

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E
COMPORTAMENTO**

FERNANDA JÚLIA SANTOS DIAS

**ADAPTAÇÃO E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO
FREQUENCY OF SUICIDAL IDEATION INVENTORY –FSII-BR PARA
ADOLESCENTES**

Belo Horizonte, 2019

FERNANDA JÚLIA SANTOS

**ADAPTAÇÃO E PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO
FREQUENCY OF SUICIDAL IDEATION INVENTORY –FSII-BR PARA
ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Psicologia: Cognição e Comportamento para obtenção do título
de mestre pela Universidade Federal de Minas Gerais.
Linha de Pesquisa: Mensuração e intervenção em psicologia
Orientador: Professor Doutor Maycoln Leôni Martins Teodoro

Belo Horizonte, 2019

153.4
D541a
2019

Dias, Fernanda Júlia Santos

Adaptação e propriedades psicométricas do Frequency of Suicidal Ideation Inventory –FSII-Br para adolescentes [manuscrito] / Fernanda Júlia Santos Dias. - 2019.
82 f.
Orientador: Maycoln Leôni Teodoro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Comportamento suicida. 3. Jovens – Comportamento suicida – Teses.. 4. Avaliação - Teses. I. Teodoro, Maycoln Leôni Martins. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E
COMPORTEAMENTO

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

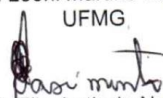
Adaptação e propriedades psicométricas do Frequency of Suicidal Ideation Inventory - FSII-Br para adolescentes

FERNANDA JÚLIA SANTOS DIAS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTEAMENTO, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTEAMENTO, área de concentração PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTEAMENTO, linha de pesquisa Mensuração e Intervenção em Psicologia.

Aprovada em 13 de maio de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Maycoln Leoni Martins Teodoro - Orientador
UFMG


Prof(a). Elizabeth do Nascimento
Universidade Federal de Minas Gerais


Prof(a). Isabela Maria Magalhães Lima
UFMG

Belo Horizonte, 13 de maio de 2019.

AGRADECIMENTOS

Às escolas parceiras representadas por seus diretores (as) que cordialmente abriram as portas para que a pesquisa fosse realizada em suas dependências. Aos pais e responsáveis pela autorização e confiança no trabalho proposto. Aos adolescentes que se disponibilizaram a compartilhar seus pensamentos e sentimentos, informações essenciais para construção de todo o estudo.

Ao meu orientador Professor Doutor Maycoln Leôni Martins Teodoro pela confiança em me orientar. Agradeço pela sua sensibilidade em momentos delicados aos quais passei neste percurso e pude contar com seu apoio e encorajamento. O meu mais sincero agradecimento por suas orientações “cirúrgicas” em relação às exigências necessárias para a construção deste trabalho. Gratidão pela grande oportunidade que me foi concedida de crescimento e aprendizado por meio de seus ensinamentos advindos da sua vasta experiência e formação científica.

Aos professores, Elizabeth Nascimento e Makilim Baptista, pelas valiosas contribuições prestadas na qualificação. À professora Isabela Magalhães Lima e à professora Elizabeth Nascimento por terem, gentilmente, aceitado participar da banca de defesa desta dissertação. Agradeço pela atenção dispensada e pelas sugestões que, certamente, serão colocadas. A todos os professores do Programa de Pós-Graduação de Psicologia: Cognição e Comportamento da UFMG, linha de pesquisa Mensuração e intervenção em psicologia, pelas inúmeras contribuições valiosas a minha formação acadêmica. Ao professor Santhiago da UEMG pelo incentivo e apoio a minha participação no processo seletivo.

Às amigas que o mestrado me deu, pessoas maravilhosas que fizeram parte deste processo, cada um com seu jeitinho especial de ser. Sempre me ajudando a manter a “sanidade mental” diante de questões pessoais, prazos apertados e listas intermináveis de tarefas a cumprir. Meus agradecimentos a Ana Cláudia, Juliana, Nathalya e Thaís. Obrigada, meninas! Vocês foram fundamentais neste processo. Em especial, agradeço a Carol pelos momentos aos quais pude contar com seu incentivo e suas palavras cheias de afeto. A Laura minha amiga e parceira que sempre de forma paciente esteve disponível para me ajudar nas análises de dados. À querida amiga Renata por acreditar e confiar no meu trabalho, em um momento muito específico da minha carreira, sempre me incentivando a buscar os meus objetivos.

À minha amada irmã Bruna que com sua grandeza acolhedora sempre muito compreensiva esteve comigo nesta jornada. Sem você esse caminho teria sido muito mais

difícil. Obrigada por acreditar sempre em mim, pela força constante e por todo o amor. Aos amigos e familiares que souberam respeitar minha ausência. Ao Cláudio pela parceria, paciência e compreensão. Cada momento vivido com vocês foi fundamental para que eu chegasse ao final desta etapa. Obrigado por permanecerem firmes e fiéis, mesmo com minha ausência.

RESUMO

Santos, F. J. (2019). *Adaptação e propriedades psicométricas do Frequency of Suicidal Ideation Inventory –FSII-Br para adolescentes* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

O suicídio é um grave problema de saúde pública mundial e ocupa o terceiro lugar em causa morte em pessoas entre 15 e 29 anos. Atualmente, são amplos os esforços despendidos para a diminuição destes números. O comportamento suicida faz parte de um contínuo. Inicia-se com a ideação suicida, passa pelo planejamento, tentativas e culmina com o ato de se matar. A ideação suicida é definida por pensamentos, imagens e vozes relacionados à intenção de se matar. Pesquisas indicam a importância da identificação das peculiaridades envolvidas no comportamento suicida, para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e intervenção neste fenômeno. Instrumentos de autorrelato, avaliações breves e de fácil aplicação tendem a ser mais acessíveis e isto pode aumentar a adesão pelos profissionais envolvidos no trabalho de identificação do comportamento suicida. Contudo, pouca atenção tem sido dada ao desenvolvimento e à adaptação de instrumentos de avaliação da ideação suicida na adolescência, especialmente, no Brasil. Dessa forma, o presente estudo teve por objetivo a adaptação e a avaliação das propriedades psicométricas do *Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII-Br) para adolescentes. Um grupo de 10 adolescentes entre 12 e 18 anos participou do grupo focal, utilizado para avaliar a aplicabilidade e adequação do instrumento FSII-Br para adolescentes. Para avaliar as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade do instrumento FSII-Br, participaram 626 adolescentes escolares com idade entre 12 e 18 anos. A amostra foi proveniente de quatro escolas públicas de Belo Horizonte e Divinópolis/MG. Para mensurar a estabilidade do inventário FSII-Br, um grupo de 104 adolescentes, alunos de duas escolas públicas, foi avaliado duas vezes em um intervalo de um mês. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: questionário socioeconômico, *Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII-Br) e Inventário de Depressão Infantil (CDI). A aplicabilidade e adequação do instrumento foram analisados pela pontuação média dos participantes para instrução 20 (DP= 0,00) e para itens 18,90 (1,19) no questionário, e pela congruência entre as respostas interpretativas dos adolescentes e os significados dos itens. Os participantes assinalaram uma pontuação média máxima, portanto de forma consensual, o comitê definiu que não seria necessário realizar alteração no conteúdo dos itens. Os resultados de validade foram obtidos pelo cálculo da Análise Fatorial Confirmatória que apresentou escores padronizados estatisticamente significativos para todos os itens (item 1 = 0,89; item 2 = 0,89; item 3 = 0,88; item 4 = 0,95; item 5 = 0,85), apresentando índice de erro abaixo 0,28 (item 5). Também demonstrou evidência de validade através dos indicadores de qui-quadrado de 9,70 (DF = 4) ($X^2/DF = 2,43$), *Normed Fit Index* (NFI) = 0,99, *Comparative Fit Index* (CFI) = 0,99 e *Root Mean Square Residual of Approximation* (RMSEA) < 0,05. A validade convergente avaliada por meio do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* entre os escores do CDI e do FSII-Br foi positiva e significativa ($r = 0,70$, $p < 0,001$) que explica 49% da variância expressa no instrumento que avalia sintomas depressivos. A evidência de confiabilidade do instrumento foi obtida pela análise da consistência interna, calculada pelo Alpha de Cronbach (α) = 0,90. A estabilidade temporal foi analisada pela condução de correlação de *Pearson* entre a primeira e a segunda testagem, $r = 0,78$ ($p < 0,001$). O instrumento demonstrou estabilidade do construto ao ser aplicado em dois momentos distintos, por meio da consistência das respostas em tempos diferentes. Para avaliar a relação entre ideação suicida e fatores associados foram utilizados o teste T, Análise de Variância (ANOVA) e Análise de Regressão Logística. As médias calculadas em cada item e na

somatória obtida nos escores do FSII-Br foram todas significativamente maiores para as meninas quando comparadas às medias dos meninos: item 1 ($t(624) = 4,86; p < 0,001$), item 2 ($t(624) = 5,62; p < 0,001$), item 3 ($t(624) = 4,48; p < 0,001$), item 4 ($t(624) = 3,55; p < 0,001$) e item 5 ($t(624) = 6,54; p < 0,001$). O índice de ideação suicida encontrado nesta amostra foi de 69% sendo 51,30% para o sexo masculino e 77,30% para o sexo feminino. A diferença entre a escolaridade da mãe e o resultado médio em ideação suicida nos adolescentes não foi significativa [$F(6,602) = 0,377, p = 0,89$]. As análises de regressão logística avaliaram as diferenças entre a presença e a ausência de ideação suicida mostraram que sexo (*odd ratio* = 3,11, 95% CI = 2,11-4,59, $p < 0,001$), divórcio dos pais (*odd ratio* = 1,73, 95% CI = 1,12-2,67, $p < 0,05$) e presença de transtornos mentais (*odd ratio* = 2,61, 95% CI = 1,44-4,75, $p < 0,01$) estão positivamente relacionados com a ideação suicida nos últimos 12 meses. Foram encontradas evidências robustas de adequação, validade fatorial, validade convergente e estabilidade temporal. Indicando o FSII-Br como um instrumento de qualidade e eficaz na avaliação da ideação suicida em adolescente entre 12 e 18 anos. Outras pesquisas devem ser realizadas para investigar a aplicabilidade do FSII-Br em outros grupos.

Palavras-chave: Ideação suicida. Adolescentes. Avaliação. Adaptação. Propriedades psicométricas.

ABSTRACT

Adaptation and psychometric properties of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-Br) for adolescents

Suicide is a serious global public health problem and ranks third in deaths among people aged 15-29. Currently, efforts are being made to decrease those numbers. Suicidal behavior is part of a continuum. It begins with suicidal ideation, goes through planning, attempts, and ends with the act of killing oneself. Suicidal ideation is defined by thoughts, images and voices related to the intention to kill oneself. Researches indicate the importance of identifying what is involved in suicidal behavior to prevent and intervene in the phenomenon. Self-report tools, short assessments and of easy application are more accessible and may increase adherence by practitioners involved in identifying suicidal behavior. However, little attention has been given to the development and adaptation of instruments for assessing suicidal among adolescents, especially in Brazil. Thus, the present study aimed to adapt and evaluate the psychometric properties of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-Br) for adolescents. A group of 10 teenagers between 12 and 18 years old participated in the focus group, used to evaluate the applicability and suitability of the FSII-Br instrument for adolescents. To assess the psychometric properties of validity and reliability of the FSII-Br instrument, 626 schoolchildren aged 12 to 18 years participated. The sample came from four public schools in Belo Horizonte and Divinópolis / MG. To measure the stability of the FSII-Br inventory, a group of 104 teenagers, students from two public schools, was evaluated twice over a one-month interval. The assessment instruments used were: socioeconomic questionnaire, Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-Br) and Child Depression Inventory (CDI). The applicability of the instrument were analyzed by the average

score of participants for instruction 20 (SD = 0.00) and for items 18.90 (1.19) in the questionnaire, and by the congruence between the interpretive responses of the adolescents and the meaning items. Participants scored a maximum average score, so by consensus, the committee agreed that it would not be necessary to change the content of the items. Validity results were obtained by calculating the Confirmatory Factor Analysis which showed statistically significant standardized scores for all items (item 1 = 0.89; item 2 = 0.89; item 3 = 0.88; item 4 = 0.95 ; item 5 = 0.85), with an error index below 0.28 (item 5). It also showed evidence of validity through chi-square indicators of 9.70 (DF = 4) ($X^2 / DF = 2.43$), Normed Fit Index (NFI) = 0.99, Comparative Fit Index (CFI) = 0.99 and Root Mean Square Residual of Approximation (RMSEA) <0.05. The convergent validity assessed by calculating the Pearson correlation coefficient between the CDI and FSII-Br scores was positive and significant ($r = 0.70$, $p < 0.001$), which explains 49% of the variance expressed in the evaluating instrument that evaluates depressive symptoms. Evidence of instrument reliability was obtained by internal consistency analysis, calculated by Cronbach's Alpha (α) = 0.90. Temporal stability was analyzed by conducting Pearson correlation between the first and second tests, $r = 0.78$ ($p < 0.001$). The instrument demonstrated stability of the construct when applied at two different times, through the consistency of the responses at different times. To assess the relationship between suicidal ideation and associated factors, the T-test, Analysis of Variance (ANOVA) and Logistic Regression Analysis were used. The averages calculated for each item and the sum obtained in the FSII-Br scores were all significantly higher for girls compared to boys' means: item 1 ($t(624) = 4.86$; $p < 0.001$), item 2 ($t(624) = 5.62$, $p < 0.001$), item 3 ($t(624) = 4.48$; $p < 0.001$), item 4 ($t(624) = 3.55$; $p < 0.001$) and item 5 ($t(624) = 6.54$; $p < 0.001$). The suicidal ideation index found in this sample was 69%, being 51.30% for males and 77.30% for females. The difference between the mother's educational level and the average outcome in suicidal ideation in adolescents was not significant [$F(6,602) = 0.377$, $p = 0.89$]. Logistic regression analyzes assessed the differences between the presence and absence of suicidal ideation showed that gender (odd ratio = 3.11, 95% CI = 2.11-4.59, $p < 0.001$), parental divorce (odd ratio = 1.73, 95% CI = 1.12-2.67, $p < 0.05$) and presence of mental disorders (odd ratio = 2.61, 95% CI = 1.44-4.75, $p < 0.01$) are positively related to suicidal ideation in the last 12 months. Great evidence of adequacy, factorial validity, convergent validity and temporal stability was found. Indicating the FSII-Br as a quality and effective instrument in the assessment of suicidal ideation in teenagers between 12 and 18 years. Further research should be conducted to investigate the applicability of FSII-Br in other groups.

LISTA DE SIGLAS

ACSS	Acquired Capability for Suicide Scale
AFE	Análise Fatorial Exploratória
ANOVA	Análise de Vigilância
APA	Associação de Psiquiatria Americana
ASAP-20	Adolescent Suicide Assessment Protocol-20
BSS	Beck Scale for Suicide Ideation
CDI	Inventário de Depressão Infantil
CFI	Comparative Fit Index
CSSRS	Columbia-Suicide Severity Rating Scale
CVV	Centro de Valorização da Vida
FSII	Frequency of Suicidal Ideation Inventory
FSII-Br	Frequence of Suicidal Ideation Inventory - Brasil
FSII-H	Frequence of Suicidal Ideation Inventory - Hungria
HASS	Harkavy Asnis Suicide Survey
HASS-Demo	Harkavy Asnis Suicide Survey (informações demográficas).

HASS-I	Harkavy Asnis Suicide Survey (avaliação da frequência de comportamentos relacionados ao suicídio e abuso de substâncias nas últimas duas semanas).
HASS-II	Harkavy Asnis Suicide Survey (avaliação da frequência de comportamentos relacionados ao suicídio e abuso de substâncias na vida).
ISSIQ-A	Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents
ITC	International Test Commission
NFI	Normed Fit Index
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSS	Paykel Suicidal Scale
PANSI	Positive and Negative Suicide Ideation
RASS	Risk Assessment Suicidality Scale
RMSEA	Root Mean Square Residual of Approximation
SBQ -R	Suicide Behaviors Questionnaire Revised
SAD PERSON	SAD PERSON Scale Adaptad
SIDAS	Suicidal Ideation Attributes Scale
SIQ	Suicidal Ideation Questionnaire

SIQ-JR	Suicidal Ideation Questionnaire - JR
SPSS	Statistical Package for Social Science
S-STS	Sheehan Suicidality Tracking Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
TAI	Termo de Anuência Institucional
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
WHO	World Health Organization
YRBS	Youth Risk Behavior Survey
YRBSS	Juvenile Risk Behavior Surveillance System

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Lista de instrumentos para avaliação suicida na adolescência..28
Tabela 2	Sugestões de mudanças obtidas no formulário de inteligibilidade preenchido pelos adolescentes.....49
Tabela 3	Características de fatores associados à ideação suicida encontrados na amostra52
Tabela 4	Variáveis associadas à ideação suicida nos últimos 12 meses de acordo com a análise de regressão logística (n =558).....53
Tabela 5	Média (DP) e Frequência (porcentagem) de respostas positivas para ideação suicida de acordo com o sexo do participante..... 55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Apresentação	12
2 REVISÃO TEÓRICA	16
2.1 Comportamento suicida	16
2.2 Adolescência e ideação suicida	17
2.3 Instrumentos de avaliação da ideação suicida na adolescência	21
2.3.1 <i>Validade</i>	22
2.3.2 <i>Confiabilidade</i>	24
2.3.3 <i>Revisão de instrumentos para avaliação da ideação suicida em adolescentes</i>	24
2.3.4 <i>Seleção do instrumento para estudo</i>	36
3 OBJETIVOS	41
3.1 Objetivo geral	41
3.2 Objetivos específicos	41
4 MÉTODO	42
4.1 Adaptação do FSII-Br	42
4.1.1 <i>Participantes</i>	42
4.1.2 <i>Procedimentos éticos para adequação do FSII-Br para adolescentes</i>	42
4.1.3 <i>Procedimentos de pesquisa para adequação do FSII-Br para adolescentes</i>	43
4.2 Instrumentos	44
4.2.1 <i>Questionário socioeconômico</i>	44
4.2.2 <i>Questionário de Inteligibilidade</i>	44
4.2.3 <i>Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-Br)</i>	45
4.2.4 <i>Inventário de Depressão Infantil (CDI)</i>	45
4.3 Análise de dados	45
5 RESULTADOS	47
5.1 Adequação da FSI-Br para adolescentes	47
5.2 Validade Fatorial Confirmatória	48
5.3 Validade convergente e estabilidade temporal	48

5.4 Análise de fatores associados.....	49
5.5 Perfil de resposta do FSII-Br.....	53
6 DISCUSSÃO.....	56
7 CONCLUSÃO.....	63
8 REFERÊNCIAS.....	65
ANEXOS.....	74
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	74
Anexo B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)	75
Anexo C - Termo de Anuência Institucional (TAI).....	76
Anexo D - Questionário socioeconômico	77
Anexo E - Questionário de inteligibilidade	78
Anexo F - Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-Br).....	79
Anexo G – Inventário de Depressão Infantil (CDI).....	75

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Anualmente, o suicídio é responsável por aproximadamente 800 mil mortes (WHO, 2014). Dados mundiais apontam que 793 mil mortes foram causadas por autoextermínio no ano de 2016 (WHO, 2016). Este fenômeno é um grave problema de saúde pública no mundo e estes dados apresentados podem ser bem maiores do que as estatísticas demonstram. Alguns fatores podem interferir na apuração de dados sobre mortes por suicídio e estes ocasionam subnotificações, como exemplo, o tabu e os estigmas relacionados ao tema, bem como a criminalização do suicídio em alguns países (WHO, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018) aponta o suicídio como a terceira principal causa de morte de indivíduos entre 15 e 29 anos, ressaltando que aspectos culturais, sociais e psicológicos podem aumentar os riscos para este fenômeno na adolescência. Neste cenário, o Brasil está entre os dez países que registram os maiores números de suicídios. Entre os anos de 2007 e 2017, este número passou de 8.868 para 11.939, culminando em um crescimento de 34,63% na taxa de mortalidade por suicídio (Ministério da Saúde, 2019). Os números estão bem acima do crescimento da população do país no mesmo período que foi de 0,98% (Ministério da Saúde, 2019).

Considerando os dados nacionais sobre o suicídio em jovens brasileiros com idades entre 10 e 19 anos, foram registrados, em 2007, 714 mortes. Dez anos depois, o Brasil registrou 1010, ou seja, um aumento de 47% na taxa de suicídio. Estes levantamentos não incluem as tentativas, que possuem uma estimativa de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio consumado (Ministério da Saúde, 2019; WHO, 2014).

Devido à gravidade do tema e à urgência em dispor estratégias eficazes para este fenômeno, a OMS adotou, em 2013, um plano de ação que busca priorizar a saúde mental em todos os países membros desta organização. A prevenção do suicídio é um dos fatores que este plano visa abarcar. O objetivo é que cada país elabore planos de ação que busquem, através de estratégias eficazes, reduzir a taxa de mortes em 10% até 2020 (WHO, 2013). Em 2014, a OMS, por meio de seu relatório anual, incentivou as práticas de prevenção do suicídio em todos os países, independentemente de sua colocação em números de mortes. Este documento busca tornar esse fenômeno uma prioridade na agenda de saúde pública global e visa, também, diminuir a taxa de mortalidade por suicídio.

Além disso, a OMS destaca a relevância e urgência do cuidado à saúde mental na adolescência. A organização reconhece que se trata de um período do desenvolvimento humano peculiarmente frágil e identifica que há carência de investimento em estudos e práticas que têm potenciais de prevenir mortes e evitar o sofrimento ao longo da vida (WHO, 2014).

Diante disso, sabendo dos acarretamentos que podem ser provocados na vida do adolescente e de quão relevante é o tema, em 2015, a OMS divulgou planos que visam melhorar a saúde dos adolescentes de forma a proporcionar respostas funcionais às suas necessidades. Para tanto, criou-se um guia com orientações para ajudar os países a implementar a proposta: Ação Global Acelerada para a Saúde de adolescentes (AA-HA!). A saúde mental e o manejo do comportamento suicida são um dos tópicos importantes deste guia (OMS, 2017).

O Brasil é um dos países participantes do plano de ação que visa priorizar a saúde mental proposto pela OMS em 2013. Neste cenário, o país concentra esforços para reduzir o número de mortes por suicídio há mais de dez anos. Um exemplo é a Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio a ser implantadas em todas as unidades da federação. Este documento preconiza que as normas sejam sistematizadas entre vários setores como o ministério da saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais. Os setores trabalharão em ação conjunta para a promoção de qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e a prevenção de danos. Estas diretrizes visam também elaborar meios de comunicação, informação e sensibilização social a respeito do suicídio como problema de saúde pública que pode ser evitado (Portaria nº 1.876, 14 de agosto de 2006).

A Portaria nº 1.876, 14 de agosto de 2006, por sua vez, busca organizar todas as orientações de cuidado integral (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) garantindo o acesso às distintas modalidades de tratamento. Através de ações entre setores da rede pública, juntamente com a sociedade civil, a portaria incentiva a identificação da prevalência e dos fatores de risco e de proteção associados às tentativas e ao suicídio. Para tanto, a diretriz de número VI deste documento recomenda a contribuição para o avanço de métodos de coleta e análise de dados, permitindo uma melhor qualidade do manejo do conhecimento sobre o tema, bem como a democratização destes dados..

Outras ações governamentais surgiram nos últimos anos. Em 2015, foi firmada uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Centro de Valorização da Vida (CVV), sendo este acordo ampliado dois anos mais tarde, tornando gratuita a ligação telefônica. O CVV promove apoio emocional via telefone, chat ou e-mail com o intuito de prevenir suicídios. Neste mesmo ano, foi lançada a Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017-2020. Neste documento, o ministério da saúde oferece um manual com várias ações voltadas para a qualidade da vigilância e a consolidação de práticas de promoção de saúde, prevenção do suicídio e atenção às vítimas de tentativa de suicídio e seus familiares.

Já a Portaria Nº 3.491, de 18 de dezembro de 2017, institui incentivo financeiro para fomentar a elaboração de projetos direcionados à prevenção do suicídio na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda em 2017, foi lançada a cartilha “Proteger e cuidar da saúde do adolescente na atenção básica”. Nesta, o Ministério da Saúde propõe a elaboração de políticas nacionais orientadas para promoção, proteção e recuperação da saúde dos adolescentes, visando garantir a atenção integral na faixa etária entre 10 e 19 anos. Neste material destaca-se a atenção para os cuidados como identificação de fatores de risco e proteção, bem como uma orientação em relação à condução de casos de jovens suicidas (Portaria nº 3.491, 18 de dezembro de 2017).

A morte por suicídio pode ser evitada desde que sejam utilizadas estratégias de intervenções precisas e eficazes baseadas em evidências. Para tanto, é preciso construir, testar e definir o que é eficaz (WHO, 2016). A prevenção de suicídios conta com o papel importante de fomento das organizações e governos, pois estes são responsáveis por divulgar dados fundamentais que propiciam a criação de planos para ação. Os governos têm como responsabilidade a elaboração e a efetivação de métodos que abranjam setores diversos para a prevenção do suicídio. As comunidades também podem atuar acurando estas estratégias de acordo com suas peculiaridades e características prioritárias (WHO, 2018).

É visível a preocupação mundial em relação à adolescência, período determinante para a formação do adulto. Em vistas disso, os órgãos governamentais têm reconhecido a escassez e fomentado investimentos em pesquisas e práticas nesta área visando novos modos de produzir saúde e sociedades mais justas. Além disso, eles incentivam o protagonismo social, a fim de conduzir a um futuro melhor para a nação (OMS, 2018; Ministério da Saúde, 2017). São amplos os esforços governamentais despendidos para o desenvolvimento de estratégias eficazes para o manejo suicida, principalmente entre os

jovens, etapa do desenvolvimento com alto índice de morte por suicídio e que carece de atenção no âmbito de pesquisa e intervenção (WHO, 2014; 2017).

Entretanto, para execução destes planos, é necessário dispor de ferramentas práticas e métodos efetivos de avaliação do comportamento suicida. A Associação de Psiquiatria Americana (APA) ressalta a importância de mensurar, através de instrumentos, fatores de risco para o comportamento suicida (APA, 2003). Assim torna-se possível ampliar as possibilidades de avaliação e obtém-se uma melhora na acurácia dos profissionais em detectar e intervir neste comportamento de forma eficaz. A avaliação torna-se, então, uma forma de prevenção do suicídio.

Diante disso, fica evidente a urgência em se concentrar esforços para fomentar estudos de validação de instrumentos que possibilitem ampliar o campo de pesquisas no que tange a identificação de forma eficaz no comportamento suicida em adolescentes. Tal coisa contribuirá para o desenvolvimento de trabalhos efetivos que vão fomentar a saúde desses jovens e diminuir o número de mortes prematuras. Dessa maneira, políticas públicas alicerçadas na promoção da vida poderão ser engendradas, baseadas em evidências de modo eficaz (OMS, 2017). Neste sentido, a OMS (2017) destaca que “há uma necessidade urgente de maior investimento em programas de saúde para adolescentes”, que objetivam melhorar a sobrevivência e saúde do jovem, do futuro adulto e das gerações vindouras.

Assim, esta dissertação trata de um tema relevante para os jovens brasileiros. A identificação de ideias suicidas em adolescentes pode auxiliar na identificação de fatores que podem culminar com alguma tentativa de suicídio no futuro. A divisão do documento foi feita de modo que, o primeiro capítulo desenvolve uma contextualização da pesquisa e apresentação do tema. No segundo capítulo é apresentada a fundamentação teórica do trabalho através da conceitualização do comportamento suicida e da ideiação suicida na adolescência. Em seguida, são apresentados os resultados de uma pesquisa realizada na literatura nacional e internacional que buscou por instrumentos de avaliação da ideiação suicida na adolescência. Os Capítulos 3, 4 e 5 apresentam, sequencialmente, os objetivos, o método e os resultados do estudo empírico que compreende a validação do *Frequency of Suicidal Ideation (FSII-Br)*¹ para uso com adolescentes. O capítulo 6 apresenta a discussão dos resultados encontrados neste estudo e, por fim, no capítulo 7 são apresentadas as conclusões da dissertação, suas limitações e sugestões para futuras pesquisas nesta área.

¹ Versão brasileira

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 Comportamento suicida

O suicídio é de um fenômeno complexo e multifacetado que envolve fatores distintos, podendo ser compreendido como o ato final de um processo angustiante que visa aliviar o sofrimento e a dor emocional (Beck, 1986; Botega, 2015). O comportamento suicida faz parte de um contínuo que envolve, inicialmente, ideias suicidas, seguidas do planejamento, as tentativas de se matar e, por fim, o suicídio consumado (Botega, 2015). A ideiação suicida se refere aos pensamentos de autodestruição, ideias suicidas, crenças, imagens, vozes, ou outras cognições relacionadas à intenção de se matar (Wenzel, Brown, & Beck, 2010; Borges & Werlang, 2006), podendo ser diferenciada entre passiva e ativa. Considera-se que a primeira é de baixo risco, pois há uma concepção de que a vida não vale mais a pena ou um desejo de morte, porém, sem outro indício para uma eventual tentativa. Já na ideiação suicida ativa, caracterizada por maior gravidade, existe o desejo ativo de se matar e pode estar presente o planejamento para o ato (APA, 2002; Szanto et al., 1996). Diferenciá-las ao avaliar um sujeito é de fundamental importância, visto que é possível se obter frequências de respostas distintas, e estas podem revelar a gravidade dos sintomas.

É importante destacar que a ideiação suicida é fator necessário no processo que resulta na morte por suicídio. No entanto, a sua presença não condiciona o desenvolvimento de planos, tentativas e do ato suicida (Oleske, 2014). Isto significa que a presença de ideiação suicida constitui um fator de risco para o suicídio, mas caso seja identificada e tratada adequadamente, o quadro pode ser revertido. Portanto, conhecer os preditores do suicídio é fundamental para a realização de intervenções adequadas que são capazes de reduzir o sofrimento mental e prevenir mortes prematuras (Borges, Werlang, & Copatti, 2008). Independente da faixa etária, a ideiação suicida está presente em maior proporção em mulheres do que em homens (WHO, 2014). Nock et al. (2008), em um estudo mundial, constataram que as mulheres têm 1,4 mais propensão a apresentar ideiação suicida que o homem. No Brasil, foi encontrada uma chance 1,7 maior destes pensamentos em mulheres (Botega et al., 2005). A ocorrência da ideiação suicida depende de vários fatores cognitivos e emocionais, mas pode ser facilitada por situações estressoras e de dificuldade, estes elementos são comumente presentes na adolescência. O Ministério da Saúde ressalta que na adolescência a realidade socioeconômica é um fator condicionante aos processos de saúde e doença, podendo fomentar o surgimento de ideiação e comportamentos suicidas (Ministério da Saúde, 2010).

2.2 Adolescência e ideação suicida

A adolescência é o período de desenvolvimento humano que compreende a transição entre a infância e a adultez, existindo algumas variações na delimitação desta fase. A Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) demarcam este período como a idade entre dez e 19 anos e amparam uma diferença na fase inicial (entre dez e 14 anos) e fase final (entre 15 a 19 anos). A Assembleia Geral das Nações Unidas refere-se ao termo juventude para tratar da fase do desenvolvimento que compreende a idade entre 15 e 24 anos e utiliza o termo Jovem ao tratar de pessoas entre dez e 24 anos. Frequentemente, estes termos são empregados como sinônimos (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2011). Para o presente trabalho considerou-se a definição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que compreende o período entre 12 e 18 anos como adolescência. Esta lei possibilita a ampliação de certas medidas para jovens até 21 anos (Lei Federal 8069, 1990).

A adolescência é entendida como um período do desenvolvimento humano no qual ocorrem intensas mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Estas mudanças são influenciadas pelo contexto histórico, social e cultural no qual o adolescente está inserido. Ou seja, a adolescência sofre influência do meio e de aspectos emocionais, comportamentais e cognitivos, bem como da neurofisiologia do desenvolvimento adolescente (Neufeld, 2017). É nesta fase que se transcorre a puberdade, momento de mudanças em que o corpo se desenvolve de forma rápida, ocorre a maturação sexual e se consolida a transição entre a infância e a adolescência. Nas meninas o início da puberdade se dá entre oito e 13 anos e nos meninos entre nove e 14 anos (Ministério da Saúde, 2017).

As mudanças relacionadas aos aspectos cognitivos, nesta etapa, propiciam o desenvolvimento, ampliação e aprimoramento da capacidade cerebral (Papalia, Olds, & Feldman, 2013). Devido a estas transformações estruturais cerebrais, que ocorrem em áreas responsáveis pela capacidade de julgamento, organização, processamento emocional e autocontrole, há na adolescência uma predisposição maior aos comportamentos de risco. Isso se explica, em parte, pelo início do processo, ou seja, os sistemas ainda estão se desenvolvendo lentamente e essa imaturidade, mesclada com evolução da maturidade, propicia um aumento na vulnerabilidade para desenvolvimento de comportamentos transgressores (Stainberg, 2004, 2007). O desenvolvimento pleno da capacidade cognitiva conclui-se na adultez, por volta dos 20 anos (Belsky, 2010).

No que tange às mudanças físicas ocorridas na puberdade, há um aumento substancial do peso, altura, proporções corporais e maturação sexual (Ministério da Saúde, 2017). Também ocorrem mudanças fisiológicas que aumentam a produção de cortisol (hormônio do estresse) e este altera a resposta aos eventos negativos de vida. Ou seja, existe uma maior propensão ao estresse na adolescência quando comparado com a infância (Belsky, 2010). O jovem passa a experimentar novas sensações e emoções complexas que acarretam uma mudança psicológica drástica nesta fase. Alterações típicas de hormônios e de neurotransmissores propiciam estados com maiores cargas emocionais e certa predisposição a comportamentos impulsivos e de risco (Belsky, 2010).

Algumas questões passam ser relevantes nesta fase como a autoestima, a imagem corporal, a sexualidade e a busca da construção da identidade. Demandas psicológicas surgem a partir destes temas, como exemplo, a conscientização sexual e a identidade de gênero (Neufeld, 2017). Outras mudanças importantes estão relacionadas às novas exigências sociais que acompanham a adolescência e são substancialmente diferentes da infância, são elas: o aumento da necessidade de convívio com os pares, de desenvolvimento de habilidades e competências, de autopercepção, de construção das peculiaridades identitárias e de valores de vida e algumas decisões significativas como, por exemplo, a trajetória profissional (Neufeld, 2017).

A interação psicossocial, vivenciada pelo jovem, vai delinear o desenvolvimento de fatores de risco e proteção (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, & Silvares, 2010). Cada sociedade institui tarefas desenvolvimentais esperadas em cada fase humana. Ou seja, o que se espera dos sujeitos em cada período de desenvolvimento. Ao se tratar de sociedades ocidentais, esta fase é marcada pela busca de uma identidade social, preocupação em relação ao grupo como, pertencimento e identificação aos pares, conquista de autonomia relacionada aos pais, procura por relacionamento e experiências sexuais. As dificuldades em cumprir estas e outras demandas socialmente impostas podem ser geradoras de sofrimento mental e desencadear comportamentos de risco (Cerqueira-Santos, Neto, & Koller, 2014).

A manifestação de mudanças extremas ocorrida nesta fase e em vários âmbitos, associada ao contexto em que o jovem está inserido, podem favorecer o surgimento de vulnerabilidades ligadas à saúde mental. O adolescente pode apresentar dificuldades em lidar com as novas demandas que surgem, gerando risco ao desenvolvimento. É neste período que se dá o crescimento de importantes características como, maturação física, social e cognitiva, além de modificações na autoestima, autonomia e intimidade. Estes aspectos são importantes

e vão influenciar o surgimento de transtornos mentais (Papalia, Olds, & Feldman 2013; Belsky, 2010).

As pesquisas indicam que 75% dos transtornos mentais têm seu início na infância ou na adolescência (Kim-Cohen et al., 2003; Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2007). Nesta fase, há um aumento na suscetibilidade ao desenvolvimento de transtornos como abuso de substâncias psicoativas, transtorno bipolar e esquizofrenia (Neufeld, 2017). Por ser a adolescência um período sensível, marcado por diversas modificações biológicas, psicológicas, fisiológicas e sociais, o jovem vivencia desafios que podem gerar inseguranças e angústias (Araújo, Vieira, & Coutinho, 2010). Trata-se de uma fase exigente e de grandes incertezas que podem gerar problemas de saúde mental, entre eles os comportamentos suicidas (Gonçalves, Freitas, & Sequeira, 2011).

Pode-se observar entre os jovens uma frequente dificuldade em se adaptar ao novo contexto psicossocial que se apresenta a sua fase de desenvolvimento. Neste sentido, ele pode vir a pensar em se matar como uma maneira de aliviar esse obstáculo que gera sofrimento em sua vida (Borges & Werlang, 2006a). Assim, por si só, a adolescência é considerada um fator de risco para o surgimento da ideação suicida e está ligada aos altos índices de morte por suicídio (Araújo et al., 2010; Steinberg, 2000; Ministério da Saúde, 2010; OMS, 2000; WHO, 2014). Por ser um fator muito presente nessa fase do desenvolvimento, o Ministério da Saúde alerta que na adolescência a realidade socioeconômica é um fator condicionante aos processos de saúde e doença, podendo incitar à predisposição ideação e comportamentos suicidas (Ministério da Saúde, 2010).

O estudo realizado por Wang, Lai, Hu e Hsu (2011) verificou em adolescentes uma relação positiva entre os fatores de risco (eventos estressantes da vida, exemplos de comportamento de risco entre os pais e pares e insatisfação acadêmica) e o comportamento de risco (ideação suicida, violência, uso de drogas e sexo). Observou-se que esta relação é moderada por fatores considerados protetores (autoestima, regulação emocional e cuidado com a saúde), pois os fatores protetores correlacionam negativamente com os fatores de risco. Este estudo ressalta a necessidade de implementação de práticas voltadas para o desenvolvimento de fatores protetores em estratégias de prevenção do comportamento suicida. Além disso, ele demonstra a associação entre as peculiaridades comuns envolvidas na adolescência e o aumento do risco relacionado ao surgimento de comportamentos suicidas.

Um estudo americano com adolescentes entre 12 e 17 anos encontrou uma prevalência de ideação suicida entre 20 e 24% (Nock et al, 2008). Ainda nos Estados Unidos Nock e cols. (2013) constataram que 12,1% de adolescentes entre 13 e 18 anos apresentavam ideação

suicida. Salvo Garrido e Castro Salvo (2013), constataram 34,3% de adolescentes entre 14 e 19 anos com ideação suicida no Chile. No México, Perez-Amezcuca et al. (2010) mostraram uma prevalência de 47% de ideação suicida em jovens entre 14 e 19 anos. Em uma revisão sistemática, Moreira e Bastos (2015) buscaram identificar, no Brasil e no exterior, a prevalência e os principais fatores de riscos associados à ideação suicida na adolescência em população não clínica. Foram selecionados 33 trabalhos e os resultados demonstraram que no Brasil a prevalência da ideação suicida está presente em 31,9% a 36,0% dos avaliados (Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2005; Borges & Werlang, 2006a; 2006b; Jatobá & Bastos, 2007; Borges et al., 2008). Em outro estudo brasileiro, realizado com 90 adolescentes do ensino médio constatou-se que 22% dos escolares pesquisados apresentavam ideação suicida, considerada fator de risco para suicídio nessa faixa etária (Araújo et al., 2010).

Na adolescência, em relação ao sexo feminino, também se verifica uma maior propensão à ideação suicida. Souza et al. (2010a) encontraram uma probabilidade 47% maior em adolescentes do sexo feminino ao relatarem ideação suicida em relação aos jovens do sexo masculino. A tentativa de suicídio é a causa principal da busca por atendimento de urgência por adolescentes, substancialmente por meninas (Ministério da Saúde, 2017). Alguns autores consideram o fato de ser do sexo feminino um fator de risco para o comportamento suicida (Borges et al, 2008; Salvo Garrido & Melipillán Araneda, 2008; Botega et al, 2009; Perez-Amezcuca et al, 2010; Lerech et al, 2009; Souza et al, 2010a ; Salvo Garrido & Castro Salvo, 2013). Uma das explicações para esse fato se deve à cultura, visto que, meninos e meninas são condicionados socialmente a lidarem de formas diferentes com emoções, conflitos e estresse (WHO, 2014).

Também existem outros fatores de risco associados, de forma recorrente, à ideação suicida na adolescência. São eles: depressão, ansiedade, desesperança, tristeza, solidão, preocupação, baixa autoestima, baixa comunicação com os pais, agressão por pais e amigos, abuso físico na escola, uso de drogas e tentativa de suicídio realizada por um conhecido (Moreira & Bastos, 2015). A literatura tem identificado uma alta prevalência de ideação suicida na adolescência relacionada aos transtornos mentais, os mais comuns são: depressão, ansiedade, bipolaridade, uso de drogas e álcool. Além da violência física, problemas no relacionamento com os pais (Moreira & Bastos, 2015; Jatobá & Bastos, 2007; Botega et al., 2009; Ores et al., 2012).

O alto índice de ideação suicida na adolescência vai ao encontro com a estatística mundial que demonstra o número alarmante de autoextermínio cometido nesta faixa etária. E a adolescência é considerada como um período suscetível ao comportamento suicida, podendo

atingir até 15% dos jovens entre 13 e 15 anos (Barros, Coutinho, Araújo, & Castanha, 2006; WHO, 2014). É sabido também que para diminuir este fenômeno, é fundamental conhecer as particularidades envolvidas no comportamento suicida. Conhecendo os fatores de risco é possível de maneira efetiva fomentar o processo de construção dessas práticas que visam à diminuição do número de mortes nesta população.

Portanto, é preciso estar atento aos sintomas nessa faixa etária, visto que a adolescência é uma fase do susceptível à ideação suicida, e esta, em níveis elevados, sugere o comportamento suicida eminente. O cenário atual apresentado marcado pelo aumento de número de morte por suicídio na adolescência demonstra que a avaliação precisa do fenômeno suicida propicia uma análise do risco de suicídio. Esta informação é fundamental para compreender as especificidades do comportamento suicida na adolescência. Em vistas da urgência de lançar mão de instrumentos de medida robustos que permitem a identificação e o manejo precoce dos fatores de risco envolvidos no comportamento suicida, na próxima sessão será discutida a avaliação da ideação suicida na adolescência. De posse desta informação, é possível buscar estratégias eficazes de prevenção de mortes neste grupo.

2.3 Instrumentos de avaliação da ideação suicida na adolescência

Os instrumentos de medida constituem um fator importante na investigação psicológica em diversos campos como a pesquisa e a prática clínica ou na saúde, por se tratarem de ferramentas fundamentais para análise da situação e estabelecimento de estratégias e manejos eficazes (Souza, Alexandre, & Guirardello, 2017). Existe na literatura atual uma vasta opção de instrumentos de medida que se propõem mensurar diversos construtos dentro desta área, porém muitos não são medidas fidedignas de avaliação. A qualidade destas ferramentas é indicada por estudos que fornecem evidências de propriedades psicométricas robustas, estes dados respaldam na escolha do pesquisador sobre a melhor ferramenta a ser utilizada. Portanto, é crucial que a escolha seja baseada em evidências, visto que esta seleção vai impactar nos resultados. Em resumo, é preciso uma avaliação criteriosa destes dados psicométricos referentes ao instrumento (Salmond, 2008; Alexandre & Coluci, 2011).

A tradução e a adaptação de instrumentos que possuem propriedades psicométricas adequadas na população original são opções importantes neste campo, pois são ferramentas que já possuem evidências de qualidade cientificamente comprovadas. A importância desta escolha se dá pela possibilidade de comparação entre grupos de culturas distintas

internacionalmente e a viabilidade de consolidação na avaliação de um determinado construto baseado em evidências científicas. Para tanto, o instrumento adaptado para uso em uma cultura diferente poderá ter seus itens revisados, caso seja necessário, para melhor compreensão cultural da população alvo.

A tradução do teste é uma parte do processo de adaptação do instrumento. Diz respeito à escolha do significado linguístico fidedigno baseado na cultura e idioma que se pretende usar. Já a adaptação, consiste na migração do teste de uma cultura/idioma para outra, incluindo todos os passos de um processo de avaliação, como, definir se o instrumento em outro idioma e cultura mede o mesmo construto da versão original. Assim, selecionam-se tradutores especialistas na área que vão delinear os procedimentos de tradução e retrotradução, e modificações necessárias tanto no formato quanto nos itens do instrumento. Também será verificada a equivalência educacional ou psicológica do teste baseado na cultura e na segunda língua e executado testes de validade necessários (*International Test Commission* [ITC], 2017).

Para o processo de adaptação, a literatura aponta que estudos de validade e confiabilidade são fundamentais e determinam as propriedades psicométricas do instrumento. As informações levantadas na pesquisa dependem, em certa medida, da qualidade dos dados psicométricos deste instrumento (Salmond, 2008). A qualidade é sustentada por estudos que apresentam evidências de como as análises estatísticas incluídas neste processo foram desenvolvidas. Seja na prática clínica ou na pesquisa, o acesso aos dados psicométricos facilita a escolha do pesquisador (Souza et al, 2017).

Para esta dissertação destaca-se o procedimento de adaptação, visto que o instrumento selecionado para tal foi traduzido e possui evidências de adaptação para adultos com idade entre 17 e 66 anos no contexto brasileiro. O estudo de validação, que será descrito posteriormente, foi realizado com adolescentes entre 12 e 18 anos de idade.

2.3.1 Validade

A validade refere-se à população que está sendo avaliada, analisa se o instrumento afere o construto alvo naquela população. Existem três principais tipos de validade: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (Souza et al., 2017).

A validade de conteúdo exprime a qualidade dos itens de um instrumento para representar o conjunto de aspectos que compõem o construto que está sendo mensurado. Geralmente para mensurar a validade de conteúdo se utiliza de forma qualitativa a avaliação

do comitê de especialista e o índice de validade de conteúdo (IVC), este mede a concordância dos juízes em relação ao conteúdo da tradução dos itens e em porcentagem que no mínimo deve alcançar 0,80 e de preferência estar acima de 0,90 (Salmond, 2008; Alexandre & Coluci, 2011; Souza et al., 2017).

A validade de critério é a relação entre os escores do instrumento que está sendo avaliado e a pontuação em um instrumento consolidado que já possui critérios científicos bem definidos e que é considerado “padrão ouro”. O instrumento alvo será considerado válido se os seus escores corresponderem aos escores da medida de critério estabelecida. Esta validade pode ser concorrente quando aplicada ao mesmo tempo ou preditiva quando a medida de critério é aplicada tempos diferentes. Para verificar esse tipo de validade, é realizado o cálculo do coeficiente de correlação, em que quanto mais próximo a 1,00, maior a correlação, ou seja, maior a validade de critério. Resultados próximos de 0,00 representa pouca validade, os itens do instrumento alvo pouco representam o construto (Roach, 2006; Souza et al., 2017).

Já a validade de construto é embasada em uma teoria sobre determinado construto, essa veiculação permite realizar testes sobre o que se espera do instrumento em três tipos de avaliação: teste de hipóteses, validade estrutural ou fatorial e validade transcultural. A hipótese pode ser testada, por exemplo, por meio de formação de grupos que teoricamente esperam resultados diferentes, aplicando-se a ferramenta alvo e o instrumento padrão (Roach, 2006; Souza et al., 2017). Além disso, a hipótese pode ser testada pela validade convergente e discriminante. A validade convergente é utilizada quando não se tem um instrumento “padrão ouro” para ser pareado e o resultado é obtido pela correlação entre o teste alvo e outro instrumento que avalia um construto similar. Verifica-se, assim, a forte correlação entre o instrumento avaliado e outras medidas já testadas e válidas, significando que o instrumento alvo mede o construto que se pretende. Já a validade discriminante se baseia na hipótese de exclusão, avalia se o instrumento não mede construtos teoricamente distintos que em tese são divergentes (Coluci, Alexandre, & Milani, 2015).

Em se tratando de validade fatorial esta vai mapear as correlações entre as variáveis existentes no instrumento. A análise Fatorial Exploratória concerne às dimensões que os itens representam. Já a confirmatória confere a representação de construtos no conjunto de itens e confirma o modelo estrutural do instrumento. A Análise Fatorial Confirmatória é específica, pois há um modelo predefinido. O resultado da validade convergente é verificado através de cargas fatoriais altas, no mínimo 0,5, quanto maior, maior o indicativo de que os fatores convergem para um ponto em comum. Valores menores que 0,5 são considerados fora do modelo fatorial e os itens não são bons representantes do construto em questão (Hair Junior,

Black, Babin, Anderson, & Tathan, 2009). O terceiro tipo de validade de construto, a validade transcultural, trata-se do quanto as evidências sustentam a premissa que o instrumento adaptado e o original são equivalentes culturalmente (Souza et al., 2017).

2.3.2 Confiabilidade

A análise da confiabilidade/fidedignidade busca aferir o quanto o instrumento é consistente no tempo e espaço e, para isso, utiliza-se de dados sobre a estabilidade, precisão, homogeneidade de equivalência, consistência interna e coerência. A fidedignidade atesta se o instrumento que está sendo avaliado é confiável para ser administrado em determinada população, condição e circunstâncias, podendo resultar distintos padrões de confiabilidade em diferentes contextos. Os testes psicométricos a serem utilizados para se obter dados de confiabilidade vão depender do construto que se pretende medir. Critérios de consistência interna e estabilidade são bases importantes que fundamentam a qualidade do instrumento (Coluci et al., 2015; Souza et al., 2017).

A consistência interna/homogeneidade retrata se as partes de um determinado instrumento medem as características que se propõe a medir. Para ferramentas que avaliam um único construto, esta medida é fundamental ao avaliar a diversidade de itens. Um resultado de consistência interna baixa demonstra que os itens podem ser de construtos diferentes. Este dado pode ser obtido através do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach, em que valores próximos a 1,00 são mais consistentes (Coluci et al., 2015; Souza et al., 2017).

Os dados a respeito de estabilidades apresentam o quanto os resultados são semelhantes em dois momentos distintos, para tanto utilizou-se o teste-reteste que consiste na aplicação do instrumento em dois momentos distintos. Para esta estimativa pode-se usar como teste estatístico o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman, em que são esperados valores maiores ou iguais a 0,70 (Coluci et al., 2015, Souza et al., 2017). Diante do exposto, reforça-se a necessidade de se avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento, visto que, estes dados variam de acordo com as diferentes situações e/ou contextos.

2.3.3 Revisão de instrumentos para avaliação da ideação suicida em adolescentes

Para a presente pesquisa, foi feita uma busca na literatura por instrumentos de identificação da ideação suicida em adolescentes. Foram verificadas a validade e a confiabilidade das ferramentas levantadas, a fim de levantar instrumentos que tenham

resultados robustos consolidados para uso no contexto brasileiro. Também como critério, buscou-se ferramentas de autorrelato de rápido e fácil acesso e aplicação. No entanto, foi percebido que há uma diversidade de instrumentos na literatura internacional, o que dificulta a identificação de um instrumento “padrão ouro” para avaliação deste construto. Não foram encontrados instrumentos com estudos de validação para uso em jovens brasileiros.

Em uma revisão integrativa realizada por Silva e Sougey (2016), também não foram encontrados instrumentos para identificação do comportamento suicida na adolescência no Brasil. De 181 artigos levantados, onze instrumentos foram avaliados a partir de seis critérios hierárquicos. Os autores rastrearam escalas que avaliem o comportamento suicida e que correspondessem a quatro critérios de inclusão: 1) mínimo de dois itens que avaliam a ideação e o comportamento suicida; 2) criadas para avaliar o comportamento suicida; 3) que tivesse resultados de pesquisas com população não clínicas; 4) que fossem validadas com populações de adolescentes. Dentre os onze instrumentos encontrados inicialmente, descritos na Tabela 1, cinco foram excluídos por não contemplarem todos os critérios estabelecidos pelo estudo. Seis foram consideradas capazes de demarcar o comportamento suicida em adolescentes da população não clínica, baseado nos critérios citados: *SAD PERSONS Scale Adaptada*; *Scale for Suicide Ideation*; *Suicidal Ideation Questionnaire (BSS)*; *Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI)*; *Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSRS)*; *Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STTS)*.

No intuito de atualizar os resultados descritos por Silva e Sougey (2016), foi realizada uma nova busca sistemática por instrumentos de avaliação da ideação suicida no Brasil e no mundo pela autora. Os resultados encontrados por Silva e Sougey permanecem atuais com relação ao Brasil. Internacionalmente, foram encontradas outras quatro escalas, que podem complementar a lista inicial e estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Lista de instrumentos para avaliação da ideação suicida na adolescência

Estudo Original			
Nº	Autor e ano	Instrumento	Sigla
1	Osman, Bagge, Gutierrez, Konick, Kopper, & Barrios 2001	<i>Suicide Behaviors Questionnaire Revised</i>	SBQ-R**
2	Paykel, Myers, Lindenthal, & Tanner 1974	<i>Paykel Suicidal Scale</i>	PSS**
3	Coric, Stock, Pultz, Marcus, & Sheehan 2009	<i>Scale Sheehan Suicidality Tracking</i>	S-STTS***

4	Fremouw, Strunk, Tyner, & Musick 2009	<i>Adolescent Suicide Assessment Protocol-20</i>	ASAP-20**
5	Posner, Oquendo, Gould, Stanley, & Davies 2011	<i>Columbia-Suicide Severity Rating Scale</i>	CSSRS***
6	Beck, Steer, & Ranieri 1988	<i>Beck Scale for Suicide Ideation</i>	BSS***
7	Reynolds 1988	<i>Suicidal Ideation Questionnaire</i>	SIQ***
8	Carvalho, Castilho, & Pinto-Gouveia, et al. 2015	<i>Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents</i>	ISSIQ-A**
9	Patterson, Dohn, Bird & Patterson 1983	<i>SAD PERSONS Scale Adapted</i>	SAD PERSONS*
10	Osman, Gutierrez, Barrios, & Chiros 1988	<i>Positive and Negative Suicide Ideation</i>	PANSI*
13	Spijker, Batterham, Calear, Farrer, Christensen, Reynolds, et al. 2014	<i>Suicidal Ideation Attributes Scale</i>	SIDAS*
14	Orden, Witte, Gordon, & Joiner 2008	<i>Acquired Capability for Suicide Scale</i>	ACSS*
15	Fountoulakis, Pantoula, Siamouli, Moutou, Gonda, Rihmer, et al. 2012	<i>Risk Assessment Suicidality Scale</i>	RASS*
16	Eaton, Kann, Kinchen, Shanklin, Ross, Hawkins, et al. 2007	<i>Youth Risk Behavior Survey</i>	YRBS*
17	Friedman, Harkavy, Asnis 1989	<i>Harkavy Asnis Suicide Survey</i>	HASS*

Nota: * Adaptada de Silva & Sougey (2016). ** Estudo realizado pela autora desta dissertação. *** Instrumentos encontrados em ambos estudos.

No intuito de compreender melhor os instrumentos que avaliam a ideação suicida em adolescentes, com base no estudo original de desenvolvimento do instrumento, foi realizada uma análise de cada um sobre suas características e, quando existentes, suas propriedades psicométricas. A descrição será feita a seguir, buscando oferecer um panorama atual da área.

O *Suicide Behaviors Questionnaire Revised* (SBQ-R) é um instrumento de autorrelato de breve e fácil aplicação utilizado para avaliar fatores de risco para o suicídio na população entre 14 e 39 anos. Composto de quatro itens, a ferramenta avalia a ideação suicida no último ano por meio de questionamentos que abarcam pensamentos suicidas, (“quantas vezes você

pensou em se matar no último ano?”), ameaças verbais suicidas (“você já disse a alguém que você iria cometer suicídio, ou que você poderia fazer isso?”) e ideação / planejamento suicida (“você já pensou ou tentou se matar?”). O preenchimento é feito por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos que variam da frequência mais baixa (1) a mais alta (5). A pontuação é obtida pela soma total dos escores. O manual disponibiliza uma tabela com médias e desvios padrão para itens separados e para pontuação total. A amostra do estudo original foi composta por 275 participantes da população clínica (adolescentes e adultos) e da população geral (estudantes do ensino médio e graduandos). Sobre as propriedades psicométricas da escala, os autores encontraram, através da Análise Fatorial Exploratória, apenas um fator, que foi responsável por 89% da variância total. A consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach foi de 0,87. Os autores ressaltam a escassez de estudos de desenvolvimento e validação de medidas que aferem o comportamento suicida. Também destacam a necessidade de qualidade na investigação das propriedades psicométricas. Sugerem a produção de mais estudos neste campo (Osman et al., 2001).

A *Paykel Suicidal Scale* (PSS) é uma escala breve de autorrelato que avalia ideação, pensamentos de morte e tentativas suicidas na última semana e no último ano, em pessoas com 18 anos ou mais. Composta de cinco itens: 1. “Você já sentiu que a vida não vale a pena?”; 2. “Você queria estar morto? Por exemplo, ir dormir e desejar não levantar?”; 3. “Alguma vez você já pensou em tirar sua vida, mesmo que você não fosse realmente fazer isso?”; 4. “Você chegou ao ponto em que realmente consideraria tirar sua vida ou fazer planos sobre como você faria isso?”; 5. “Você já tentou tirar sua vida?”. O preenchimento é feito por meio de uma escala *Likert* de quatro pontos que variam da frequência mais baixa (0 “nunca”) a mais alta (3 “três ou mais vezes”). A respeito das propriedades psicométricas, o estudo de desenvolvimento relata que para a análise de dados utilizaram-se porcentagens de respostas positivas e negativas e a prevalência. Além disso, foram consideradas informações adicionais obtidas na entrevista clínica para examinar os relatos de sentimentos suicidas. As informações foram obtidas por meio de uma entrevista estruturada com duração aproximadamente de uma hora, conduzida por entrevistadores, estudantes de graduação e pós-graduação, que passaram por treinamento cuidadoso e por supervisão. Não foram encontrados dados estatísticos no referente estudo, no entanto, os autores recomendam o uso do instrumento (Paykel, Myers, Lindenthal & Tanner, 1974). Fonseca-Pedrero et al. (2018) realizou um estudo de validação da PSS. A amostra foi composta por 1664 adolescentes entre 14 e 19 anos. A Análise Fatorial resultou em um modelo unifatorial. A consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach foi de 0,93.

A *Sheehan Suicidality Tracking Scale* (S-STS) é uma escala breve de autorrelato e de fácil aplicação. Avalia a ideação suicida passiva e ativa, comportamentos suicidas e de autolesão e acidentes em pessoas com idade entre 18 e 65 anos. Através de uma escala composta por oito itens o S-STS analisa as últimas oito semanas por meio de uma escala *Likert* composta de seis opções que variam da frequência mais baixa (0 “nenhum”) a mais alta (5 “extremamente”). O instrumento foi desenvolvido para acompanhar a efetividade do uso de medicamentos em pacientes com sintomas suicidas. Participaram deste estudo 82 indivíduos, com idade entre 18 e 65 anos, que foram avaliados em quatro tempos: linha de base, segunda semana, quarta semana e oitava semana. Para as propriedades psicométricas foram realizados Testes *post-hoc* para analisar o desempenho da S-STS. Os resultados demonstraram que na comparação entre o S-STS e o terceiro item (suicídio) da Escala de Hamilton (HAM-D) usada para avaliação da depressão, a S-STS demonstrou maior sensibilidade, atingindo 100% na capacidade identificação da ideação e comportamento suicida enquanto o item três da escala HAM-D obteve 63% de sensibilidade. Os cálculos para avaliar a sensibilidade foram realizados na presença de qualquer evidência de ideação ou comportamento suicida. Estas informações emergiram via relato na entrevista clínica, detectado pelo item três da HAM-D ou por uma pontuação maior que zero no S-STS. Os autores relatam que a S-STS é uma ferramenta promissora para rastreamento de sintomas suicidas. Ressaltando que a amostra foi pequena e que há necessidade de outros estudos com amostras maiores e com populações distintas (Coric, Stock, Pultz, Marcus, & Sheehan, 2009). Amado, Beamon, & Sheehan (2014) iniciaram um processo de validação pediátricas da S-STS. Foi realizado um estudo de validação linguística que resultou em três versões pediátricas (1. para crianças de 6 a 8 anos, 2. para crianças de 9 a 12 anos e 3. para adolescentes de 13 a 17 anos). Os autores ressaltam a necessidade de fomentar mais estudos de validação linguística para as versões pediátricas do S-STS em diferentes populações e culturas. Objetivam no futuro desenvolver estudos sobre as propriedades psicométricas do instrumento (Amado, Beamon, & Sheehan, 2014). Não foram encontrados estudos que relatam evidências de propriedades psicométricas para aplicação do S-STS em adolescentes.

O protocolo *Adolescent Suicide Assessment Protocol-20* (ASAP-20) é um instrumento breve de autorrelato, que avalia o risco atual de suicídio. Composto de 20 itens divididos em quatro subescalas: histórico, clínico, contextual e de proteção. As subescalas são compostas por itens que abordam sucessivamente o “histórico de tentativas de suicídio, desesperança, depressão, raiva, ideação suicida atual, e a comunicação de ideação suicida”; “perdas recentes, acesso à arma de fogo, ausência de apoio familiar e social”; “tratamento atual” e

“razões para viver”. O preenchimento é feito por meio de uma escala *Likert* de quatro pontos que variam da frequência mais baixa (0) a mais alta (3). A pontuação é obtida através do cálculo do escore total que classifica o adolescente em níveis de risco: baixo (0-15), médio (16-19) ou alto risco para o suicídio (20+). Sobre as propriedades psicométricas, no manual é mencionado dois estudos pilotos realizados com 60 e 100 participantes, no entanto não foram encontrados relatos detalhados relacionados a estas pesquisas. Os autores não especificam a faixa etária que compreende o uso do instrumento (Fremouw, Strunk, Tyner, & Musick, 2009). O ASAP-20 foi testado por Malalagama, Tennakoon, & Abeyasinghe (2018) no estudo de tradução, adaptação e validação realizado no Sri Lanka. A amostra foi de 100 participantes entre 10-19 anos. A confiabilidade calculada pelo alfa de Cronbach foi de 0,81 o que indica evidência de consistência interna. Também foram encontradas evidências de validade de conteúdo, construto e equivalência. Os autores recomendam o uso para rastrear o risco de suicídio em adolescentes em contextos clínicos e não clínicos.

A *Columbia-Suicide Severity Rating Scale* (CSSRS) é uma entrevista clínica que segundo os autores, pode ser aplicada como escala de autorrelato. Avalia comportamentos relacionados ao suicídio como: a gravidade e intensidade da ideação suicida, o comportamento suicida e a letalidade da tentativa de suicídio em adolescentes entre 11 e 18 anos. Composta por 21 perguntas do tipo dicotômicas (sim/não), o instrumento possui tradução para mais de 10 países inclusive para o Brasil. Entretanto, não foram encontrados estudos de validação com amostra da população brasileira. Apesar de ser recomendada para uso tanto em formato de questionário quanto em formato de autorrelato, não foram encontrados estudos com este instrumento no formato de autoaplicação. Em relação às propriedades psicométricas do CSSRS, os autores avaliaram a validade e consistência interna em 673 participantes divididos em três amostras distintas. O instrumento apresentou evidências de validade convergente e divergente, estabilidade e consistência interna nos três estudos realizados. Os dados empíricos podem ser consultados no artigo original (Posner et al., 2011).

Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) é uma escala de autorrelato utilizada para avaliar a gravidade da ideação suicida na última semana em adultos e adolescentes a partir de 13 anos de idade. Composta por 21 itens de respostas que são preenchidas por meio de uma escala *Likert* de três pontos. O estudo original contou com 50 participantes internados e 55 participantes ambulatoriais com diagnósticos de transtornos de humor. Em relação as propriedades psicométricas, a consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach foi de 0,97.

Foram encontradas correlações entre as respostas ao instrumento e à avaliação clínica dos pacientes, o que demonstra evidência validade concorrente. Ademais, apresentou resultados significativos para validade de construto e discriminante (Beck, Steer, & Ranieri, 1988).

Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) é um instrumento de autorrelato utilizado para avaliar a presença de ideação suicida no último mês. A ferramenta possui dois formatos. O primeiro é composto de 30 itens destinado a adolescentes entre 15 e 18 anos (SIQ). Já o segundo é composto de 15 itens designados para adolescentes com idade entre 12 e 14 anos. As respostas são preenchidas por meio de uma escala *Likert* de sete pontos que variam da frequência mais baixa (0 “nunca tive esse pensamento”) a mais alta (6 “quase todos os dias”). A pontuação pode ser analisada de quatro formas, pelo escore total, através de ponto de corte, por itens críticos e pela avaliação clínica dos itens. O ponto de corte considera escore igual ou superior a 41 no SIQ e igual ou superior a 31 no SIQ-JR significativos para o risco de suicídio. O estudo original contou com mais de 2400 adolescentes. Em relação as propriedades psicométricas, a Análise Fatorial Exploratória indicou três fatores: ideação suicida relacionada a pensamentos e planos, ideação suicida relacionada a pensamentos em relação aos outros (Exemplo: “Pensei que a única maneira de ser notado é me matar”) e ideação suicida relacionada a pensamentos sobre morte (Exemplo: “Pensei na morte/ “Pensei nas pessoas morrendo”). A confiabilidade avaliada pelo Alfa de Cronbach foi de 0,94 (SIQ-JR) e 0,97 (SIQ). A validade de construto foi evidenciada por correlações positivas com medidas que mensuram sintomas de depressão SIQ-JR ($r= 0,55$, $p < 0,001$) e SIQ ($r= 0,70$, $p < 0,001$), ansiedade SIQ-JR ($r= 0,54$, $p < 0,001$) e SIQ ($r= 0,58$, $p < 0,001$), desesperança SIQ-JR ($r= 0,47$, $p < 0,001$) e SIQ ($r= 0,48$, $p < 0,001$) e correlações negativas com medidas que mensuram a autoestima SIQ-JR ($r= -0,52$, $p < 0,001$) e SIQ ($r= -0,56$, $p < 0,001$). A estabilidade obtida pelo teste-reteste após um intervalo de quatro semanas foi de 0,72 (SIQ) (Reynolds, 1988).

Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A) é uma escala de autorrelato que avalia impulsividade, automutilação, comportamento de risco e ideação suicida em jovens com idade entre 14 e 21 anos. Composta por 25 itens a ISSIQ-A é de preenchimento por meio de escala *Likert* de quatro pontos que variam da frequência mais baixa (0 “nunca”) a mais alta (3 “sempre”). A amostra do estudo original contou com 1722 jovens. Sobre as propriedades psicométricas, a Análise Fatorial Confirmatória resultou em um modelo de quatro fatores: impulsividade, automutilação, comportamento de risco e ideação suicida. A consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach foi de 0,86. A validade de

construto foi verificada através da correlação positiva com o instrumento *Risk-taking and Self-Harm Inventory for Adolescent* (RTSHIA) que avalia a frequência de comportamentos de risco e automutilação (Carvalho, Castilho, & Pinto-Gouveia, et al., 2015).

SAD PERSONS Scale Adaptada é uma escala de auto relato que avalia o risco de suicídio em adolescentes a partir de 14 anos. O Instrumento é composto por 10 itens de respostas dicotômicas (Sim/Não). Resultados acima de seis pontos (sim), obtidos através da soma do escore total, são considerados de risco para o suicídio. No estudo original, o instrumento foi aplicado em dois grupos, clínico e controle. A análise das propriedades psicométricas do instrumento foi realizada por meio de cálculo de teste T. A comparação entre as médias dos resultados obtidos no escore total, demonstrou uma diferença significativa entre os grupos clínico ($t= 5,10$, $p<0,01$) e controle ($t= 3,06$, $p<0,01$). O grupo clínico obteve maiores escores e apresentou maior risco de suicídio (Patterson et al, 1983).

Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) é um questionário de autorrelato que avalia pensamentos negativos e positivos relacionados ao suicídio nas últimas duas semanas, em adolescentes entre 14 e 19 anos. Composto por 14 perguntas o PANSI é dividido por: oito itens de ideação negativa (questionamentos relacionados a presença de ideação suicida em circunstâncias que aparecem dificuldades típicas da adolescência) e seis de ideação positiva (questionamentos relacionados a presença de pensamentos positivos em circunstâncias que aparecem dificuldades típicas da adolescência). O preenchimento é feito por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos que variam da frequência mais baixa (1 “nunca”) a mais alta (5 “maioria das vezes”). No desenvolvimento desta ferramenta foram realizados dois estudos. O primeiro contou com 450 estudantes de graduação sendo 150 homens com idade média de 20,3 anos (DP= 2,2) e 300 mulheres com idade média de 20 anos (DP= 2,9). Em relação as propriedades psicométricas, a Análise Fatorial Confirmatória resultou em dois fatores, ideação suicida negativa e positiva, responsáveis por 51,8% da variância total. A consistência interna medida pelo Alpha de Cronbach foi de 0,91 para ideação negativa e 0,80 para ideação positiva. O coeficiente de correlação de *Pearson* foi negativo entre as duas escalas ($r= -0,41$, $p <0,001$), demonstrando que escores maiores nos itens positivos apresentam uma pontuação menor nos itens negativos relacionados à ideação suicida. De forma inversa, frequências maiores na escala de ideação negativa sugerem um escore maior nos itens positivos. Já no segundo estudo a amostra foi composta de 84 homens com idade média de 20,4 anos (DP=2,5) e 202 mulheres com idade média de 19,9 anos (DP= 3,2). A Análise Fatorial Confirmatória foi calculada para dois modelos, unifatorial e bifatorial. Os resultados

demonstraram que o modelo unifatorial apresentou um ajuste ruim aos dados enquanto o modelo de dois fatores propiciou um ajuste excelente aos dados. O teste de qui-quadrado realizado para verificar a diferença entre os modelos, demonstrou de forma significativa, que o modelo bifatorial apresenta melhor ajuste que o modelo unifatorial. O Alpha de Cronbach foi de 0,82 para Ideação Positiva e 0,93 para Ideação Negativa, evidências de consistência interna do instrumento (Osman et al, 1998).

O PANSI (Osman et al, 1998) teve suas propriedades psicométricas testadas por Osman et al. (2002) em um estudo de adaptação do instrumento para aplicação em adolescentes. Participaram do estudo 195 adolescentes com idade entre 14 a 19 anos. A Análise Fatorial Confirmatória apoiou um modelo de dois fatores, assim como encontrado no estudo anterior de desenvolvimento (ideação positiva e negativa). O cálculo da consistência interna realizado pelo Alfa de Cronbach apresentou evidências de confiabilidade para ambas escalas PANSI Negativo (0,96) e PANSI Positivo (0,89). O teste-reteste estabeleceu a estabilidade do instrumento que foi aplicado após um intervalo de duas semanas (0,69 para Ideação Positiva e 0,79 para Ideação Suicida Negativa) (Osman, et al, 2002).

Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS) é uma medida breve, *online* para avaliar a frequência dos pensamentos suicidas, a capacidade de controle dos pensamentos suicidas, a possibilidade de uma tentativa de suicídio iminente, a distração causada pela ideação suicida e a interferência dos pensamentos suicidas na realização das atividades cotidianas, em pessoas com 18 anos ou mais. Composta por cinco itens a escala avalia o comportamento suicida no último mês através dos seguintes questionamentos, 1. "No mês passado, quantas vezes você teve pensamentos sobre suicídio?"; 2. "No mês passado, quanto controle você teve sobre estes pensamentos?"; 3. "No mês passado, quão próximo você chegou para fazer uma tentativa de suicídio?"; 4. "No mês passado, em que medida você se sentiu atormentado por pensamentos sobre suicídio?"; e 5. "No mês passado, o quanto pensamentos sobre suicídio interferiram sua capacidade de realizar diariamente atividades, como trabalho, tarefas ou atividades sociais?". O preenchimento é por meio de escala *Likert* de onze pontos que variam da frequência mais baixa (0 "nunca") a mais alta (10 "Sempre"). Participaram do estudo original 1352 adultos com idade mínima de 18 anos. A consistência interna do instrumento medida pelo Alpha de Cronbach foi de 0,91. O estudo apresenta evidências validade através de correlações positivas significativas entre os escores totais das escalas SIDAS e C-SRRS e entre os itens que avaliam a frequência de ideação suicida nos dois instrumentos. A escala SIDAS também

apresentou correlações fortes com as pontuações totais das escalas PHQ-9 ($r=0,65$, $p < 0,001$), GAD-7 ($r=0,58$, $p < 0,001$), e ISI ($r=0,40$, $p < 0,001$) (Spijker et al., 2014). Não foram encontrados estudos de validação deste instrumento para adolescentes.

Acquired Capability for Suicide Scale (ACSS) é uma escala composta de sete itens que avaliam o destemor sobre a morte. O Instrumento tem como base conceitos da Teoria Interpessoal do Suicídio (Van Orden, 2010). Nesta vertente, a ideação suicida é caracterizada por uma sensação de destemor sobre a morte e uma alta tolerância fisiológica à dor. A teoria Interpessoal do Suicídio parte do pressuposto que o desejo de morte não é o suficiente para um indivíduo cometer suicídio. De maneira oposta, esta teoria pressupõe que o comportamento suicida é algo muito assustador, já que os humanos são biologicamente preparados para ter medo do suicídio, e este ameaça a sobrevivência. Para desenvolver o comportamento suicida, o indivíduo, além do desejo, precisa estar acompanhado pela capacidade de colocar em prática. O que a teoria sugere é que o suicídio não é um ato que a maioria das pessoas têm a capacidade de praticar. De acordo com os autores, ACSS apresenta validade convergente e discriminante em uma amostra clínica de adultos jovens. Os resultados indicam a viabilidade do instrumento que resultou em um modelo de um fator relacionado ao construto de destemor sobre a morte. Os dados empíricos podem ser consultados no artigo original (Van Orden et al., 2008).

Risk Assessment Suicidality Scale (RASS) é um instrumento de autorrelato composto por 12 itens que avaliam ideação, planejamento e tentativas de suicídio em adultos de 25 a 64 anos. Composto por 12 itens a escala avalia o comportamento suicida ao longo da vida através dos itens: 1. “Você tem medo de morrer?”; 2. “Você já pensou que seria melhor se estivesse morto?”; 3. “Você acha que é uma coisa maravilhosa você estar vivo?” 4. “Você sentiu que não vale a pena viver?”; 5. “Você pensa em se prejudicar fisicamente?”; 6. “Você costuma pensar em cometer suicídio se tiver a chance?”; 7. “Você faz planos sobre o método a ser usado para terminar com sua vida?”; 8. “Estou pensando em suicídio, mas não vou fazer”; 9. “Você gosta da vida?”; 10. “Você está se sentindo cansado de sua vida?”; 11. “Você já se machucou de alguma forma, deliberadamente, durante toda a sua vida até o presente momento?”; 12. “Você já tentou suicídio durante toda a sua vida?”. O preenchimento é feito por meio de uma escala *Likert* de quatro pontos que variam da frequência mais baixa (0 “nem um pouco”) a mais alta (3 “muito”). No estudo original participaram 734 pessoas com idade entre 25 e 64 anos. Em relação as propriedades psicométricas, a Análise Fatorial Exploratória indicou três fatores que explicam 64,95% da variância total. Estes fatores correspondem às subescalas de intenção atual, intenção ao longo da vida e histórico de suicídio. O Alpha de

Cronbach foi de 0,75 este resultado indica uma consistência interna satisfatória. Os Alphas de Cronbach para as subescalas foram: intenção suicida atual 0,85, intenção suicida ao longo da vida 0,69 e histórico suicida 0,52. Foram encontradas correlações positivas significativas com escores de outros instrumentos, STAI-S ($r= 0,38$, $p< 0,01$), STAI-T ($r=0,43$, $p< 0,01$), e CES-D ($r=0,61$, $p< 0,01$) (Fountoulakis et al., 2012). Não foram encontrados estudos de validação deste instrumento para adolescentes.

O *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) (Comportamento de Risco para os Jovens) é um inquérito de autorrelato que monitora, através de subescalas, os comportamentos de risco para lesões e violência não intencionais, comportamentos sexuais relacionados à gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV, uso de álcool e outras drogas, uso do tabaco, comportamentos alimentar não saudáveis e atividade física regular, em adolescentes entre 12 e 18 anos. O YRBS possui 85 itens com sete opções de respostas. A ferramenta foi desenvolvida nos Estados Unidos pelo *Juvenile Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS) (Sistema de Vigilância do Comportamento de Risco Juvenil) para monitorar os dados sobre comportamento de risco juvenis. No estudo original o questionário foi administrado em uma amostra de 1679 escolares com idade entre 12 e 18 anos. E reaplicado 14 dias após a primeira aplicação. Segundo os autores os itens apresentaram evidência de confiabilidade e estabilidade no teste-reteste (Eaton et al., 2007).

Harkavy Asnis Suicide Survey (HASS) (Escala de Suicídio de Harkavy Asnis) é uma ferramenta que foi desenvolvida para avaliar ideiação suicida, sentimento de inutilidade, pensamento sobre morte, plano suicida e tentativa de suicídio atual e no passado, em adolescentes. O instrumento mensura pensamentos e fatores de risco para comportamento suicida e abuso de substâncias. A HASS é composta de três subescalas, a primeira tem relação com informações demográficas sobre fatores associados ao comportamento suicida, ao longo da vida (HASS-Demo). A segunda sessão é composta por 21 perguntas que avaliam a frequência de comportamentos relacionados ao suicídio e ao abuso de substâncias, nas últimas duas semanas (HASS-I). A terceira subescala é composta pelos mesmos questionamentos contidos na segunda (HASS-I), porém avaliam ao longo da vida, excluindo as duas últimas semanas (HASS-II). O escore total dos itens representa a frequência de comportamentos suicidas (Harkavy Friedman & Asnis, 1989). Goldston (2000) chama a atenção para avaliação do cálculo do escore total, visto que o instrumento contém itens que avaliam comportamentos que são considerados fatores de risco para o suicídio e não são bons representantes do comportamento suicida, como o uso de drogas. Sobre as propriedades psicométricas, o estudo original apresentou evidências de consistência interna medida pelo

Alpha de Cronbach tanto para subescala HASS-I quanto para a HASSII respectivamente, em estudos com amostra clínica (0,89; 0,91) e não clínica (0,90; 0,92). Os autores não especificam a faixa etária que compreende o uso do instrumento (Harkavy, Friedman & Asnis, 1989).

No que se refere a disponibilidade de instrumentos para avaliação da ideação suicida em adolescentes, foi verificado que oito instrumentos foram desenvolvidos há mais de 15 anos, são eles SBQ-R (Osman et al., 2001), PSS (Paykel et al., 1974), BSS (Beck et al., 1988), SIQ (Reynolds, 1988), *SAD PERSONS Scale Adaptada* (Patterson et al., 1983), *PANSI* (Osman, et al. 1998), YRBS (Eaton et al., 2007) e HASS (Friedman et al., 1989). Silva e Sougey (2016) chamam a atenção para este fato, uma vez que a maioria dos instrumentos encontrados para avaliação da ideação suicida na adolescência foi desenvolvido há mais de 20 anos. Os autores salientam a lacuna existente na literatura atual e ressaltam a necessidade de novas pesquisas relacionadas ao desenvolvimento e adaptação de ferramentas de avaliação do comportamento suicida na adolescência.

Também foi verificado em quatro estudos, uma escassez de evidências de propriedades psicométricas no desenvolvimento do instrumento, PSS (Paykel et al., 1974), S-STs (Coric et al., 2009), ASAP-20 (Fremouw et al., 2009) e *SAD PERSONS Scale Adaptada* (Patterson et al., 1983). Ainda que no estudo realizado por Silva e Sougey (2016) os dados sobre a avaliação da validade e confiabilidade dos instrumentos não tenham sido relacionados. Os autores reiteram a urgente necessidade atual de esforços para criação e validação de medidas que tenham resultados psicométricos robustos que possam certificar a mensuração do comportamento suicida. Os dados obtidos pelo instrumento de avaliação podem sustentar as decisões sobre as especificidades necessárias no desenvolvimento de estratégias adotadas nacionalmente para prevenção e enfrentamento desse fenômeno na adolescência de forma eficaz, diminuindo assim as taxas elevadas de morte nessa população.

Nos estudos de desenvolvimento de seis instrumento foi verificado que a faixa etária relacionada para aplicação, tratava-se do período do desenvolvimento adulto: PSS (Paykel et al., 1974), S-STs (Coric et al., 2009), ASAP-20 (Fremouw et al., 2009), *PANSI* (Osman, et al. 1998), *SIDAS* (Spijker et al., 2014), *RASS* (Fountoulakis et al., 2012). Quatro destes foram utilizados em estudos posteriores que propuseram avaliar as propriedades psicométricas de validação do instrumento para aplicação em adolescentes PSS (Paykel et al., 1974), S-STs (Coric et al., 2009), ASAP-20 (Fremouw et al., 2009), *PANSI* (Osman, et al. 1998). Silva e Sougey (2016) citam dois instrumentos desenvolvidos para aplicação em adultos que não foram encontrados em estudos validação para uso na população de adolescentes, de acordo

com a busca realizada na literatura para o desenvolvimento desta dissertação, SIDAS (Spijker et al., 2014) e RASS (Fountoulakis et al., 2012).

A tradução, adaptação e validação de instrumentos é uma prática incentivada pelo ITC (2017) devido ao grande interesse atual pela realização de estudos psicológicos comparativos entre culturas. Este campo tem crescido muito nos últimos 25 anos. Isso pode ser explicado pelo aumento da publicação de livros, novos estudos e métodos excelentes de pesquisas de adaptação de instrumento (ITC, 2017). Atualmente, o método de adaptação de instrumento tem contribuído para muitas áreas internacionais que utilizam estudos comparativos entre países. É sabido que há muitos instrumentos disponíveis na literatura e os estudos de adaptação podem fomentar a consolidação de uma ferramenta importante na avaliação de um determinado construto. Ao reproduzir robustez nas propriedades psicométricas em grupos distintos, o instrumento torna-se uma medida eficiente e eficaz na avaliação do construto podendo ser “padrão ouro” naquele campo, ou seja, a ferramenta contribui para a facilitação da avaliação e da condução de práticas relacionadas a um determinado tema (ITC, 2017).

Desta forma, a pesquisa realizada para esta dissertação ressalta a necessidade de estudos atuais de desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação da ideação suicida, baseados em estudos que comprovem evidência empírica de validade e confiabilidade conforme as exigências descritas e padronizadas pelo *International Test Commission* ITC (2017).

2.3.4 Seleção do instrumento para estudo

O suicídio é considerado um problema de saúde pública no mundo (WHO, 2014) e os números de ocorrências deste fenômeno na adolescência são assustadores. Foram 67.000 no ano de 2015, ocupando o segundo lugar em causa de morte nesta faixa etária (WHO, 2017). Os dados são alarmantes e há uma busca mundial por estratégias que minimizem estas taxas (WHO, 2016; Ministério da Saúde, 2019). O uso de instrumentos de avaliação pode facilitar a identificação do comportamento suicida e a sua gravidade. Silva e Sougey (2016) afirmam que atualmente é imprescindível a ampliação de estudos que envolvam o comportamento suicida.

O *Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII) dos autores Chang e Chang (2016), foi proposto tendo em vista a identificação de uma lacuna na literatura em relação a disponibilidade de instrumentos de medida para mensurar a frequência de ideação suicida, que seja fácil e de rápida aplicação. Também que possa ser utilizado por diversos profissionais no

reconhecimento de indicativos prévios de risco suicida em adultos. Trata-se de um instrumento breve e de autorrelato, composto por cinco itens. O preenchimento é feito por meio de uma escala *Likert* de cinco pontos que variam da frequência mais baixa (1 “nunca”) a mais alta (5 “quase todos os dias”).

No estudo de desenvolvimento do FSII foram utilizadas quatro amostras de diferentes países (EUA, Turquia, Hungria e China) distribuídas em dois estudos. No primeiro foi realizada a Análise Fatorial Exploratória e no segundo o estudo de validade e confiabilidade da estrutura do FSII. Os autores também buscaram aumentar a sensibilidade do instrumento ao avaliar a frequência de ideação suicida, para tanto foi utilizado o período de um ano, ou seja, o FSII avalia a ideação nos últimos 12 meses (Chang & Chang, 2016).

O primeiro estudo foi realizado com uma amostra de 399 estudantes universitários dos EUA com idade entre 18 e 27 anos (224 masculinos e 175 femininos). A Análise Fatorial Exploratória resultou em modelo unifatorial que explica 86,96% da variância total, O único fator latente é apontado pelo autor como a frequência da ideação suicida. A consistência interna medida pelo Alpha de Cronbach foi de 0,96. Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres. No segundo estudo foram explicitados os dados psicométricos envolvidos no processo da construção de validação do instrumento. A amostra contou com participantes de 04 países distintos (EUA, Turquia, Hungria e China) todos estudantes universitários, sendo 143 americanos (43 do sexo masculino e 100 do sexo feminino) com idade entre 18 e 23 anos. Turcos foram 153 (64 do sexo masculino e 89 do sexo feminino) com idade entre 18 e 28 anos. Foram 146 húngaros (79 do sexo masculino e 67 do sexo feminino) com idade entre 18 e 35 anos. Por fim, da China 102 (53 do sexo masculino e 49 do sexo feminino) com idade entre 19 e 23 anos (Chang & Chang, 2016).

A consistência interna encontrada nas quatro amostras distintas, medida pelo Alpha de Cronbach, variou de bom a excelente (0,85 a 0,93). Não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos nesta segunda amostra. No estudo de validade o FSII apresentou correlações positivas altas com três instrumentos de medida de risco de suicídio, ($r= 0,88$, $p< 0,001$) com o ASIQ (*Suicidal Ideation Questionnaire* [Reynolds 1991a]), ($r= 0,85$, $p< 0,001$) com o SBQ-R (*Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised* [Osman et al. 2001]) e ($r= 0,54$, $p< 0,001$) com o BDI (*Beck Depression Inventory* [Beck et al. 1961]). E correlações negativas com instrumentos de medida de proteção ao suicídio ($r= -0,47$, $p< 0,001$) com o PS (*Positivity Scale* [Caprara et al. 2012]), ($r= - 0,45$, $p< 0,001$) com o FS (*Flourishing Scale* [Diener et al. 2010]) e ($r= -0,32$, $p< 0,001$) com o PA (*Positive Affectivity Scale* [Watson et al. 1988]).

Para averiguar a confiabilidade, foi realizado o teste-reteste com um intervalo de seis semanas. O resultado demonstra uma moderada estabilidade ao longo do tempo ($r = 0,61$). Em conclusão, o estudo de desenvolvimento do FSII apresentou evidências de confiabilidade e indicadores prósperos de validade de construto. Assim, verificou-se que o instrumento é uma medida confiável para mensurar a frequência da ideação suicida em grupos de diferentes culturas. Por fim, os autores destacam a necessidade de investigações em outros grupos, como exemplo, adolescentes suicidas e pacientes de cuidados primários (Chang & Chang, 2016).

Chang et al. (2016) buscaram validar o FSII em uma amostra de húngaros composta por 457 universitários (232 do sexo feminino e 225 do sexo masculino) com idade entre 18 e 35 anos. Primeiramente, foi realizada a tradução da versão original resultando no FSII-H. A Análise Fatorial Confirmatória resultou em um único fator latente: a frequência de ideação suicida. A consistência interna medida pelo Alfa de Cronbach foi de 0,94. No segundo estudo, realizado para verificar a validade de construto, participaram 241 universitários húngaros (131 do sexo feminino e 110 do sexo masculino) com idade entre 18 e 23 anos. O FSII-H apresentou correlações positivas significativas com instrumentos de medida associados a fatores de risco ($r = 0,69$, $p < 0,001$) com o BDI (*Beck Depression Inventory* [Perczel Forintos, Kiss, & Ajtay, 2007]) e ($r = 0,43$, $p < 0,001$) com o BHS (*Beck Hopelessness Scale* [Perczel Forintos, Sallai, & Rózsa, 2010]). E correlações negativas associadas a fatores de proteção ao suicídio ($r = -0,39$, $p < 0,001$) com o SWLS (*Satisfaction With Life Scale* [Piko, 2006]) e ($r = -0,38$, $p < 0,001$) com o LOT-R (*revised Life Orientation Test* [Bérdi & Köteles, 2010]). Os resultados demonstram evidências de validade de construto da FSII-H. A consistência interna, considerada excelente, foi medida pelo Alfa de Cronbach e o resultado foi de 0,93. Os autores apoiam o uso do FSII-H tanto na triagem quanto na pesquisa e sugerem que mais estudos sejam realizados para ancorar o uso do FSII-H em húngaros. Os resultados obtidos evidenciaram a validade e confiabilidade do FSII-H. Os pesquisadores sugerem que o instrumento seja avaliado em outros países, visto sua utilidade atual em um contexto global, onde o suicídio é um grave problema de saúde pública (Chang et al., 2016).

No estudo brasileiro realizado por Teodoro et al. (submetido) buscou-se analisar a validade fatorial, convergente e a estabilidade do FSII. Participaram deste estudo 946 pessoas com idade entre 17 e 66 anos, sendo 520 do sexo feminino. O estudo contou com dois momentos, no primeiro a versão original foi traduzida para o português brasileiro e foram investigadas a validade fatorial, convergente e a estabilidade do instrumento FSII-Br. A tradução dos cinco itens resultou nos seguintes questionamentos: item 1 (Durante o último ano, quantas vezes você pensou em se machucar?); item 2 (Durante o último ano, quantas

vezes você acreditou que não valia a pena viver?); item 3 (Durante o último ano, quantas vezes você se perguntou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?); item 4 (Durante o último ano, quantas vezes você pensou em cometer suicídio?); e item 5 (Durante o último ano, quantas vezes você desejou não existir?). A Análise Fatorial Confirmatória resultou em um único fator, a frequência de ideação suicida, assim como nos estudos anteriormente citados (Chang & Chang, 2016; Chang et al., 2016) A consistência interna calculada pelo Alfa de Cronbach foi de 0,88. A comparação entre o FSHH-Br e a Escala Beck de Ideação Suicida (BSSI) (Cunha, 2001) demonstrou uma alta correlação positiva ($r=0.75$, $p<0.001$). Também foram encontradas correlações positivas com instrumentos que avaliam construtos considerados fatores de risco para ideação suicida ($r = 0,66$, $p < 0,001$) com o BDI-II (Inventário de Depressão de Beck [Gorenstein, et al., 2011]), ($r = 0,65$, $p < 0,001$) com o , BAI (Inventário de Ansiedade de Beck [Cunha, 2001]), e ($r = 0,61$, $p < 0,001$) com o BHS Escala de Desesperança de Beck [Cunha, 2001]). O instrumento apresentou estabilidade ($r = 0,76$, $p < 0,001$) verificado pelo teste-reteste aplicado com de quatro semanas de intervalo.

Um dado importante destacado no estudo realizado por Teodoro et al. (submetido), também verificado na pesquisa de Chang et al. (2016), é a alta taxa de variância retida em único fator encontrado na Análise Fatorial. Isso indica a possibilidade de rastrear as gradações do comportamento suicida. É importante ressaltar que esta característica não foi encontrada no instrumento utilizado para avaliar a validade de critério do FSII-Br. Juntamente com o fato FSII-Br ser de rápida e fácil aplicação, essa característica é de suma importância nos contextos clínicos e de pesquisa, pois torna-se possível que de forma simples, eficiente e de qualidade, a frequência e a gravidade da ideação suicida sejam mensuradas. No segundo estudo realizado por Teodoro, et al (submetido) foram levantados dados como a frequência de ideação suicida e associações com sexo, idade, uso de álcool, entre outras variáveis. A frequência de ideação suicida encontrada nesta amostra foi de 5,70. Entre os participantes do sexo feminino este número foi 1,70 maior que no sexo masculino. Os resultados demonstraram que sexo, idade e uso de drogas são fatores que estão positivamente relacionados à ideação suicida nos últimos 12 meses. O estudo brasileiro concluiu que o FSII-Br é um instrumento que possui evidências de validade e confiabilidade. A ferramenta foi indicada pelos autores para uso na pesquisa e na clínica. Também sugerem que sejam realizados mais estudos com diferentes populações, idades, níveis socioeducacionais e com pessoas com diagnósticos clínicos.

O contexto atual carece de instrumentos disponíveis que possam auxiliar de forma eficaz a identificação precoce do comportamento suicida e sua gravidade. Os dados

apresentados ancoram a relevância do FSII, FSII-H e FSII-Br no contexto mundial. Sendo um instrumento que mensura um único construto, o FSII-Br torna-se prático, eficaz e de muita utilidade para a aplicação na clínica, devido ao pouco tempo gasto, e em pesquisas, diminuindo custo e prazo (Chang et al., 2016). Desta forma, este trabalho visa disponibilizar um instrumento de acesso gratuito, de fácil aplicação e com propriedades psicométricas sólidas. Para tanto realizou-se um estudo de adaptação do *Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII-Br) para adolescentes. Este instrumento foi escolhido devido as evidências de suas características psicométricas consistentes em estudos internacionais e nacional com adultos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Adaptar e investigar as propriedades psicométricas do *Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII-Br) para adolescentes.

3.2 Objetivos específicos

Analisar e Avaliar o perfil de resposta ao instrumento.

Verificar a aplicabilidade e adequação do instrumento (inteligibilidade e clareza de linguagem) para adolescentes.

Investigar as propriedades psicométricas de validade (fatorial, convergente), confiabilidade (consistência interna) e estabilidade temporal do inventário para uso na investigação de ideação suicida na faixa etária entre 12 e 18 anos.

Investigar a associação entre ideação suicida e sexo, idade, divórcio dos pais e relato sobre transtornos mentais.

4 MÉTODO

4.1 Adaptação do FSII-Br

4.1.1 Participantes

A primeira amostra foi composta por dez adolescentes (três, 30% do sexo feminino; e sete, 70% do sexo masculino) com idade entre 12 e 18 anos de idade (média = 15,30 anos, desvio padrão = 1,95). Destes, nove alunos eram de escolas públicas e um de escola privada. Estes participaram do grupo focal, utilizado para avaliar a aplicabilidade e adequação do instrumento FSII-Br para adolescentes.

A segunda amostra foi utilizada para avaliar as propriedades psicométricas de validade e confiabilidade do instrumento FSII-Br para aplicação na faixa etária entre 12 e 18 anos. Composta por 626 adolescentes (427, 68,20% do sexo feminino; e 199, 31,80% do sexo masculino), com idade entre 12 e 18 anos (média= 14,94 anos, desvio padrão = 1,71). A amostra é proveniente de quatro escolas públicas, sendo três de formação tradicional (n = 541; 86,4%) e uma de formação técnica (n = 85; 13,60%).

A terceira amostra é um estrato da segunda, constituída para mensurar a estabilidade do inventário FSII-Br. Foi composta por um grupo de 104 adolescentes (83, 79,80% do sexo feminino; 21, 20,20% do sexo masculino), alunos de duas escolas públicas de formação tradicional. Esta amostra foi avaliada duas vezes em um intervalo de um mês. Foram analisados, através dos escores obtidos por esta amostra, a caracterização e os fatores associados à ideação suicida. Com relação à escolaridade da mãe dos participantes, 226 (36,1%) possuíam ensino fundamental completo ou incompleto, 236 (37,70%) possuíam ensino médio completo ou incompleto, 147 (23,50%) ensino superior completo ou incompleto e 17 (2,70%) não informaram.

4.1.2 Procedimentos éticos para adequação do FSII-Br para adolescentes

A versão FSII-Br utilizada para o presente estudo é oriunda de uma pesquisa brasileira anterior que realizou a tradução e a adaptação do instrumento. Contando com 946 participantes (faixa etária entre 17 e 66 anos) o instrumento foi considerado adequado para uso no contexto brasileiro. O presente estudo buscou ampliar o uso do instrumento para

avaliação da ideação suicida em pessoas mais jovens (entre 12 e 18 anos). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

4.1.3 Procedimentos de pesquisa para adequação do FSII-Br para adolescentes

A coleta de dados iniciou-se com o convite feito à direção das escolas e, posteriormente, aos adolescentes e aos seus pais para participarem desta pesquisa. Os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A), os adolescentes o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Anexo B) e as escolas assinaram o Termo de Anuência Institucional (TAI) (Anexo C) para que a pesquisa fosse desenvolvida em suas dependências. Os participantes foram incluídos no estudo após a assinatura do TCLE. Todos os estudantes das escolas selecionadas foram convidados.

Para averiguar a aplicabilidade e a adequação do instrumento, foi realizado, com os participantes da primeira amostra, um encontro com cada dupla de adolescentes. No total, a pesquisadora realizou cinco encontros de aproximadamente duas horas cada dupla. Nestes encontros eram-lhes apresentado o questionário de inteligibilidade (vide descrição de Instrumentos). A pesquisadora, juntamente com os participantes, fazia a leitura de todo material e sanava qualquer dúvida sobre o enunciado, antes da execução da tarefa. Após a leitura, o participante indicava em uma escala *Likert* variando de um a quatro (01= Não entendi nada; 02= Entendi pouco ou parcialmente; 03= Entendi quase completamente; 04= Entendi completamente), o quanto ele compreendeu de cada item e das opções de respostas. Além disso, foi solicitado ao participante que explicasse em voz alta o que ele entendeu do item e, caso considerasse necessário, exprimisse sugestões para melhorar o entendimento dos itens, as quais foram registradas pela pesquisadora. Esta etapa buscou verificar, na amostra de adolescentes, a adequação do vocabulário expresso nos itens, a compreensão da instrução e como pontuar de acordo com a escala.

Os participantes da segunda amostra, utilizada para investigar as propriedades psicométricas do instrumento, foram agrupados em aproximadamente 20 alunos cada grupo. O procedimento de aplicação do protocolo foi realizado na escola que os adolescentes estudam, em horário de aula. A aplicação dos instrumentos ocorreu em um encontro de até 30 minutos, no qual os participantes preencheram o *Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII-Br) e o Inventário de Depressão Infantil (CDI). Os pais dos adolescentes também preencheram um questionário socioeconômico com dados sobre a família e o adolescente (vide descrição em Instrumentos).

Uma subamostra dos adolescentes que participaram da etapa anterior foi convidada um mês após a primeira aplicação para preencher novamente o FSII-Br e o CDI. Este procedimento avaliou a estabilidade do inventário. O convite foi realizado em sala de aula e os adolescentes que aceitaram foram novamente submetidos ao protocolo nas mesmas condições, nas escolas onde estudam e em horário de aula por cerca de 30 minutos, conforme descrito anteriormente. Todo material preenchido pelos adolescentes e seus pais foram digitados em um banco de dados, no qual foi atribuído um número de identificação para cada indivíduo. As análises dos dados foram realizadas através do software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

4.2 Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram: questionário socioeconômico (Anexo D), questionário de inteligibilidade (Anexo E), *Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII-Br) (Anexo F) e Inventário de Depressão Infantil (CDI) (Anexo G) conforme descritos a seguir.

4.2.1 Questionário Socioeconômico

Elaborado pelos autores desta investigação contém informações sociodemográficas como, sexo, qualificação acadêmica da mãe, renda financeira familiar, separação dos pais entre outros. Além de informações a respeito da saúde geral e mental do adolescente como, doenças crônicas e mentais nos últimos 12 meses e ao longo da vida, outros diagnósticos, uso de medicação, entre outros.

4.2.2 Questionário de Inteligibilidade

Elaborado pelos autores desta investigação o instrumento avalia o entendimento do conteúdo do FSII-Br, composto por cinco itens de instrução e cinco itens do instrumento FSII-Br. Os respondentes devem assinalar o nível de entendimento do conteúdo da frase por meio das opções de respostas em uma escala *Likert* que variam de 01 (não entendi nada) a 04 (entendi completamente). A pontuação máxima é de 20 para instruções e 20 para itens. Ademais, possui campo para observações a respeito de cada item.

4.2.3 *Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-Br)*

Desenvolvido por Chang e Chang (2016), o FSII-Br é constituído por cinco itens que avaliam a frequência de ideação suicida nos últimos 12 meses. Os respondentes devem assinalar a frequência com que tiveram pensamentos suicidas através de uma escala *Likert*, que varia de 01 (nunca) a 05 (quase todos os dias). A análise Fatorial da escala original indicou a solução de um único fator que explica 86,96% da variância. A confiabilidade interna medida por Alpha de Cronbach foi excelente (0,96) (Chang & Chang, 2016). A versão brasileira do instrumento com adultos possui bons indicadores psicométricos, semelhantes ao estudo original (Teodoro et.al, submetido).

4.2.4 *Inventário de Depressão Infantil (CDI)*

Adaptado e normatizado por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995), o CDI possui 27 itens com três alternativas para cada um deles, a pontuação das respostas varia de acordo com a gravidade do sintoma, sendo 0, 01 e 02. Utilizado para verificação de indicadores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes de 07 a 17 anos, neste inventário é possível identificar sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais. Além disso, é possível verificar a desesperança e a ideação suicida por meio dos itens 02 (“Para mim tudo se resolverá bem”, “Eu não tenho certeza se as coisas vão dar certo para mim”, “Nada vai dar certo para mim”) e 09 (“Eu não penso em me matar”, “Eu penso em me matar”, “Eu quero me matar”), consecutivamente (Golfeto, Veiga, Souza, & Barreira, 2002). Indivíduos que somam escores acima de 17 pontos no total da escala são classificados com alta sintomatologia. A Análise Fatorial resultou em cinco fatores responsáveis por 47,41% da variância total dos itens. A consistência interna, para o questionário total, medida por Alpha de Cronbach, foi adequada (0,81).

4.3 Análise de dados

Os dados da primeira fase foram analisados pela pontuação média no questionário e pela congruência entre as respostas interpretativas dos adolescentes e os significados dos itens. As sugestões obtidas foram analisadas de maneira qualitativa pelos integrantes do comitê desta pesquisa. Com base nos estudos realizados anteriormente, a validade foi obtida pelo cálculo

da Análise Fatorial Confirmatória observando os indicadores de χ^2 , *Normed Fit Index* (NFI), *Comparative Fit Index* (CFI), e *Root Mean Square Residual of Approximation* (RMSEA). Para NFI e CFI, valores acima de 0,95 indicam um bom ajuste ao modelo, enquanto RMSEA deve ser inferior a 0,05 (Bentler, 1990; Hu & Bentler, 1999). A validade convergente foi avaliada por meio do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* entre os escores do CDI e do FSII-Br. A confiabilidade do instrumento foi obtida pela análise da consistência interna, calculada pelo Alpha de Cronbach (α). A estabilidade temporal foi analisada pela condução de correlação de *Pearson* entre a primeira e a segunda testagem. O teste T, a Análise de Variância (ANOVA) e a Análise de Regressão Logística foram utilizados para avaliar a relação entre ideação suicida e fatores associados.

Para melhorar a compreensão a ideação suicida foi feita uma dicotomização entre a presença e a ausência de ideação suicida, foram formados dois grupos de acordo com os escores obtidos do FSII-br. O primeiro grupo foi composto por aqueles participantes que pontuaram até cinco no FSII-Br (177, 31,72%) (grupo sem ideação suicida) e o segundo por aqueles que pontuaram acima de cinco (381, 68,28%) (grupo com ideação suicida). Na variável sobre o divórcio entre os pais 433 (69,20%) assinalaram não, 182 (29,10%) sim e 11 (1,80) não responderam. No que se refere a transtornos mentais, de acordo com a descrição livre do responsável, 462 (73,80%) adolescentes não apresentaram transtorno mental enquanto 131 (22,10%) apresentaram transtorno mental e 33 (5,30%) não responderam.

5 RESULTADOS

5.1 Adequação da FSI-Br para adolescentes

As sugestões de mudanças do FSII pelos adolescentes no grupo focal foram condensadas na Tabela 2. De modo geral, as alterações foram relacionadas às especificações de comportamento como, por exemplo: Item 1: “Durante o último ano, quantas vezes você pensou em se machucar?”. Sugestão: “Durante o último ano, quantas vezes você pensou em se prejudicar fisicamente?” (participante número 10). Foram feitas também sugestões com variações linguísticas (“Durante o último ano, quantas vezes você desejou não ter nascido. Sugestão: “Durante o último ano, quantas vezes você desejou não existir” (participante número 5). Como as alterações não implicavam em uma mudança profunda e foram sugeridas por poucos participantes, optou-se por permanecer com o inventário idêntico ao utilizado pelos adultos, mesmo porque os adolescentes que fizeram sugestões haviam entendido completamente o que estava sendo explanado.

Tabela 2 - Sugestões de mudanças obtidas no formulário de inteligibilidade preenchido pelos adolescentes

Enunciado	Sugestões
“Por favor indique a frequência com que você teve pensamentos sobre suicídio no último ano (últimos 12 meses). Ex.: NO ANO PASSADO”.	Id. 10: Sugeriu “...você teve pensamentos sobre suicídio no ano passado ou durante o ano passado”
	Sugestões
<u>Item 1</u> “Durante o último ano, quantas vezes você pensou em se machucar?”	Id. 2: Sugeriu “...se machucar intencionalmente?” Id. 10: “...se prejudicar fisicamente?”
<u>Item 3</u> “Durante o último ano, quantas vezes você se perguntou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?”	Id. 6: Sugeriu “... quantas vezes você se perguntou como as pessoas se sentiriam se tivesse acabado com a sua vida?” Id. 10: Sugeriu “...quantas vezes você se perguntou quais seriam as consequências do seu suicídio para as pessoas mais próximas de você?”
<u>Item 5</u> “Durante o último ano, quantas vezes você desejou não existir?”	Id. 5: Sugeriu “...você desejou não ter nascido?” Id. 10: “... nunca ter existido ou não mais existir?”

Nota: Id. = Identificação do adolescente.

Fonte: Estudo realizado pela autora da pesquisa.

O Comitê avaliou que as sugestões dadas pelos adolescentes não seriam relevantes a ponto de interferir ou dificultar a compreensão dos itens, visto que, em relação ao entendimento, os participantes não tiveram dúvidas, ou seja, mesmo expressando sugestões para modificações no formulário de inteligibilidade, os participantes assinalaram uma pontuação média máxima para instrução 20 (DP= 0,00) e para itens 18,90 (1,19). Portanto, de forma consensual, o comitê definiu que não seria necessário realizar alteração no conteúdo dos itens.

5.2 Validade Fatorial Confirmatória

Seguindo os resultados encontrados em outros estudos, foi testado um modelo unifatorial para os itens de FSII-Br na amostra de adolescentes. No primeiro modelo, os escores padronizados foram estatisticamente significantes e variaram de 0,76 (item 5) a 0,89 (item 4). O resultado do qui-quadrado (X^2) foi de 60,86 (DF = 5) ($X^2/DF = 12,17$), com RMSEA = 0,13. Devido ao escore alto de X^2/DF , realizou-se uma análise do índice de ajuste sugerido para aperfeiçoar o modelo. O índice de ajuste indicou uma covariância entre o item 02 (quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?) e 05 (quantas vezes você desejou não existir?), que resultou em uma diminuição de 51,16 pontos no qui-quadrado. A covariância entre esses erros foi adequada, pois ambos os itens investigam pensamentos relacionados ao desejo de morte sem planejamento. O novo modelo apresentou um resultado do qui-quadrado de 9,70 (DF = 4) ($X^2/DF = 2,43$), com RMSEA < 0,05. No segundo modelo, os escores padronizados foram estatisticamente significativos para todos os itens (item 1 = 0,89; item 2 = 0,89; item 3 = 0,88; item 4 = 0,95; item 5 = 0,85), apresentando índice de erro abaixo 0,28 (item 5). Também demonstrou Normed Fit index = 0,99 e Índice de Ajuste Comparativo = 0,99. O índice de consistência interna Alfa de Cronbach foi de 0,90. Para NFI e CFI, valores acima de 0,95 indicam um bom ajuste do modelo, enquanto a RMSEA deve ser inferior a 0,05 (Bentler, 1990; Hu & Bentler, 1999).

5.3 Validade convergente e estabilidade temporal

Na análise de validade convergente, realizada por meio do cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* entre os escores do CDI e FSII-Br, foi encontrada uma correlação positiva significativa ($r = 0,70$, $p < 0,001$) que explica 49% da variância expressa no instrumento que avalia sintomas depressivos.

A estabilidade temporal foi realizada pela correlação de *Pearson*. A média da pontuação do tempo um foi de 9,77 (DP: 5,55) e no tempo dois 9,52 (5,82). O coeficiente de correlação foi de $r = 0,78$ ($p < 0,001$).

5.4 Análise de fatores associados

A tabela 3 exibe características de fatores associados à ideação suicida encontrados neste estudo. Relativo ao sexo encontrou-se uma diferença significativa, na qual a média de respostas do grupo feminino ($X = 10,61$, $DP = 5,82$) foi estatisticamente superior ao grupo masculino ($X = 7,96$, $DP = 4,63$) ($t = 6,48$, $p < 0,001$). Com relação à idade, a análise de variância [$F(6,619) = 2,24$, $p = 0,04$] com *pos hoc* de Bonferroni indicou que o grupo de 16 anos (média = 10,91; $DP = 5,76$) possui escores significativamente ($p < 0,01$) maiores do que o de 13 anos (média = 8,28; $DP = 4,79$). Houve uma diferença significativa nos escores do FSII-Br de participantes que relataram transtorno mental ao longo da vida ($X = 12,95$, $DP = 6,47$) em comparação com os que não relataram transtorno mental ($X = 8,93$, $DP = 5,03$) ($t = 6,58$, $p < 0,001$). Também houve diferença significativa nos escores do FSII-Br entre participantes que declararam transtorno mental nos últimos 12 meses ($X = 13,18$, $DP = 6,44$) e os que relataram não terem tido transtorno mental nos últimos 12 meses ($X = 8,98$, $DP = 5,07$) ($t = 6,12$, $p < 0,001$). Além disso, 38,70% dos participantes apresentaram, através da pontuação no CDI, alta sintomatologia depressiva, destes 13,84% indicaram a presença de ideação suicida no último ano. Dos participantes que não apresentaram sintomatologia depressiva alta (58,30%) 7,12% tiveram ideação suicida no último ano. A diferença das médias obtidas no FSII-Br é significativamente maior para adolescentes com alta sintomatologia depressiva ($CDI \geq 17$) ao comparar com adolescentes com baixa sintomatologia ($t(605) = 17,77$; $p < 0,001$). A diferença entre a escolaridade da mãe e o resultado médio em ideação suicida nos adolescentes não foi significativa [$F(6,602) = 0,377$, $p = 0,89$].

Tabela 3 - Características de fatores associados à ideação suicida encontrados na amostra

Variável	Freq. Porc.	FSII-BR	Estatística
Sexo			
Masculino	199 (31,80%)	7,96 (4,63)	T=6,48***
Feminino	427 (68,20%)	10,61 (5,82)	
Idade			
12	63 (10,10%)	9,49 (5,60)	F=2,24**a
13	91 (14,50%)	8,28 (4,79)	
14	101 (16,00%)	10,36 (6,44)	
15	120 (19,00%)	9,63 (5,40)	
16	126 (20,10%)	10,91 (5,76)	
17	121 (19,30%)	9,63 (5,30)	
18	22 (3,50)	9,18 (5,28)	
Transtorno mental (vida)			
Não	462 (73,80%)	8,93 (5,03)	T = 6,58***
Sim	131 (20,90%)	12,95 (6,47)	
Omissos	33 (5,30%)		
Transtorno mental (12 meses)			
Sim	100 (16,0%)	13,18 (6,44)	T = 6,12***
Não	463 (74,0%)	8,98 (5,07)	
Omissos	63 (10,10%)		
Alta sintomatologia depressiva (CDI\geq17)			
Sim	242 (38,70%)	13,84(5,91)	T = 6,724***
Não	365 (58,30%)	7,12(3,39)	
Omissos	19(3,00%)		

Nota: *p<0,05; ***p<0,001; **a Teste pos hoc de Bonferroni indicou que o grupo de 16 anos possui escores significativamente maiores do que o de 13 anos.

Fonte: Estudo realizado pela autora da pesquisa.

A fim de analisar as diferenças entre a presença e a ausência de ideação suicida, foram formados dois grupos de acordo com os escores obtidos do FSII-Br. O primeiro grupo foi composto por aqueles participantes que pontuaram até cinco no FSII-Br (177, 31,72%) (grupo sem ideação suicida) e o segundo por aqueles que pontuaram acima de cinco (381, 68,28%) (grupo com ideação suicida). A tabela 4 relata o *odds ratios*, intervalos de confiança e níveis de significância para o modelo de ideação suicida. Os resultados mostram que sexo (*odd ratio* = 3,11, 95% CI = 2,11-4,59, $p < 0,001$), divórcio dos pais (*odd ratio* = 1,73, 95% CI = 1,12-2,67, $p < 0,05$) e presença de transtornos mentais (*odd ratio* = 2,61, 95% CI = 1,44-4,75, $p < 0,01$) está positivamente relacionados com a ideação suicida nos últimos 12 meses. A idade do participante não foi um preditor de ideação suicida.

Tabela 4 - Variáveis associadas à ideação suicida nos últimos 12 meses de acordo com a análise de regressão logística (n =558).

Variável	Efeitos principais do modelo	
	OR	95% CI for OR
Sexo (homem vs. mulher)	3,11***	2,11-4,59
Idade	-	0,95-1,18
Divórcio dos pais (não vs. sim)	1,73*	1,12-2,67
Transtorno mental (não vs. sim)	2,61**	1,44-4,75

Nota: Para as variáveis categóricas, a razão de chances de ideação suicida é a segunda categoria listada na variável; OR = Probabilidade da Relação; CI = Confiança do Intervalo; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5.5 Perfil de resposta do FSII-Br

A soma dos escores total do FSII-Br apresentou uma variância entre cinco (31,00%), o que significa ausência completa de ideação suicida, e 25 (2,60%). A média da soma dos escores obtidos no FSII-Br foi de 9,76 (DP=5,63). Dez por cento da amostra assinalou 15 ou mais pontos e sete por cento apresentou mais de 20 pontos na soma dos escores do FSII-Br.

A Tabela 5 apresenta as médias e desvios padrões obtidos em cada item do FSII-Br e a frequência de respostas positivas para ideação suicida de acordo com o sexo dos participantes. No primeiro item, 21,10% dos participantes do sexo masculino relataram ter pensado em se machucar no último ano, enquanto que no grupo do sexo feminino esse número foi de 42,60% ($t(624) = 4,86$; $p < 0,001$). No item dois, 34,20% dos meninos e 59,70% das meninas afirmaram que no último ano não valia a pena viver ($t(624) = 5,62$; $p < 0,001$). Ao indagar o terceiro item: “Durante o último ano, quantas vezes você se perguntou o que teria acontecido

se tivesse acabado com sua vida?”, foi encontrado, entre os adolescentes, um percentual de 33,70% masculino e 53,90% feminino ($t(624) = 4,48$; $p < 0,001$). No quarto item, 21,10% dos meninos e 35,60% das meninas pensaram em cometer suicídio no último ano ($t(624) = 3,55$; $p < 0,001$). No quinto e último item, 36,70% dos meninos relataram ter desejado não existir no último ano, enquanto 67,40% das meninas fizeram o mesmo relato ($t(624) = 6,54$; $p < 0,001$). O índice de ideação suicida encontrado nesta amostra foi de 69% sendo 51,30% para o sexo masculino e 77,30% para o sexo feminino. As médias calculadas em cada item e na somatória obtida nos escores do FSII-Br foram todas significativamente maiores para as meninas quando comparadas às medias dos meninos. O grupo feminino respondeu com maiores escores em todos os cinco itens do questionário.

Tabela 5 - Média (DP) e Frequência (porcentagem) de respostas positivas para ideação suicida de acordo com o sexo do participante

Item	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total		Estatística
	Média (DP)	Frequência*	Média (DP)	Frequência*	Média (DP)	Frequência*	
01 (Durante o último ano, quantas vezes você pensou em se machucar?)	1,38 (0,84)	21,10%	1,83 (1,22)	42,60%	1,69 (1,14)	35,80%	T= 4,86**
02 (Durante o último ano, quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?)	1,66 (1,15)	34,20%	2,28 (1,41)	59,70%	2,08 (1,36)	51,60%	T= 5,62**
03 (Durante o último ano, quantas vezes você se perguntou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?)	1,73 (1,22)	33,70%	2,24 (1,46)	53,90%	2,08 (1,41)	47,40%	T= 4,48**
04 (Durante o último ano, quantas vezes você pensou em cometer suicídio?)	1,38 (0,86)	21,10%	1,67 (1,11)	35,60%	1,58 (1,05)	31,00%	T= 3,55**
05 (Durante o último ano, quantas vezes você desejou não existir?)	1,81 (1,30)	36,70%	2,60 (1,53)	67,40%	2,35 (1,51)	57,70%	T= 6,54**
Total	7,96 (4,63)	51,30%	10,61 (5,82)	77,30%	9,76 (5,63)	69,00%	T=6,48**

Nota: * Frequência de resposta acima de 1, indicando presença de ideação suicida; ** p < 0,001

6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou adaptar, para uso em adolescentes, a versão brasileira do FSII-Br. Para tanto, investigou-se as propriedades psicométricas do instrumento aplicado em uma amostra de pessoas com idade entre 12 e 18 anos. Foram encontradas evidências de validade e confiabilidade, tornando o instrumento uma ferramenta útil à triagem e à pesquisa. Além disso, o FSII-Br foi aplicado em uma amostra de 626 adolescentes escolares mostrando que sexo, idade, e presença de transtornos mentais estão relacionados à ideação suicida nos últimos 12 meses.

O FSII é um instrumento que foi desenvolvido na atualidade e apresenta propriedades psicométricas robustas em grupos de diferentes culturas e idades. No estudo original a ferramenta demonstrou uma redução de apenas um fator e evidência de consistência interna para quatro amostras internacionais distintas, Estados Unidos, Turquia, Hungria e China. Além disso, demonstrou confiabilidade e validade de construto em relação à amostra dos Estados Unidos (Chang & Chang, 2016). Estes resultados preliminares se confirmaram no segundo estudo desenvolvido na Hungria onde foi realizado um estudo de adaptação do instrumento. Os resultados confirmaram o modelo de um fator que explica a variância e os excelentes resultados de validade de construto e confiabilidade (Chang et al., 2016). No Brasil, também foi confirmado o modelo de um fator e o instrumento apresentou evidências de consistência interna, de validade convergente e de estabilidade (Teodoro, submetido).

O cenário atual retrata um alto índice de mortes por suicídio na adolescência, não obstante, marcado de investimentos governamentais em ambas as áreas, como nunca visto. Há uma urgência no estabelecimento e conduções de práticas eficazes que possam preservar essas vidas. Para tanto, é necessário que as pesquisas sejam desenvolvidas e que estas contribuam para formulação de estratégias de prevenção e intervenção eficazes. Um dos primeiros passos para atingir o objetivo almejado é contar com instrumentos para avaliar o risco de suicídio, que seja de qualidade e eficiente na demarcação dos sintomas. O FSII-Br, por exemplo, fornece informações relevantes quanto à frequência de ideação suicida. Sendo assim, de posse destes dados, é possível mensurar a gravidade dos sintomas apresentados. É primordial que os instrumentos selecionados para avaliação de construtos psicológicos sejam embasados em estudos que utilizam métodos de adaptação e validação preconizados pela ciência atual. Uma vez que escolha do instrumento vai definir a qualidade dos resultados encontrados em relação ao comportamento suicida, podendo balizar a prática em relação a estes sintomas.

A primeira fase de adaptação do FSII- Br para adolescentes foi realizada com dez adolescentes, verificando-se a adequação do vocabulário expresso nos itens, a compreensão das instruções e a forma de pontuação. O instrumento mostrou-se adequado e com clareza de linguagem para a aplicação na faixa etária específica. Todos os participantes compreenderam corretamente as instruções, os itens e a pontuação da escala *Likert*, mesmo sugerindo modificações. Desta forma, o comitê considerou desnecessário realizar alterações no conteúdo do instrumento que foi traduzido anteriormente para a faixa etária entre 17 e 66 anos, devido à simplicidade da escrita dos itens presente nesta tradução. A facilidade de compreensão dos itens pelos adolescentes era, de certa maneira, esperada, já que a construção dos itens da FSI é simples e direta, o que facilita o entendimento. A adaptação de instrumento para uso em diferentes populações tem sido amplamente utilizada. As pesquisas nesta área estão sendo incentivadas devido à necessidade de se fomentar o uso de instrumentos que possuam evidências de validade, confiabilidade e precisão. O processo de adaptação é amparado pelo *International Test Commission ITC* (2017).

Na investigação das propriedades psicométricas do instrumento, a Análise Fatorial Confirmatória resultou em uma única variável latente, estando em concordância com estudos anteriores, que também encontraram um modelo unifatorial em amostras brasileira (Teodoro et.al., submetido), americana (Chang & Chang, 2016) e húngara (Chang et al., 2016). Este recurso é utilizado para confirmar uma hipótese preconcebida sobre a distribuição dos dados, fornecendo informações que indicam se o construto está bem representado (Pasquali, 2010). O único fator encontrado na escala indica que, tanto para adultos quanto para adolescentes, o FSII-Br avalia apenas um construto: a frequência de ideação suicida. Por ser unifatorial, o FSII-Br torna-se um instrumento prático, simples e preciso na condução da avaliação. Chang e Chang, (2016) destacam a relevância do FSII na avaliação da frequência da ideação suicida tanto na pesquisa quanto na clínica. Na comparação com outros dois instrumentos que medem o mesmo construto, *Suicidal Behavior Questionnaire- Revised SBQ-R* (Osman et al. 2001) e *Adult Suicidal Ideation Questionnaire ASIQ* (Reynolds, 1991) o FSII demonstrou características de precisão significativamente maior ao mensurar a presença deste fenômeno. Esta característica também foi encontrada no estudo com amostra brasileira realizado por Teodoro, et al. (submetido). Este aspecto é fundamental na avaliação, pois possibilita verificar gradações no comportamento suicida.

Na avaliação da validade convergente foi necessário lançar mão de um inventário que mede um construto similar, pois não foi encontrado na literatura, um instrumento “padrão ouro” existente e válido que avaliasse a ideação suicida na faixa etária em questão. A

correlação encontrada entre o FSII-Br e o CDI foi positivamente significativa, explicando 49% da variância em comum. A covariância entre os dois instrumentos indica que o FSII-Br é um bom representante do traço latente expresso pelo comportamento (Pasquali, 2010). Significa que a ideação suicida medida pelo FSII-Br, está relacionada, empiricamente, com medidas de depressão conforme indicam alguns teóricos (OMS, 2014; Moreira & Bastos, 2015; Wenzel et al., 2010; Botega, 2015).

A consistência interna da escala total FSII-Br medida pelo Alpha de Cronbach pode ser considerado alta (0,90). Indicando que os itens do instrumento avaliam o mesmo construto pois há uma homogeneidade entre eles. Uma predição de consistência interna baixa pode ser indicativa que o instrumento mede construtos diferentes, e sendo assim é considerado inconsistente (Souza et al., 2017). Resultados altos de consistência interna também foram observados nos estudos anteriores com o FSII, realizados com amostras distintas (Chang & Chang, 2016; Chang et al., 2016; Teodoro et al., submetido). Isso indica que o conjunto de itens é de alta qualidade ao representar o construto.

Na análise de validade temporal, foi realizada a correlação de *Pearson* entre a primeira e a segunda testagem em uma subamostra de 104 adolescentes, o coeficiente de correlação foi de $r = 0,78$ ($p < 0,001$). Tal valor foi semelhante ao encontrado no estudo de validação para adultos $r = 0,76$ ($p < 0,001$). Sendo assim, o instrumento demonstrou estabilidade do construto ao ser aplicado em dois momentos distintos, por meio da consistência das respostas em tempos diferentes.

Ao avaliar os fatores associados à ideação suicida, verificou-se uma diferença significativa entre os sexos. Nos cinco itens e na somatória total do FSII-Br as meninas apresentaram escores significativamente maiores que os meninos. O presente estudo corrobora com as informações da literatura especializada, que aponta adolescentes do sexo feminino com maiores taxas de ideação suicida que adolescentes do sexo masculino. Souza et al. (2010) encontraram uma probabilidade 47% maior em adolescentes do sexo feminino ao relatarem ideação suicida em relação aos jovens do sexo masculino. Outros estudos incluídos na revisão sistemática realizada por Moreira e Bastos (2015) também retratam essa realidade. Uma das explicações para esse fato está na cultura, visto que meninos e meninas são condicionados socialmente a lidarem de formas diferentes com emoções, conflitos e estresse (WHO, 2014). Ser do sexo feminino é considerado fator de risco para ideação suicida (Souza et al., 2010; Botega et al., 2009; Borges et al., 2008; Borges & Werlang, 2006b).

A variação do índice de ideação suicida entre as idades também foi ao encontro da literatura atual, demonstrando uma diferença significativa em escores maiores no grupo com

16 anos ao comparar com adolescentes do grupo com 13 anos. Estudos demonstram que a idade aproximada de 15 anos é considerada crítica para manifestações de comportamento suicida, devido às próprias transformações que são comuns à adolescência (Araújo et al., 2010; Borges & Werlang, 2006; Reinherz et al., 1995).

Outro fator relacionado à ideação suicida na adolescência é a presença de transtornos mentais (Moreira & Bastos, 2015). No presente estudo, o grupo que relatou a presença de transtorno mental ao longo da vida e nos últimos 12 meses apresentou escores de ideação suicida significativamente maior. Pesquisas apontam a alta associação entre ideação suicida, depressão, ansiedade e bipolaridade (Jatobá & Bastos, 2007; Botega et al., 2009; Ores et al., 2012). Dados quantitativos obtidos pelo CDI reforçam esta correlação ao apresentarem uma diferença significativa entre o grupo com alta sintomatologia depressiva e as médias de respostas no FSII-Br, e o grupo que não apresenta sintomatologia depressiva e suas médias no FSII-Br. A média mais alta no FSII-Br implica maior gravidade dos sintomas suicidas. A depressão é um transtorno mental e está altamente associada ao surgimento de comportamento suicida (WHO, 2014; Wenzel et al., 2010). Os dados encontrados estão de acordo com resultados de estudos anteriores (Nock et al., 2013; Moreira & Bastos, 2015), endossando que a presença de transtorno mental é fator de risco para o surgimento da ideação suicida. Tendo em vista a maior susceptibilidade do adolescente ao surgimento de transtornos mentais e que na adolescência a presença destes distúrbios é considerada um fator de risco para o surgimento da ideação suicida (Moreira & Bastos, 2015), reforça-se a necessidade de atentar-se para os sintomas que emergem nesta faixa etária como forma de enfrentamento a esse problema de saúde pública. Os dados encontrados demonstram que sexo, idade e a presença de transtorno mental, como a depressão, estão positivamente relacionados com a ideação suicida nos últimos 12 meses.

A análise do FSII-Br realizada pelo cálculo da regressão logística mostrou que ao avaliar a ideação suicida no último ano, entre adolescentes, o modelo testado possui resultados significativamente compatíveis com a literatura atual em relação ao sexo, divórcio dos pais e transtorno mental. Entre as adolescentes do sexo feminino foi verificado que existe uma relação significativa de 3,11 maior chance de apresentar ideação suicida que os adolescentes do sexo masculino. Este é um dado que vai tanto ao encontro das estatísticas nacionais e mundiais quanto aos dados da literatura atual (Ministério da Saúde, 2017; OMS, 2017). Outro exemplo que confirma essa estatística é o estudo realizado por Wang et al, (2011) com adolescentes taiwaneses com idade entre 15 e 19 anos. O referido estudo buscou avaliar, em 577 estudantes do ensino médio, fatores de risco e de proteção para ideação

suicida. Para tanto, o estudo utilizou a adaptação de um item do questionário *Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBS)* (*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*, n.d.), a saber, o questionamento "Durante os últimos 12 meses, você já pensou seriamente em tentar suicídio?". Este item foi pontuado como não (0 ponto) ou sim (1 ponto). Os resultados apontaram para uma relação significativa entre a ideação suicida e o sexo do participante (sexo feminino; *odd ratio* = 2,50). O sexo feminino foi considerado risco importante para ideação suicida nesta amostra. Esta associação também foi constatada por Souza et al, (2010) em um estudo que buscou avaliar a prevalência de ideação suicida e os fatores associados em uma amostra de 960 adolescentes da cidade de Pelotas (RS) com idade entre 15 e 18 anos. Para medir a ideação suicida foi utilizado o item 17 ("Tens tido a ideia de acabar com a vida?") do *Self Reporting Questionnaire SRQ-20*, instrumento para avaliação de transtornos psiquiátricos menores (Mari e Williams, 1986). O resultado demonstrou uma associação significativa entre ideação suicida e sexo feminino (*odd ratio*= 1,64 IC 95% 1,00 a 2,69).

Entre os adolescentes que têm pais divorciados a presença de ideação suicida foi 1,73 vezes maior comparado aos adolescentes que não possuem pais separados. Este dado também está em ressonância com a literatura atual como o de Wang et al. (2011), supracitado, que também encontraram uma relação maior entre a ideação suicida e adolescentes filhos de pais separados (*odd ratio* = 1,78). Kokkevi, Rotsika, Arapaki, & Richardson (2010) e Prieto e Tavares (2005) verificaram que adolescentes que não estavam vivendo com ambos os pais apresentavam em maior risco para o comportamento suicida. Braga e Dell'Aglio (2013) constataram que o suporte social e familiar adequado ao adolescente com ideação suicida, pode ser vital na prevenção do agravamento contínuo de sintomas relacionados ao comportamento suicida, sendo considerado um fator protetor ao suicídio.

Já em relação aos transtornos mentais, foi verificado que aqueles participantes, cujos pais relataram a presença de transtorno mental, indicaram uma associação 2,61 vezes maior com a ideação suicida comparado ao grupo que não houve relato de transtorno mental. A Literatura atual indica uma relação positiva e significativa entre a ideação suicida e a presença de transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2017; OMS, 2017; Nock et al, 2013; Ores et al, 2012; Perez-Olms, 2012; Wang, 2011). Nock et al. (2013) realizaram um estudo com 6483 adolescentes entre 13 e 18 anos e constataram que a maioria dos adolescentes que apresentaram ideação suicida também cumpriam critérios de pelo menos um transtorno mental descrito no DSM IV (APA, 1994). Os resultados apontam que houve uma relação significativa entre as tentativas de suicídio e os seguintes transtornos mentais: transtorno de

estresse pós-traumático, transtorno depressivo maior, transtorno desafiador opositor, transtorno alimentar e transtorno bipolar.

Em se tratando do perfil de variância de respostas ao FSII-Br encontrado entre os adolescentes deste estudo, os resultados obtidos na pontuação total variaram entre cinco (31,00%) e 25 (2,60%). Indicando que 2,60% (16 participantes) atingiram o escore máximo da escala (25). Significa que estes participantes assinaram em todos os itens do FSII-Br uma frequência de pensamentos suicidas quase todos os dias nos últimos 12 meses. A variância atingiu níveis maiores de frequência de ideação suicida, quando comparado com os dados encontrada no estudo brasileiro realizado com 946 participantes com idade entre 17-66 anos. Usando o mesmo instrumento o resultado da variância foi entre cinco (48,80%) e 23 (0,30%) pontos (Teodoro et. al., submetido).

A média de pontuação no FSII-Br obtida pelos adolescentes (9,76, DP=5,63) também foi maior quando comparada com os três estudos anteriores realizados com o mesmo instrumento. No estudo brasileiro foi encontrada uma média de 6,92 (DP = 3,08) (Teodoro et. al., submetido). No estudo húngaro, foi encontrado uma média de 7,04 (DP=3,39) (Chang et al., 2016). Já no estudo americano de desenvolvimento do FSII a média de respostas ao instrumento foi de 6,35 (DP= 3,26). O alto índice pode explicado pelos fatores associados a esse período de desenvolvimento humano. A adolescência é marcada por modificações biológicas, fisiológicas, psicológica e sociais. O sujeito vivencia diferentes desafios que são capazes de gerar novas habilidades, problemas, angústias ou conflitos. Neste sentido é comum que ocorram dificuldades de lidar com as demandas sociais impostas aos adolescentes, o que resulta num aumento relevante de comportamentos suicidas entre os jovens (Steinberg, 2000; Araújo, Vieira & Coutinho, 2010). (WHO, 2014).

Em relação a frequência de ideação suicida, dez por cento da amostra apresentou 15 ou mais pontos e, sete por cento mais de 20 pontos na soma dos escores do FSII-Br. Enquanto no estudo brasileiro com adultos foi verificado que 10% da amostra apresentava mais de dez pontos no FSII-Br (Teodoro et al, submetido). A frequência de pensamentos suicidas está associada ao maior risco para o autoextermínio. Sendo assim, escores totais mais altos estão associados a maior frequência de ideação suicida nos últimos 12 meses.

Ao analisar as respostas em cada item do FSII-Br constatou-se que a presença de ideação suicida foi relatada em porcentagens elevadas principalmente pelo sexo feminino, como no item 2 (“Durante o último ano, quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?”), 34,20% dos meninos manifestaram e mais da metade das meninas 59,70, apresentaram esse pensamento suicida. Outro exemplo está no item 05 (“Durante o último

ano, quantas vezes você desejou não existir?”), 36,70% dos meninos pontuaram para ideação suicida enquanto 67,40% das meninas tiveram o mesmo desejo. Ressalta-se que esta diferença também pode estar relacionada com a maior vulnerabilidade, presente no sexo feminino, de desenvolver transtornos como depressão e ansiedade e estes influenciam fortemente a ideação suicida (Moreira & Bastos, 2015). O índice de ideação suicida encontrado na amostra também apresentou diferença entre os sexos, 51,30% dos adolescentes do sexo masculino e 77,30% das adolescentes do sexo feminino relataram ideação suicida no último ano. É importante ressaltar que em todos os itens e no escore total a diferença foi significativamente maior para o sexo feminino.

O índice de ideação suicida encontrado nesta amostra foi de 69%, esta frequência é maior quando comparado com outros estudos. Na revisão sistemática feita no ano de 2015 por Moreira e Bastos, a taxa de ideação suicida em adolescentes escolares brasileiros, encontrada em 11 estudos ficou entre 31,9% a 36,0%. É importante destacar, que os cinco estudos citados nesta revisão foram feitos com adolescentes escolares da região sul do Brasil, localidade conhecida pela ocorrência de alto número de suicídios. As taxas maiores encontradas ao aplicar o FSII-Br em adolescentes neste estudo têm uma hipótese explicativa que decorre da especificidade de cada instrumento utilizado nos estudos citados. Cada ferramenta de avaliação da ideação suicida pode ter sensibilidade diferente ao mensurar o mesmo construto. Este fato pode estar atrelado ao índice de ideação suicida encontrado na amostra de adolescentes brasileiros, visto que FSII-Br apresentou em dois estudos, maior sensibilidade ao avaliar este construto (Chang et al., 2016; Teodoro et al. submetido).

Tendo em vista a problemática exposta, fica evidente a relevância atual da identificação do comportamento suicida e, a urgência em se fomentar programas de prevenção e intervenção para adolescentes, principalmente, do sexo feminino. Wang et al. (2011) sugerem que sejam despendidos esforços em busca de propiciar entre os escolares, o desenvolvimento de fatores protetores como a autoestima, regulação emocional e habilidades para lidar com estresse e depressão. Chamam a atenção também para importância da criação de programas *antibullying* e de redução dos comportamentos suicidas.

O FSII-Br é um instrumento de avaliação breve e de fácil aplicação. O estudo de adaptação e propriedades psicométricas deste instrumento para adolescentes foi embasado nas diretrizes científicas preconizadas para adaptação de instrumentos. A versão para adolescentes do FSII-Br apresentou evidências empíricas de adequação, validade Fatorial Confirmatória, validade convergente, confiabilidade e estabilidade temporal. Os resultados ancoram a robustez do instrumento para uso tanto na pesquisa quanto na clínica. Este estudo objetivou

contribuir com a literatura especializada no que concerne à viabilização de uma ferramenta baseada em evidências psicométricas de qualidade e eficácia, para rastrear a presença de ideação suicida em adolescentes com idade entre 12 e 18 anos. As variáveis sexo, divórcio dos pais e presença de transtornos mentais foram associadas à ideação suicida nos últimos 12 meses. Outras pesquisas devem ser realizadas para investigar a aplicabilidade do FSII-Br em outros grupos.

7 CONCLUSÃO

A versão adaptada do FSII-Br para adolescentes mostrou boas propriedades psicométricas, o que valida a aplicabilidade do instrumento em âmbito de triagem ou pesquisa. Disponibilizar esta ferramenta no Brasil é muito importante para os profissionais da área clínica e pesquisadores em saúde mental, visto que o FSII-Br se mostrou eficiente na avaliação da ideação suicida. O instrumento também se destaca por ser de fácil e rápida aplicação.

Alguns fatores corroboram para a asserção da aplicabilidade e validade do instrumento FSII-Br em adolescentes. Inicialmente é importante ressaltar que a amostra deste estudo foi derivada de várias escolas e contou com um número significativo de participantes, distribuídos por faixas etárias em números equivalentes de adolescentes. Outros aspectos relevantes estão relacionados aos resultados obtidos através do grupo focal, realizado para o processo de inteligibilidade e a relevância das evidências de propriedades psicométricas de validade e confiabilidade obtidos neste estudo e estudos anteriores.

É importante ressaltar que o FSII vem apresentando um padrão de qualidade ao se tratar de validade e confiabilidade do instrumento em diversas populações (Chang & Chang, 2016; Chang et al., 2016; Teodoro, submetido). Este fato pode ser evidenciado através dos resultados equivalentes nos estudos de análises fatoriais realizados em todas as pesquisas com este instrumento. O modelo unifatorial é unânime e explica a variância através da retenção de uma alta carga fatorial, identificada como a frequência de ideação suicida. O FSII-Br é uma medida eficaz para ser implementada na avaliação da ideação suicida em adolescentes.

No entanto, este estudo possui algumas limitações. A amostra foi composta por escolares do ensino fundamental e médio com idade entre 12 e 18 anos. Este público foi selecionado devido à relevância do fenômeno suicídio na faixa etária que envolve a adolescência, visto que os números são alarmantes e o suicídio ocupa a segunda posição em causa de morte nesta faixa etária (WHO, 2016). Esta escolha implica em uma limitação para

generalização dos resultados para faixas etárias diferentes da selecionada neste estudo, apesar de já existir validação que abrange pessoas entre 17 e 66 anos. Outro ponto é o fato de o estudo ter sido realizado com amostra não clínica.

Devido à necessidade atual discutida ao longo desta dissertação, outras pesquisas devem ser realizadas para investigar a aplicabilidade do FSII-Br em outras faixas etárias, diagnósticos clínicos, populações e níveis educacionais. Este instrumento possui evidências científicas de características práticas e eficazes na identificação da ideação suicida. Por meio do uso desta ferramenta, de fácil e rápida aplicação e correção é possível acessar informações sobre a frequência e a gravidade da ideação suicida (Chang & Chang, 2016; Chang et al., 2016; Teodoro et al., submetido).

8 REFERÊNCIAS

- Alexandre, N. M. C., & Coluci M. Z. O. (2011, jul.). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc. Saúde Coletiva*, 16(7):3061-3068. Doi: 10.1590/S1413-81232011000800006.
- Amado, DM, Beamon, DA e Sheehan, DV (2014). Validação Linguística das Versões Pediátricas da Escala de Rastreamento de Suicidalidade de Sheehan (S-STSS). *Inovações em neurociência clínica, 11* (9-10), 141-163. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4267790/>
- Araújo, L. C., Vieira, K. F. L. & Coutinho, M. P. L. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psicologia – USF*, 15 (1), 47-57. doi:10.1590/S1413-82712010000100006
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4 ed. revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *The American Journal of Psychiatry*, 160(11):1–60.
- Barros, A. P. R., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Castanha, A. R. (2006, Jan/Mar) As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estud. Psicol.*, 2 (1):19-28. Doi:10.1590/S0103-166X2006000100003.
- Beck, A. T. (1986). Desespero como um preditor de eventual suicídio. *Anais da Academia de Ciências de Nova York*, 487, (pp. 90-96). Nova Iorque: EUA.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Consult Clin Psychol.* 44(4):499–505. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3170753>.
- Belsky, J. (2010). *Desenvolvimento humano: Experienciando o ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological bulletin*, 107(2):238-246. Doi:10.1037/0033-2909.107.2.238.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1, 181-185.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006a). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3): 345-351. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=456957&indexSearch=ID>.

- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006b). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 a 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2):195-209. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/362/36270204.pdf>.
- Borges, V. R., Werlang, B. S. G., & Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, 28:109-123. Doi:10.17058/barbaroi.v0i0.192.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J., Marín-León, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B. A., Silva, V. F., & Dalgalarrodo, P. (2009). Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(12):2632-2638. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=538400&indexSearch=ID>.
- Braga, L. L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contexto Clínico* 6(1):2-14. Doi: 10.4013/ctc.2013.61.01.
- Carvalho, C. B., Nunes, C., Castilho, P., da Motta, C., Caldeira, S., & Pinto-Gouveia, J. (2015). Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the Impulse, Self-harm and Suicide Ideation Questionnaire for Adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Research*, 227(2-3), 238–245. Doi:10.1016/j.psychres.2015.01.031
- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C. M., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescência. In L.F. Habigzang, E. Diniz, & S.H. Koller (orgs.), *Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica*. (17-27) Porto Alegre: Artmed.
- Chang, E. C., & Chang, O. D. (2016). Development of the frequency of suicidal ideation inventory: Evidence for the validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. *Cognitive Therapy and Research*, 40 (4):549-556. Doi: 10.1007/s10608-016-9758-0.
- Chang, E. C., Chang, O. D., Martos, T., Sallay, V., Najarian, A. S. M., & Lee, J. (2016). Validity of the frequency of suicidal ideation inventory in Hungarian adults. *Death studies*, 41(4):236-240. Doi:10.1080/07481187.2016.1244226.
- Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani D. (2015, mar): Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 20(3):925-36. Doi:10.1590/1413-81232015203.04332013.
- Coric, V., Stock, E. G., Pultz, J., Marcus, R., & Sheehan, D. V. (2009). Sheehan Suicidality Tracking Scale (Sheehan-STS): preliminary results from a multicenter clinical trial in generalized anxiety disorder. *Psychiatry (Edgmont)*, 6(1):26-31. Recuperado de [https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds\[\]=citjournalarticle_111241_33](https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds[]=citjournalarticle_111241_33).

- Eaton, D. K., Kann, L., Kinchen, S., Shanklin, S., Ross, J., Hawkins J., ... Wechsler, H. (2008). Youth risk behavior surveillance-United States, 2007. *MMWR Surveil Summ*, 57(4):1-131. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18528314>.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M. Á., ... Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 11(2), 76–85. doi:10.1016/j.rpsm.2017.07.004
- Fountoulakis, K. N., Pantoula, E., Siamouli, M., Moutou, K., Gonda, X., Rihmer, Z., ... Akiskal, H. (2012). Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 449–457. doi:10.1016/j.jad.2011.12.045
- Friedman, J. M., Harkavy, J. M., & Asni, G. M. Assessment of suicidal behavior: a new instrument. *Psychiatric Annals*, 1989; 19(7):382-7.
- Fremouw, W. L., Strunk, J. M., Tyner, E. A., & Musick, R. (2009). Adolescent Suicide Assessment Protocol.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2011). O estado da criança no mundo em 2011. Nova Iorque: EUA. Recuperado de www.unicef.org/sowc2011.
- Goldston, D., Daniel, D., Reboussin, B., Reboussin, D., Frazier, P. (2000). Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study. *Under editorial review*.
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L. D., & Barreira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2):66-70. Recuperado de <https://bdpi.usp.br/item/001269179>.
- Gonçalves, A. M., Freitas, P. P., & Sequeira, C. A. C. (2011). Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: Fatores de risco e de proteção. *Millenium*, 40:149-159. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4049679>.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44:345-349. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=306943&indexSearch=ID>.
- Hair Junior, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tathan, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. (6 ed.). Porto Alegre: Bookman. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49095/9789275719985-por.pdf>.
- Harkavy Friedman, J. M., & Asnis, G. M. (1989). *Assessment of suicidal behavior: A new instrument*. *Psychiatric Annals*, 19(7):382-387. Doi: 10.3928/0048-5713-19890701-11.

- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1):1-55. Doi: 10.1080/10705519909540118.
- International Test Commission. (2017). The ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition). [www.InTestCom.org]. Recuperado de https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf.
- Jatobá, J. D. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *J. bras. psiquiatr.*, 56(3):171-179. Doi: 10.1590/S0047-20852007000300003.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., & Bedirhan Üstün, T. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6:168-176. Recuperado de <https://sci-hub.se/https://moh-it.pure.elsevier.com/en/publications/lifetime-prevalence-and-age-of-onset-distributions-of-mental-diso>.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of general Psychiatry*, 62(6):593-602. Doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Kokkevi, A., Rotsika, V., Arapaki, A., & Richardson, C. (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 8(2):1-5. Doi: 10.1093/eurpub/ckq160.
- Lei Federal 8069/1990*. (1990) Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado de...<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>.
- Lerech, M. M. F., Arias, A. F. G., Castrillon, J. J. C., Arias, C. F. H., Campoalegre, P. A. O., Cala, M. L. P., ... Garcia, L. M. Z. (2009). Riesgo suicida y factores relacionados en Estudiantes de 6° a 11° grado en colegios de la ciudad de Manizales (Colombia): 2007-2008. *Archivos de Medicina*, 9(2):110-122. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=544969&indexSearch=ID>.
- Malalagama, A. S., Tennakoon, S., & Abeyasinghe, D. R. R. (2018). Validation of Adolescent Suicide Assessment Protocol-20 (ASAP-20) to Sri Lankan adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*, 33, 11-17. Doi:10.1016/j.ajp.2018.02.016
- Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf.

- Ministério da Saúde. (2017). *Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico]* / Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf.
- Ministério da Saúde. (2017). Suicídio. Saber, agir e prevenir. *Boletim Epidemiológico*, 48(30): 1-15. Recuperado de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017025Perfilepidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>.
- Ministério da Saúde. (2019). DATASUS. Portal da Saúde. Recuperado de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
- Moreira, L. C. O., & Bastos, P. R. H. O. (2015). Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 19(3):445-453. Doi:10.1590/2175-3539/2015/0193857.
- Neufeld, C. B. (Org.). (2017) *Terapia cognitivo-comportamental para adolescents: Uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. Porto Alegre: Artmed.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 30(1):133-54. Recuperado de <https://academic.oup.com/epirev/article-abstract/30/1/133/621357>.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3):300-310. Doi:10.1001/2013.jamapsychiatry.55.
- Oleske, D. M. (2014). Epidemiology. In K. E. Cannon, & T. J. Hudzik (Eds.). *Suicide: phenomenology and neurobiology*. (pp.11-30). New York: Springer.
- Ores, L. C., Quevedo, L. A., Jansen, K., Carvalho, A. B., Cardoso, T. A., Souza, L. D. M., ... Silva, R. A. (2012). Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(2):305-312. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/09.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde. (2017). Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!) Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49095>.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). Suicídio. Recuperado de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., & Chiros, C. E. (1998). The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and Validation. *Psychological Reports*, 82(3):783–793. Doi:10.2466/pr0.1998.82.3.783.

- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4):443-454. Doi:10.1177/107319110100800409.
- Osman, Barrios, Gutierrez, et al., (2002) The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *J Pers Assess* 79: 512–30. Doi: 10.1207/S15327752JPA7903_07
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2013). Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência. In D. L., Papalia, & R. D. Feldman. *Desenvolvimento Humano*. 12 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Patterson W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatic*, 24(4):343-5, 348-9. Doi: 10.1016/S0033-3182(83)73213-5.
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry*, 124:460–469. Doi:10.1192/bjp.124.5.460.
- Pérez-Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E. E., De Castro, F., Leyva-López, A., & Chávez-Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intentos suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4):324-333. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=20657961&indexSearch=ID>.
- Pérez-Olmos, I., Cruz, D. L. T., Traslaviña, Á. L. V., & Ibáñez-Pinilla, M. (2012). Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1): 26–47. doi:10.1016/s0034-7450(14)60067-6
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: Incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2):146-154. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=438306&indexSearch=ID>.
- Portaria nº 1.886*. (14 de agosto de 2006). Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html.

- Portaria nº 3.491* (18 de dezembro de 2017). Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), a onerarem o orçamento de 2017. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3491.pdf>.
- Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... Mann, J. J. (2011). The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings from Three Multisite Studies with Adolescents and Adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12):1266–1277. Doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
- Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Silverman, A. B., Friedman, A., Parkis, B., & Cohen, E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5):599-611. Doi:10.1097/00004583-199505000-00012.
- Reynolds, W. M. (1988). *Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Reynolds, W. (1991). *Adult Suicidal Ideation Questionnaire: professional manual*. Odessa: *Psychological Assessment Resources, Incorporated*. Doi: 10.1207/s15327752jpa5602_9.
- Roach, K. E. (2006). Measurement of health outcomes: reliability, validity and responsiveness. *J Prosthet Orthot*, 18(1S):8-12. Doi:10.1097/00008526-200601001-00003.
- Salmond, S. S. (2008). Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. *Orthop Nurs*, 27(1):28-30. Doi: 10.1097/01.nor.0000310608.00743.
- Salvo Garrido, L., & Castro Salvo, A. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista Médica de Chile*, 141(4):428-434. Doi 10.4067/s0034-98872013000400002.
- Salvo Garrido, L., & Melipillán Araneda, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 46(2):115-123. Doi: 10.4067/s0717-92272008000200005.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silveiras, E. F. de M. (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2):227-234. Doi: 10.1590/S0102-37722010000200004.
- Silva, T. P. S., & Sougey, E. B. (2016). Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 18(3)144-154. Recuperado de <http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15754/10900>.
- Souza, A. C., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e serviços de saúde*:



revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, 26(3):649-659. Doi:10.5123/s1679-49742017000300022.

- Souza, L. D. M., Ores, L., Oliveira, G. T., Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A., Pinheiro, R. T., & Horta, B.L. (2010). Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4):286-292. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/04.pdf>.
- Spijker, B. A. J., Batterham, P. J., Caele, A. L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J., & Kerkhof, A. J. (2014). The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav*, 44(4):408–419. Doi: 10.1111/sltb.12084.
- Steinberg, L. (2007). Risk-Taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16 (2):55-59. Doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00475. x.
- Steinberg, L. (2004). Risk-Taking in adolescence: What changes and why? *Annals of the New York Academy of sciences*, 1021:51-58. Doi:10.1196/annals.1308.005 surveillance systems for suicide attempts and self-harm.
- Szanto, K., Reynolds, C.F., Frank, E., Stack, J., Fasiczka, A.L., Miller, M, ... Kupfer, D. J. (1996). Suicide in elderly depressed patients: Is active vs. passive suicide ideation a clinically valid distinction. *Am J Geriatr Psychiatry*, 4(3):97-207. Doi: 10.1097/00019442-199622430-00003.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 72–83. doi:10.1037/0022-006x.76.1.72
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The Interpersonal Theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600. Doi: 10.1037/a0018697.
- Wang, R. H., Lai, H. J., Hu, H. Y., & Hsu, M. T. (2011): Risk and protective factors for suicidal ideation among Taiwanese adolescents. *Nursing research*, 60(6):413-421. Doi:10.1097/nnr.0b013e3182337d83.
- Wenzel, A., Brown, G., & Beck, A. T. (2010). *Terapia Cognitivo-Comportamental: para pacientes suicidas*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(2):259-266. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2988645>.
- World Health Organization (2013). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Geneva. Recuperado em 13/09/2017 de: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

- World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- World Health Organization. (2016). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208895/9789241549578_eng.pdf.
- World Health Organization. (2017). Suicide. Geneva. Recuperado de <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- World Health Organization. (2018). Preventing suicide: a community engagement toolkit. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860>.

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

	Pesquisa: Validação e Normatização da Escala de Processamento Emocional (EPS) em Adolescentes Brasileiros	
---	--	---

Prezados pais ou responsáveis,

vimos solicitar sua colaboração para autorizar a participação do adolescente pelo qual é responsável na presente pesquisa. A pesquisa é coordenada por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Todo o processo foi autorizado por um comitê de ética e não acarretam em nenhum tipo de perigo para o adolescente.

A tarefa do adolescente é simples, consistindo no preenchimento de questionários sobre sua saúde geral e emoções. O tempo médio gasto para finalização é de 25 a 40 minutos. A aplicação é coletiva e ocorrerá no ambiente escolar. O adolescente poderá desistir do processo em qualquer momento, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo. Todo o processo é confidencial e nenhuma informação de identificação será divulgada.

Para autorização, assinar por gentileza o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) abaixo.

Nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos pelo e-mail lauravieira.psi@gmail.com ou telefone (37) 99904-2599, solicitar por Laura Rodrigues.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO DE ADOLESCENTES EM PESQUISA

Prezados pais ou responsáveis,

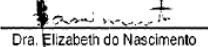

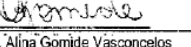
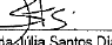
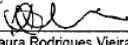
O Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) está conduzindo uma pesquisa intitulada **Validação e Normatização da Escala de Processamento Emocional (EPS) em Adolescentes Brasileiros**. Esta pesquisa tem como objetivos validar e normatizar um instrumento criado para avaliação do processamento emocional e produzir conhecimentos que contribuirão para o campo da saúde mental na adolescência. Para a condução da pesquisa, precisaremos aplicar alguns questionários em um grupo de adolescentes de 12 a 18 anos. Nesse sentido, este é um convite para você autorizar voluntariamente seu filho (ou menor sob sua responsabilidade) a participar da referida pesquisa.

A coleta acontecerá coletivamente nas escolas e instituições parceiras, também poderá acontecer individualmente caso o adolescente não pertencer à escola/instituição parceiras, porém tenha juntamente com seu responsável manifestado interesse. O tempo gasto para preenchimento de todos os instrumentos é cerca de 60 minutos.

Todos os dados coletados terão sua confidencialidade e anonimato assegurados com base nas normas previstas pelo Conselho de Ética e Pesquisa da UFMG. Os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa científica e somente terão acesso a eles os pesquisadores envolvidos. O nome do adolescente não será identificado em nenhuma publicação que resultar deste estudo. Ressalta-se que você tem total direito de não consentir ou mesmo retirar o adolescente em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe acarrete prejuízo de qualquer natureza. Não será cobrada nenhuma taxa ou qualquer outro valor aos responsáveis que consentirem com a participação na pesquisa.

Os riscos envolvidos são mínimos. O risco máximo é de um possível desconforto e/ou ansiedade relacionados às perguntas dos questionários. Em função disso, diante qualquer sinal de desconforto ou a pedido do adolescente, a aplicação será interrompida a qualquer momento sem qualquer ônus para o adolescente. A assinatura do termo pelos pais/responsáveis, e pelo próprio adolescente é condição para a participação do mesmo na pesquisa.

Caso autorizem a realização da pesquisa, solicitamos a gentileza de preencher e assinar o termo abaixo. Caso tenha dúvidas ou necessite obter outras informações, favor entrar em contato com Elizabeth do Nascimento (31-99195-3393), Maycoln Teodoro (31-98320-2449), Alina Gomide (31-9679-0539), Fernanda Júlia Santos (37-99998-3226) ou Laura Rodrigues (31-99438-6554). Para maiores esclarecimentos de caráter ético você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, Campus Pampulha, ou pelo telefone (31) 3409-4592. Agradecemos sua atenção e valiosa colaboração, subscrevendo-nos,

 Dra. Elizabeth do Nascimento Prof. do Departamento de Psicologia da UFMG	 Maycoln Leoni Martins Teodoro Prof. do Departamento de Psicologia da UFMG	 Dra. Alina Gomide Vasconcelos Departamento de Psicologia da UFMG
 Fernanda Júlia Santos Dias Mestranda do programa de Pós-graduação em Cognição e Comportamento da UFMG - nandajasantos@gmail.com	 Laura Rodrigues Vieira Mestranda do programa de Pós-graduação em Cognição e Comportamento da UFMG - lauravieira.psi@gmail.com	

-----✂-----

Via do Pesquisador: consentimento responsável

Consentimento

Eu, _____, responsável pelo adolescente _____, declaro que entendi todas as informações deste Termo de Consentimento e que recebi uma cópia do mesmo. Concordo com os procedimentos da pesquisa **Validação e Normatização da Escala de Processamento Emocional (EPS) em Adolescentes Brasileiros** e desejo participar voluntariamente da mesma.

(cidade) _____, de _____ de _____

(Assinatura) _____

Anexo B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

	Pesquisa: Validação e Normatização da Escala de Processamento Emocional (EPS) em Adolescentes Brasileiros	
---	--	---

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) PARA PARTICIPAÇÃO DE ADOLESCENTES EM PESQUISA

Prezado participante,

O Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) está conduzindo uma pesquisa com o nome *Validação e Normatização da Escala de Processamento Emocional (EPS) em Adolescentes Brasileiros*. Esta pesquisa tem como objetivos validar e normatizar um instrumento criado para avaliação do processamento emocional e produzir conhecimentos que contribuirão para o campo da saúde mental na adolescência. Porém, para conseguirmos realizar a pesquisa, precisaremos aplicar alguns questionários em um grupo de adolescentes de 12 a 18 anos. Portanto, este é um convite para você participar voluntariamente de nossa pesquisa.

A coleta de dados acontecerá coletivamente em sua escola ou instituição, também poderá acontecer individualmente caso você não pertença à escola/instituição parceiras, porém tenha juntamente com seu responsável manifestado interesse. O tempo gasto para preenchimento de todos os instrumentos é cerca de 60 minutos. Para você participar desta pesquisa, você e seu responsável deverão assinar o termo de consentimento. Seu responsável poderá interromper a sua participação a qualquer momento. Você tem total direito de não aceitar ou desistir em qualquer fase da pesquisa. Os riscos envolvidos são mínimos, o maior risco é de um possível desconforto e/ou ansiedade relacionados às perguntas dos questionários. Em função disso, diante qualquer sinal de desconforto ou a pedido, a aplicação será interrompida em qualquer momento sem qualquer prejuízo para você.

Todos os dados coletados terão sua confidencialidade e anonimato assegurados com base nas normas previstas pelo Conselho de Ética e Pesquisa da UFMG. Os dados serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e somente terão acesso a eles os pesquisadores envolvidos. O seu nome não será identificado em nenhuma publicação. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Caso desejar participar da pesquisa, solicitamos a gentileza de preencher e assinar o termo abaixo. Caso tenha dúvidas ou necessite obter outras informações, favor entrar em contato com Elizabeth do Nascimento (31-99195-3393), Maycoln Leôni Martins Teodoro (31-98320-2449), Alina Gomide Vasconcelos (31-9679-0539), Fernanda Júlia Santos Dias (37-99998-3226) ou Laura Rodrigues Vieira (31-99438-6554). Para maiores esclarecimentos de caráter ético você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG no endereço Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, Campus Pampulha, ou pelo telefone (31) 3409-4592. Agradecemos sua atenção e valiosa colaboração, subscrevendo-nos.

		
Dra. Elizabeth do Nascimento Prof. do Departamento de Psicologia da UFMG	Maycoln Leôni Martins Teodoro Prof. do Departamento de Psicologia da UFMG	Dra. Alina Gomide Vasconcelos Departamento de Psicologia da UFMG
		
Fernanda Júlia Santos Dias Mestranda do programa de Pós-graduação em Cognição e Comportamento da UFMG - nandajasantos@gmail.com	Laura Rodrigues Vieira Mestranda do programa de Pós-graduação em Cognição e Comportamento da UFMG - lauravieira.psi@gmail.com	

Via do Pesquisador assentimento adolescente

Consentimento

Eu, _____, declaro que entendi todas as informações contidas neste Termo de Assentimento e que recebi uma cópia do mesmo. Concordo com os procedimentos da pesquisa intitulada *Validação e Normatização da Escala de Processamento Emocional (EPS) em Adolescentes Brasileiros* e desejo participar voluntariamente da mesma.

(cidade) _____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Anexo C- Termo de Anuência Institucional (TAI)

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, _____ diretor (a) ou responsável pela instituição _____, CNPJ _____, com sede no endereço: logradouro _____, n° _____, bairro _____, cidade _____, CEP |____|____|____|____|____|____| do estado _____, declaro para todos os fins e efeitos de direito que autorizo a pesquisadora **Fernanda Júlia Santos Dias**, mestranda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), CPF **069.722.066-42**, **Laura Rodrigues Vieira**, mestranda do Programa de Pós-graduação em Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), CPF **112.167.996-01**, a pesquisadora **Alina Gomide Vasconcelos**, CPF 044.381.436-83, a professora **Dra. Elizabeth do Nascimento**, CPF **709.749.856-00** e o professor Dr. **Maycoln Leôni Teodoro**, CPF **026.676.216-62** todos vinculadas ao departamento de psicologia da UFMG, a executarem nesta instituição a pesquisa intitulada **Validação e Normatização da Escala de Processamento Emocional (EPS) em Adolescentes Brasileiros**.



Declaro que recebi informações detalhadas referentes aos objetivos e procedimentos para realização da referida pesquisa. Fui informado a respeito dos procedimentos éticos de acordo com as normas previstas pelo Conselho de Ética e Pesquisa da UFMG. Compreendo que posso esclarecer qualquer dúvida com os pesquisadores e posso interromper a coleta a qualquer momento, sem qualquer ônus para a instituição.

Por ser verdade, firma a presente declaração para que produza os efeitos legais a que se destina.

(cidade) _____, de _____ de _____

Assinatura do diretor (a) ou responsável pela instituição

Anexo D - Questionário socioeconômico

	Protocolo de pesquisa Saúde e processamento emocional Parte responsável	
Data: ____ / ____ / 201__		
Prezado responsável, favor preencher as informações a seguir. Este questionário é individual e confidencial. Por favor, responda a todas as questões, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação.		
Bloco 1 Informações sociodemográficas		
Nome do responsável _____ 1. Parentesco _____		
2. ☎ Fixo: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____		
Nome do adolescente _____ 3. Idade ____ anos		
4. Sexo 0 <input type="checkbox"/> Feminino 1 <input type="checkbox"/> Masculino 5. Data de nascimento: ____/____/____		
6. Qual é a maior qualificação acadêmica da mãe do adolescente?		
0 <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto 4 <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto 1 <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo 5 <input type="checkbox"/> Ensino superior completo 2 <input type="checkbox"/> Ensino médio/técnico incompleto 6 <input type="checkbox"/> Pós-graduação 3 <input type="checkbox"/> Ensino médio/técnico completo		
7. Qual o valor aproximado da renda familiar mensal? (Considere a renda de todas as pessoas que moram na sua casa)		
1 <input type="checkbox"/> Até R\$ 954,00 5 <input type="checkbox"/> De R\$ 4.770,01 a R\$ 9.540,00 2 <input type="checkbox"/> De R\$ 954,01 a R\$ 1.908,00 6 <input type="checkbox"/> De R\$ 9.540,01 a R\$ 14.310,00 3 <input type="checkbox"/> De R\$ 1.908,01 a R\$ 2.862,00 7 <input type="checkbox"/> De 14.310,01 a 19.080,00 4 <input type="checkbox"/> De R\$ 2.862,01 a R\$ 4.770,00 8 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 19.080,01		
8. Quantas pessoas vivem/viviam desta renda? (incluindo você e o adolescente): _____		
9. O adolescente possui irmãos (as)? 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		
10. Os pais são divorciados? 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim		
Bloco 2 Informações gerais sobre a saúde do adolescente		
PARTE 1		
1. Alguma vez, um MÉDICO informou que o adolescente tem / teve algum dos diagnósticos a seguir?		
Diagnóstico médico	Ao longo da sua vida	Nos últimos 12 meses
1. Diabetes (açúcar no sangue)	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim
2. Paralisia cerebral	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim
3. Asma (bronquite asmática)	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim
4. Câncer	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim
5. Transtornos mentais (Depressão, Ansiedade, TOC, Bipolar, etc) Qual? _____	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim	0 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 1 Sim
2. Há outro diagnóstico médico? _____		
3. O adolescente faz uso contínuo de algum medicamento? 0 <input type="checkbox"/> Não 1 <input type="checkbox"/> Sim Em caso afirmativo, qual o nome do(s) medicamento(s)? _____ Qual o tempo aproximado de uso? _____		

Anexo E - Questionário de inteligibilidade

Data: ___/___/2018

FSII

Nome: _____	Idade: _____
Data nascimento: ___/___/___	Sexo: Feminino ou Masculino
Escola: _____	Ano escolar: _____
Tipo de Escola: Pública ou Privada	

Nessas folhas têm o conteúdo de um questionário que foi adaptado por pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais. Na tarefa, precisamos de sua ajuda para verificar o seu entendimento do conteúdo desse questionário.

Faremos da seguinte forma:

1 - Primeiro, você irá ler o item e marcar com um (X) em uma escala de 1 a 4 o quanto entendeu o conteúdo da frase. Considerando:

- 1 - Não entendi nada
- 2 - Entendi pouco ou parcialmente
- 3 - Entendi quase completamente
- 4 - Entendi completamente

Por exemplo:

Após ler a frase “Durante o último ano, quantas vezes você ficou mal humorado?” e perceber que entendeu **completamente** seu conteúdo, ou seja, perceber que o conteúdo está claro, você deve marcar a opção 4 (“Entendi completamente”). No entanto, se você leu a frase e **não** compreendeu o que está escrito, você deve marcar a opção 1 (“Não entendi nada”).

2 - Depois, você irá me dizer em voz alta e com suas palavras o que entendeu do item que acabou de ler.

É importante ser sincero(a) em suas respostas e apontar frases e palavras que considera confusas ou teve dificuldade. É a partir de suas contribuições que iremos alterar e melhorar nosso questionário. Vamos começar:

Frases	Entendimento				Sugestões / Observações
	1	2	3	4	
Instruções do questionário					
Por favor, indique a frequência com que você teve pensamentos sobre suicídio no último ano (últimos 12 meses)					
Marque os itens abaixo usando a seguinte escala:					
1 = nunca					
2 = menos do que 3 ou 4 vezes no ano					
3 = aproximadamente uma vez por mês					
4 = aproximadamente uma vez por semana					
5 = quase todos os dias					
Itens do questionário					
1. Durante o último ano, quantas vezes você pensou em se machucar?					
2. Durante o último ano, quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?					
3. Durante o último ano, quantas vezes você se perguntou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?					
4. Durante o último ano, quantas vezes você pensou em cometer suicídio?					
5. Durante o último ano, quantas vezes você desejou não existir?					

Anexo F- *Frequency of Suicidal Ideation Inventory* (FSII-Br)

PARTE 5

Por favor indique a frequência com que você teve pensamentos sobre suicídio no último ano (últimos 12 meses). Ex: NO ANO PASSADO.

Marque os itens abaixo usando a seguinte escala: (OPÇÕES, POSSIBILIDADES)

1	NUNCA
2	MENOS DO QUE 3 OU 4 VEZES NO ANO
3	APROXIMANDAMENTE UMA VEZ POR MÊS
4	APROXIMADAMENTE UMA VEZ POR SEMANA
5	QUASE TODOS OS DIAS

Itens	Respostas				
	1	2	3	4	5
1. Durante o último ano, quantas vezes você pensou em se machucar?					
2. Durante o último ano, quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?					
3. Durante o último ano, quantas vezes você se perguntou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?					
4. Durante o último ano, quantas vezes você pensou em cometer suicídio?					
5. Durante o último ano, quantas vezes você desejou não existir?					

****Agradecemos sua participação ****

Anexo G - Depressão Infantil (CDI)

PARTE 4

Por favor, responda aos itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha. Considere o seguinte exemplo: Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa. Marque só uma alternativa em cada questão.

00	Eu sempre vou ao cinema	()
	Eu vou ao cinema de vez em quando	()
	Eu nunca vou ao cinema	()

ESCOLHA AS FRASES QUE DESCREVEM SEUS SENTIMENTOS E SEUS PENSAMENTOS NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS. Se você tem alguma dúvida, pergunte agora. Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

01	Eu fico triste de vez em quando		08	Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem	
	Eu fico triste muitas vezes			Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa	
	Eu estou sempre triste			Tudo de mau que acontece é por minha culpa	
02	Para mim tudo se resolverá bem		09	Eu não penso em me matar	
	Eu não tenho certeza se as coisas vão dar certo para mim			Eu penso em me matar	
	Nada vai dar certo para mim			Eu quero me matar	
03	Eu faço bem a maioria das coisas		10	Eu sinto vontade de chorar de vez em quando	
	Eu faço errado a maioria das coisas			Eu sinto vontade de chorar frequentemente	
	Eu faço tudo errado			Eu sinto vontade de chorar diariamente	
04	Eu me divirto com muitas coisas		11	Eu me sinto preocupado de vez em quando	
	Eu me divirto com algumas coisas			Eu me sinto preocupado frequentemente	
	Nada é divertido para mim			Eu me sinto sempre preocupado	
05	Eu sou mau (má) de vez em quando		12	Eu gosto de estar com pessoas	
	Eu sou mau (má) com frequência			Frequentemente, eu não gosto de estar com pessoas	
	Eu sou sempre mau (má)			Eu não gosto de estar com pessoas	
06	De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer		13	Eu tomo decisões facilmente	
	Eu temo que coisas ruins me aconteçam			É difícil para mim tomar decisões	
	Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão			Eu não consigo tomar decisões	
07	Eu gosto de mim mesmo		14	Eu tenho boa aparência	
	Eu não gosto muito de mim			Minha aparência tem alguns aspectos negativos	
	Eu me odeio			Eu sou feio (feia)	

15	Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim		23	Meus trabalhos escolares são bons	
	Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa			Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes	
	Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa			Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)	
16	Eu durmo bem à noite		24	Sou tão bom quanto outras crianças	
	Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites			Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças	
	Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite			Não posso ser tão bom quanto outras crianças	
17	Eu me canso de vez em quando		25	Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém	
	Eu me canso frequentemente			Eu não tenho certeza se alguém me ama	
	Eu estou sempre cansado (cansada)			Ninguém gosta de mim realmente	
18	Eu como bem		26	Eu sempre faço o que me mandam	
	Alguns dias eu não tenho vontade de comer			Eu não faço o que me mandam com frequência	
	Quase sempre eu não tenho vontade de comer			Eu nunca faço o que me mandam	
19	Eu não temo sentir dor nem adoecer		27	Eu não me envolvo em brigas	
	Eu temo sentir dor e ficar doente			Eu me envolvo em brigas com frequência	
	Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente			Eu estou sempre me envolvendo em brigas	
20	Eu não me sinto sozinho (a)				
	Eu me sinto sozinho (a) muitas vezes				
	Eu sempre me sinto sozinho (a)				
21	Eu me divirto na escola frequentemente				
	Eu me divirto na escola de vez em quando				
	Eu nunca me divirto na escola				
22	Eu tenho muitos amigos				
	Eu tenho muitos amigos e gostaria de ter mais				
	Eu não tenho amigos				