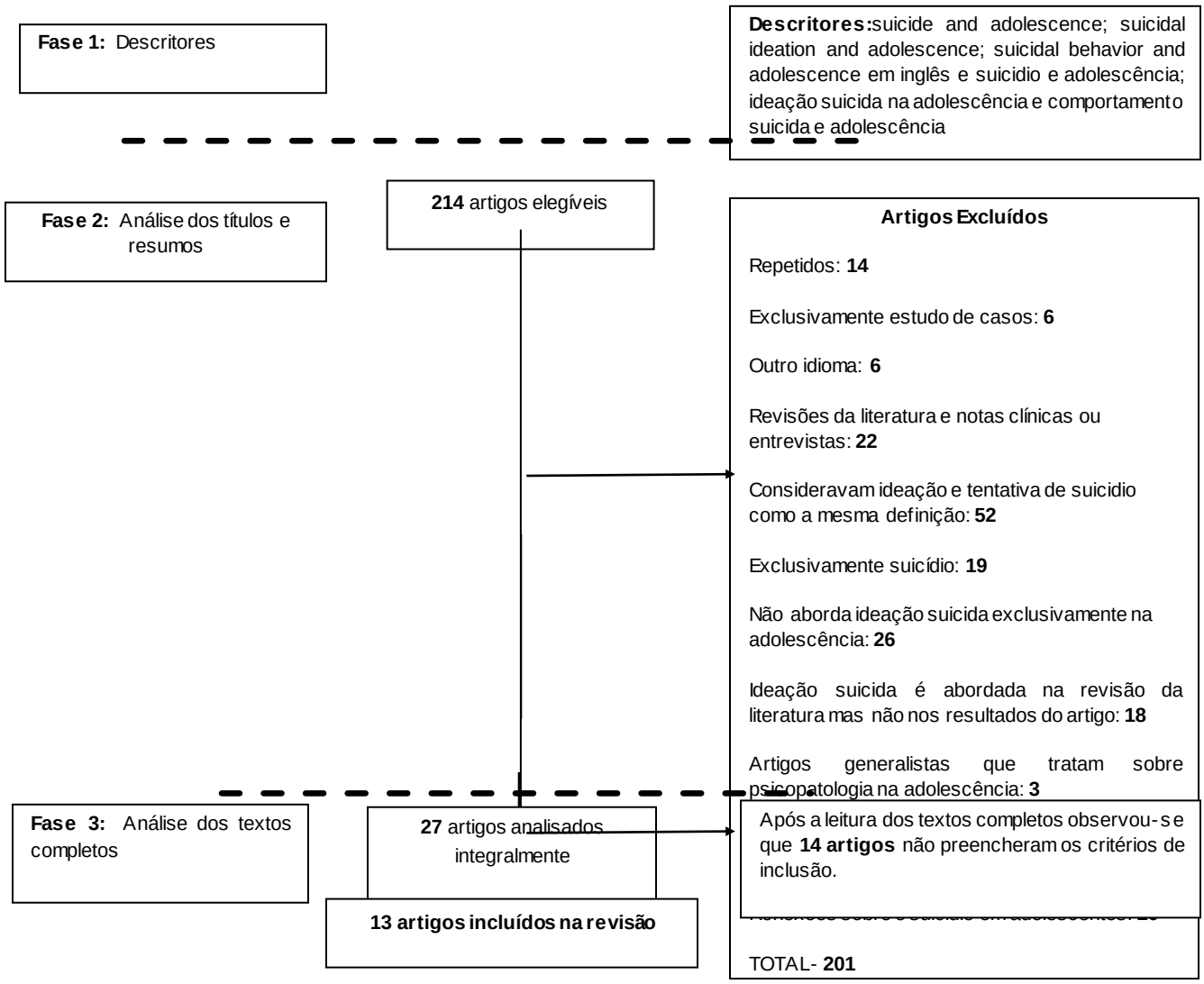


Figura 1 - Fluxograma do processo de revisão.

RESULTADOS

Tabela 1 - Características dos artigos incluidos na revisão.

Autores e Ano	Tipo de estudo	Revista	Pais e local	Tempo do estudo e amostra	Genero e faixa etaria	Tipo de comportamento suicida
Sheri Bauman a; Russell B. Toomey B; Jenny L. Walker 2013	Descritivo	Journal of adolescence	EUA Arizona	1 ano 1491	725 mulheres 757 homens 9-12 anos	Ideação suicida ou tentativas de suicidio
Manfred H.M. van Dulmen; Katherine M. Klipfela; Andrea D. Mata; Katherine C. Schinka; Shannon E. Claxtona ; Monica H. Swahn; Robert M. Bossarte. 2012	Longitudinal	Journal of adolescence health	EUA Varios estados	(1995-1996) (2001-2002) (2007-2008) 4675	Não informa divisão entre generos (16 anos) (22 anos) (28 anos)	Ideação suicida ou tentativas de suicidio
Maria M. Wong a; Kirk J. Brower b; Robert A. Zucker 2011	Longitudinal	Journal of Psychiatric Research	EUA Michigan	3 anos 392	280 meninos 112 meninas (12 -14 anos) (15-17 anos)	Ideação suicida ou tentativa de suicidio
Mathias Lasgaard; Luc Goossens; Ask Elklit 2011	Longitudinal	Journal Abnorm Child Psychol	Dinamarca	3 anos Inicio: 1009 Reavaliação 541	57% meninas 43% meninos 60% meninas 40%meninos (15 a 26 anos)	Ideação ou tentativa de suicidio
Daria K. Boeninger; Katherine E. Masyn; Betsy J. Feldman; Rand D. Conger;	Longitudinal	Suicide and Life-Threatening Behavior	EUA Iowa	1989-1997 1244	11 a 19 anos 48.6% meninos	Ideação ou tentativa de suicidio

2010					51,4% meninas	
Vivian roxo Borges; Blanca susana G Werlang. 2006	Transversal	Estudos de psicologia	Brasil Porto alegre-RGS	Não informa período de realização 526	15 a 19 anos 295 sexo feminino, 231 sexo masculino	Ideação suicida
Luciene da Costa Araújo; Kay Francis Leal Vieira; Maria da Penha de Lima Coutinho; 2010	Transversal	Psico-USF	Brasil Joao Pessoa-PB	Não informa perído de realização 90	14 a 18 anos 57,7% sexo feminino 42,3% sexo masculino	Ideação suicida
Luciano Dias de Mattos Souza; Liliane Ores; Gabriela Teixeira de Oliveira; Ana Laura Sica Cruzeiro; Ricardo Azevedo Silva; Ricardo Tavares Pinheiro; Bernardo Lessa Horta. 2010	Transversal	Jornal brasileiro de psiquiatria	Brasil Pelotas-RGS	Ano de 2002 960	15 a 18 anos 459 meninos 494 meninas	Ideação suicida
Andre Sourande; Leila Helstela; Antti Haavisto; Lasse Bergroth 2005	Longitudinal	Journal of Affective Disorders	Finlandia	8 anos 580	16 anos	Ideação suicida
Richard Thompson; Laura J. Proctor; Diana J. English; Howard Dubowitz; Subasri Narasimhan; Mark D. Everson. 2012	Longitudinal	Journal of adolescence	EUA	12 anos 740	16 anos 389 meninas 351 meninos	Ideação suicida
Adam B. Miller; Leah M. Adams; Christianne Esposito-Smythers; Richard Thompson; Laura J. Proctor 2014	Longitudinal	Psychiatry Research	EUA	6 anos 674	12 e 18 anos 46% meninas 54% meninos	Ideação suicida
Daria K. Boeninger; Katherine E. Masyn; Betsy J. Feldman; Rand D. Conger 2010	Longitudinal	Suicide and Life-Threatening Behavior	EUA Iowa	3 anos 1244	11 e 19 anos 48.6% meninos 51.4% meninas	Ideação suicida e tentativa de suicidio
Ana Ortin; Alison M. Lake; Marjorie Kleinman; Madelyn S. Gould 2012	Longitudinal	Journal of Affective Disorders	EUA Nova York	2002-2004 2189	13 a 18 anos 41.6% meninas 58.4% meninos	Ideação suicida e tentativa de suicidio

Tabela 2 – Demais características dos artigos: objetivos, fatores associados ao comportamento suicida, pensamentos associados a ideação, conclusões e comentários.

Objetivos do estudo	Fatores associados	Pensamentos associados à ideação suicida	Conclusões	Comentários
Analisar relação entre depressão, bullying e comportamento suicida.	Depressão Cyberbullying Bullying	Vitimização	Bullying como desencadeador de depressão e comportamento ou ideias de morte	O estudo não analisa fatores sociobiodemograficos alem da idade e genero e não coleta demais dados que poderiam estar associados a ideação suicida alem de bullying.
Analisar risco de suicidio e presenca de ideação suicida em adolescentes vitimas de violencia parental	Sintomas depressivos; Continuidade e gravidade dos abusos pelos familiares; Outras frustrações alem do abuso da familia; Exposição a estímulos dolorosos aumenta a capacidade de infligir dano a a si mesmo (automutilação)	Vitimização	Violencia produzida por familiares na adolescencia esta associado a tentativa de suicidio durante esta e na vida adulta.	Autores questionam se as ideias de vitimização estão associadas ao suicidio ou se a violencia parental esta diretamente associada a ideação suicida e a vitimização seria apenas uma consequencia
Analisar associação entre problemas de sono e ideação ou tentativa de suicidio	Alcoolismo em familiares; Ideação suicida; Comportamento suicida entre familiares; Automutilação; Problemas para dormir;	Inutilidade Inferioridade Culpabilização	Cerca de 4% dos adolescentes entre 12 e 14 anos tem ideação suicida Cerca de 7% dos adolescentes entre 15 e 17 anos tem ideação suicida.	Sintomas depressivos, pesadelos, comportamentos agressivos e abuso de substancias não foram preditores significativos para ideação suicida.
Analisar associação entre solidão, ideação suicida e tentativa de suicidio	Sintomas depressivos Solidão Sintomas de ansiedade	Pensar não ter alguem para compartilhar	Isoladamente a solidão esta associada a ideação e tentativa de suicidio,	O estudo controla as variaveis de solidão, sintomas depressivos e ansiedade, bem como algumas

	Educação parental	(solidão)	independente dos sintomas depressivos.	variaveis sociais.
Avaliar se para a ideação suicida e tentativa de suicidio há um perio do de risco maior durante a adolescencia	Sintomas psiquiátricos Sexo feminino	Não foram citados pela dificuldade de isola-los de condiçoes psiquiatricas.	Meninos apresentam maior prevalencia de ideação e planos suicidas por volta de 19 anos enquanto meninas por volta de 16 anos. As tentativas de suicidio emergem por volta de 15 a 18 anos.	O estudo cita a prevalencia de ideação suicida na população do estudo mas não investiga aspectos relacionados a tal.
Identificar a presença de ideação suicida em adolescentes da população geral (não-clínica), da cidade de Porto Alegre, com idades entre 15 e 19 anos.	Depressão; Conhecer alguem que já tenha tentado suidicio; Sexo feminino;	Desesperança	Adolescentes que possuíam características de depressão e desesperança desenvolveram ideação suicida mais facilmente, quando comparados com os outros adolescentes.	O estudo não investigou pensamentos associados à ideação suicida alem da questao de desesperança.
Apreender as representações sociais acerca do comportamento suicida elaboradas por estudantes do ensino médio e identificar dados de prevalencia de ideação suicida em estudantes do ensino medio.	Depressão Sexo feminino	Desesperança Desespero Solidão Raiva	Cerca de 22% de adolescentes do ensino medio apresentam ideação suicida. A maioria representa o suicidio como uma forma de resolver problemas e atribuem caracteristricas positivas ao ato suicida.	O estudo não utiliza instrumentos de avaliação sociobiodemografica e considera os aspectos relacionados a ideação suicida a partir de uma analise do discurso.
Avaliar a prevalência de ideação suicida, assim como de seus fatores associados, em adolescentes entre 15 e 18 anos da cidade de Pelotas.	A baixa escolaridade da mãe, a baixa escolaridade do adolescente, o sedentarismo (não realizar esporte), o uso de álcool e de outras substâncias, ser do sexo feminino e comportamento agressivo	Não foram citados pensamentos associados à ideação suicida, mas refere que pessoas que pensam ter apoio social e dos pares, com estima pela sua pesssoa estão significativamente mais protegidos de ideias de morte.	Encontrou-se uma prevalência de ideação suicida de 7,7%.	O estudo averiguou a presença de ideação suicida atraves de uma questao de um questionario não especifico para comportamento suicida (SQR-20)
Estudar a prevalencia e fatores associados à ideação suicida em 580 adolescentes.	Depressão na infancia; Problemas com regras e normas;	Pensar não conseguir fazer parte de grupos sociais; Pensar que não consegue desenvolver comportamentos sociais.	14 % das meninas e 7 % dos meninos relataram ideação suicida, ter problemas de adaptação social, baixa competencia social e sintomas depressivos foram associados à ideação suicida. Apenas 20% foi encaminhado a serviço de saúde.	A pesquisa foi realizada a partir de informações enviadas por cartas para os pesquisadores ao longo de 8 anos.
Investigar a associação entre experiencias aversivas e ideação suicida.	Abuso fisico Maus tratos psicologicos Problemas psiquiátricos	Pouca expectativa de realizar coisas positivas em sua vida; Desesperança; Expectativas sociais negativas;	8,9% dos adolescentes apresentaram ideação suicida. A presença de abuso fisico e maus tratos psicologicos foram significativamente associados à ideação suicida.	A pesquisa afirma que a partir de Intervenções clínicas os jovens conseguiram diminuir evidencias de ideação suicida o que parece estar relacionado ao trabalho com foco no alívio psicológico e aflição, diminuir a internalização de sintomas psicológicos, e pessimismo sobre o futuro.
Avaliar a associação entre ideação suicida e qualidade na relação com os pais, entre amigos, depressão e maus tratos.	Dificuldades nas relações com os pais como falta de carinho e não sentir-se compreendido; Abuso sexual;	Baixa competencia social; Pensar que não consegue desenvolver relações interpessoais; Percepção de vulnerabilidade frente aos outros;	Maus tratos antes dos 12 anos afeta as relações parentais na adolescência; Depressão e falta de amizades estão relacionados com ideação suicida na adolescência; Depressão medeia parcialmente a associação entre ideação suicida e maus tratos.	Apesar de tratar sobre prejuizo na relação com os pais e amigos, o artigo não define operacionalmente o que seria tal tipo de dificuldade ou gravidade em ambas.
Avaliar a prevalência de ideação suicida em adolescentes e se tais taxas se apresentam diferentes entre os sexos.	Dentre as pessoas que tinham ideação suicida, 21,3% tentaram suicidio uma vez e 29,8% tentaram suicidio mais de uma vez.	Não cita pensamentos associados a ideação suicida	As tentativas e ideação suicida acontece em meados da adolescência para as meninas, mas nos meninos aparece mais tardiamente	Apesar do artigo versar sobre ideação suicida ele não aborda questoes cognitivas associadas a tal temática.

			até o final da adolescência. A prevalencia foi de 30,9% para meninos e 41,2% para meninas.	
Investigar se a busca por sensações fortes está associada a traços de personalidade e impulsividade e se a mesma tem associação com ideação suicida, tentativa de sucidio, depressão e uso de substâncias.	Depressão Abuso de substâncias Comportamento impulsivo	Impulsividade	Elevada busca por sensações fortes foi positivamente associado com sintomas depressivos e uso de substâncias. A ideação e tentativas de suicídio manteve associação significativa após o controle da depressão e do uso de substâncias.	A constatação de que a elevada busca por sensações novas está associada a o risco de ideação suicida e tentativas é consistente com os achados na literatura sobre busca de novidade e impulsividade, o que tambem pode ser compatível com a presença de uma desregulaçãode impulsividade subjacente.

Discussão

No que tange as características metodológicas dos artigos, apenas três trabalharam com coorte[2,5,14] e os demais utilizaram o caso-controle[1,4,6,10,13,17-19]. A faixa etária compreendeu entre 11 e 19 anos, variando para cada estudo, o que pode implicar em diferenças significativas nos resultados. Todos os estudos foram realizados em escolas públicas e, apenas um, realizou em públicas e privadas[19].

Apenas 19% dos adolescentes entraram em contato com serviços psicossociais. Destes, 30% apresentaram pensamentos ou tentativas de suicídio[14], o que corrobora com os desafios de prevenção do suicídio entre adolescentes, uma vez que, existe o estigma e o tabu em procurar psicólogos e psiquiatras e a invisibilidade da sociedade em reconhecer os pensamentos suicidas nessa faixa etária.

Nos EUA[3], 7,6% dos adolescentes entre 15 e 17 anos reportaram pensamentos suicidas e 5% haviam tentado o suicídio nos últimos seis meses. Os participantes entre 12 e 14 anos apresentaram 4,1% pensamentos suicidas e 3,3% tentaram o suicídio, apenas um participante na faixa etária entre 18 e 20 anos efetuou o suicídio. Outro estudo nos EUA[13] apontou para a prevalência de 8,9% de ideação suicida. Estudo na Europa[5] encontrou que 30,9% dos homens e 41,2% das mulheres reportaram ideação suicida ao longo da adolescência. Os estudos brasileiros encontraram uma prevalência de 7,7% de ideação suicida[17], 22,2%[18] e 30%[19]. As disparidades entre os estudos podem ser explicadas pela faixa etária dos adolescentes, adolescentes na faixa etária entre 15 e 18 anos possuem mais ideações suicidas do que os entre 11 e 14 anos. Outra possível explicação tange a aplicação do questionário, em que estudos que aplicaram alguma escala tendem a ser mais precisos do que aqueles que fazem apenas uma pergunta.

Ao considerar o gênero, os estudos apontam a associação significativa entre gênero e depressão no ano anterior[1,13,17]. No Arizona[1], as mulheres tiveram 1,73

mais chances de apresentar depressão do que os homens. Estudo na Dinamarca[4] também assinalou maior associação do gênero feminino aos sintomas depressivos. Pesquisa conduzida no Arizona[1] também encontrou associação significativa entre gênero e comportamento suicida, desse modo, as mulheres possuem 1,73 mais chances de considerar o ato suicida e estão 1,63 vezes mais propensas a reportar o plano suicida e 1,47 vezes a mais a reportar pelo menos uma tentativa de suicídio. No Brasil[19], o sexo feminino possui 2,1 vezes mais chances de ter ideação suicida quando comparado com o sexo masculino. Em contraste, outro estudo conduzido nos EUA[10] encontraram a associação entre depressão e relacionamento entre os pais mais significativo entre o gênero masculino e feminino. Relacionamentos familiares fragilizados estão mais associados a depressão severa e, particularmente, esse fator de risco pode explicar a relação entre maus-tratos na infância e ideação suicida em adolescentes na faixa etária de até 18 anos[10].

A ausência de amor indicando a carência afetiva está ancorada entre os fatores desencadeantes da ideação suicida, focalizados no estado de sofrimento psíquico e na desesperança. A ideação suicida emergiu como atitude de desespero e um ato de fraqueza diante algum problema[18].

Estudo no Brasil encontrou por meio de regressão logística a associação entre a depressão leve, moderada e grave à presença de ideação suicida[19]. Adolescentes com sintomas depressivos possuem uma razão de chance de 9,3 vezes de desenvolver ideação suicida, quando comparados com adolescentes que não têm depressão[19].

A depressão também emerge como importante mediador entre o tradicional *bullying* e a tentativa de suicídio entre homens e mulheres[1]. No Arizona encontrou que 42-60% dos adolescentes com depressão e que tentaram suicídio haviam sido vítimas do tradicional *bullying*[1].

Cyberbullying não é um fator significativo para a depressão, entretanto, ao controlar o fator depressão, encontrou-se associação significativa entre *cyberbullying* e tentativas de suicídio em homens[1]. Pode-se sugerir que após sofrer um evento de *cyberbullying*, o adolescente tente o suicídio pela impulsividade. A literatura aponta que os homens tendem a ser mais impulsivos do que as mulheres.

A ansiedade também foi associada com sintomas depressivos independente da solidão e dos dados sociodemográficos[4]. Entretanto, ao considerar apenas a solidão, este foi um preditor significativo para os sintomas depressivos quando

comparados com a ansiedade e com o suporte social familiar[4]. A desesperança está associada à presença de ideação suicida. Adolescentes com desesperança possuem 6,8 vezes mais chance de ter ideação suicida[19].

Estresse psicológico, problemas de comportamento interiorizado e expectativas sociais negativas estão associados como um efeito indireto na relação entre abuso físico e ideação suicida[13]. Abuso físico está associado a duas vezes mais chance de ter ideação suicida e abuso psicológico a três vezes mais chance de ter ideação suicida[13]. Maus-tratos na infância, relacionamentos familiares fragilizados e amizade são mediadores potentes da ideação suicida. Maus-tratos na infância é um preditor para relacionamentos familiares fragilizados[10].

Existe associação entre o risco para o suicídio e ter sido vítima de violência por parceiro íntimo na adolescência, entretanto, não ocorre o contrário, dessa forma, ter sido vítima de violência por parceiro íntimo não é um fator de risco para a tentativa de suicídio em adultos. Entretanto, este estudo possui a limitação de não ter considerado sentimentos de inutilidade, desesperança e sintomas depressivos. Tais sintomas estão subsequentes associados as pessoas que mantiveram um relacionamento abusivo com o parceiro[2].

Estudo em Nova York[6] encontrou que 11,9% dos adolescentes possuíam depressão e existe uma associação significativa entre a sensação de sentir-se doente e sintomas depressivos. Especificamente, os estudantes que possuem alta sensação de sentir-se doente estão 3 vezes mais propensos a apresentarem sintomas depressivos[6], entretanto, não houve associação entre sentir-se doente e ideação suicida[6].

Outro estudo nos EUA[3] reportou a associação significativa entre problemas para dormir na idade entre 12 e 14 anos e pensamentos suicidas na idade entre 15 e 17 anos. Adolescentes que tiveram problemas para dormir no início dessa fase na vida possuem 2 vezes mais chances de ter pensamentos suicidas e até 4 vezes mais chances de tentar o suicídio na adolescência tardia[3]

Problemas com o uso de substâncias ilícitas no último mês[6], ter consumido álcool, drogas e ter tomado um porre no último mês, assim como carregar materiais letais, como revolver, faca ou canivete e ter se envolvido em duas ou mais brigas com agressão física no último ano estão associados a ideação suicida[17].

Chama atenção o fato de ter algum amigo que tenha tentado se matar aumentou duas vezes mais a chance de ter ideação suicida em comparação aos

adolescentes que não possuíam amigos que tivessem tentado dar cabo de sua vida[19]. No Brasil, todos os adolescentes com ideação suicida conheciam alguém que tinham tentado suicídio e 64,4% conheciam alguém que tenha se suicidado[19], o que nos leva a refletir sobre o impacto do ato suicida na vida desses adolescentes e como eles ressignificaram esse evento em suas vidas, o que, de acordo com o estudo[19], potencializou a ideação suicida.

Conclusão

As altas taxas de prevalência de suicídio entre adolescentes exigem políticas públicas de enfrentamento para prevenção do comportamento suicida. Apesar da dificuldade nos registros de dados epidemiológicos, observa-se um crescimento preocupante na prevalência das mortes por suicídio nessa faixa etária.

A ideação suicida é um fator de vulnerabilidade importante para a tentativa de suicídio, tendo relação com depressão, relações familiares conflituosas, adicção, influência do comportamento suicida de amigos e isolamento social e nos principais estudos analisados.

O presente trabalho apontou a necessidade de maior extensão nos estudos que possam potencializar a capacidade de diagnosticar precocemente e conhecer aspectos atrelados a ideação suicida em adolescentes, permitindo ações em tempo hábil, através do delineamento de estratégias preventivas, diminuindo o alto custo individual e social que as tentativas de suicídio produzem.

REFERÊNCIAS

1. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Int Med. 2002; 136:302-11.
2. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39:603-10.
3. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996; 53:1155-62.
4. McKelvey, R. S., Pfaff, J. J., & Acres, J. G. The relationship between chief complaints, psychological distress, a suicidal ideation in 15-24-yearold patients presenting to general practitioners. Medical Journal of Australia, 2001; 175(10): 550-552.
5. Maris, R. W., Berman, L., & Silverman, M. M. (2000). Comprehensive textbook of suicidology. Nova York: Guilford.
6. Field, T., Diego, M., & Sanders, C. E. Adolescent suicidal ideation. Adolescence, 2001; 36(142), 241-248.

7. Baggio L, Palazzo LS, Aerts DRGC. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. Cad Saude Publica. 2009; 25(1):142-50.
8. Silva VF, Oliveira HB, Botega NJ, Marín-León L, Barros MBA, Dalgalarrondo P. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. Cad Saude Publica. 2006; 22(9):1835-43.
9. Bauman S. a, Toomey Russell B., Walker Jenny L. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. Journal of adolescence. 2013; 36: 341-350.

10. Dulmen Manfred H.M. van, Klipfela Katherine M., Mata Andrea D., Schinka Katherine C., Claxtona Shannon E., Swahn Monica H., Bossarte Robert M. Cross-lagged effects between intimate partner violence victimization and suicidality from adolescence into adulthood. Journal of adolescence health. 2012; 51: 510-516.

11. Wong Maria M., Brower Kirk J., Zucker Robert A. Sleep problems, suicidal ideation and self-harm behaviors in adolescence. Journal of Psychiatric Research. 2011; 45: 505-511.

12. Lasgaard Mathias, Goossens Luc, Ask Elklit. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses. Journal Abnorm Child Psychol. 2011; 39: 137-150.

13. Boeninger Daria K., Masyn Katherine E., Feldman Betsy J., Conger Rand D. Sex differences in developmental trends of suicide iodeation plans, and attempts among european american adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2010; 40 (5): 451-464.

14. Borges Vivian roxo, Werlang Blanca susana G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. Estudo de psicologia. 2006; 11 (3): 345-351.

15. Araújo Luciene da Costa, Vieira Kay Francis Leal, Coutinho Maria da Penha de Lima, Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. Psico-USF. 2010; 15 (1): 47-57.

16. Souza Luciano Dias de Mattos, Ores Liliane, Oliveira Gabriela Teixeira, Cruzeiro Ana Laura Sica, Silva Ricardo Azevedo, Pinheiro Ricardo Tavares, Bernardo Lessa Horta. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. Jornal brasileiro de psiquiatria. 2010; 59 (4): 286-292

17. Sourande Andre, Helstela Leila, Haavisto Antti, Bergroth Lasse. Suicidal thoughts and attempts among adolescents: a longitudinal 8-year follow-up study. Journal of Affective Disorders. 2005; 63: 59-66.

18. Thompson Richard, Proctor Laura J., English Diana J., Dubowitz Howard, Narasimhan Subasri, Mark D. Everson. Suicidal ideation in adolescence: examining the role of recent adverse experiences. Journal of adolescence. 2012; 35: 175-186.

19. Miller Adam B., Adams Leah M., Esposito-Smythers Christianne, Thompson Richard, Proctor Laura J. Parents and friendships: a longitudinal examination of

interpersonal mediators of the relationship between child maltreatment and suicidal ideation. Psychiatry Research.2014; 220: 998-1006.

20. Boeninger Daria K., Masyn Katherine E., Feldman Betsy J., Conger Rand D. Sex differences in developmental trends of suicide iodeation plans, and attempts among european american adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2010; 40 (5): 451-464.

21. Ortin Ana, Lake Alison M., Kleinman Marjorie, Gould Madelyn S. Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. Journal of Affective Disorders. 2012; 143: 214-222.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) {ou menor que está sob sua responsabilidade} para participar, como voluntário (a), da pesquisa: "**Estudo de pensamentos associados à ideação suicida em adolescentes: identificando fatores de vulnerabilidade em estudantes de escolas da cidade do Recife**"., sob minha responsabilidade Marília Suzi Pereira dos Santos com endereço domiciliar Marilia Suzi Pereira dos Santos (rua Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife – PE – CEP: 50670-901, telefone 21268539, email – Marília.neuropsiquiatria@gmail.com) e do orientador Professor Everton Botelho Sougey cujo (s) objetivos são identificar características associadas à ideação suicida para avaliar possíveis fatores de risco para a tentativa de suicídio, como por exemplo, aspectos sociais, características de personalidade, presença de transtornos psiquiátricos, além de identificar tipos de pensamentos mais frequentes, que possam elucidar a referida problemática.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte a pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. 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 o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Para realização deste trabalho usaremos o(s) seguinte(s) método(s): apresentaremos aos estudantes interessados em participar da pesquisa, três questionários que perguntam sobre dificuldades pessoais, estilo de vida, os quais podem ser respondidos com um X e que são considerados na literatura cientifica, instrumentos seguros.

Quanto aos riscos e desconfortos estão ligados a algum constrangimento que o participante possa ter para responder aos questionários e ao tempo dispendido nesta atividade. Para minimizar qualquer constrangimento o preenchimento do questionário será realizado de forma individual e em local reservado, caso você venha a sentir ainda algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providencias, como suspensão do preenchimento dos instrumentos ou conversa com o entrevistador.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são identificar possíveis problemáticas na vida dos alunos que não encontraram espaço para expô-las, orientação aos alunos que necessitem de acompanhamento psicológico em serviços de referência da cidade do Recife, orientação a escola através de palestras aos pais, responsáveis e profissionais do referido local.

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 de questionário, ficarão armazenados em arquivo em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, 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.

Caso suas duvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, localizado à Av. das Engenharias, s/n. prédio do CCS – 1º andar, sala 4. Fone: 81 2126.8588, E-mail: cepccs@ufpe.br.

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO

Eu _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es).
Recife, ___/___/___

Assinatura do Pai (ou responsável) _____

Assinatura do pesquisador _____

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

ANEXO B

CATS (Escala de Pensamentos Automáticos – Criança, Schniering & Rapee, 2002)

Nome:

_____

Sexo: ____ Feminino ____ Masculino Idade: ____ anos

Instruções: Abaixo estão listados alguns pensamentos que crianças e adolescentes dizem surgir em suas cabeças. Leia cuidadosamente cada pensamento e decida qual a **freqüência** de que cada pensamento apareceu em sua cabeça na **última semana**. Circule sua resposta da seguinte maneira:

0 = nunca
1 = raramente
2 = algumas vezes
3 = frequentemente
4 = todo o tempo

Lembre-se de que não existem respostas certas ou erradas!

Na última semana eu pensei que...	***Nunca***	***Rara-mente***	***Algumas vezes***	***Frequen-temente***	***Todo o tempo***
1. As outras crianças vão pensar que eu sou burro.	0	1	2	3	4
2. Eu tenho o direito de me vingar das pessoas se elas merecerem	0	1	2	3	4
3. Eu não consigo fazer nada direito.	0	1	2	3	4
4. Eu vou sofrer um acidente.	0	1	2	3	4
5. As outras crianças são burras.	0	1	2	3	4
6. Fico com medo de ser gozado.	0	1	2	3	4
7. Eu estou ficando louco.	0	1	2	3	4
8. As outras crianças vão rir de mim.	0	1	2	3	4
9. Eu vou morrer.	0	1	2	3	4
10. A maioria das pessoas está contra mim	0	1	2	3	4
11. Eu não sirvo pra nada.	0	1	2	3	4
12. Minha mãe ou meu pai vão se machucar.	0	1	2	3	4
13. Nada mais dá certo pra mim.	0	1	2	3	4
14. Eu vou parecer um bobão.	0	1	2	3	4
15. Eu não vou deixar barato quando alguém me incomodar.	0	1	2	3	4
16. Tenho medo de perder o controle	0	1	2	3	4

Na última semana eu pensei que...	***Nunca***	***Rara-mente***	***Algumas vezes***	***Frequen-temente***	***Todo o tempo***
17. É minha culpa se as coisas deram errado.	0	1	2	3	4
18. As outras pessoas pensam coisas ruins sobre mim.	0	1	2	3	4
19. Se alguém me machucar eu tenho o direito de machucá-los de volta.	0	1	2	3	4
20. Eu vou me machucar.	0	1	2	3	4
21. Eu tenho medo do que as outras crianças vão pensar sobre mim.	0	1	2	3	4
22. Algumas pessoas merecem o que acontece com elas.	0	1	2	3	4
23. Eu transformei minha vida em uma grande bagunça.	0	1	2	3	4
24. Algo de muito ruim vai acontecer	0	1	2	3	4
25. Eu pareço um idiota.	0	1	2	3	4
26. Eu nunca serei tão bom quanto as outras pessoas.	0	1	2	3	4
27. Eu sempre levo a culpa por coisas que eu não faço.	0	1	2	3	4
28. Eu sou um fracasso	0	1	2	3	4
29. As outras crianças zombam de mim.	0	1	2	3	4
30. Não vale a pena viver.	0	1	2	3	4
31. Todos estão me encarando.	0	1	2	3	4
32. Eu tenho medo de fazer papel de bobo.	0	1	2	3	4
33. Tenho medo de que alguém possa morrer.	0	1	2	3	4
34. Eu nunca vou superar meus problemas.	0	1	2	3	4
35. As pessoas sempre tentam me meter em confusão.	0	1	2	3	4
36. Tem alguma coisa muito errada comigo.	0	1	2	3	4
37. Algumas pessoas são más.	0	1	2	3	4
38. Eu me odeio.	0	1	2	3	4
39. Alguma coisa vai acontecer com alguém que eu me preocupo.	0	1	2	3	4
40. Pessoas más merecem ser punidas.	0	1	2	3	4

ANEXO C

Escala de Ideação Suicida de Beck – BSI

1. a) Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.
b) Tenho um desejo fraco de viver.
c) Não tenho desejo de viver.

2. a) Não tenho desejo de morrer.
b) Tenho um desejo fraco de morrer.
c) Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.

3. a) Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.
b) Minhas razões para viver ou para morrer são aproximadamente iguais.
c) Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.

4. a) Não tenho desejo de me matar.
b) Tenho um desejo fraco de me matar.
c) Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.

5. a) Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.
b) Se estivesse numa situação de risco de vida, deixaria vida ou morte ao acaso.
c) Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

Se você assinalou as afirmações "a", em ambos os grupos 4 e 5, passe para o item 20.
Se você assinalou "b" ou "c", seja no grupo 4 ou 5, prossiga respondendo o item 6.

6. a) Tenho breves períodos com idéias de me matar que passam rapidamente.
b) Tenho períodos com idéias de me matar que duram algum tempo.
c) Tenho longos períodos com idéias de me matar.

7. a) Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.
b) Tenho idéias freqüentes de me matar.
c) Penso frequentemente em me matar.

8. a) Não aceito a idéia de me matar.
b) Não aceito nem rejeito a idéia de me matar.
c) Aceito a idéia de me matar.

9. a) Consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
b) Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
c) Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

10. a) Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida.
b) Eu estou um tanto preocupado a respeito de me mata,r por causa da minha família de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida.
c) eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar, por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida.

11. a) Minhas razões para querer cometer suicídio tem em vista principalmente influenciar os outros, como conseguir me vingar das pessoas, torná-las mais felizes, fazê-las prestar mais atenção em mim, etc.
b) Minhas razões para querer cometer suicídio não tem em vista apenas influenciar os outros, mas também representam uma maneira de solucionar meus problemas.
c) Minhas razões para querer cometer suicídio se baseiam principalmente numa fuga de meus problemas.

12 a) Não tenho plano específico sobre como me matar.
b) Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
c) Tenho um plano específico para me matar.

13 a) Não tenho acesso a um método ou a uma oportunidade de me matar.
b) O método que usaria para cometer suicídio leva tempo e realmente não tenho uma boa oportunidade de usá-lo.
c) Tenho ou espero ter acesso ao método que escolheria para me matar e, também, tenho ou teria oportunidade de usá-lo.

14 a) Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
b) Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
c) Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.

15. a) Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
b) Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
c) Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

16. a) Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
b) Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
c) Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.

17. a) Não escrevi um bilhete suicida.
b) Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.
c) Tenho um bilhete suicida pronto.

18. a) Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
b) Tenho pensado em tomar providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
c) Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

19. a) Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
b) Tenho evitado contar às pessoas o meu desejo de me matar.
c) Tenho tentado não revelar, esconder ou mentir sobre a vontade de cometer suicídio.

20. a) Nunca tentei suicídio.
b) Tentei suicídio uma vez.
c) Tentei suicídio duas ou mais vezes.

Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.
21. a) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.
b) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.
c) Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.