

JULIANA LOURENÇO DE ARAÚJO VERAS

**PREVALÊNCIA DO RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES
COM SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES
ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS**

RECIFE

2015

JULIANA LOURENÇO DE ARAÚJO VERAS



**PREVALÊNCIA DO RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES
COM SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES
ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS**

RECIFE

2015

JULIANA LOURENÇO DE ARAÚJO VERAS

**Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com
sintomas de transtornos alimentares associados a sintomas
depressivos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, área de concentração Neuropsicopatologia, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey.

Co-orientador: Prof^a Dr^a. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes.

**RECIFE
2015**

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Gláucia Cândida, CRB4-1662

V476p Veras, Juliana Lourenço de Araújo.
Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares associados a sintomas depressivos / Juliana Lourenço de Araújo Veras. – Recife: O autor, 2015.
109 f.: il. ; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2015.
Inclui Referências, apêndices e anexos.

1. Transtornos de alimentação. 2. Risco. 3. Suicídio. 4. Adolescente. 5. Depressão. I. Sougey, Everton Botelho. (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2015-166)

JULIANA LOURENÇO DE ARAÚJO VERAS
PREVALÊNCIA DO RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES COM SINTOMAS DE
TRANSTORNOS ALIMENTARES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS

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

Aprovada em: 12/06/2015.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Rosana Christine Cavalcanti Ximenes (Presidente da Banca)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Paula Rejane Beserra Diniz
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Cintia Regina Tornisiello Katz
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Universidade Federal de Pernambuco

Profª Drª Mônica Vilela Heimer
Universidade de Pernambuco

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

Pró-Reitoria para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação

REITOR

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Silvio Romero de Barros Marques

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Francisco de Sousa Ramos

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Nicodemus Teles de Pontes Filho

**COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

Prof. Marcelo Valença

**VICE-COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

Profa. Sandra Lopes

CORPO DOCENTE

Ângela Amâncio dos Santos

Ana Elisa Toscano

Amaury Cantilino

Belmira Lara da Silveira Andrade da Costa

Claudia Jacques Lagranha

Everton Botelho Sougey

Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Hilton Justino da Silva

Hildo Rocha Cirne Azevedo Filho

Hugo André de Lima Martins

João Ricardo Mendes de Oliveira

João Henrique da Costa Silva

Kátia Karina do Monte Silva

Luciana Patrícia A. de Andrade Valença

Lucio Vilar Rabelo Filho

Luiz Ataíde Junior

Marcelo Moraes Valença

Marcelo Cairrão Araújo Rodrigues

Maria Lúcia de Bustamante Simas

Maria Lúcia Gurgel da Costa

Murilo Duarte Costa Lima

Ótávio Gomes Lins

Othon Bastos Filho

Paula Rejane Beserra Diniz

Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho

Raul Manhães de Castro

Rosana Christine C. Ximenes

Sandra Lopes de Souza

Sílvia Regina Arruda de Moraes

Este trabalho é dedicado à minha família e aos meus amigos. Além destes, também o dedico aos adolescentes da cidade do Recife - Pernambuco.

AGRADECIMENTOS

À Deus, sem ele não teria conseguido. Obrigada meu Deus!

À Nossa Senhora Aparecida, que me protege com seu manto divino, por essa graça alcançada.

À minha querida e amada maezinha, Zelita Lourenço, meu exemplo de vida e apoio em todas as horas, na busca da realização dos meus sonhos.

Ao meu esposo, Daniel Veras, um grande parceiro de caminhada, catalizador do meu crescimento e pai do nosso maior tesouro, Livia.

À minha filha, que me torna a cada dia uma mãe mais realizada.

Ao Professor Everton Botelho Sougey, pela postura ética e profissional, compreensão e pela orientação que foram fundamentais e tornaram possível a realização deste trabalho. Além de orientador é uma pessoa admirável por sua educação, forma de falar e de se colocar.

À Professora Rosana Ximenes, por sua orientação e amizade. Um ser humano maravilhoso que nos faz refletir tanto sobre nosso crescimento profissional e acadêmico quanto em nosso papel em relação a produção de conhecimento e o sentido de tudo isso.

Aos adolescentes que se prontificaram a participar desta pesquisa respondendo aos questionários de forma atenciosa e receptiva.

À Pós-doutoranda Flávia Nassar, colega de pós-graduação e amiga, por sua participação na elaboração do trabalho e dos artigos. Você é uma gênio!

À equipe de coleta de dados da pesquisa, Dayzene Freitas e Rodrigo Lima, pela ajuda e organização na aplicação dos instrumentos. Sem vocês seria impossível o término deste trabalho!

Ao Professor Edmilsom Mazza, pelo trabalho estatístico e pela paciência em me explicar sempre as mesmas coisas.

À Prof^a Dr^a Paula Diniz, por sua enorme disposição para esclarecimento de dúvidas, por sua participação nas etapas metodológicas e na elaboração dos artigos.

Aos amigos, Tatiana Bertolino e Michel Melo, pelos momentos de alegria, de apoio e de abraços revigorantes.

À Prof^a Dr^a Sandra Lopes e à Prof^a Dr^a Cintia Katz, pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

Às amigas do coração e colegas de profissão, Ellen Santos, Marcella Lopes, Sylvia Mafra e Emanuela Ferreira, por todos os anos de estudo compartilhados, pela amizade e carinho.

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, pelo exemplo, orientação e suporte acadêmico.

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação, pelo atendimento sempre carinhoso, atencioso e simpático.

Aos diretores das escolas públicas participantes e à Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco, pelo fornecimento dos dados.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa de Comportamentos Alimentares, companheiros nos caminhos de descobertas e aprendizados dos transtornos alimentares.

Ao Grupo de Pesquisa em Suicídio, representado pelo Prof. Dr. Everton Botelho Sougey e pela Dr^a Cláudia Pires, pelos momentos de discussão e amadurecimento.

”Não haverá borboletas se a vida não
passar por longas e silenciosas
metamorfoses“

Rubem Alves

RESUMO

O suicídio representa um grande problema de saúde pública, sendo a segunda ou terceira causa de morte entre os adolescentes em muitos países. Considerando que os transtornos alimentares podem levar a um maior risco de suicídio do que qualquer outro transtorno psiquiátrico, este trabalho propôs investigar a prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos. Trata-se de um estudo seccional, de base populacional, quantitativo, analítico, realizado na cidade do Recife com 1.379 adolescentes, de 10 a 17 anos de idade, de ambos os sexos, estudantes de escolas públicas estaduais do Recife, Brasil. Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos: Questionário Sociobiodemográfico; Teste de Atitudes Alimentares, Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgh, Inventário de Depressão Infantil e o Mini International Neuropsychiatric Interview – Módulo C (M.I.N.I. - versão brasileira 5.0.0). Para análise dos dados, foram construídas tabelas uni e bidimensionais com frequências absolutas e relativas, bem como calculados os valores das Odds-Ratios (OR) e seus respectivos intervalos com 95% de confiança, associados aos níveis descritivos do teste Qui-quadrado de independência de Pearson. Na análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão logística binária, incluindo como possíveis variáveis explicativas todas aquelas que na análise bidimensional apresentaram associação significativa ao nível inferior a 0,05. O gênero feminino predominou na amostra (65,5%), com idade média de 13,80 anos. A prevalência do risco de suicídio na população estudada foi de 29,7%, onde 6,7% já tinham história de tentativa de suicídio anterior. A prevalência de adolescentes com sintomas de transtornos alimentares (TAs) foi de 25,5%, segundo a escala EAT-26 e 3,2% (score elevado) e 29,6% (score médio), na subescala de sintomas BITE. A prevalência de risco de suicídio em adolescentes com sintomas de TAs, segundo as escalas EAT-26 e subescala de sintomas BITE, respectivamente, foi de: 42,7% e 56,8% (score elevado), apresentando associação significativa. A prevalência de sintomas depressivos na população geral foi de 15,4%. Dos valores de Odds Ratio, as chances de um adolescente da população pesquisada apresentar risco de suicídio são mais elevadas se o adolescente tem idade acima de 11 anos, é do sexo feminino, tem sintomas depressivos, tem padrões alimentares anormais e sintomas de bulimia nervosa. Quanto às probabilidades do risco de suicídio estimada a partir do modelo de regressão revelou-se que a superposição de fatores agrava as chances para o suicídio, mostrando que, na presença dos dois fatores simultaneamente (sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos), a chance seria de 61,9% para adolescentes com padrões alimentares anormais e 63,4% para adolescentes com sintomas de bulimia nervosa. Após a análise dos dados pode-se concluir que o risco de suicídio não se limita apenas a amostras clínicas de adolescentes com transtornos alimentares, mas pode ser detectado até mesmo em amostras comunitárias de adolescentes; e que o risco de suicídio está associado aos sintomas de transtornos alimentares, o que pode ser agravado pelos sintomas depressivos. Portanto, comportamentos alimentares inadequados devem ser investigados em adolescentes para direcionar estratégias futuras de prevenção ao suicídio nesta fase de desenvolvimento humano.

Descritores: Transtornos alimentares. Risco. Suicídio. Adolescente. Depressão.

ABSTRACT

Suicide is a huge public health problem and considered to be the second or third major cause of death among adolescents in many countries. As eating disorders can lead to a greater risk of suicide than any other psychiatric disorder, the aim of the present study was to investigate the prevalence of the risk of suicide among adolescents with symptoms of both eating disorders and depression. A quantitative, analytical, population-based, cross-sectional study was conducted involving 1379 male and female students between 10 and 17 years of age enrolled at public schools in the city of Recife (Brazil). Data collection involved a socio-demographic questionnaire, the Eating Attitudes Test (EAT-26), the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE), the Children's Depression Inventory (CDI) and the Brazilian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0). Data analysis involved one-dimensional and two-dimensional tables with absolute and relative frequencies. Odd ratios (OR) and respective 95% confidence intervals were calculated based on the results of Pearson's chi-square test for independence. In the multivariate analysis, a binary logistic regression model was adjusted, incorporating all explanatory variables that had a p-value < 0.20 in the two-dimensional analysis. The female gender predominated in the sample (65.5%). Age ranged from 10 to 17 years (mean: 13.80 ± 1.76 years; median: 14 years). The prevalence of the risk of suicide was 29.7% and 6.7% had a history of attempted suicide. The prevalence of symptoms of eating disorders was 25.5% based on the EAT-26 scale and 3.2% (high score) and 29.6% (medium score) using the BITE subscales. The prevalence of the risk of suicide among adolescents with eating disorders was 42.7% using the EAT-26 scale and 56.8% (high score) using the BITE symptoms subscale, demonstrating a significant association. The prevalence of depressive symptoms in the overall sample was 15.4%. From the ORs, the estimated probability of an adolescent being at greater risk of suicide was higher when the individual was older than 11 years of age, female, had symptoms of eating disorders and had depressive symptoms. The regression model demonstrated that the combination of symptoms of eating disorders and depressive symptoms led to a 61.9% chance of a suicide attempt using the EAT-26 and 63.4% chance using the BITE symptoms subscale. The present findings demonstrate that the risk of suicide is not restricted to clinical samples of adolescents with eating disorders, but can also be detected in community samples of adolescents. Moreover, the risk of suicide is associated with eating disorders and is aggravated by depressive symptoms. Therefore, inadequate eating behavior should be investigated in adolescents to guide future strategies aimed at preventing suicide in this phase of human development.

Key words: Eating disorders. Risk. Suicide. Adolescent. Depression.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1 – Tabela 1	58
ARTIGO 2 – Tabela 1	73
ARTIGO 2 – Tabela 2	74
ARTIGO 2 – Tabela 3	75
ARTIGO 2 – Tabela 4	76
ARTIGO 2 – Tabela 5	76
ARTIGO 3 – Tabela 1	91
ARTIGO 3 – Tabela 2	92
ARTIGO 3 – Tabela 3	93
ARTIGO 3 – Tabela 4	95
ARTIGO 3 – Tabela 5	96

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TS	– Tentativa de suicídio
MINI	– International Neuropsychiatric Interview
AN	– Anorexia Nervosa
BN	– Bulimia Nervosa
CAPES	– Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
DSM–IV-TR	– Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais 4ª versão
GERE	– Gerência Regional
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
PNPD	– Programa Nacional de Pós-Doutorado
IC	– Intervalo de Confiança
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
QSBD	– Questionário Sociobiodemográfico
SPSS	– Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TALE	– Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
CCS	– Centro de Ciências da Saúde
UFPE	– Universidade Federal de Pernambuco
OMS	– Organização Mundial de Saúde
BSI	– Escala de Ideação Suicida de Beck
MeSH	– Medical Subject Headings
DeCS	– Descritores em Ciência da Saúde
CNPQ	– Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
SD	– Desvio Padrão
EAT	– Eating Attitudes Test
BITE	– Bulimic Investigatory Test of Edinburgh
CDI	– Children's Depression Inventory
OR	– Odds Ratio
TAs	– Transtornos Alimentares
FACEPE	– Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
SUPREMISS	– Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
3	OBJETIVOS	18
4	MÉTODOS	20
5	RESULTADOS	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICES	49
	APÊNDICE A – Questionário Sociobiodemográfico	50
	APÊNDICE B – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores de 18 anos	51
	APÊNDICE C – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para maiores de 18 anos	52
	APÊNDICE D – ARTIGO 1 – “Relação entre os comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão sistematizada”	53
	APÊNDICE E – ARTIGO 2 – “Risco de suicídio entre adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos”	67
	APÊNDICE F – ARTIGO 3 – “Prevalência do risco de suicídio em adolescentes da cidade do Recife, Brasil”	85
	ANEXOS	103
	ANEXO I – Teste de Atitudes Alimentares – EAT -26	104
	ANEXO II – Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgh – versão para Adolescentes - BITE	105
	ANEXO III – Inventário de Depressão Infantil - CDI	106
	ANEXO IV – Mini International Neuropsychiatric Interview - M.I.N.I. – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV	108
	ANEXO V – Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-CCS/UFPE)	109

Apresentação

1 APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco traz os resultados alcançados pela doutoranda Juliana Lourenço de Araújo Veras na pesquisa intitulada “Risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos”, sob a orientação do Prof. Dr. Everton Botelho Sougey e coorientação do Prof. Dr^a. Rosana Cristhine Cavalcanti Ximenes.

A pesquisa está inserida nos grupos de pesquisa Comportamentos e Transtornos Alimentares e Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa dos Transtornos Afetivos, ambos pertencentes à UFPE e cadastrados no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Além disso, o trabalho está vinculado a um projeto de Pós-Doutorado intitulado “Avaliação Multidisciplinar dos Transtornos Alimentares na Adolescência”, desenvolvido pela Dra. Flávia Maria Nassar de Vasconcelos, bolsista do Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sob a supervisão do Prof. Dr. Everton Botelho Sougey.

Este trabalho, que será apresentado em forma de artigos, possui quatro capítulos, que refletem precisamente a produção da doutoranda. O primeiro capítulo traz o artigo intitulado: “Relação entre comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão integrativa da literatura” (APÊNDICE D), que buscou, através de outras publicações, revisar a literatura acerca dos transtornos alimentares e o comportamento suicida.

O segundo capítulo traz o detalhamento dos métodos utilizados para a elaboração desta tese. Inclui o desenho do estudo, área do estudo, população e

período de referência, amostra, instrumentos utilizados, dinâmica de trabalho, aspectos éticos e análise estatística.

O terceiro capítulo é representado pelo artigo principal, original, cujo título nomeia esta tese – “Risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos” (APÊNDICE E) – cuja proposição foi determinar o risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos.

No quarto capítulo, ainda constituído pelos resultados, faz parte o segundo artigo original – “Prevalência do risco de suicídio em adolescentes na cidade do Recife - PE” (APÊNDICE F) – cujo objetivo foi determinar a prevalência do risco de suicídio em adolescentes da cidade do Recife-PE.

Ao final, concluir-se o trabalho com as considerações finais, oportunidade na qual traremos as conclusões obtidas em cada um dos três artigos produzidos. Além disto, traremos dados adicionais e algumas recomendações para a compreensão dos fatores de risco relacionados a uma problemática tão comum como o suicídio na adolescência.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura desta tese é representada pelo artigo intitulado: “Relação entre comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão integrativa da literatura” (APÊNDICE D) que buscou, através de outras publicações, revisar a literatura acerca dos transtornos alimentares e o comportamento suicida.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Determinar a prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a amostra de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas;
- Determinar a prevalência dos sintomas de transtornos alimentares, dos sintomas depressivos e do risco de suicídio na população estudada;
- Verificar se existe associação entre o risco de suicídio e o grau do risco de suicídio com os sintomas de transtornos alimentares e os sintomas depressivos;
- Estimar o risco de suicídio dos adolescentes segundo os fatores independentes;
- Estimar a probabilidade do risco de suicídio na presença de sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos concomitantemente.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Esse é um estudo do tipo corte transversal, forma de pesquisa populacional, que fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas em um determinado momento. Trata-se de uma boa opção para descrever as características dos eventos na população, para identificar casos na comunidade e para detectar grupos de alto risco, aos quais pode ser oferecida atenção especial (PEREIRA, 2002). O estudo em questão tem como referência as variáveis “transtornos alimentares” e “risco de suicídio”.

4.2 Área do Estudo

Esse estudo foi desenvolvido na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. A cidade de Recife possui 220 km² de extensão territorial, com uma população de 1.599 513 habitantes (IBGE, 2015).

A escolha de Recife se deu além dos motivos de facilitação da coleta de dados para a pesquisa, também pela falta de dados de risco de suicídio em adolescentes na região e pelos escassos dados presentes na literatura sobre sintomas de transtornos alimentares e comportamento suicida.

4.3 População do Estudo e Período de Referência

De acordo com a relação fornecida pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco – 2013, a cidade está dividida em duas Gerências Regionais (Norte e Sul), possuindo 177 escolas públicas estaduais em todo o município, que possuem alunos de 10 a 17 anos de idade.

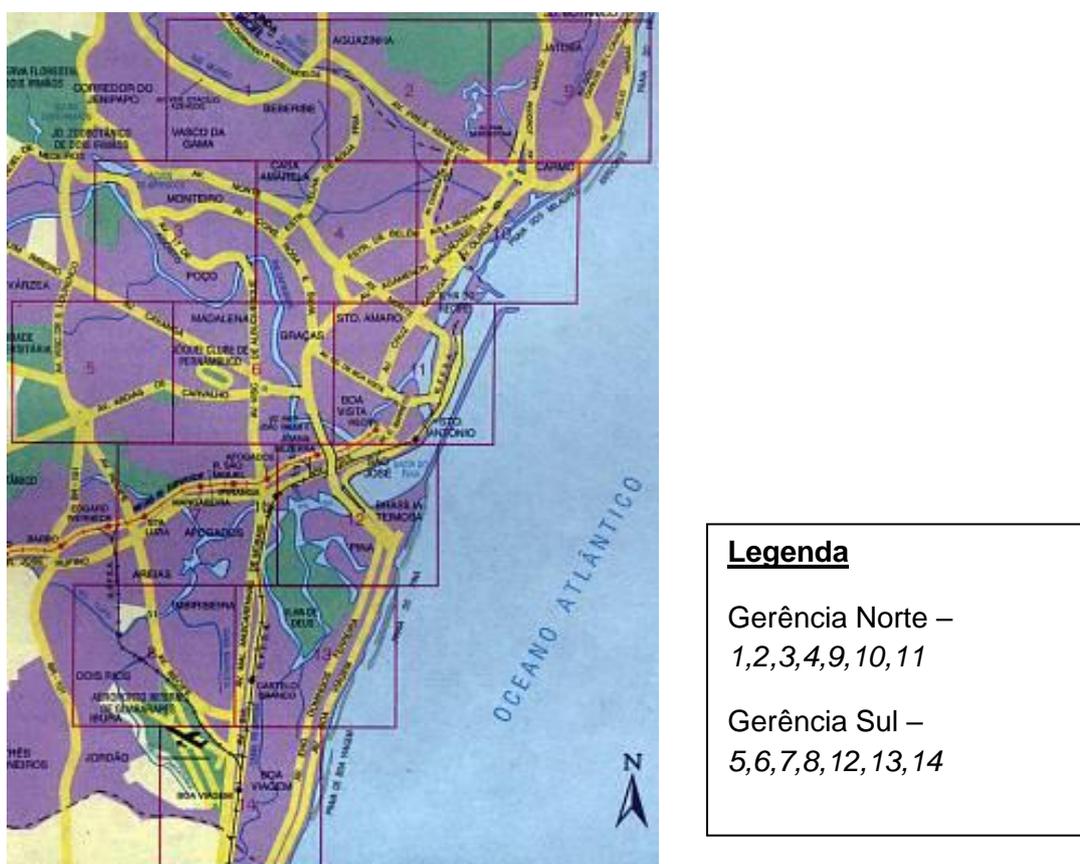


Figura 1 - Mapa Geral da cidade do Recife

Fonte: Prefeitura do Recife

A população estudada foi de adolescentes, correspondendo à faixa etária de 10 a 17 anos, de ambos os sexos matriculados nas escolas públicas estaduais de Recife no biênio 2013/2014. Esta faixa foi escolhida em decorrência dos resultados de estudos, que apontam os transtornos alimentares como os distúrbios mais difundidos associados com o início da adolescência e em decorrência dos dados do mapa da

violência, do Ministério da Saúde, que revelaram um crescimento de 40% da taxa de suicídio entre 2002 – 2012 em adolescentes com idade entre 10 e 14 anos. Na faixa etária de 15 a 19 anos, o aumento foi de 33,5%. (XIMENES, SOUGEY, COUTO, 2010; BERTULINO, 2012, AROUCHA, 2013, LIMA, 2014).

Neste estudo, além de contemplar escolas de ambas as GEREs estas foram sorteadas aleatoriamente; com 8 escolas da GRE Norte e 8 escolas da GRE Sul.

4.4 Seleção da Amostra

O tamanho da amostra foi calculado a partir da população de estudantes matriculados na rede estadual em Recife na faixa etária alvo da pesquisa. Segundo a Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco, em 2013, existiam 85.149 estudantes matriculados na rede estadual com idades entre 10 e 17 anos. Foi utilizado o programa EPI-INFO versão 7 para determinar o tamanho da amostra, utilizando erro de 3,0%, confiabilidade de 95,0% e proporção esperada de 33,1% de sintomas de transtornos alimentares (XIMENES; COUTO; SOUGEY, 2010).

Para o cálculo da amostra, foi utilizada a fórmula:

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

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

Onde:

m = Tamanho amostral

z = Valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95,% (1,96);

p_e = Proporção esperada igual a 0,331;

e = erro de 3,0% (0,03);

N = tamanho populacional igual a 85.149 adolescentes.

n= amostra

Sendo assim, foram totalizados 936 jovens. Como o tipo de amostra é por conglomerados, este valor foi multiplicado por 1.2, por conta do efeito cluster, resultando em 1.123, acrescido de 20%, para que eventuais perdas não comprometessem a representatividade da amostra, o número total de adolescentes a serem avaliados foi de 1.347.

Foram incluídos na pesquisa, adolescentes de 10 a 17 anos, estudantes de escolas públicas estaduais devidamente matriculados nos anos de 2013 e 2014, que aceitaram participar da pesquisa e trouxeram assinados por um responsável os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha das escolas foi por sorteio aleatório, como também das turmas participantes do estudo.

4.5 Instrumentos Utilizados

Os dados referentes às informações socioeconômico demográficas de cada participante da pesquisa, assim como os dados referentes aos sintomas de transtornos alimentares, os sintomas depressivos e o risco de suicídio foram obtidos pelo pesquisador através da utilização de instrumentos específicos:

- QSBD - Questionário Sociobiodemográfico (APÊNDICE A);
- Escalas para rastreamento de transtornos alimentares, em suas versões para o adolescente: EAT - 26, Teste de Atitudes Alimentares - "Eating Attitudes Test" (ANEXO IV) e o BITE, Teste de Avaliação Bulímica de Edinburg - "Bulimic Investigatory Test of Edinburg" (ANEXO V);

- CDI - Inventário de Depressão Infantil – “Children's Depression Inventory” (ANEXO VI);
- M.I.N.I. - Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV – Modulo C (ANEXO VII).

4.5.1 Questionário Sociobiodemográfico (APÊNDICE A)

Todos os participantes responderam a um questionário contendo dados biosociodemográficos com a finalidade de descrever o perfil da amostra pesquisada. Sendo anotados os seguintes dados: número do adolescente, idade, sexo, se o adolescente tem irmãos, ordem de nascimento, número de cômodos da residência e nº de pessoas que moram com o adolescente. Além disso, o questionário continha dados de classificação econômica de acordo com os Critérios de Classificação Econômica do Brasil/2013 da ABEP.

4.5.2 Teste de Atitudes Alimentares (Eating Attitudes Test) – EAT-26 (ANEXO IV)

Este questionário foi desenvolvido por Garner et al. (1982), tendo sua versão em português validada por Nunes et al. (1994) e adaptado para a população de adolescente por Bighetti et al. (2004). Seu ponto de corte é 20 (NUNES et al, 2006).

Cada questão, dividida em 3 escalas do tipo Likert, apresenta 6 opções de resposta, conferindo-se pontos de 0 a 3, dependendo da escolha. Os valores numéricos para cada resposta são:

S (sempre) = 3;

MF (muito frequente) = 2;

F (frequente) = 1;

AV (às vezes) = 0;

R (raramente) = 0

N (nunca) = 0.

Exceto para a questão de número 25, quando estes valores são invertidos

para:

S (sempre) = 0;

MF (muito frequente) = 0;

F (frequente) = 0;

AV (às vezes) = 1;

R (raramente) = 2

N (nunca) = 3.

Por fim, as pontuações de cada item são somadas e obtém-se um escore final (NUNES et al., 1994, 2005; BIGHETTI et al., 2004). Os adolescentes que apresentaram um escore maior ou igual a 21 foram considerados como portadores de padrões alimentares anormais.

Na escala original de 40 itens havia itens redundantes que não aumentavam o poder preditivo da escala, assim os autores excluíram 14 desses itens constituindo assim a EAT-26. Esta nova escala, além de ser mais simples e econômica no que diz respeito à aplicação, mostrou grande correlação com a escala original. O instrumento EAT-26 – originalmente construído para rastrear comportamentos presentes na anorexia nervosa – mede principalmente comportamentos alimentares restritivos, como dieta e jejum, e comportamentos de bulimia nervosa, como a ingestão excessiva de alimentos e vômitos provocados.

Não é possível fazer o diagnóstico com o teste, mas, ele detecta casos clínicos em populações de alto risco e identifica indivíduos com preocupações anormais em relação à alimentação e peso. Sendo assim, o EAT-26 é ideal para estudos de rastreamento e pode ser utilizado para identificar precocemente sintomas de transtornos alimentares, conduzir a um tratamento precoce e reduzir a morbidade e a mortalidade (DOTTI; LAZZARI, 1998; CORDÁS; NEVES, 1999; GARNER, 2000; NUNES et al., 2001; BIGHETTI et al., 2004; VILELA et al., 2004; BERTULINO, 2012; AROUCHA, 2013; LIMA, 2014).

4.5.3 Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo (Bulimic Investigatory Test of Edinburgo) – BITE (ANEXO V)

Este questionário foi desenvolvido por Herderson e Freeman, em 1987, para o rastreamento e a avaliação da gravidade da bulimia nervosa a partir da avaliação de aspectos cognitivos e comportamentais. Foi traduzido para o português como Teste de Avaliação Bulímica de Edimburgo por Cordás e Hochgraf, em 1993 e está validado na população brasileira.

Este teste fornece os resultados em duas escalas: uma de sintomas (30 itens sim/não, com escore variando de 0 a 30) e outra de gravidade (3 itens dimensionais). Esses dois escores podem ser adicionados para produzir um escore total. Na escala de sintomas, um escore elevado (≥ 20) indica comportamento de compulsão alimentar com grande possibilidade de BN; escores médios (entre 10 e 19) sugerem padrão alimentar não usual, necessitando avaliação por uma entrevista clínica, e escores abaixo de 10 estão dentro do limite da normalidade. Na escala de gravidade, um escore > 5 é considerado clinicamente significativo, e ≥ 10 indica elevado grau de gravidade.

A validação para adolescentes brasileiros do BITE foi realizada por Ximenes et al. (2011), com 109 adolescentes da cidade do Recife. Os autores obtiveram como o menor percentual da concordância observada de 88,9% e o menor valor de kappa foi 0,60, indicando que a concordância variou de boa a excelente. Na análise intra-examinador, o menor percentual de coincidência observada correspondeu a 88,9%, enquanto que o valor de kappa foi no mínimo igual a 0,73. O alfa de Cronbach foi igual a 0,76 (superior a 0,75), indicando um grau razoável de consistência interna.

4.5.4 Inventário de Depressão Infantil (Children's Depression Inventory) – CDI (ANEXO VI)

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) foi proposto por Kovacs em 1983, e surgiu de uma adaptação do Inventário de Depressão de Beck (BDI). No Brasil, ele foi adaptado para população brasileira por Gouveia et al (1995) e tem sido muito empregado como medida de sintomas depressivos. De acordo com os autores, o CDI serve para identificar sintomas depressivos e não é um instrumento de diagnóstico clínico. O CDI é o instrumento mais comum na literatura para identificação dos sintomas depressivos na infância. Trata-se de uma escala de autorelato com 27 itens, destinada a identificar os sintomas de depressão em pessoas de 7 a 17 anos e tem sido largamente utilizada em estudos epidemiológicos internacionais e brasileiros. Seu ponto de corte é 19. (KOVACS, 1983, GOUVEIA et al., 1995, CRUVINEL; BORUCHOVITCH; SANTOS, 2008).

4.5.5 Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – M.I.N.I. DSM IV- Modulo C (ANEXO VII)

Para avaliação do risco de suicídio foi utilizado o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. - Versão brasileira 5.0.0) – Módulo C – Risco de Suicídio. O M.I.N.I. corresponde a uma entrevista de curta duração – 15 a 30 minutos -, destinada à utilização na prática clínica e de pesquisa, que visa à classificação diagnóstica de forma compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição (DSM-IV), compreendida de 19 módulos que avaliam 17 transtornos do eixo I do DSM-IV, risco de suicídio e transtorno de personalidade antissocial.

Neste estudo, apenas foi avaliado o módulo C – Risco de Suicídio - onde os adolescentes foram identificados como “sem risco de suicídio”, ou seja, aqueles que não pontuaram no teste e “com risco de suicídio”, ou seja, os adolescentes com 1 ponto ou mais, como também foram identificados pelo nível do risco de suicídio atual, a partir da classificação do M.I.N.I., realizado quando da pontuação total obtida no teste. Os adolescentes com pontuação zero foram classificados como “sem risco de suicídio”, de 1 a 5 pontos, como de “baixo risco de suicídio”, de 6 a 9 pontos, como de “moderado risco de suicídio”, e de 10 pontos ou mais, como “alto risco de suicídio”.

4.6 Dinâmica de Trabalho

As coletas foram realizadas nas próprias escolas em sala separada, durante o horário escolar. Os alunos participaram da coleta em seu turno de frequência após a

entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE B e APÊNDICE C) assinados por seu responsável e por ele.

As etapas da coleta foram assim divididas:

A. Sorteio das escolas, a partir de lista fornecida pela secretaria de educação;

B. Realização de contato com a direção da escola para a possibilidade de realização da pesquisa;

C. Explicação da metodologia de pesquisa aos alunos e entrega dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e dos Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) àqueles interessados em participar do estudo. Estes termos foram assinados pelos responsáveis e pelos alunos;

D. Aplicação dos instrumentos: o questionário Sociobiodemográfico, o Teste de Atitudes Alimentares (*Eating Attitudes Test* – EAT-26), o Teste de Avaliação Bulímica de Edinburgo (*Bulimic Investigatory Test of Edinburgo* – BITE); o Inventário de Depressão Infantil (*Child Depression Inventory* – CDI) e o *Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0* – M.I.N.I. DSM IV- Modulo C.

4.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no dia 18 de agosto de 2012 (CAAE: 05189212.1.0000.5208) (ANEXO VIII).

Os adolescentes apenas participaram do estudo quando autorizados pelos responsáveis, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) (APÊNDICE B) e os próprios participantes assinaram um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C), ambos em duas vias e elaborados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo a Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília – DF.

Os adolescentes foram também informados dos propósitos da pesquisa e sua participação era voluntária, podendo abandonar a pesquisa por vontade própria em qualquer das fases do estudo.

RISCOS: Os riscos eram ligados a algum constrangimento que o adolescente poderia ter para responder aos questionários, como também, poderia produzir angústias, fantasias e medos por parte dos professores e, particularmente, nos pais, por se tratar de um tema ainda rodeado de preconceitos. Mesmo assim, esta possibilidade foi pequena. Dessa forma, essa pesquisa conferiu um grau mínimo de risco.

BENEFÍCIOS: Caso o adolescente tivesse alguma indicação de acompanhamento, foi comunicado à escola, para que esta tomasse as devidas providências junto aos responsáveis. Também foram dadas as instruções devidas de como procurar ajuda profissional em serviços de saúde público destinados a este propósito. Além disso, falar sobre o tema de suicídio, transtornos alimentares e depressão pode ser uma forma de enfrentar estes problemas e identificar possíveis adolescentes com risco de apresentar essas alterações. Quando as pessoas evitam falar sobre fatos que lembrem a ideia de suicídio ou estejam relacionados a hábitos secretos como os transtornos alimentares ou mesmo a depressão; a situação pode tornar-se algo pior para o adolescente. Muitas vezes os jovens que apresentam tais comportamentos agem no sentido de pedir ajuda, mas este pedido nem sempre é verbalizado.

4.8 Análise Estatística

Os dados foram analisados descritivamente através de distribuições absolutas e percentuais e medidas as estatísticas: média, mediana e desvio padrão (DP). Para avaliar a associação entre variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de independência de Pearson (p-valor) e para avaliar a força da associação nos cruzamentos das variáveis categóricas foi obtido o Odds Ratio ou Razão das Chances (OR ou RC) com respectivo intervalo de confiança (IC).

Com o objetivo de verificar a influência das variáveis independentes na variável resposta risco de suicídio, foi ajustado um modelo de regressão logística multivariada para as variáveis que na análise bivarida apresentaram associação significativa ao nível inferior a 0,05. Do modelo ajustado foram obtidos os valores estimados do OR com respectivos IC, valores da significância das variáveis e das categorias em relação à categoria base.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa estatístico utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 21.

Resultados

4 RESULTADOS

Os resultados desta tese estão representados por dois artigos originais – “Risco de suicídio entre adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos” (APÊNDICE E) – cujo objetivo foi determinar o risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos, e o artigo - “Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas depressivos” (APÊNDICE F) - que se propôs a identificar a prevalência do risco de suicídio em adolescentes de 10 a 17 anos na cidade do Recife, Brasil, como também verificar a associação do risco de suicídio com os sintomas depressivos.

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação, apoiada nos dados, análises estatísticas e no recorte teórico, permitiu chegar às seguintes conclusões:

- A prevalência de adolescentes com sintomas de TAs foi de 25,5% segundo a escala EAT-26 e, 29,6% (escore médio) e 3,2% (escore elevado), na escala de sintomas BITE. Na escala de gravidade do BITE, 1313 (95,2%) dos adolescentes foram classificados como gravidade não significativa e 61 (4,4%) como gravidade significativa;
- O risco de suicídio foi encontrado em 29,7% dos adolescentes e dentre estes, os percentuais mais elevados corresponderam ao baixo risco com 14,4%, seguido do alto risco com 11,3%;
- A tentativa de suicídio anterior foi referenciada por 6,7% dos adolescentes;
- A prevalência de sintomas depressivos na população geral foi de 15,4%;
- A prevalência do risco de suicídio na população com sintomas de TAs, segundo as escalas EAT-26 e BITE (escala de sintomas), respectivamente, foi de: 42,7%, 44,3% (escore médio) e 56,8% (escore elevado);
- Verificou-se que a presença de risco de suicídio não se limita apenas a amostras clínicas de adolescentes com transtornos alimentares, mas pode ser detectado em amostras comunitárias;
- O risco de suicídio está associado aos sintomas de transtornos alimentares e pode ser agravado pelos sintomas depressivos;

- A probabilidade de risco de suicídio é de 61,9% em adolescentes com padrões alimentares anormais e sintomas depressivos; e 63,4% para os adolescentes com sintomas de bulimia nervosa e sintomas depressivos;
- A detecção precoce de comportamentos alimentares inadequados é muito importante para o estabelecimento de ações que possam minimizá-los, como também contribuir para a compreensão dos fatores de risco para o suicídio na adolescência;
- Uma maior atenção deve ser direcionada aos adolescentes com sintomas depressivos e tentativa de suicídio anterior, pois estes podem apresentar-se como fatores importantes para o aumento do risco de suicídio nos adolescentes com sintomas de transtornos alimentares;
- Os achados sinalizam a necessidade de programas de prevenção de suicídio nas escolas; com ações interdisciplinares na atenção primária.

Referências

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, I. M. et al. Dieting reduces plasma tryptophan and alters brain 5-HT function in women. **Psychological medicine**, v. 20, n. 04, p. 785-791, 1990.
- AHMAD, N. et al. Suicidal ideation among Malaysian adolescents. **Asia-Pacific journal of public health**, p. 1010539514540746, 2014.
- ALVES, T.C.H.S. et al. Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 2, p. 55-63, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Healthy Minds. A. P. Association.**[s.l.],2005
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006.** American Psychiatric Pub, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5.**Porto Alegre: Artmed Editora, 2014.917p.
- AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL GENETICS PART C: Seminars in Medical Genetics, Wiley Online Library. **Genetics & Heredity**, 44/167, 2014.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 22, n. 3, p. 106-15, 2000.
- ARAÚJO, L.C.; VIEIRA, K.F.L.; COUTINHO, M.P.L. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. **Psico USF**, v. 15, n. 1, p. 47-57, 2010.
- AROUCHA, J. M. C. N. **Disfunção temporomandibular, transtornos alimentares e sintomas depressivos em adolescentes.**2013.144f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/12490/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Jo%C3%A3o%20Aroucha%20-%20Vers%C3%A3o%20digital.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 jan. 2015.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil CCEB - 2013.** Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 20 mai. 2015.
- AUGUSTO, L.G.S.; FREITAS, C.M.; TORRES, J.P.M. Risco ambiental e contextos vulneráveis: implicações para a vigilância em saúde. **Informe epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p. 155-158, 2002.

AZEVEDO, A.M.C. et al. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. In: NUNES, M.A.A et al. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 31-39.

BAGGIO, L.; PALAZZO, L.S.; DE CASTRO AERTS, D.R.G. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados Suicide planning among teenage students: prevalence and associated factors. **Cad. saúde pública**, v. 25, n. 1, p. 142-150, 2009.

BAHLS, S. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 5, p. 359-366, 2002.

BAPTISTA, M. N.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. Depressão na adolescência: uma visão multifatorial. **São Paulo: EPU**, 1999.144p.

BARBOSA, G. A.; GAIÃO, A. A. Apontamentos em Psicopatologia infantil. **João Pessoa: Idéia**, 2001.120p.

BARBOSA, G.A. Alves et al. Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. **Infanto**, v. 3, n. 4, p. 36-40, 1996.

BARRIOS, L.C. et al. Suicide ideation among US college students associations with other injury risk behaviors. **Journal of American College Health**, v. 48, n. 5, p. 229-233, 2000.

BERKMAN, N.D.D.; LOHR, K.N.N.; BULIK, C.M. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. **International Journal of Eating Disorders**, v. 40, n. 4, p. 293-309, 2007.

BERNHEIM, A.; HALFON, O.; BOUTREL, B. Controversies about the enhanced vulnerability of the adolescent brain to develop addiction. **Frontiers in pharmacology**, v. 4, 2013.

BIEDERMAN, J. et al. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact?. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 34, n. 5, p. 579-590, 1995.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. **J. bras. psiquiatr**, v. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.

BIRMAHER, B. et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 35, n. 11, p. 1427-1439, 1996.

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

BORGES, V.R.; WERLANG, B.S.G.; COPATTI, M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. **Barbarói**, p. 109-123, 2008.

BOTEGA, N.J. et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Revista brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005.

BRANCO, L.M.; HILÁRIO, M.O.E.; CINTRA, I.P. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006.

BRAUSCH, Amy M.; GUTIERREZ, Peter M. The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 39, n. 1, p. 58-71, 2009.

BRENT, David A. Depression and suicide in children and adolescents. **Pediatrics in review**, v. 14, n. 10, p. 380-388, 1993.

BRENT, David A.; MANN, J. John. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. In: **American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics**. Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company, 2005. p. 13-24.

BRIDGE, Jeffrey A.; GOLDSTEIN, Tina R.; BRENT, David A. Adolescent suicide and suicidal behavior. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 47, n. 3-4, p. 372-394, 2006.

BULIK, Cynthia M.; SULLIVAN, P. F.; JOYCE, P. R. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 100, n. 1, p. 27-32, 1999.

BULIK, Cynthia M. et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. **Psychosomatic Medicine**, v. 70, n. 3, p. 378-383, 2008.

CARTER, Gregory L. et al. Modifiable risk factors for attempted suicide in Australian clinical and community samples. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 37, n. 6, p. 671-680, 2007.

CAVALCANTI, M.T.S. **Transtornos do comportamento alimentar em escolares da cidade do Recife - PE**. 2010.139f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2010. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/9156/arquivo1522_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 mar. 2015.

1.

CHEHIL, Sonia; KUTCHER, Stanley P. **Suicide risk management: a manual for health professionals**. John Wiley & Sons, 2012.

CONSOLI, Angèle et al. Risk and protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. **Canadian**

journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, v. 60, n. 2 Suppl 1, p. S27, 2015.

CORDÁS, T.P.; Hochgraf, O. Bite. Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. **J. Bras. Psiquiatr**, V. 42, P.141-144, 1993.

CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 1, p. 41-47, 1999.

COSTARELLI, V.; DEMERZI, M.; STAMOU, D. Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 22, n. 3, p. 239-245, 2009.

CROW, S. et al. Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? A longitudinal study. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 76, n. 5, p. 887, 2008.

CROW, S.J. et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. **The American journal of psychiatry**, v. 166, n. 12, p. 1342-1346, 2009.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E.; SANTOS, A.A. A. Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 473-490, 2008.

CUNHA JA. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. 63p.

CURRIN, L. et al. Time trends in eating disorder incidence. **The British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 2, p. 132-135, 2005.

DANCYGER, I.F.; GARFINKEL, P.E. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Psychological Medicine**, v. 25, n. 05, p. 1019-1025, 1995.

DE MATTOS SOUZA, L.D. et al. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 4, p. 286-292, 2010.

DIEKSTRA, R.F.W. The epidemiology of suicide and parasuicide. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 87, n. S371, p. 9-20, 1993.

DOTTI, A.; LAZZARI, R. Validation and reliability of the Italian EAT-26. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 3, n. 4, p. 188-194, 1998.

ESPINOZA-GÓMEZ, F. et al. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. **salud pública de méxico**, v. 52, n. 3, p. 213-219, 2010.

FAIRBURN, C.G.; HARRISON, P.J. Eating disorders. **The Lancet**, v. 361, n. 9355, p. 407-416, 2003.

FAVARO, A.; SANTONASTASO, P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 95, n. 6, p. 508-514, 1997.

FENNIG, S.; HADAS, A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. **Nordic journal of psychiatry**, v. 64, n. 1, p. 32-39, 2010.

FERREIRA, A. B. D. H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0**. Curitiba: Positivo.2004.

FONSECA, M. H. G.; FERREIRA, R. A.; FONSECA, S. G. The prevalence of depression symptoms in scholars. **Pediatr São Paulo**, v. 27, n. 4, p. 223-232, 2005.

FORCANO, L. et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. **European Psychiatry**, v. 24, n. 2, p. 91-97, 2009.

FRANKO, D. L.; KEEL, P. K. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. **Clinical psychology review**, v. 26, n. 6, p. 769-782, 2006.

FRANKO, D.L. et al. What predicts suicide attempts in women with eating disorders?. **Psychological Medicine**, v. 34, n. 05, p. 843-853, 2004.

GARNER, D. M. Measurement of eating disorder psychopathology. **Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook**, v. 2, p. 141-146, 2002.

GARNER, D. M. et al. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. **Psychological medicine**, v. 12, n. 04, p. 871-878, 1982.

DE ABREU GONÇALVES, J. et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013.

GOUVEIA, V.V. et al. Inventário de depressão infantil-CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **J. bras. psiquiatr**, v. 44, n. 7, p. 345-349, 1995.

GUILLAUME, S. et al. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. **PloS one**, v. 6, n. 8, p. e23578, 2011.

GUZZETTA, F. et al. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. **Journal of Clinical Psychiatry**, v. 68, n. 3, p. 380-383, 2007.

HENDERSON, M.; FREEMAN, C.P. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. **The British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 1, p. 18-24, 1987.

HENDERSON, M.; FREEMAN, C.P. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. **The British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. 1, p. 18-24, 1987.

HERZOG, D.B. et al. Mortality in eating disorders: a descriptive study. **International Journal of Eating Disorders**, v. 28, n. 1, p. 20-26, 2000.

HODGES, K.K. et al. Factor analysis of the Children's Depression Inventory. **Psychological Reports**, v. 53, n. 3, p. 759-763, 1983.

HOLM-DENOMA, J.M. et al. Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia–suicide link. **Journal of Affective Disorders**, v. 107, n. 1, p. 231-236, 2008.

Istituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Statistics / Population / Population Census.2015.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/indicadores.php>. Acesso em: 25 mai 2015.

IRIMIA, C. et al. Increased impulsivity in rats as a result of repeated cycles of alcohol intoxication and abstinence. **Addiction biology**, v. 20, n. 2, p. 263-274, 2015.

JACKSON, T.; CHEN, H. Sociocultural experiences of bulimic and non-bulimic adolescents in a school-based Chinese sample. **Journal of abnormal child psychology**, v. 38, n. 1, p. 69-76, 2010.

JATOBÁ, J. D. V. N.; BASTOS, O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 171-179, 2007.

JOINER, T. **Why people die by suicide**. Harvard University Press, 2009.

KAYE, W. H. et al. Anorexia and bulimia nervosa. **Annual Review of Medicine**, v. 51, n. 1, p. 299-313, 2000.

JORGE, M.R. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado: DSM-IV-TR. In: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado: DSM-IV-TR**. Porto Alegre: Artmed, 2002. 871p.

KEEL, P. K. et al. Predictors of mortality in eating disorders. **Archives of General Psychiatry**, v. 60, n. 2, p. 179-183, 2003.

KIRKCALDY, B.; RICHARDSON-VEJLGAARD, R.; SIEFEN, G. Birth order: Self-injurious and suicidal behaviour among adolescents. **Psychology Health and Medicine**, v. 14, n. 1, p. 9-16, 2009.

KOVACS, M. **The Children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school-aged children. Unpublished manuscript**. University of Pittsburgh. 1983.

KRUG, I. et al. Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: a multicentre European study of associated eating disorder factors. **British journal of nutrition**, v. 101, n. 06, p. 909-918, 2009.

LEWINSOHN, P.M.; STRIEGEL-MOORE, R.H.; SEELEY, J.R. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 39, n. 10, p. 1284-1292, 2000.

LIMA, R.C.A.D. **Erosão dental em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares**. 2014. 95f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/12743/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20RODRIGO%20C%C3%89SAR%20ALVES%20DE%20LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 15 fev. 2015.

LINDBLAD, F.; LINDBERG, L; HJERN, A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. **The American journal of psychiatry**, v. 163, n. 8, p. 1433-1435, 2006.

MACHADO, P.P.P et al. **Suicide attempts and clinical severity of eating disorders: An exploratory study**. 2004.

MARÍN-LEÓN, L.; BARROS, M.B.A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 357-63, 2003.

MARTINS, A.; COELHO, R. Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência. **Psiquiatria Clínica**, v. 21, n. 1, p. 23-34, 2000.

MENDES, R. et al. Risco de suicídio em condutores adolescentes. **Análise Psicológica**, v. 21, n. 4, p. 465-474, 2012.

MILOS, G. et al. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. **General Hospital Psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 129-135, 2004.

MIOTTO, P. et al. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: An Italian community-based study. **The Journal of nervous and mental disease**, v. 191, n. 7, p. 437-443, 2003.

MIOTTO, P.; PRETI, A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. **Comprehensive psychiatry**, v. 48, n. 3, p. 218-224, 2007.

MUZA, G. M. et al. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 21-9, 1997.

NUNES, M. A. et al. The validity and 4-year test-retest reliability of the Brazilian version of the Eating Attitudes Test-26. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 38, n. 11, p. 1655-1662, 2005.

NUNES, M.A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). **Rev. ABP-APAL**, v. 16, n. 1, p. 7-10, 1994.

NUNES, M. A. et al. Prevalence of abnormal eating behaviours and inappropriate methods of weight control in young women from Brazil: a population-based

study. **Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 8, n. 2, p. 100-106, 2003.

NUNES, M.A.; NUNES, M. A.; APPOLINÁRIO, J. C. Epidemiologia dos transtornos alimentares. **MA NUNES, et al. Transtornos alimentares e obesidade**, p. 51-57, 2006.

PAPADOPOULOS, F.C. et al. Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. **The British Journal of Psychiatry**, v. 194, n. 1, p. 10-17, 2009.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. In: **Epidemiologia: teoria e prática**. Guanabara Koogan, 2001.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression Critical review. **The British Journal of Psychiatry**, v. 177, n. 6, p. 486-492, 2000.

PINHEIRO, R. Tavares et al. Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: Social, obstetric and psychiatric correlates. **Journal of affective disorders**, v. 136, n. 3, p. 520-525, 2012.

POMPILI, M. et al. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. **Eating behaviors**, v. 7, n. 4, p. 384-394, 2006.

PRETI, A. et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 124, n. 1, p. 6-17, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RECIFE. **MAP General City of Recife**. 2015. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/cidade/projetos/mapas/mapa0.htm>. Acesso em: 24 abr 2015

ROBIN, A.L.; GILROY, M.; DENNIS, A.B. Treatment of eating disorders in children and adolescents. **Clinical Psychology Review**, v. 18, n. 4, p. 421-446, 1998.

RODRIGUES, M.E.S. et al. Suicide risk in young adults with anxiety disorders: population-based study. **Psico-USF**, v. 17, n. 1, p. 53-62, 2012.

RUNFOLA, C.D. et al. Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register. **Comprehensive psychiatry**, v. 55, n. 3, p. 439-449, 2014.

SADLER, L.S. Depression in adolescents. Context, manifestations, and clinical management. **The Nursing clinics of North America**, v. 26, n. 3, p. 559-572, 1991.

SALBACH-ANDRAE, H. et al. Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. **Child psychiatry and human development**, v. 39, n. 3, p. 261-272, 2008.

SEMINOTTI, E.P.; PARANHOS, M. E.; THIERS, V.O. Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados. **Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre**, 2006.

SILVA, T.A.B. **Prevalência de sintomas de transtornos alimentares e insatisfação corporal em jovens recifenses**. 2012. 155f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2006. Disponível em: http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/8776/arquivo9124_1.pdf?sequencia=1&isAllowed=y. Acesso em: 02 jan. 2015.

SILVEIRA, J.M.; SILVARES, E.F.M.; MARTON, S.A. Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: dificuldades na pesquisa e na implementação. **Estudos de Psicologia (PUCCAMP)**, v. 20, n. 3, p. 59-67, 2003.

TONDO, L.; ALBERT, M.J.; BALDESSARINI, R.J. Suicide rates in relation to health care access in the United States: an ecological study. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 67, n. 4, p. 517-523, 2006.

TORO, D.C. et al. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 27, n. 3, p. 302-308, 2009.

UMBERG, E.N. et al. From disordered eating to addiction: the “food drug” in bulimia nervosa. **Journal of clinical psychopharmacology**, v. 32, n. 3, p. 376-389, 2012.

VERSIANI, M.; REIS, R.; FIGUEIRA, I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. **J. bras. psiquiatr**, v. 49, n. 10/12, p. 367-82, 2000.

VIEIRA, K. F. L. **Depressão e suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico**. 2008. 115f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, Paraíba. 2008.

VILELA, J.E.M et al. Transtornos alimentares em escolares. **J Pediatr**, v. 80, n. 1, p. 49-54, 2004.

VOLKOW, N.D. et al. “Nonhedonic” food motivation in humans involves dopamine in the dorsal striatum and methylphenidate amplifies this effect. **Synapse**, v. 44, n. 3, p. 175-180, 2002.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Participant manual–IMAI One-day orientation on adolescents living with HIV Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf. Acesso em, v. 10, n. 05, p. 2010, 2010.

WUNDERLICH, U. et al. Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 104, n. 5, p. 332-339, 2001.

XIMENES, R.; COUTO, G.; SOUGEY, E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. **International Journal of Eating Disorders**, v. 43, n. 1, p. 59-64, 2010.

XIMENES, R.C.C. et al. Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 1, 2011.

Apêndices

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOBIODEMOGRÁFICO

Número

--	--	--	--

1. Qual a sua idade?

() 10 () 11 () 12 () 13 () 14 () 15 () 16 () 17

2. Sexo?

() Masculino () Feminino

3. Você tem irmãos? () Sim () Não

Se **NÃO** passe para o item 5;

Se **SIM**;

4. Que lugar você ocupa com relação aos irmãos?

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

5. Até que série seu responsável estudou?

() Analfabeto (Nunca foi à escola)/ Fundamental incompleto (estudou até a 3ª série).

() Fundamental 1 completo (estudou até a 4ª série).

() Ensino fundamental 2 completo (estudou até a 8ª série).

() Nível médio completo.

() Ensino superior completo (faculdade).

6. Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

7. Quantos cômodos tem na sua casa? _____ cômodos.

8. Sobre a sua casa:

Itens em sua casa	Não tem	TEM (quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores					
Videocassete/ DVD					
Rádios					
Banheiros					
Automóveis					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					
Geladeira					
Freezer (*)					

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

Pesquisadora Responsável: Juliana Lourenço de Araújo Veras

Endereço: Rua Confederação do Equador nº60, Aptº 702, Graças. Recife/ PE. CEP: 52011-060. Tel.: 8743-1008 - e-mail: juliana.laveras@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740- 600, Tel.: 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

Você _____, RG n° _____, e seu filho _____ estão sendo convidados a participar da pesquisa intitulada “**Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares associados a sintomas depressivos**”, que tem como objetivo avaliar a associação dos transtornos alimentares e dos sintomas depressivos com o risco de suicídio em adolescentes, na qual o participante responderá a questionários relacionados aos transtornos alimentares, depressão e risco de suicídio. Trata-se do projeto de pesquisa do curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Neuropsiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, da pesquisadora responsável Juliana Lourenço de Araújo Veras, sob orientação dos Professores Drs. Everton Botelho Sougey e Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram garantidas, assim como dos riscos e benefícios relacionados abaixo:

1. O jovem irá responder a perguntas relacionadas à economia familiar, à alimentação, à depressão e ao comportamento suicida;
2. O jovem tem a garantia de poder perguntar em qualquer momento da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
3. Existe total liberdade para retirar o consentimento e não permitir que o jovem participe do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ao atendimento que ele recebe;
4. O jovem não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo;
5. As respostas do jovem serão mantidas em sigilo pela pesquisadora; e todas as despesas para desenvolvimento da pesquisa são de responsabilidade apenas da pesquisadora.

RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que o adolescente possa ter para responder aos questionários, sendo essa possibilidade pequena.

BENEFÍCIOS: Caso o adolescente tenha alguma indicação de acompanhamento, será comunicado à escola, para que tome as devidas providências junto aos responsáveis. Também serão dadas as instruções devidas de como procurar ajuda profissional em serviços de saúde público destinados a este propósito. Além disso, falar sobre o tema de suicídio, transtornos alimentares e depressão pode ser uma forma de enfrentar estes problemas e identificar possíveis adolescentes com risco de apresentar essas alterações. Quando as pessoas evitam falar sobre fatos que lembrem a ideia de suicídio ou estejam relacionados a hábitos secretos como os transtornos alimentares ou mesmo a depressão. A situação pode tornar-se algo pior para o adolescente. Muitas vezes os jovens que apresentam tais comportamentos agem no sentido de pedir ajuda, mas este pedido nem sempre é verbalizado.

Após ter ouvido todos os esclarecimentos acima, declaro que concordo inteiramente com todas as condições e que autorizo a análise dos dados coletados e sua publicação, em qualquer meio de divulgação.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Nome da pesquisadora responsável

Assinatura

Nome dos pais e/ou responsável

Assinatura

Nome do adolescente pesquisado

Assinatura

Nome da primeira testemunha

Assinatura

Nome da segunda testemunha

Assinatura

APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ADOLESCENTES

Pesquisadora Responsável: Juliana Lourenço de Araújo Veras

Endereço: Rua Confederação do Equador nº60, Aptº 702, Graças, Recife-PE, CEP: 52011-060, Tel.: 8743-1008, e-mail: juliana.laveras@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Sala 4, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: 2126-8588, E-mail: cepccs@ufpe.br. Av. Prof. Moraes Rego s/n, Cidade Universitária, Recife- PE, CEP: 50670-901, Tel.: 2126 8588.

Você _____, RG nº _____, esta sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **“Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares associados a sintomas depressivos”**, que tem como objetivo avaliar a associação dos transtornos alimentares e dos sintomas depressivos com o risco de suicídio em adolescentes, na qual o participante responderá a questionários relacionados aos transtornos alimentares, depressão e risco de suicídio. Trata-se de um projeto de pesquisa do curso de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Departamento de Neuropsiquiatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, da pesquisadora responsável Juliana Lourenço de Araújo Veras, sob orientação dos Professores Drs. Everton Botelho Sougey e Rosana Christine Cavalcanti Ximenes. Declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram garantidas, assim como dos riscos e benefícios relacionados abaixo:

6. Você irá responder a perguntas relacionadas à alimentação, à depressão, ao risco de suicídio e à economia da família;
7. Você tem a garantia de poder perguntar em qualquer momento da pesquisa sobre qualquer dúvida e garantia de receber resposta ou esclarecimento a respeito dos procedimentos, riscos, benefícios e outras situações relacionadas à pesquisa;
8. Existe total liberdade para retirar o consentimento e não permitir que participe do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga qualquer problema ao seu atendimento;
9. Você não será identificado em nenhum momento da pesquisa; todas as informações serão mantidas em sigilo;
10. Suas respostas serão mantidas em sigilo pela pesquisadora; e todas as despesas para desenvolvimento da pesquisa são de responsabilidade apenas da pesquisadora.

RISCOS: Os riscos estão ligados a algum constrangimento que possa ter ao responder aos questionários, como também, pode produzir angústias, fantasias e medos por parte dos professores e, particularmente, nos pais, por se tratar de um tema ainda rodeado de preconceitos; sendo essa possibilidade pequena.

BENEFÍCIOS: Caso o adolescente tenha alguma indicação de acompanhamento, será comunicado à escola, para que tome as devidas providências junto aos responsáveis. Também serão dadas as instruções devidas de como procurar ajuda profissional em serviços de saúde público destinados a este propósito. Além disso, falar sobre o tema de suicídio, transtornos alimentares e depressão pode ser uma forma de enfrentar estes problemas e identificar possíveis adolescentes com risco de apresentar essas alterações. Quando as pessoas evitam falar sobre fatos que lembrem a ideia de suicídio ou estejam relacionados a hábitos secretos como os transtornos alimentares ou mesmo a depressão. A situação pode tornar-se algo pior para o adolescente. Muitas vezes os jovens que apresentam tais comportamentos agem no sentido de pedir ajuda, mas este pedido nem sempre é verbalizado.

Após ter ouvido todos os esclarecimentos acima, declaro que concordo inteiramente com todas as condições e que autorizo a análise dos dados coletados e sua publicação, em qualquer meio de divulgação.

Recife, _____ de _____ de 20_____.

Nome da pesquisadora responsável

Assinatura

Nome do participante

Assinatura

Nome da primeira testemunha

Assinatura

Nome da segunda testemunha

Assinatura

APÊNDICE D – ARTIGO 1 – “Relação entre comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão integrativa da literatura”.

**RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SUICIDA E TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA
RELATIONSHIP BETWEEN SUICIDAL BEHAVIOR AND EATING DISORDERS: AN INTEGRATED REVIEW
OF THE LITERATURE
RELACIÓN ENTRE COMPORTAMIENTO SUICIDA Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS: UNA REVISIÓN
SISTEMATIZADA**

Artigo de Revisão elaborado a partir de tese de doutorado intitulada: Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos, apresentada na Pós-graduação de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE no ano de 2015.

Juliana Lourenço de Araújo Veras¹

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes¹

Flávia Maria Nassar de Vasconcelos¹

Bruna Ferreira de Medeiros²

Everton Botelho Sougey¹

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

2 Departamento de Anatomia do Núcleo de Enfermagem (UFPE) - Centro Acadêmico de Vitória (CAV), Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

Endereço para correspondência: Juliana Lourenço de Araújo Veras, Rua Confederação do Equador, 60/702, Graças- 52011-060- Recife, PE, Brasil. E-mail: jullylow@yahoo.com.br

RESUMO

OBJETIVO: Realizar uma revisão sistematizada da literatura acerca dos transtornos alimentares e sua relação com o comportamento suicida, analisando o conteúdo das publicações. **MÉTODOS:** Foi realizada uma busca sistematizada em bases de dados eletrônicas (Medline, Lilacs, Adolec e Pubmed), com foco em artigos publicados entre 2003 e 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol. **RESULTADOS:** Após a análise foram selecionados 12 artigos, dentre estes, a anorexia nervosa foi o distúrbio alimentar mais referido pelas publicações. No caso da bulimia nervosa, as taxas de tentativas de suicídio e/ou comportamentos auto agressivos foram maiores entre indivíduos que utilizam uma compensação múltipla de comportamentos purgativos. Sobre os fatores de risco associados, evidenciou-se que os transtornos de comportamento, os transtornos emocionais e a dependência química apresentaram-se descritos em todas as publicações. **CONCLUSÃO:** Ainda são escassos os trabalhos que investigam profundamente a relação entre transtornos alimentares e o comportamento suicida, porém é possível verificar que a presença concomitante dos fatores de risco pode comprometer ainda mais a saúde do paciente.

DESCRITORES: Suicídio; Tentativa de Suicídio; Transtornos Alimentares.

ABSTRACT

OBJECTIVE: This paper offers an integrated review of the literature on eating disorders and the relationship with suicidal behavior, analyzing the contents of publications. **METHODS:** Searches were performed in the Medline, Lilacs, Adolec and Pubmed databases for articles published in English, Portuguese and Spanish between 2003 and 2013. **RESULTS:** After the analysis, 12 articles were selected, among which anorexia nervosa was the most often cited eating disorder. In cases of bulimia nervosa, suicide attempts and self-aggression are more frequent among those who use multiple compensation behaviors. Behavior disorders, emotional disorders and chemical dependency were described as risk factors in all publications. **CONCLUSION:** Despite the small number of studies performing an in-depth investigation into the relationship between eating disorder and suicidal behavior, the concomitant presence of these conditions places the health of patients at greater risk.

DESCRIPTORES: Suicide; Attempted Suicide; Eating disorders.

RESUMEN

OBJETIVO: Realizar una revisión sistematizada de la literatura sobre trastornos alimentarios y su relación con comportamiento suicida mediante el análisis del contenido de las publicaciones virtuales. **MÉTODO:** Realizar una búsqueda en bases de datos electrónicas (Medline, Liacs, Adolec y Pubmed), de artículos publicados del año 2003 al 2014. **RESULTADOS:** En todos los estudios la anorexia nerviosa fue el distúrbio alimentario más presente. Respecto de la bulimia nerviosa, las tasas de tentativas de suicidio y/o comportamientos autoagresivos son más elevadas entre individuos que recurren a varias formas de compensación mediante múltiples tipos de actitudes

purgativas. Acerca de factores de riesgo asociados, los trastornos comportamentales, los emocionales y la dependencia química aparecen en todas las publicaciones. **CONCLUSIÓN:** Todavía son escasos los trabajos que investigan en profundidad la relación entre trastornos alimentarios y comportamiento suicida. Se puede detectar empero que la presencia concomitante de ambas situaciones puede comprometer aun más la salud del paciente.

DESCRIPTORES: Suicidio; Tentativa de Suicidio; Trastornos Alimentarios.

Introdução

Os transtornos alimentares - anorexia e bulimia nervosas - são transtornos psiquiátricos graves; com altos níveis de mortalidade, incapacidade, morbidade física e psicológica com redução na qualidade de vida¹. Apesar de sua baixa prevalência na população em geral, necessitam de uma enorme atenção das políticas públicas de saúde, pelo fato das pessoas ocultarem a doença e evitarem ajuda profissional, o que ocasiona um aumento nas taxas de mortalidade e no agravamento da doença².

Esses transtornos estão entre as alterações psiquiátricas mais frequentemente encontradas em indivíduos no início da adolescência. Durante a puberdade alterações neuroendócrinas influenciam o desenvolvimento comportamental e emocional³. Além disso, nesta fase, o indivíduo mostra-se mais vulnerável às pressões culturais e tem em sua mente um corpo idealizado. Quanto mais esse corpo se distancia do real, maior será a possibilidade de conflitos, o que pode desencadear os quadros de transtornos alimentares⁴. Em muitos casos, ainda podem estar associados a outras desordens psicopatológicas, como transtornos de humor e de ansiedade⁵.

A anorexia e bulimia nervosa são os principais subtipos de transtornos alimentares⁶. A anorexia nervosa é caracterizada pela recusa em manter o peso normal, pois o indivíduo apresenta uma percepção equivocada de suas medidas corpóreas; enquanto que a bulimia nervosa é definida por episódios de compulsão alimentar, seguidos de várias formas de comportamentos compensatórios⁷. Em ambos os transtornos, a auto avaliação é muito influenciada pela percepção do peso e da forma⁵.

Na anorexia nervosa, as taxas de mortalidade são frequentemente utilizadas como indicadores de gravidade da doença. Em uma meta-análise sobre mortalidade realizada na década de 90, ela foi identificada como o transtorno psiquiátrico com a mais alta taxa de mortalidade⁷.

Na bulimia nervosa, os estudos populacionais sobre mortalidade ainda são insuficientes para fornecer uma análise estatística adequada. Pesquisas sugerem que as taxas de suicídio têm aumentado ao longo do tempo⁸ e que a tentativa de suicídio é de 25 a 35% mais frequente em indivíduos com diagnóstico de bulimia nervosa do que com anorexia nervosa⁹⁻¹¹.

O comportamento suicida tem sido identificado como um fator fortemente associado aos transtornos alimentares. Em adolescentes, alguns estudos destacaram que, dentre outros fatores,

a presença de transtornos alimentares pode constituir-se como risco para o suicídio de forma equivalente ao de outros transtornos psiquiátricos, como depressão maior e o transtorno de conduta^{7,12}.

Diante do exposto, percebe-se a importância de se analisar os estudos sobre tendências suicidas relacionadas aos transtornos alimentares. Desta forma, o presente estudo propõe uma revisão sistematizada da literatura sobre o tema.

Métodos

O presente estudo foi desenvolvido através da busca de periódicos realizada em bases de dados eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente (ADOLEC) e (PUBMED) e lista de referências dos artigos identificados.

A seleção dos descritores utilizados no processo de revisão foi efetuada mediante consulta aos descritores em ciências da saúde da BIREME (MeSH). Nas buscas, os seguintes descritores, em língua portuguesa e inglesa, foram considerados: “suicídio”, “tentativa de suicídio”, “ideação suicida”, “transtornos da alimentação”, “comportamento alimentar”, “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa”, “fatores de risco”, “adolescente”, “adolescência” e “estudantes”.

Recorreu-se aos operadores lógicos “AND”, “OR” e “AND NOT” para combinação dos descritores e termos utilizados para rastreamento das publicações.

Em seguida, foram identificados os artigos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (a) a amostra deveria incluir adolescentes, mesmo que abrangesse outras faixas etárias; (b) estudos que descrevessem o diagnóstico de anorexia e/ou bulimia nervosa; (c) estudos publicados nos últimos onze anos; (d) artigos originais de pesquisa com seres humanos; (e) artigos publicados em português, inglês e espanhol; (f) artigos que não se repetissem nas bases de dados. Na figura 1 estão identificadas todas as etapas realizadas para a revisão.

Resultados

Através do referido procedimento de busca foram identificadas, inicialmente, 258 publicações potencialmente elegíveis para inclusão neste estudo (MEDLINE=70; LILACS=90; ADOLEC=41; PUBMED=57).

Após a primeira análise, com avaliação dos títulos e resumos, 221 artigos foram excluídos por não cumprirem os 5 critérios de inclusão propostos. Na segunda fase, os 37 artigos selecionados foram analisados na íntegra. Nesta etapa, a leitura foi efetuada independentemente por 3 pesquisadores para a aplicação dos critérios de inclusão. A partir desta análise, 25 artigos foram excluídos, sendo que; 3 não apresentaram dados originais; 10 não descreviam o diagnóstico de anorexia e bulimia nervosas; 2 utilizaram métodos qualitativos na coleta e análise dos dados; 10 não apresentavam os dados de frequência e/ou a prevalência do comportamento suicida. Ao final, a revisão foi realizada com base em 12 artigos.

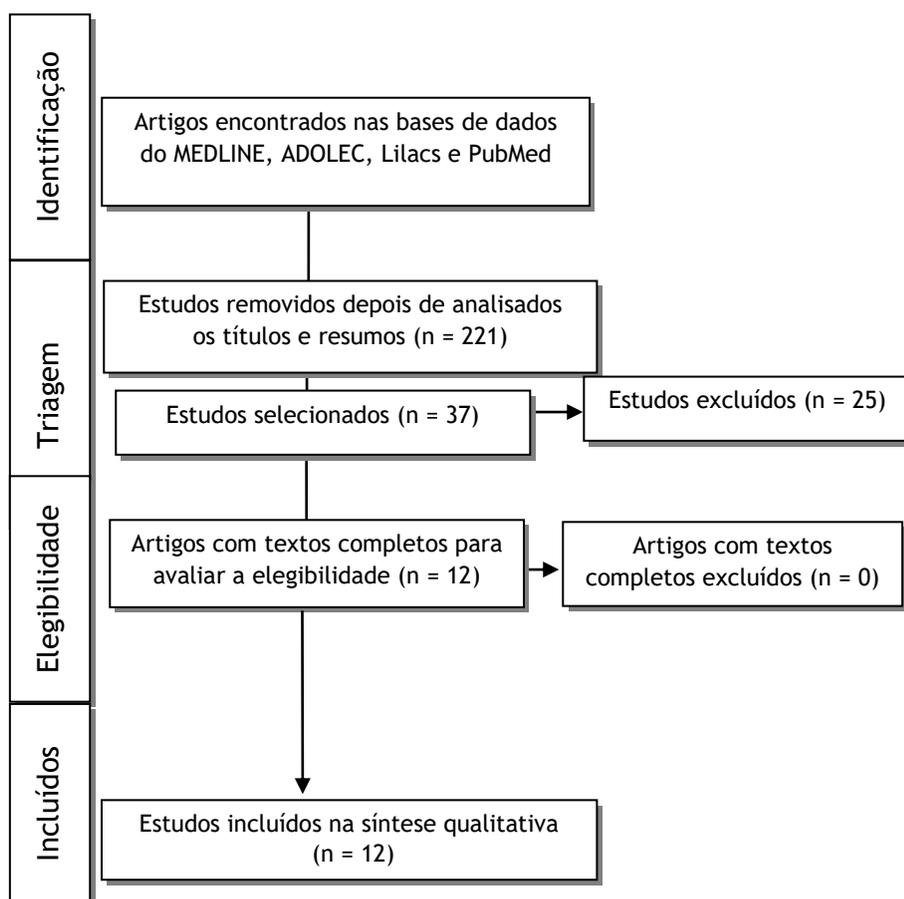


Figura 1 Fluxograma do processo de seleção dos artigos.

Na tabela 1, estão apresentadas informações gerais sobre os 12 estudos incluídos na revisão. Observa-se que 69% dos estudos foram publicados em 2004-2008, com um pico em 2004 e posterior declínio ao longo dos anos.

Tabela 1- Características dos estudos de comportamento suicida e transtornos alimentares.

Estudo Autor/Ano	Amostra Idade em anos	Comportamento suicida	Frequência Prevalência	Fatores de risco associados
Miotto et al., (2003) ¹³	Amostra: 1.000 Idade:15-19	Ideação suicida	(30,8%) feminino (25,3%) masculino	Depressão;Ansiedade; Obsessão-compulsão; Hostilidade; Ideação paranoide;Sensibilidade interpessoal.
Franko et al., (2004) ¹⁴	Amostra: 246 mulheres Idade: 24.8 (média de idade)	Tentativa de suicídio	22,1%(AN) 10,9%(BN)	Depressão (AN) Uso e abuso de substâncias (BN)
Youssef et al; (2004) ¹⁵	Amostra: 152 mulheres Idade: 18 - 24	Tentativa de suicídio	23,7%	Depressão; Práticas antissociais;Histeria; Psicopatia;Obsessão; Raiva e Medos
Machado et al., (2004) ¹⁶	Amostra: 144 Idade: 13 - 25	Tentativa de suicídio	18,5%(AN) 31,6%(BN)	Somatização;Compulsão obsessiva;Depressão; Ansiedade;Hostilidade; Fobia;Ideação paranoide; Psicoses;Sensibilidade interpessoal.
Milos et al. (2004) ¹⁷	Amostra: 288 mulheres Idade: 17-30	Tentativa de suicídio Ideação Suicida	26% (TS) 25,9% (IS)	Depressão; Vômitos; Uso de laxantes; Medo de ganhar peso
Fedorowicz et al., (2007) ¹⁸	Amostra: 1.009 Idade:14-59	Ideação suicida Tentativa de suicídio	28,4% (IS) 35,6% (TS)	Impulsividade;Uso de álcool ou drogas;Vômitos auto- induzido;Abuso de laxantes;Sintomas depressivos;Uso de tabaco
Foulon, et al., (2007) ¹⁹	Amostra: 304 Idade: 22.3 (média de idade)	Tentativa de suicídio	28,3%	Depressão
Miotto; Preti (2007) ²⁰	Amostra: 930 adolescentes Idade: 14- 17	Ideação suicida	(30,6%) feminino (23,9%) masculino	Depressão; Agressividade
Crow et al., (2008) ²¹	Amostra: 2.516 Idade: 17.2 (média de idade)(grupo de adolescentes) 20.4 (média de idade) (grupo de adultos)	Ideação suicida Tentativa de suicídio	(IS) 21.6% feminino 15.2% masculino (TS) 8.7% feminino 3.5% masculino	Índice de massa corpórea; Imagem corporal
Bulik et al., (2008) ²²	Amostra: 432 Idade: 16-76	Tentativa de suicídio	16.9%	Abuso de substâncias; Comportamentos e traços de impulsividade Transtornos de personalidade; Síndrome do pânico; Estresse pós-traumático
Brausch; Gutierrez, (2009) ²³	Amostra: 392 Idade: 15.04 (média de idade)	Ideação suicida	9.14%	Depressão; Imagem corporal
Fenning; Hadas, (2010) ²⁴	Amostra: 46 Idade: 11-18	Ideação suicida Tentativa de suicídio	65.2% (IS) 24% (TS)	Depressão; História de abuso sexual

*AN= Anorexia Nervosa

† AN-R= Anorexia Nervosa- Restrita

‡AN-P= Anorexia Nervosa-Compulsiva/purgativa

SBN= Bulimia Nervosa

| |BN-NP= Bulimia Nervosa não purgativa

**BN-P=Bulimia Nervosa Purgativa

††S= Ideação Suicida

†††TS= Tentativa de Suicídio

A composição das amostras variou quanto à faixa etária dos pesquisados, sendo incluídos nos estudos adolescentes e adultos. Observa-se que aproximadamente 73% das publicações analisaram pacientes adolescentes e adultos simultaneamente.

Com relação ao comportamento suicida, a tentativa de suicídio foi referenciada em aproximadamente 77% das publicações. Os resultados relacionados à frequência ou prevalência da ideação suicida e da tentativa de suicídio variaram de 9,14 a 65,2% e de 3,5 a 35,6%, respectivamente, principalmente em relação aos dados de ideação suicida.

Sobre os transtornos alimentares, a anorexia nervosa foi o transtorno alimentar mais referido nas publicações com aproximadamente 69%. Dentre os fatores de risco identificados e associados com o comportamento suicida em indivíduos com transtornos alimentares, destacam-se os transtornos de origem emocional seguidos da dependência química. A depressão (84%) e uso/abuso de substâncias (30%), principalmente álcool e drogas, foram os mais evidenciados nas publicações.⁶

Discussão

Os resultados refletem o conhecimento epidemiológico desenvolvido nos últimos 11 anos. Através dessa análise foi possível observar uma importante ligação entre os transtornos alimentares e o comportamento suicida, e a escassez de trabalhos dentro desta temática.

O suicídio é uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre os adolescentes e adultos jovens, visto que, este período é caracterizado por uma sensibilidade aumentada, incluindo a assunção de riscos e comportamentos imprudentes²⁵.

Observações sugerem que a propensão para assumir riscos e comportamentos perigosos na adolescência pode ser explicada pela imaturidade dos sistemas neurocorticais, particularmente o córtex pré-frontal, que não é capaz de modular a percepção e a avaliação de risco e recompensa, levando a importantes mudanças no processamento social e afetivo do cérebro²⁶. Nessa perspectiva, os adolescentes estão em situação de risco para distúrbios emocionais e comportamentais, entre eles, os transtornos alimentares²⁷⁻²⁹.

Os resultados deste trabalho apontam que a anorexia nervosa é o transtorno alimentar mais estudado. Isso se deve, provavelmente, ao fato de que, grande parte destes estudos foi realizada em populações de internamento ou em ambulatorios, visto que esta classe de pacientes frequentemente é hospitalizada e procura ajuda profissional nas fases mais graves³⁰.

Já os estudos com pacientes com bulimia nervosa representaram 45% dos trabalhos analisados, porém ainda é limitado o número de publicações focadas na população adolescente. O predomínio de estudos com adultos talvez seja explicado pelo fato da bulimia nervosa iniciar-se

já no final da adolescência e início da idade adulta. O tratamento normalmente é procurado na fase adulta, pois os adolescentes com bulimia nervosa ocultam a doença e evitam ajuda profissional. Outra hipótese está ligada ao fato de aproximadamente 70% dos pacientes jovens apresentarem formas atípicas ou parciais dos transtornos alimentares, atrasando o diagnóstico e tratamento adequado³¹⁻³⁴.

Observou-se também uma predominância do sexo feminino, comum aos 2 tipos de transtornos alimentares. Este resultado já tem sido amplamente relatado e pode ser explicado devido à influência da sociedade atual no ideal de beleza feminina regido pela magreza, principalmente entre as adolescentes^{14-15,18,35}. Estas, insatisfeitas com a imagem corporal, frequentemente adotam comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso, como o abuso de diuréticos, laxantes, autoindução de vômitos, realização de atividade física extenuante, entre outros³⁶. A insatisfação corporal também está correlacionada com o aumento do risco de suicídio, visto que, pode levar à baixa autoestima, depressão e ansiedade nestas meninas, o que intensifica os sintomas depressivos e posteriormente aumenta o risco de comportamento suicida^{15,37}.

Considerando os dados de frequência e prevalência, estes variaram principalmente em relação aos dados da ideação suicida. Estudos apontaram que entre 7 e 40% dos adolescentes da população geral apresentam ou já apresentaram ideação suicida³⁸⁻⁴¹, porém os índices de ideação suicida são naturalmente mais elevados dentre os comportamentos suicidas, isto ocorre pois nessa fase a ideação suicida é apresentada como uma forma de expressar um sofrimento geralmente associado a um conflito interno⁴². Ademais, as estratégias de prevenção do suicídio devem focar a ideação suicida⁴³, visto que esta tem sido vista como um importante preditor para a tentativa de suicídio, e pode ser considerada como primeiro passo para que tal atitude seja finalizada⁴⁴⁻⁴⁵.

A tentativa de suicídio foi referenciada na maioria das publicações.^{14-19,21-22,24} Em geral as taxas de tentativa de suicídio são maiores em pacientes com bulimia nervosa, sendo ainda maiores em casos onde os pacientes utilizam uma compensação múltipla de comportamentos purgativos^{14-15,37}. Isto pode ser explicado pela característica impulsiva destes indivíduos⁴⁶. Existem evidências de que o consumo de alimentos na bulimia nervosa aumenta a liberação de dopamina nos circuitos neurais de recompensa, o que estimula a impulsividade nestes casos⁴⁷⁻⁴⁸.

No entanto, na anorexia nervosa as taxas de suicídio são elevadas, acredita-se que 20 a 40% das mortes na anorexia nervosa são resultado de suicídio, e que os pacientes com anorexia nervosa têm 23 vezes mais risco de suicídio completo do que a população em geral^{7,14}. Uma possibilidade é a de que as pessoas com anorexia nervosa são fisicamente mais comprometidas do que aquelas com bulimia nervosa, o que pode torná-las mais propensas à morte na tentativa de suicídio. Outra possibilidade é o fato de que indivíduos com anorexia nervosa podem fazer

tentativas mais graves e letais do que aquelas com bulimia nervosa, devido a traços de personalidade subjacentes ou comorbidades^{8,11}.

Os fatores associados que mais se destacaram foram os transtornos de origem emocional e a dependência química; sendo a depressão e uso/abuso de substâncias (álcool e drogas) os mais evidenciados nas publicações^{18-19,24}. A depressão é tida como uma característica central dos transtornos alimentares; podendo afetar 25-52% dos indivíduos com anorexia e bulimia nervosas⁴⁹⁻⁵¹. O funcionamento serotoninérgico das pessoas com depressão e pessoas com transtornos alimentares são similares; com disfunção na transmissão de serotonina, principalmente entre indivíduos com anorexia nervosa abaixo do peso, e indivíduos com bulimia nervosa com compulsão elevada⁵², ou seja, pacientes com distúrbios alimentares graves são mais deprimidos⁵³.

Em relação ao uso/abuso de substâncias psicoativas (álcool e drogas), este tem despertado preocupações nos profissionais da área de saúde, uma vez que existe uma associação importante entre o uso destas substâncias com os transtornos alimentares e o comportamento suicida^{14,18}. Existem evidências de que o uso deste tipo de substância potencializa o comportamento impulsivo, visto que estes indivíduos apresentam déficits cognitivos no domínio da impulsividade⁵⁴.

Um ponto crítico, identificado através desta revisão, é o fato de que apenas 4 publicações restringiram a amostra para adolescentes^{13,20,23-24}, propondo estratégias no âmbito de investigação dos transtornos alimentares na adolescência. Essa escassez de estudos tem impactado no entendimento sobre a doença nos seus estágios iniciais e na construção de protocolos ideais de tratamento durante esta fase.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Uma delas diz respeito à exclusão de estudos inseridos em base de dados não indexadas, como também em banco de teses e livros. Durante a pesquisa foram identificados outros possíveis descritores, mas que poderão ser incorporados em futuras revisões. O número de artigos encontrados (n =12) ainda é pequeno, porém acreditamos que é um número significativo, que a temática é relevante e que existe um crescente interesse pela mesma.

Apesar das limitações este estudo foi importante para compreender as lacunas ainda existentes na pesquisa e na prática clínica. A investigação do comportamento suicida é importante durante a anamnese dos pacientes com transtornos alimentares, já que existe um risco aumentado para o suicídio nestes casos, quando comparados com a população em geral^{13,23}. Em relação à pesquisa, percebe-se a ausência de estudos populacionais nas fases mais iniciais da vida, sendo que estudos futuros, que preencham essa lacuna, poderão contribuir para construção de políticas públicas de prevenção mais eficientes.

Conclusão

Após leitura e análise da bibliografia relatada, pôde-se observar que, diversos estudos evidenciaram uma relação importante entre os sintomas dos transtornos alimentares e o comportamento suicida. No entanto, pesquisas futuras devem ser realizadas, principalmente com os adolescentes, para o entendimento das comorbidades associadas, o que visa contribuir tanto para a prevenção, quanto para a elaboração de estratégias de tratamento, para pacientes com transtornos alimentares e comportamento suicida.

Agradecimentos

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES); como também a Professora Paula Regane Diniz pela contribuição significativa na elaboração do manuscrito.

Referências

1. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. *The International journal of eating disorders*. 2009;42(2):97-103.
2. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2006;19(4):389-94.
3. Waylen A, Wolke D. Sex 'n' drugs 'n' rock 'n' roll: the meaning and social consequences of pubertal timing. *European journal of endocrinology / European Federation of Endocrine Societies*. 2004;151 Suppl 3:U151-9.
4. Branco LM, Hilário MOE, de Pádua Cintra I. Percepção e satisfação corporal em adolescentes ea relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2006;33(6):292-6.
5. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical psychology review*. 2003;23(1):57-74.
6. Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPPP, Marchini JS, Santos JE. Transtornos alimentares-quadro clínico. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*. 2006;39(3):340-8.
7. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1998;173:11-53.
8. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1342-6.

9. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(6):769-82.
10. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of general psychiatry.* 2003;60(2):179-83.
11. Guillaume S, Jaussent I, Olie E, Genty C, Bringer J, Courtet P, et al. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PLoS One.* 2011;6(8):e23578.
12. Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2000;39(10):1284-92.
13. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(7):437-43.
14. Franko DL, Keel PK, Dorer D, Blais M, Delinsky S, Eddy K, et al. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine.* 2004;34(05):843-53.
15. Youssef G, Plancherel B, Laget J, Corcos M, Flament MF, Halfon O. Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *Eur Psychiatry.* 2004;19(3):131-9.
16. Machado PP, Gonçalves S, Machado BC, Torres AR, Brandão I. Suicide attempts and clinical severity of eating disorders: An exploratory study. *Terapia Psicológica.* 2004;22:57-60.
17. Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(2):129-35.
18. Fedorowicz VJ, Falissard B, Foulon C, Dardennes R, Divac SM, Guelfi JD, et al. Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2007;40(7):589-95.
19. Foulon C, Guelfi JD, Kipman A, Ades J, Romo L, Houdeyer K, et al. Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. *Eur Psychiatry.* 2007;22(8):513-9.
20. Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Comprehensive Psychiatry.* 2007; 48: 218- 24.
21. Crow S, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? A longitudinal study. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(5):887-92.

22. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 2008;70(3):378-83.
23. Brausch AM, Gutierrez PM. The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2009;39(1):58-71.
24. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry*. 2010;64(1):32-9.
25. Organization WH. Suicide risk high for young people 2009 [cited 2014]. Available from: http://www.who.int/mediacentre/multimedia/podcasts/2009/suicide_prevention_20090915/en/.
26. Bernheim A, Halfon O, Boutrel B. Controversies about the enhanced vulnerability of the adolescent brain to develop addiction. *Frontiers in pharmacology*. 2013;4.
27. Kelley AE, Schochet T, Landry CF. Risk taking and novelty seeking in adolescence: introduction to part I. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004;1021:27-32.
28. Bryant-Waugh R, Lask B. Childhood-onset eating disorders. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*: The Guilford Press; 1995.
29. Alvarenga M, Dunker KLL. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*: Manole; 2004.
30. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating behaviors*. 2006;7(4):384-94.
31. Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, Vanier C, Morissette R, Menard-Buteau C, et al. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. *Am J Psychiatry*. 1994;151(7):1063-8.
32. American Psychiatric A. Treatment of patients with eating disorders, third edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2006;163(7 Suppl):4-54.
33. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kreipe RD, Lask B, et al. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *The International journal of eating disorders*. 2007;40 Suppl:S117-22.
34. Romaro RA, Itokazu FM. Bulimia nervosa: revisão da literatura. *Psicol Reflex Crit*. 2002;15(2):407-12.

35. Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000;22:28-31.
36. Saikali CJ, Soubhia CS, Scalfaro BM, Cordás TA. Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2004;31(4):164-6.
37. Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brenner ND. Suicide ideation among US college students associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*. 2000;48(5):229-33.
38. Field T, Diego M, Sanders CE. Adolescent suicidal ideation. *Adolescence*. 2001;36(142):241-8.
39. Mann JJ. A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of internal medicine*. 2002;136(4):302-11.
40. Maris RW, Bermann AL. *Comprehensive Textbook of suicidology*: The Guildford Press; 2000.
41. Mattos Souza LD, Ores L, de Oliveira GT, Cruzeiro ALS, Silva RA, Pinheiro RT, et al. Ideação suicida na adolescência: prevalência e fatores associados. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):286-92.
42. Borges, VR, Werlang, BSG. "Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos." *Estudos de Psicologia*. 2006;11(3): 345-351.
43. Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2000;39(5):603-10.
44. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of general psychiatry*. 1996;53(12):1155-62.
45. Bulik CM, Sullivan PF, Joyce PR. Temperament, character and suicide attempts in anorexia nervosa, bulimia nervosa and major depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100(1):27-32.
46. Umberg EN, Shader RI, Hsu LK, Greenblatt DJ. From disordered eating to addiction: the "food drug" in bulimia nervosa. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2012;32(3):376-89.
47. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Jayne M, Franceschi D, et al. "Nonhedonic" food motivation in humans involves dopamine in the dorsal striatum and methylphenidate amplifies this effect. *Synapse*. 2002;44(3):175-80.
48. Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE, Rockert W, Toner B, Abbey SE. Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(7):773-82.

49. Wonderlich SA, Mitchell JE. Eating disorders and comorbidity: empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology bulletin*. 1997;33(3):381-90.
50. Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *The American journal of psychiatry*. 1998;155(7):939-46.
51. Monteleone P, Brambilla F, Bortolotti F, Maj M. Serotonergic dysfunction across the eating disorders: relationship to eating behaviour, purging behaviour, nutritional status and general psychopathology. *Psychol Med*. 2000;30(5):1099-110.
52. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med*. 1994;24(4):859-67.
53. Soloff PH, Lynch KG, Moss HB. Serotonin, impulsivity, and alcohol use disorders in the older adolescent: a psychobiological study. *Alcoholism, clinical and experimental research*. 2000;24(11):1609-19.
54. Irimia C, Wiskerke J, Natividad LA, Polis IY, de Vries TJ, Pattij T, et al. Increased impulsivity in rats as a result of repeated cycles of alcohol intoxication and abstinence. *Addiction biology*. 2013.

APÊNDICE E – ARTIGO 2 – “Risco de suicídio entre adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos”.

Artigo original principal

RISCO DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES COM SINTOMAS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES E SINTOMAS DEPRESSIVOS.

RISK OF SUICIDE AMONG ADOLESCENTS WITH SYMPTOMS OF EATING DIORDERS AND DEPRESSION.

RISCO DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES E TRANSTORNOS ALIMENTARES.

RISK OF SUICIDE AMONG ADOLESCENTS AND EATING DISORDERS.

Juliana Lourenço de Araújo Veras¹

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes¹

Flávia Maria Nassar de Vasconcelos¹

Everton Botelho Sougey¹

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

Endereço para correspondência: Juliana Lourenço de Araújo Veras, Rua Confederação do Equador, 60/702, Graças- 52011-060- Recife, PE, Brasil. E-mail: jullylow@yahoo.com.br. Tel.: (081) 3204-0846.

Agradecimentos: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Resumo

Introdução: O suicídio é um importante problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte em pacientes com transtornos alimentares. **Objetivo:** Determinar o risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos. **Métodos:** Estudo seccional, de base populacional, desenvolvido com 1.379 estudantes de escolas públicas de 10 a 17 anos. Foram utilizados os instrumentos: Questionário Sociobiodemográfico, EAT-26, BITE, CDI e o M.I.N.I. - versão brasileira 5.0.0. Para análise dos dados, foram construídas tabelas uni e bidimensionais com frequências absolutas e relativas, bem como calculados os valores do OR e seus respectivos intervalos com 95% de confiança, associados aos níveis descritivos do teste Qui-quadrado de Pearson. Na análise multivariada, foi ajustado um modelo de regressão logística binária, incluindo como possíveis variáveis explicativas todas aquelas que na análise bidimensional apresentaram associação significativa ao nível inferior a 0,05. **Resultados:** Dos valores do OR estima-se que a probabilidade de uma adolescente da população pesquisada ter risco de suicídio é mais elevada quando: o adolescente tem idade acima de 11 anos, é do sexo feminino, tem sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos. **Conclusão:** O risco de suicídio não se limita apenas a amostras clínicas de adolescentes com transtornos alimentares, mas pode ser detectado até mesmo em amostras subclínicas; e que o risco de suicídio é mais elevado entre os adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos. Desta forma, sugere-se que comportamentos alimentares inadequados sejam investigados em adolescentes para direcionar estratégias futuras de prevenção ao suicídio.

Descritores: Transtornos Alimentares; Risco de Suicídio; Adolescente; Depressão.

Abstract

Introduction: Suicide is a public health problem and considered to be a major cause of death among patients with eating disorders. **Objective:** Determine the risk of suicide among adolescents with symptoms of both eating disorders and depressive symptoms. **Methods:** A population-based, cross-sectional study was conducted involving 1379 students between 10 and 17 years of age enrolled at public schools. Data collection involved a socio-demographic questionnaire, the Eating Attitudes Test (EAT-26), the Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE), the Children's Depression Inventory (CDI) and the Brazilian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. 5.0.0). Data analysis involved one-dimensional and two-dimensional tables with absolute and relative frequencies. Odds ratios (OR) and respective 95% confidence intervals (CI) were calculated associated to the descriptive levels of Pearson's chi-square test. In the multivariate analysis, a binary logistic regression model was adjusted, including all variables in the two-dimensional model with a significant association less than 0.05 as possible explanatory variables. **Results:** From the ORs, the estimated probability of an adolescent being at greater risk of suicide was higher when the individual was older than 11 years of age, female, had symptoms of eating disorders and had depressive symptoms. **Conclusion:** The present findings demonstrate that the risk of suicide is not restricted to clinical samples of adolescents with eating disorders, but can also be detected in subclinical samples of adolescents. Moreover, the risk of suicide is higher among individuals with both eating disorders and depressive symptoms. Therefore, inadequate eating behavior should be investigated in adolescents to guide future suicide prevention strategies in this phase of life.

Key words: Eating disorders; Risk; Suicide; Adolescent; Depression.

Introdução

O suicídio é um importante problema de saúde pública, que tem uma forte associação com a psicopatologia e, particularmente, com os transtornos alimentares (TAs) como um todo^[1-2], visto que estes compartilham muitos fatores de risco para o suicídio^[3]; incluindo a purgação, depressão, abuso de substâncias, ansiedade e impulsividade^[4]. Dados recentes sugerem que o suicídio é uma das principais causas de morte em pacientes com TAs, especialmente nos pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa. Estes apresentam 50 vezes mais risco de suicídio quando comparados com a população em geral ^[5]. Estudos sobre suicídio em pacientes com bulimia nervosa são escassos, porém alguns autores encontraram um aumento na taxa de mortalidade por suicídio em indivíduos com bulimia nervosa^[2,3].

As taxas de tentativa de suicídio também são elevadas em indivíduos com TAs, quando comparados com a população em geral^[1,6-7]. Apesar de ser relativamente comum em pacientes com anorexia nervosa^[7], a tentativa de suicídio é mais frequente em indivíduos com diagnóstico de bulimia nervosa^[8].

Os TAs em adolescentes representam uma condição com risco de vida que afeta o desenvolvimento físico, emocional, comportamental e social. A detecção e tratamento precoce melhoram o prognóstico e reduzem o risco do desenvolvimento de uma condição crônica na idade adulta^[9]. Estes estão entre os distúrbios mais comuns associados com o início da adolescência, principalmente entre as meninas^[10]. Estatísticas internacionais estimam que a anorexia nervosa atinge 1 em cada 100 adolescentes e mulheres jovens^[11].

No caso de adolescentes com TAs, a depressão parece amplificar a gravidade dos transtornos ^[12] e os sintomas depressivos podem funcionar como um importante fator de ligação entre os sintomas de TAs e o comportamento suicida em adolescentes, o que pode até excluir a influência direta dos TAs no comportamento suicida em adolescentes ^[13]. Logo a verificação de sintomas depressivos é significativa na avaliação do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de TAs.

Porém, poucos são os estudos que investigaram o comportamento suicida especificamente nesta população^[12,14-16] incluindo a comorbidade depressiva^[12,17]. A maioria destes reuniu os critérios diagnósticos completos do DSM-IV para os transtornos alimentares, sem apresentar informações sobre adolescentes sintomáticos, que estão abaixo dos limites atuais de diagnóstico. A importância desta condição está refletida no fato de que a fase subclínica dos TAs é um dos fatores mais comuns para o desenvolvimento da síndrome completa^[16], sem contar que estes quadros chegam a ser cinco vezes mais frequentes que as síndromes completas^[18]. Os estudos já realizados apresentaram informações sobre ideação suicida. Isto remete ao conhecimento limitado sobre os correlatos do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares, já que risco de suicídio engloba desde o pensamento e planejamento à tentativa e pode se manifestar de várias maneiras. Sua avaliação é de extrema importância^[19].

Sabe-se que risco é um conceito da epidemiologia moderna e refere-se à probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável^[20] e, identificar o risco de suicídio é mais importante do que buscar a causa do suicídio, pois avaliar o risco é fundamental para a prevenção e o manejo do suicídio^[21], além de que este pode ser agravado pelos sintomas depressivos^[11]. Desta forma, o objetivo deste estudo foi determinar o risco de suicídio em adolescentes com sintomas de TAs e sintomas depressivos.

Métodos

O presente estudo propôs uma análise transversal realizada durante 4 meses do ano de 2014 na cidade do Recife – PE – Brasil, com indivíduos de 10 a 17 anos.

A amostra foi calculada a partir da população de estudantes matriculados na Rede Estadual de Ensino em Recife na faixa etária alvo do estudo. Segundo a Secretaria Estadual de Educação de Pernambuco, em 2013, existiam 85.149 estudantes matriculados na rede com idades entre 10 e 17 anos. Foi utilizado o programa EPI-INFO versão 7 para determinar o tamanho da amostra, utilizando

erro de 3,0%, confiabilidade de 95,0% e proporção esperada de 33,1% de sintomas de transtornos alimentares^[22], totalizando 936 adolescentes. Como o tipo da amostra foi por conglomerados, este valor foi multiplicado por 1,2 por conta do efeito cluster, resultado em 1.123, acrescidos de 20%, para que eventuais perdas não comprometessem a representatividade da amostra. O número total de adolescentes a serem avaliados foi de 1.347, porém foram avaliados 1.379 adolescentes, uma vez que não foram excluídos da amostra adolescentes que concordaram em participar do estudo através da assinatura do termo de assentimento.

Previamente à aplicação dos instrumentos, foi encaminhado o termo de consentimento livre e esclarecido aos pais e/ou responsáveis pelo aluno. Tendo havido a devida aceitação para participação do estudo, a aplicação dos instrumentos foi realizada na própria instituição de ensino do adolescente, durante o horário escolar.

Os dados referentes às informações socioeconômico e demográficas de cada participante da pesquisa, assim como os dados referentes aos sintomas de TAs, os sintomas depressivos e o risco de suicídio foram obtidos através da utilização de instrumentos específicos.

Os dados referentes às informações socioeconômicas e demográficas foram obtidos utilizando-se o questionário biosociodemográfico, baseado no Critério de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (CEEB/ABEP), do ano de 2013.

O instrumento *Eating Attitudes Test* (EAT-26) foi utilizado para avaliar a presença de padrões alimentares anormais^[23], tendo sua versão em português validada^[24] e adaptada para a população adolescente^[25]. O instrumento utilizado para identificação do comportamento de bulimia nervosa foi o *Bulimic Investigatory Test of Edinburgh* (BITE)^[26], versão traduzida para o português^[27] e adaptada para adolescentes brasileiros^[28]. Este teste fornece os resultados em duas escalas: uma de gravidade e outra de sintomas.

Para identificação dos sintomas depressivos foi utilizado o *Children's depression inventory* (CDI)^[29], instrumento validado para a língua portuguesa em escolares brasileiros^[30].

Para avaliação do risco de suicídio foi utilizado o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. - Versão brasileira 5.0.0) – Módulo C – Risco de Suicídio^[31]. Com relação à variável dependente risco de suicídio, os adolescentes foram identificados como “com risco de suicídio” e “sem risco de suicídio”, como também, identificados pelo grau do risco de suicídio, a partir da classificação do M.I.N.I. (baixo, moderado e alto).

Os dados foram registrados em um banco de dados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 21. Para a análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. A análise descritiva foi utilizada para caracterização da amostra a partir do cálculo de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis de interesse do estudo. As técnicas de estatística inferencial foram utilizadas para analisar a associação entre as variáveis categóricas utilizando o teste Qui-quadrado de Pearson, e para avaliar a força da associação nos cruzamentos das variáveis independentes em relação ao desfecho (risco de suicídio) foi obtido o valor do Odds Ratio ou Razão das Chances (OR ou RC) com respectivo intervalo de confiança. A margem de erro utilizada foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Resultados

No presente estudo, 65,5% dos adolescentes eram do sexo feminino. A maioria dos adolescentes pertenciam à classe econômica B2 e C1 (30,7% e 37,7%, respectivamente). A idade dos adolescentes analisados teve média de 13,80 anos, desvio padrão de 1,76 anos e mediana de 14 anos.

Dos 1.379 adolescentes pesquisados, 25,5% foram considerados como positivos para comportamento alimentar inadequado de acordo com o EAT-26 e 74,5% foram classificados como negativo. Conforme a escala de sintomas BITE, a maioria (67,5%) foi considerada como sem sintomas de bulimia nervosa; 29,6% dos adolescentes tinham escore médio; enquanto 3,2% tinham

escore elevado. Na escala de gravidade BITE, 95,2% dos adolescentes foram classificados como “gravidade não significativa”, 4,4% como “gravidade significativa” e 0,4% com gravidade de grande intensidade. Sintomas depressivos foram encontrados em 15,4% dos adolescentes. Em relação ao risco de suicídio, 29,7% dos adolescentes apresentaram risco, dentre estes, os percentuais mais elevados corresponderam ao baixo risco (14,4%) seguido do alto risco (11,3%).

Da tabela 1, destaca-se que a prevalência de risco de suicídio foi bem mais elevada entre os adolescentes que tinham EAT-26 positivo e escore elevado na escala de sintomas BITE. Com exceção da escala de gravidade BITE, as demais variáveis apresentaram associação significativa com o risco de suicídio ($p < 0,001$).

Tabela 1 – Avaliação do risco de suicídio segundo os dados clínicos.

Variável	Risco de suicídio (MINI)				TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	N	%		
Grupo Total	409	29,7	970	70,3	1379	100,0		
Escala EAT-26							$p^{(a)} < 0,001^*$	
Positivo	150	42,7	201	57,3	351	100,0		2,22 (1,72 a 2,86)
Negativo	259	25,2	769	74,8	1028	100,0		1,00
Escala BITE - Sintomas							$p^{(a)} < 0,001^*$	
Sem sintomas	205	22,0	726	78,0	931	100,0		1,00
Escore médio	179	44,3	225	55,7	404	100,0		2,82 (2,19 a 3,62)
Escore elevado	25	56,8	19	43,2	44	100,0		4,66 (2,52 a 8,63)
Escala BITE – Gravidade							$p^{(b)} = 0,104$	
Não significativa	383	29,2	930	70,8	1313	100,0		**
Significativa	23	37,7	38	62,3	61	100,0		**
Grande intensidade	3	60,0	2	40,0	5	100,0		**

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

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

(a): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(b): Através do teste Exato de Fisher.

Na tabela 2, sobressai-se que, com exceção da escala de gravidade do BITE, foram registradas associações significativas entre o grau do risco de suicídio ($p < 0,05$), onde as duas maiores diferenças percentuais na escala EAT-26 ocorreram no baixo e alto risco, e, na escala de

sintomas BITE, os maiores percentuais ocorreram entre os adolescentes que tinham escore elevado ou médio.

Tabela 2 – Avaliação do grau do risco de suicídio segundo os dados clínicos.

Variável	Grau do risco de suicídio (MINI)								TOTAL N	Valor de p	
	Baixo		Moderado		Alto		Sem risco				%
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Grupo Total	198	14,4	55	4,0	156	11,3	970	70,3	1379	100,0	
Escala EAT											$p^{(a)} < 0,001^*$
Positivo	75	21,4	19	5,4	56	16,0	201	57,3	351	100,0	
Negativo	123	12,0	36	3,5	100	9,7	769	74,8	1028	100,0	
Escala BITE – sintomas											$p^{(a)} < 0,001^*$
Sem sintomas	107	11,5	29	3,1	69	7,4	726	78,0	931	100,0	
Escore médio	84	20,8	21	5,2	74	18,3	225	55,7	404	100,0	
Escore elevado	7	15,9	5	11,4	13	29,5	19	43,2	44	100,0	
Escala BITE - Gravidade											$p^{(b)} = 0,244$
Não significativa	185	14,1	53	4,0	145	11,0	930	70,8	1313	100,0	
Significativa	11	18,0	2	3,3	10	16,4	38	62,3	61	100,0	
Grande intensidade	2	40,0	-	-	1	20,0	2	40,0	5	100,0	

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

(a): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(b): Através do teste Exato de Fisher.

A tabela 3 apresenta as relações de cada variável independente com a variável resposta por análise de regressão logística. Inicialmente foi realizada a análise bivariada mediante a aplicação do teste Qui-quadrado de Person para seleção das variáveis para ajuste em modelo de regressão logística. Todas as 5 variáveis incluídas no modelo: faixa etária, sexo, escala EAT, escala BITE e CDI foram significativas a 5%. O modelo de regressão logístico para risco de suicídio foi calculado considerando como variáveis de entrada as que possuíam p-valor no máximo igual a 0,05. Dos valores do OR estima-se que a probabilidade de um adolescente da população pesquisada ter risco de suicídio é mais elevada quando: o adolescente tem idade acima de 11 anos, é do sexo feminino, tem padrões alimentares inadequados, tem sintomas de bulimia nervosa e tem sintomas depressivos. O modelo é aceito ($p < 0,001$), o teste de Lemeshow mostrou uma adequação dos dados ao modelo ($p = 0,580$) e o percentual de classificação correta foi de 70,3%.

Tabela 3 – Resultados da regressão logística multivariada para o percentual com risco de suicídio.

Variável	Resultados da bivariada		Resultados do ajuste multivariado	
	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
Faixa etária		$p^{(1)} = 0,003^*$		0,003*
10 a 11	1,00		1,00	
12 a 13	1,64 (1,02 a 2,61)		1,78 (1,09 a 2,92)	0,022*
14 a 15	2,10 (1,34 a 3,31)		2,29 (1,42 a 3,71)	0,001*
16 a 17	2,27 (1,38 a 3,72)		2,41 (1,42 a 4,08)	0,001*
Sexo		$p^{(1)} < 0,001^*$		<0,001*
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	2,06 (1,59 a 2,68)		1,81 (1,37 a 2,38)	
Escala EAT-26		$p^{(1)} < 0,001^*$		0,001*
Positivo	2,22 (1,72 a 2,86)		1,58 (1,20 a 2,10)	
Negativo	1,00		1,00	
Escala BITE – Sintomas		$p^{(1)} < 0,001^*$		<0,001*
Sem sintomas	1,00		1,00	
Escore médio	2,82 (2,19 a 3,62)		2,18 (1,67 a 2,84)	<0,001*
Escore elevado	4,66 (2,52 a 8,63)		1,89 (0,97 a 3,68)	0,060
Inventário de Depressão Infantil		$p^{(1)} < 0,001^*$		<0,001*
Positivo	3,40 (2,52 a 4,59)		2,67 (1,92 a 3,71)	
Negativo	1,00		1,00	

(*): Significativo a 5,0%.

As probabilidades percentuais estimadas de risco de suicídio a partir do modelo de regressão se encontram nas Tabelas 4 e 5, onde se pode destacar no “pior cenário”, ou seja, na presença de comportamentos alimentares inadequados e sintomas depressivos, o risco de suicídio seria de 61,9%. No caso de sintomas positivos para bulimia nervosa e sintomas depressivos esta probabilidade seria de 63,4%.

Tabela 4 – Risco de suicídio segundo os possíveis fatores de risco: EAT-26 e inventário de depressão infantil, avaliadas através do modelo de regressão logística. (IC 95%)

EAT-26	Inventário de Depressão Infantil	
	Positivo	Negativo
Positivo	61,9	35,3
Negativo	46,4	22,5

Tabela 5 – Risco de suicídio segundo os possíveis fatores de risco: subescala de sintomas do BITE e inventário de depressão infantil, avaliadas através do modelo de regressão logística. (IC95%)

Subescala de sintomas BITE	Inventário de Depressão Infantil	
	Positivo	Negativo
Positivo (Com sintomas)	63,4	38,9
Negativo (Sem sintomas)	40,5	20,0

Discussão

Neste estudo, identificou-se que o risco de suicídio é elevado em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares, e este pode ser agravado pela presença de sintomas depressivos.

1) Prevalência dos sintomas de TAs em uma amostra de adolescentes.

No total de adolescentes pesquisados 44,5% apresentavam algum sintoma de TAs. Os TAs, em especial os não especificados são comuns na adolescência^[32]. Sabe-se que o aparecimento destes sintomas entre os adolescentes pode ser explicado por características de ordem intrapessoal^[33], como pela vulnerabilidade e sensibilidade aumentada nesta fase de desenvolvimento humano; o que inclui também a predisposição à riscos e comportamentos imprudentes. Observações recentes sugerem que a propensão para assumir riscos e comportamentos perigosos na adolescência pode ser explicada pela imaturidade dos sistemas neurocorticais, particularmente o córtex pré-frontal, que não é capaz de modular a percepção e avaliação de risco e recompensa, levando a importantes modificações no processamento social e afetivos do cérebro^[34]. Logo, estes, tornam-se, muitas vezes, vulneráveis às

pressões dos meios de comunicação, do ambiente social^[35], e do ambiente familiar^[36]. A influência da mídia e do entorno social estão relacionadas, principalmente, com o culto a magreza. Com isso, os adolescentes idealizam em sua mente um corpo perfeito. Quanto mais esse corpo se distancia do real, maior será a possibilidade de conflitos^[37]. Já no ambiente familiar, o controle excessivo da alimentação, a aplicação de regras alimentares rigorosas e a individualização da alimentação tem uma relação positiva com o surgimento dos TAs^[36].

2) Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de TAs.

Com relação à presença de risco de suicídio e sintomas de TAs, foram observadas associações significantes na população estudada, em ambas as escalas de rastreamento, com exceção da subescala de gravidade BITE. Isto indica que o risco de suicídio não se limita apenas a amostras clínicas de adolescentes com TAs, mas pode ser encontrado até mesmo em amostras subclínicas.

Foi observado que o risco de suicídio estava presente na maioria dos adolescentes que apresentavam padrões alimentares inadequados e em adolescentes com sintomas de bulimia nervosa. Quanto ao grau do risco de suicídio, a maioria dos adolescentes que apresentaram padrões alimentares inadequados apresentaram baixo risco de suicídio, e a maioria dos adolescentes com sintomas elevados de bulimia nervosa apresentaram alto risco de suicídio. Poucos são os estudos que relacionaram o comportamento suicida com os TAs na adolescência^[12-15], e dentre os transtornos psiquiátricos, os TAs, parecem levar a um maior risco de suicídio do que qualquer outro transtorno psiquiátrico^[38].

Está bem documentado na literatura que as taxas de suicídio são mais elevadas em pacientes com anorexia nervosa^[3,5]. Porém, nos últimos anos, houve uma pequena redução atribuída a uma melhor detecção dos casos que necessitavam de tratamento, da utilização de critérios diagnósticos aprimorados, da redução do estigma para receber tratamento nos transtornos psiquiátricos e da difusão de serviços especializados para o tratamento de transtornos alimentares^[38]. A disponibilidade

de tratamento eficaz reduz o risco de suicídio nestes pacientes^[39]. Contudo, os pacientes com anorexia nervosa parecem ser mais expostos ao suicídio consumado, por sofrerem de complicações somáticas da inanição. Os estudos que investigaram esta hipótese descreveram que o suicídio em pacientes com anorexia nervosa resultou de tentativas de suicídio letais^[8], ao invés do risco pela saúde física comprometida^[40]. Algumas teorias de comportamento suicida podem ajudar a compreender a maior letalidade da tentativa de suicídio na anorexia nervosa, a teoria de Joiner demanda a combinação de 3 fatores para o comportamento suicida: sentimento de estar sozinho, sentir-se um fardo para os outros e a capacidade adquirida de suportar a dor, que na anorexia nervosa surge através da extrema restrição alimentar, levando ao aumento da capacidade de suportar a dor^[41].

Neste estudo observou-se que adolescentes com escore médio na escala de sintomas BITE, ou seja, presença de padrões alimentares não usuais, já apresentavam risco de suicídio; e com escore elevado, ou seja, adolescentes com grande possibilidade de bulimia nervosa o risco de suicídio era maior. Quanto às taxas de suicídio na bulimia nervosa, essas são inferiores em comparação às da anorexia nervosa. Os pacientes com bulimia nervosa evitam métodos letais na tentativa de suicídio ou métodos que podem causar desfiguração ou dor. Estes preferem métodos menos letais como overdose de drogas ou inalação de gases, ao contrário dos pacientes com anorexia nervosa que podem habituar-se às experiências dolorosas durante o curso da doença e, conseqüentemente, utilizar métodos mais letais na tentativa de suicídio^[41]. Porém, as taxas de tentativa de suicídio são maiores principalmente nos casos onde os pacientes com bulimia nervosa utilizam uma compensação múltipla de comportamentos purgativos^[42], ou seja, mais graves^[43]; neste estudo observou-se que adolescentes com sintomas elevados de bulimia nervosa apresentaram alto risco de suicídio. A tentativa de suicídio nos indivíduos com bulimia nervosa também está associada aos traços específicos da personalidade destes pacientes e ao abuso de substâncias^[44]. Existem evidências de que a compulsão alimentar na bulimia nervosa aumenta a liberação de dopamina nos circuitos neurais de recompensa, o que estimula a impulsividade nos pacientes com bulimia nervosa^[45-46]. Esta

pode ser potencializada pelo uso e abuso de substâncias^[47], o que leva a uma maior propensão destes pacientes a se envolver em atos suicidas.

Ademais, os indivíduos com bulimia nervosa ocultam a doença e evitam ajuda profissional. Na maioria das vezes, os episódios de purgação acontecem às escondidas e são acompanhados de sentimentos de intensa vergonha, culpa e desejos de autopunição^[48]. Como resultado, 50% a 70% dos pacientes adolescentes são diagnosticados com apresentações atípicas ou parciais dos transtornos alimentares, adiando o diagnóstico e tratamento adequado, o que pode ocasionar no agravamento da doença e, conseqüentemente, um aumento nas taxas de mortalidade^[49] e de tentativa de suicídio^[44], visto que o risco de suicídio também está relacionado com os sintomas e a gravidade diagnóstica dos transtornos alimentares^[43].

3) Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos.

Os sintomas depressivos estavam presentes em 15,4% dos adolescentes pesquisados. Neste subgrupo, a prevalência do risco de suicídio foi de 57,9% entre os adolescentes com sintomas de transtornos alimentares associados com sintomas depressivos. Dos valores de Odds Ratio, as chances de um adolescente da população pesquisada apresentar risco de suicídio foram mais elevadas se o adolescente tinha sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos concomitantemente. Nota-se que os adolescentes com escore elevado na escala de sintomas BITE apresentaram 1,26 a mais de chance para o risco de suicídio do que os adolescentes com sintomas depressivos. Isto pode estar relacionado com a gravidade dos sintomas dos transtornos alimentares, que aumentam o risco de suicídio^[43].

Quanto à probabilidade do risco de suicídio estimada a partir do modelo de regressão, revelou-se que a sobreposição de fatores agrava as chances para o risco de suicídio. Na presença dos dois fatores concomitantemente (sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos), a

chance seria de 61,9% para o EAT-26 e 63,4% para o BITE. Por outro lado, no “melhor panorama”, a ausência de sintomas de TAs e sintomas depressivos diminui consideravelmente a probabilidade do risco de suicídio na população pesquisada. Segundo alguns autores, dentre os principais fatores de risco, destaca-se a depressão na adolescência, como tendo um papel fundamental no desenvolvimento de comportamento suicida^[50-51] e sendo um dos fatores que mais têm se relacionado com o suicídio na adolescência^[52]. Entre um terço a dois terços dos suicídios em adolescentes, estes ocorrem em adolescentes clinicamente deprimidos^[51].

Atualmente, sabe-se que, a depressão é a principal comorbidade ligado aos TAs; podendo afetar 25-52% dos indivíduos com anorexia e bulimia nervosas^[53-54]. Porém a relação entre estes transtornos é complexa. Algumas teorias foram desenvolvidos para esclarecer esta relação: (1) o fato do funcionamento serotoninérgico dos indivíduos com depressão e transtornos alimentares serem similares; com disfunção na transmissão de serotonina, principalmente entre os indivíduos com transtornos alimentares graves; (2) a questão de que os transtornos alimentares podem provocar sintomas depressivos, como resultado das alterações induzidas nos sistemas monoaminérgicos pela dieta restritiva, característica da anorexia nervosa, e pela compulsão alimentar e o comportamento subsequente compensatório de purgação, que é típico na bulimia nervosa^[55]. Por outro lado, a anorexia e bulimia nervosas, podem afetar a vida social dos indivíduos de forma negativa, aumentando ainda mais o risco de depressão^[56].

4) Limitações

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas. O estudo demonstra que, independentemente das características da adolescência, a relação entre o risco de suicídio e os sintomas de transtornos alimentares existe. Porém não permite definir a relação de causa e efeito das variáveis analisadas, por se tratar de um desenho transversal. Ademais, o procedimento de avaliação da entrevista M.I.N.I. pode ter sido influenciado pela aplicação breve do instrumento e pelo

constrangimento do pesquisado em responder à entrevista, podendo ter omitido algumas informações, apesar do ambiente favorável para realização da entrevista e da adequação psicométrica do instrumento utilizado. Por fim, não foram avaliados outros fatores de risco conhecidos por aumentar o risco de suicídio em adolescentes como, por exemplo, a história de suicídio na família.

Entretanto, o estudo oferece confiabilidade aos achados, pelo rigor metodológico e análise estatística empregados, além de superar algumas limitações dos estudos existentes, visto que é o primeiro estudo de base populacional que investiga a relação entre sintomas de transtornos alimentares e risco de suicídio em adolescentes.

Conclusão

O risco de suicídio não se limita apenas a amostras clínicas de adolescentes com transtornos alimentares, podendo ser detectado em amostras subclínicas; onde este é mais elevado em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos. Assim, uma maior atenção deve ser direcionada a esse público com sintomas de transtornos alimentares e sintomas depressivos, visto que, estes fatores associados podem acarretar o aumento do risco de suicídio nestes indivíduos. Desta forma, sugere-se que comportamentos alimentares inadequados sejam investigados em adolescentes para direcionar estratégias futuras de prevenção ao suicídio

Padrões éticos

Este estudo está cadastrado na Plataforma Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com número CAAE: 05189212.1.0000.5208.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eat Behav.* 2006;7(4):384-94.
2. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry.* 2009;166(12):1342-6.
3. Preti A, Rocchi MB, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2011;124(1):6-17.
4. Runfola CD, Thornton LM, Pisetsky EM, Bulik CM, Birgegard A. Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register. *Compr Psychiatry.* 2014;55(3):439-49.
5. Keel PK, Dorer DJ, Eddy KT, Franko D, Charatan DL, Herzog DB. Predictors of mortality in eating disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(2):179-83.
6. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord.* 2007;40(4):293-309.
7. Bulik CM, Thornton L, Pinheiro AP, Plotnicov K, Klump KL, Brandt H, et al. Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosom Med.* 2008;70(3):378-83.
8. Guillaume S, Jaussent I, Olie E, Genty C, Bringer J, Courtet P, et al. Characteristics of suicide attempts in anorexia and bulimia nervosa: a case-control study. *PLoS One.* 2011;6(8):e23578.
9. Robin AL, Gilroy M, Dennis AB. Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* 1998;18(4):421-46.
10. Association AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006: American Psychiatric Pub; 2006.
11. Association AP. Healthy Minds. In: Association AP, editor. 2005.
12. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry.* 2010;64(1):32-9.
13. Miotto P, Preti A. Eating disorders and suicide ideation: the mediating role of depression and aggressiveness. *Compr Psychiatry.* 2007;48(3):218-24.
14. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. Eating disorders and suicide risk factors in adolescents: an Italian community-based study. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(7):437-43.
15. Brausch AM, Gutierrez PM. The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2009;39(1):58-71.
16. Costarelli V, Demerzi M, Stamou D. Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *J Hum Nutr Diet.* 2009;22(3):239-45.
17. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkühl U, Pfeiffer E. Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child psychiatry and human development.* 2008;39(3):261-72.
18. Dancyger IF, Garfinkel PE. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Psychol Med.* 1995;25(5):1019-25.
19. Seminotti EP, Paranhos ME, Thiers VdO. Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Porto Alegre. 2006.
20. Silveira JMd, Silvares EFdM, Marton SA. Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: dificuldades na pesquisa e na implementação. *Estudos de Psicologia (PUCCAMP).* 2003;20(3):59-67.
21. Chehil S, Kutcher SP. Suicide risk management: a manual for health professionals: John Wiley & Sons; 2012.
22. Ximenes R, Couto G, Sougey E. Eating disorders in adolescents and their repercussions in oral health. *Int J Eat Disord.* 2010;43(1):59-64.
23. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine.* 1982;12(04):871-8.

24. Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaim AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev ABP-APAL*. 1994;16(1):7-10.
25. Bighetti F, Santos CBd, Santos JEd, Ribeiro RP. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J bras psiquiatr*. 2004;53(6):339-46.
26. Henderson M, Freeman CP. A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150(1):18-24.
27. Cordás T, Hochgraf P. O Bite.(1993) Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *J Bras Psiquiatr*. 42:141-4.
28. Ximenes RCC, Colares V, Bertulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do "BITE" para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2011;63(1).
29. Hodges KK, Siegel LJ, Mullins L, Griffin N. Factor analysis of the Children's Depression Inventory. *Psychol Rep*. 1983;53(3 Pt 1):759-63.
30. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJFd, Gaião AdA. Inventário de depressão infantil-CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J bras psiquiatr*. 1995;44(7):345-9.
31. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.
32. Gonçalves JdA, Moreira EAM, Trindade EBSdM, Fiates GMR. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. *Rev paul pediatr*. 2013;31(1):96-103.
33. Cavalcanti AMTdS. Disorders of Eating Behavior in Students of Recife, PE: University Federal of Pernambuco 2010.
34. Bernheim A, Halfon O, Boutrel B. Controversies about the enhanced vulnerability of the adolescent brain to develop addiction. *Frontiers in pharmacology*. 2013;4.
35. Jackson T, Chen H. Sociocultural experiences of bulimic and non-bulimic adolescents in a school-based Chinese sample. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(1):69-76.
36. Krug I, Treasure J, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, Collier D, et al. Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: a multicentre European study of associated eating disorder factors. *British journal of nutrition*. 2009;101(06):909-18.
37. Branco LM, Hilário MOE, Cintra IdP. Percepção e satisfação corporal em adolescentes e a relação com seu estado nutricional. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2006;33(6):292-6.
38. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(8):1433-5.
39. Guzzetta F, Tondo L, Centorrino F, Baldessarini RJ. Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(3):380-3.
40. Holm-Denoma JM, Witte TK, Gordon KH, Herzog DB, Franko DL, Fichter M, et al. Deaths by suicide among individuals with anorexia as arbiters between competing explanations of the anorexia-suicide link. *Journal of affective disorders*. 2008;107(1):231-6.
41. Joiner T. *Why people die by suicide*: Harvard University Press; 2009.
42. Milos G, Spindler A, Hepp U, Schnyder U. Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(2):129-35.
43. Machado PP, Gonçalves S, Machado BC, Torres AR, Brandão I. Suicide attempts and clinical severity of eating disorders: An exploratory study. 2004.
44. Forcano L, Fernández-Aranda F, Álvarez-Moya E, Bulik C, Granero R, Gratacòs M, et al. Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *European Psychiatry*. 2009;24(2):91-7.
45. Umberg EN, Shader RI, Hsu LG, Greenblatt DJ. From disordered eating to addiction: the "food drug" in bulimia nervosa. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2012;32(3):376-89.

- 46.Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Jayne M, Franceschi D, et al. "Nonhedonic" food motivation in humans involves dopamine in the dorsal striatum and methylphenidate amplifies this effect. *Synapse*. 2002;44(3):175-80.
- 47.Irimia C, Wiskerke J, Natividad LA, Polis IY, Vries TJ, Pattij T, et al. Increased impulsivity in rats as a result of repeated cycles of alcohol intoxication and abstinence. *Addiction biology*. 2014.
- 48.Azevedo A, Abuchaim A, Nunes M, Appolinário J. Bulimia nervosa: classificação diagnóstica e quadro clínico. NUNES, MAA et al *Transtornos alimentares e obesidade* Porto Alegre: Artmed. 1998:31-9.
- 49.Association AP. Treatment of patients with eating disorders, American Psychiatric Association. *The American journal of psychiatry*. 2006;163(7 Suppl):4.
- 50.Baggio L, Palazzo LS, de Castro Aerts DRG. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados *Suicide planning among teenage students: prevalence and associated factors*. *Cad saúde pública*. 2009;25(1):142-50.
- 51.Bahls S-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 2002;78(5):359-66.
- 52.Toro DC, Paniagua RE, González CM, Montoya B. Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(3):302-8.
- 53.Ahmad N, Man CS, Ibrahim N, Rosman A. Suicidal ideation among Malaysian adolescents. *Asia-Pacific journal of public health*. 2014:1010539514540746.
- 54.Rodrigues MEdS, Silveira TBd, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores L, Pinheiro RT, et al. Suicide risk in young adults with anxiety disorders: population-based study. *Psico-USF*. 2012;17(1):53-62.
- 55.Kaye WH, Klump K, Frank G, Strober M. Anorexia and bulimia nervosa. *Annual Review of Medicine*. 2000;51(1):299-313.
- 56.Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003;361(9355):407-16.

APÊNDICE F – ARTIGO 3 – “Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas depressivos”.

Prevalência do risco de suicídio em adolescentes com sintomas depressivos.

Prevalence of risk of suicide in adolescents with depressive symptoms.

Juliana Lourenço de Araújo Veras¹

Rosana Christine Cavalcanti Ximenes¹

Flávia Maria Nassar de Vasconcelos¹

Everton Botelho Sougey¹

¹Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil.

Endereço para correspondência: Juliana Lourenço de Araújo Veras, Rua Confederação do Equador, 60/702, Graças- 52011-060- Recife, PE, Brasil. E-mail: jullylow@yahoo.com.br.

Agradecimentos: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESUMO

Objetivos: Determinar a prevalência do risco de suicídio em adolescentes e verificar a associação do risco de suicídio com os sintomas depressivos. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, desenvolvido com 1.379 estudantes de escolas públicas estaduais de 10 a 17 anos de idade. Para a coleta dos dados foram utilizados os instrumentos: Questionário Sociobiodemográfico, Inventário de Depressão Infantil (CDI – *Children's Depression Inventory*) e o *International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. - versão brasileira 5.0.0). Para análise dos dados, foram construídas tabelas uni e bidimensionais com frequências absolutas e relativas, bem como calculados os valores das Odds-Ratios (OR) e seus respectivos intervalos com 95% de confiança, associados aos níveis descritivos do teste Qui-quadrado de independência de Pearson. **Resultados:** Observou-se uma prevalência de risco de suicídio de 29,7%; onde os adolescentes do sexo feminino, com idades entre 14 e 17 anos, com irmãos e sintomas depressivos apresentaram maior proporção de risco de suicídio. **Conclusão:** Tais achados revelaram uma prevalência de risco de suicídio muito elevada, como também confirmaram que os sintomas depressivos estão associados significativamente com o risco de suicídio na adolescência. Portanto, é necessário desenvolver programas de prevenção de suicídio nas escolas, com ações interdisciplinares na atenção primária.

Descritores: Suicídio; Adolescente; Depressão.

ABSTRACT

Objectives: Determine the prevalence of the risk of suicide among adolescents and the association between the risk of suicide and depressive symptoms. **Methods:** A population-based cross-sectional study was conducted involving 1379 students between 10 and 17 years of age at state-run public schools. Data collection involved a socio-demographic questionnaire, the Children's Depression Inventory and the International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. Brazilian version 5.0.0). Data analysis involved one-dimensional and two-dimensional tables with absolute and relative

frequencies. Odd ratios (OR) and respective 95% confidence intervals were calculated based on the results of Pearson's chi-square test for independence. **Results:** The prevalence of the risk of suicide was 29.7% in the population studied. Females between 14 and 17 years of age with siblings and depressive symptoms were at greater risk of suicide. **Conclusion:** The present findings reveal a high risk of suicide and confirm the association between depressive symptoms and the risk of suicide in adolescence. Thus, there is a need to develop suicide prevention programs for adolescents at schools, with interdisciplinary basic healthcare actions.

Keywords: Suicide; Adolescent; Depression

Introdução

A adolescência é a fase da vida que mais mobiliza preocupações com comportamentos de risco a saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio constitui a segunda ou terceira causa de morte em muitos países na faixa etária de 10 a 24 anos e este passou a ser encarado como um dos principais problemas de saúde em populações jovens⁽¹⁾.

Destaca-se que, o comportamento suicida ocorre muitas vezes, como reflexo de conflitos internos, sentimentos de depressão e ansiedade que acompanham a profunda reorganização física, psíquica e social que ocorre durante a adolescência⁽²⁾.

Dados do mapa da violência do Ministério da Saúde⁽³⁾ revelaram um crescimento de 40% na taxa de suicídio entre 2002 – 2012 em adolescentes com idades entre 10 e 14 anos e um aumento de 33,5% na faixa etária de 15 a 19 anos. No Brasil é possível perceber um alto índice de ideação suicida em adolescentes⁽⁴⁾, porém os índices de ideação são naturalmente mais elevados que o de risco de suicídio, pois nessa fase da vida a ideação suicida é apresentada como uma forma de expressar um sofrimento geralmente associado a um conflito interno, encarando a possibilidade da morte como uma solução. Contudo, esses pensamentos podem apontar algo mais, que de fato ultrapassa as características próprias da adolescência⁽⁴⁾.

Em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade do Recife/PE encontrou-se uma prevalência de 34,3% de ideação suicida e/ou tentativa de suicídio com associação significativa entre a ideação suicida e sintomas depressivos⁽⁵⁾. A depressão, seja como diagnóstico e/ou como sintomas, embora frequentemente não reconhecida, é comum nesta fase da vida, com efeitos adversos em longo prazo, especialmente se não for tratada⁽⁶⁾. Mesmo assim, ainda são poucos os estudos epidemiológicos neste período da vida sobre o tema.

Com base no exposto, várias pesquisas têm sido desenvolvidas com a utilização de escalas, como a Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI); onde a ideação suicida, juntamente com a depressão, pode ser considerada como um fator importante para o risco de suicídio efetivo⁽⁷⁾.

Porém, sabe-se que “Risco” é proveniente do latim *risicu*, que significa perigo ou possibilidade de perigo e a palavra “suicídio” provém do latim *sui*, 'de si', + -cídio, possuindo o significado de dar a morte a si próprio⁽⁸⁾. O risco de suicídio engloba desde a ideação e planejamento à tentativa, e pode se manifestar de várias maneiras, sendo sua avaliação de extrema importância⁽⁹⁾, pois por meio deste, torna-se possível o auxílio preventivo ao sujeito em tal contexto.

Com isso, pensando na população geral de adolescentes, bem como considerando os altos índices encontrados de ideação suicida e a falta de estudos de base populacional que revelem o risco de suicídio e o grau do risco (leve, moderado e grave) na população adolescente, o presente estudo tem a finalidade de identificar a prevalência do risco de suicídio em adolescentes de 10 a 17 anos na cidade do Recife, Brasil, como também verificar a associação do risco de suicídio com os sintomas depressivos.

Método

Foi realizado um estudo transversal de base populacional, em dezoito escolas da Rede Estadual de Ensino na Cidade do Recife, Brasil, que ofereciam ensino fundamental II e ensino médio, sendo oito escolas pertencentes à Gerência Regional de Ensino (GRE) Norte e oito escolas pertencentes à GRE Sul no período de 4 meses no ano de 2014.

Para calcular o tamanho mínimo da amostra necessária para a realização deste estudo, utilizou-se o cálculo amostral para proporções em populações finitas, considerando a maximização de variância da proporção devido ao desconhecimento da mesma. Desta forma, obteve-se um tamanho de amostra confiável para qualquer proporção. Para esse cálculo, considerou-se uma confiabilidade de 95% e uma margem de erro de 3%. Assim, participaram do estudo 1.379 adolescentes que frequentavam instituições escolares públicas, com idades de 10 a 17 anos, do sexo masculino e feminino.

Foi realizado contato prévio com os diretores das escolas para apresentação dos objetivos da pesquisa e autorização oficial da instituição. Posteriormente, foi solicitado aos pais dos estudantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada adolescente também assinou seu próprio consentimento de aceitação para participar da pesquisa. (CAAE: 05189212.1.0000.5208).

Foram utilizados 3 instrumentos, que foram aplicados na própria instituição de ensino do adolescente, durante o horário escolar. O primeiro instrumento, o Inventário de Depressão Infantil, foi utilizado para identificação dos sintomas depressivos, onde os adolescentes eram classificados como “com sintomas depressivos” e “sem sintomas depressivos”. O segundo instrumento, o M.I.N.I – Módulo C, que corresponde a uma entrevista utilizada para avaliação do risco de suicídio, foi utilizado para identificar os adolescentes como “com risco de suicídio” e “sem risco de suicídio”, como também, identificar o grau do risco de suicídio (baixo, moderado e alto); já o terceiro e último instrumento, de caráter informativo, forneceu informações sobre os dados socioeconômicos e demográficos, importantes para caracterizar a amostra. Este foi baseado no Critério de Classificação Econômica do Brasil, da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (CEEB/ABEP), do ano de 2013.

Os dados foram registrados em um banco de dados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21. Para a análise dos dados, foram utilizadas técnicas de estatística

descritiva e inferencial. Após a obtenção de frequência simples de todas as variáveis ocorreu a análise bivariada por meio do teste de hipótese Qui-quadrado de Pearson, com a finalidade de avaliar a associação existente entre variáveis independentes e o risco de suicídio da amostra coletada. A margem de erro utilizada foi de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

Resultados

As características gerais da amostra encontram-se descritas na tabela 1. A idade dos adolescentes analisados teve média de 13,80 anos, desvio padrão de 1,76 anos e mediana de 14 anos.

Tabela 1 – Distribuição dos adolescentes analisados segundo faixa etária, sexo, presença de irmãos, ordem de nascimento, escolaridade do responsável e critério de classificação econômica do Brasil. Recife, PE, Brasil, 2014.

Variável	n	%
TOTAL	1379	100,0
• Faixa etária		
10 a 11	145	10,5
12 a 13	437	31,7
14 a 15	554	40,2
16 a 17	243	17,6
• Sexo		
Masculino	476	34,5
Feminino	903	65,5
• Irmãos		
Sim	1273	92,3
Não	106	7,7
• Ordem de nascimento		
Não tem	106	7,7
Caçula	470	34,1
Intermediário	325	23,6
Mais velho	478	34,7
• Escolaridade do responsável		
Até ensino fundamental incompleto	247	17,9
Ensino fundamental completo	329	23,9
Médio completo	610	44,2
Superior completo	193	14,0
• CCEB - Critério de Classificação Econômica do Brasil		
A1	1	0,1
A2	26	1,9
B1	105	7,6
B2	424	30,7
C1	520	37,7
C2	245	17,8
D	56	4,1
E	2	0,1

Na tabela 2, é importante ressaltar que o risco de suicídio foi observado em 29,7% dos adolescentes pesquisados (n = 1379). Neste grupo, 92 adolescentes já haviam tentado suicídio anteriormente.

Tabela 2 – Distribuição dos adolescentes analisados segundo o risco de suicídio, grau do risco de suicídio, tentativa de suicídio anterior e sintomas depressivos. Recife, PE, Brasil, 2014.

Variável	n	%
TOTAL	1379	100,0
• MINI* - Risco de suicídio		
Sem risco	970	70,3
Com risco	409	29,7
• MINI - Grau do risco de suicídio		
Sem risco	970	70,3
Baixo	198	14,4
Moderado	55	4,0
Alto	156	11,3
• Tentativa de Suicídio Anterior		
Sim	92	6,7
Não	1287	93,3
• CDI- Inventário de depressão infantil		
Positivo	213	15,4
Negativo	1166	84,6

*MINI - International Neuropsychiatric Interview.

Na Tabela 3, apresentam -se os resultados do estudo de associação entre risco de suicídio e os dados sócio-demográficos. Para a margem de erro fixada (5,0%), a faixa etária e o sexo foram as duas únicas variáveis com associações significativas com o risco de suicídio ($p < 0,05$) e para as referidas variáveis, destaca-se que: o percentual de pesquisados com risco de suicídio aumentou com a faixa etária e foi mais elevado no sexo feminino do que masculino.

Tabela 3 – Avaliação do risco de suicídio pelo MINI segundo os dados sócio-demográficos. Recife, PE, Brasil, 2014.

Variável	Risco de suicídio (MINI) ‡				TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim		Não		N	%		
	n	%	n	%	N	%		
Grupo Total	409	29,7	970	70,3	1379	100,0		
• Faixa etária							$p^{(\ddagger)} = 0,003^*$	
10 a 11	27	18,6	118	81,4	145	100,0		1,00
12 a 13	119	27,2	318	72,8	437	100,0		1,64 (1,02 a 2,61)
14 a 15	180	32,5	374	67,5	554	100,0		2,10 (1,34 a 3,31)
16 a 17	83	34,2	160	65,8	243	100,0		2,27 (1,38 a 3,72)
• Sexo							$p^{(\ddagger)} < 0,001^*$	
Masculino	97	20,4	379	79,6	476	100,0		1,00
Feminino	312	34,6	591	65,4	903	100,0		2,06 (1,59 a 2,68)
• Irmãos							$p^{(\ddagger)} = 0,447$	
Sim	381	29,9	892	70,1	1273	100,0		1,19 (0,76 a 1,86)
Não	28	26,4	78	73,6	106	100,0		1,00
• Ordem de nascimento							$p^{(\ddagger)} = 0,473$	
Não tem	28	26,4	78	73,6	106	100,0		1,00
Caçula	151	32,1	319	67,9	470	100,0		1,32 (0,82 a 2,12)
Intermediário	134	28,0	344	72,0	478	100,0		1,09 (0,67 a 1,75)
Mais velho	96	29,5	229	70,5	325	100,0		1,17 (0,71 a 1,91)
• Escolaridade do responsável							$p^{(\ddagger)} = 0,524$	
Até ensino fundamental incompleto	77	31,2	170	68,8	247	100,0		1,30 (0,85 a 1,97)
Ensino fundamental completo	104	31,6	225	68,4	329	100,0		1,32 (0,89 a 1,97)
Médio completo	178	29,2	432	70,8	610	100,0		1,18 (0,82 a 1,70)
Superior	50	25,9	143	74,1	193	100,0		1,00
• CCEB							$p^{(\ddagger)} = 0,195$	
A + B	152	27,3	404	72,7	556	100,0		1,08 (0,58 a 1,99)
C	242	31,6	523	68,4	765	100,0		1,33 (0,73 a 2,43)
D + E	15	25,9	43	74,1	58	100,0		1,00

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

(†): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(‡): MINI - International Neuropsychiatric Interview.

A Tabela 4 mostra associação significativa entre o grau de risco de suicídio com a faixa etária, o sexo e a presença de irmãos. Para estas, salienta-se que: em relação às faixas etárias, as duas maiores diferenças percentuais foram registradas no alto risco, com valores que cresceram com o aumento da idade; em relação ao sexo, as maiores diferenças percentuais ocorreram no baixo e alto risco com valores mais elevados no sexo feminino e em relação a presença de irmãos, o percentual de adolescentes filhos únicos decresce de acordo com o aumento do grau do risco de suicídio.

Tabela 4 – Avaliação do grau do risco de suicídio pelo MINI segundo os dados sócio-demográficos. Recife, PE, Brasil, 2014.

Variável	Grau do risco de suicídio (MINI) ^(‡)								TOTAL		Valor de p
	Sem risco		Baixo		Moderado		Alto				
	n	%	n	%	n	%	N	%			
Grupo Total	970	70,3	198	14,4	55	4,0	156	11,3	1379	100,0	
• Faixa etária											$p^{(†)} = 0,001^*$
10 a 11	118	81,4	19	13,1	3	2,1	5	3,4	145	100,0	
12 a 13	318	72,8	59	13,5	17	3,9	43	9,8	437	100,0	
14 a 15	374	67,5	90	16,2	27	4,9	63	11,4	554	100,0	
16 a 17	160	65,8	30	12,3	8	3,3	45	18,5	243	100,0	
• Sexo											$p^{(†)} < 0,001^*$
Masculino	379	79,6	50	10,5	15	3,2	32	6,7	476	100,0	
Feminino	591	65,4	148	16,4	40	4,4	124	13,7	903	100,0	
• Irmãos											$p^{(†)} = 0,007^*$
Sim	892	70,1	187	14,7	45	3,5	149	11,7	1273	100,0	
Não	78	73,6	11	10,4	10	9,4	7	6,6	106	100,0	
• Ordem de nascimento											$p^{(†)} = 0,110$
Não tem	78	73,6	11	10,4	10	9,4	7	6,6	106	100,0	
Caçula	319	67,9	74	15,7	17	3,6	60	12,8	470	100,0	
Intermediário	344	72,0	67	14,0	16	3,3	51	10,7	478	100,0	
Mais velho	229	70,5	46	14,2	12	3,7	38	11,7	325	100,0	
• Escolaridade do responsável											$p^{(†)} = 0,776$
Até ensino fundamental incompleto	170	68,8	39	15,8	12	4,9	26	10,5	247	100,0	
Ensino fundamental completo	225	68,4	50	15,2	10	3,0	44	13,4	329	100,0	
Médio completo	432	70,8	85	13,9	24	3,9	69	11,3	610	100,0	
Superior	143	74,1	24	12,4	9	4,7	17	8,8	193	100,0	
• CCEB											$p^{(†)} = 0,632$
A + B	404	72,7	73	13,1	18	3,2	61	11,0	556	100,0	
C	523	68,4	118	15,4	34	4,4	90	11,8	765	100,0	
D + E	43	74,1	7	12,1	3	5,2	5	8,6	58	100,0	

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

(†) : Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(‡) : MINI - International Neuropsychiatric Interview.

Na Tabela 5, verifica-se associação significativa entre o risco de suicídio e os sintomas depressivos; com o percentual de risco de suicídio mais elevado entre os adolescentes que tinham inventário de depressão positivo.

Tabela 5 – Avaliação do risco de suicídio pelo MINI segundo os sintomas depressivos. Recife, PE, Brasil, 2014.

Variável	Risco de suicídio (MINI) ^(‡)				TOTAL		Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim		Não		N	%		
	n	%	n	%	N	%		
Grupo Total	409	29,7	970	70,3	1379	100,0		
• CDI^(§)							$p^{(†)} < 0,001^*$	
Positivo	114	53,5	99	46,5	213	100,0		3,40 (2,52 a 4,59)
Negativo	295	25,3	871	74,7	1166	100,0		1,00

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

(†): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(‡): MINI - International Neuropsychiatric Interview.

(§): Inventário de Depressão Infantil.

Discussão

Com os dados do presente estudo foi possível observar que quase 30% dos adolescentes apresentaram risco de suicídio, com os sintomas depressivos associados significativamente ao risco.

A adolescência é o período de maior risco para o aparecimento dos primeiros comportamentos suicidas. Este período pode ser considerado, muitas vezes, como um momento intenso de conflitos e mudanças, que, na busca de uma saída para seus problemas, estes indivíduos podem recorrer a comportamentos agressivos, impulsivos ou suicidas⁽¹⁰⁾.

Pode-se perceber que o presente estudo encontrou uma taxa de prevalência muito elevada. Isto pode ser explicado em parte, pela dificuldade de muitos adolescentes de enfrentar as exigências sociais e psicológicas impostas por este período. Nesta etapa de vida, o adolescente vivencia grandes mudanças, adquire novas habilidades e encara muitos desafios, que podem impulsionar muitos adolescentes a desenvolverem comportamentos suicidas⁽¹¹⁾.

Entre os principais fatores de risco relacionados ao comportamento suicida em adolescentes estão: a história familiar de comportamento suicida⁽¹²⁾, os transtornos psiquiátricos⁽¹³⁾, o abuso de substâncias, maus-tratos na primeira infância e tentativas de suicídio anteriores⁽¹⁴⁾. Neste estudo, observou-se que 6,7% dos adolescentes já tinham história de tentativa de suicídio; a literatura aponta que existe um grande risco de suicídio após uma primeira tentativa; pois outras podem vir a surgir, até que uma possa levar ao suicídio⁽¹⁴⁾.

Dentre os transtornos psiquiátricos, a depressão também é uma variável importante relacionada ao risco de suicídio⁽¹⁵⁾. Essa enfermidade é vista associada a questões de sofrimento físico crônico, onde os sintomas variam com a idade. Isto enfatiza a importância do processo de maturação das diferentes fases do desenvolvimento; existindo uma caracterização sintomatológica predominante por faixa etária⁽¹⁶⁾, onde o final da adolescência é a fase com risco de suicídio mais elevado⁽¹⁷⁾. No início da adolescência, os sintomas mais encontrados são fadiga, hipocondria e dificuldades de concentração, que podem vir acompanhadas de defesas específicas como: o aborrecimento, a inquietação e o *acting out*. Ao passo que, no final da adolescência, a depressão pode ser acompanhada pelo abuso de drogas, os comportamentos suicidas e a promiscuidade sexual⁽¹⁸⁾. Neste estudo, verificou-se que com o aumento da faixa etária, aumentou o risco de suicídio, onde os maiores percentuais foram verificados em adolescentes entre 14 e 17 anos, confirmando que as primeiras manifestações de tentativa de suicídio ocorrem em meados da adolescência, e com o passar dos anos, ou seja após a puberdade, este risco aumenta⁽¹⁸⁾.

A depressão na adolescência pode estar relacionada a problemas acadêmicos, problemas de ordem sexual, abuso de drogas, desordens de conduta, transtornos de ansiedade, déficit de atenção, pânico, desordens alimentares, conflitos no interior das famílias, entre outros⁽⁷⁾, podendo ser considerada um transtorno com altos níveis de comorbidade. Sintomas depressivos foram identificados em 15,4% dos adolescentes pesquisados. De fato, identificar a depressão em

adolescentes é fundamental devido à possibilidade de evitar o desenvolvimento de maiores problemas ou transtornos futuros, incluindo o suicídio⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, observou-se que o risco de suicídio em adolescentes apresentou uma diferença importante entre os gêneros, mostrando maior prevalência de risco de suicídio entre adolescentes do sexo feminino, visto que as meninas planejam e tentam mais. Possíveis explicações referem-se à maior prevalência de depressão⁽²⁰⁾ e tendência à introspecção entre as meninas, o que leva a um maior risco de suicídio entre elas pelo fato do maior número de tentativas; pois em momentos de conflitos, os meninos tendem a se envolver em comportamentos voltados para o exterior, enquanto as meninas, frequentemente dirigem sua agressão contra si mesmas⁽²¹⁾. No entanto, são os meninos que mais efetivam o suicídio; visto que, os meninos tendem mais à ação, utilizando métodos mais violentos⁽²²⁾, enquanto as meninas utilizam métodos que permitem uma maior possibilidade de salvamento, como a ingestão de medicamentos e venenos⁽²³⁾.

Outra questão, pode ser o fato do efeito hormonal no ciclo menstrual das adolescentes, onde os baixos níveis de estrógeno e progesterona (fase menstrual) contribuem para o comportamento suicida, visto que neste período as tentativas de suicídio estão associadas à uma maior gravidade, devido à alta intenção suicida⁽²⁴⁾.

Na amostra desta pesquisa, a presença de irmãos foi associada com o grau do risco de suicídio, porém não foi observada associação à ordem de nascimento. A literatura tem considerado que este pode ser um fator de risco para o comportamento antissocial e que não pode ser ignorado. Um estudo realizado na Alemanha constatou que os filhos do meio são mais propensos a apresentar comportamento suicida e que o número de irmãos também está correlacionado com o comportamento suicida. O risco de suicídio é maior para aqueles com quatro irmãos ou mais⁽²⁵⁾, pois existe maior chance para o adolescente desenvolver comportamentos antissociais e são mais vulneráveis às pressões psicológicas.

Contudo, o esboço transversal do estudo impede um esclarecimento das causas do fenômeno existente. Além disso, este possui outra limitação que deve ser levada em consideração na reflexão de seus achados. Apesar da adequação psicométrica à entrevista MINI, o processo de avaliação da entrevista pode ter sido influenciado pela brevidade da realização do instrumento e pelo constrangimento do respondente, podendo omitir algumas informações, apesar do ambiente adequado para realização do mesmo. Entretanto, este é o primeiro estudo com base populacional realizado em Recife que evidencia o risco de suicídio na população adolescente.

Conclusão

Dados observados na presente investigação indicam que adolescentes do sexo feminino, com idades entre 14 e 17 anos, com irmãos e sintomas depressivos apresentaram maior proporção de risco de suicídio. Ademais, o estudo revelou que 29,7% da amostra de adolescentes escolares na cidade do Recife, Brasil, apresentaram risco de suicídio, como também o estudo confirmou que os sintomas depressivos estão associados significativamente com o risco de suicídio.

Considerando o alto percentual encontrado, conclui-se que esta população deve receber atenção especial por parte dos programas de saúde, a partir de programas de prevenção de suicídio nas escolas; com ações interdisciplinares na atenção primária e com treinamento de profissionais que trabalham nas escolas, dentre eles, principalmente, os professores, que mantêm contato direto e diário com os adolescentes. Contudo, a enfermagem tem um papel primordial na prevenção do suicídio nas escolas, visto que esta está em uma posição privilegiada para realizar avaliações de risco de suicídio, por conta de seu acesso aos estudantes e por seu status não acadêmico e não disciplinador; são vistos como confiáveis pelos alunos, porém os enfermeiros ainda precisam ser mais orientados, como também melhor instrumentalizados para realizar esta avaliação.

Referências

1. ORGANIZATION WH. Participant manual–IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf Acesso em. 2010;10(05):2010.
2. Botega NJ, Barros MBdA, Oliveira HBd, Dalgarrondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista brasileira de Psiquiatria*. 2005;27(1):45-53.
3. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. 2012.
4. Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*. 2006;11(3):345-51.
5. Jatobá J, Bastos O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2007;56(3):171-9.
6. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(11):1427-39.
7. Sadler L. Depression in adolescents. Context, manifestations, and clinical management. *The Nursing clinics of North America*. 1991;26(3):559-72.
8. Ferreira ABdH. Novo dicionário eletrônico Aurélio versão 5.0. Curitiba: Positivo. 2004;1.
9. SEMINOTTI E, PARANHOS M, THIERS V. Intervenção em crise e suicídio, análise de artigos indexados. 2006.
10. Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brener ND. Suicide ideation among US college students associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*. 2000;48(5):229-33.
11. Steinberg L. The family at adolescence: Transition and transformation. *Journal of Adolescent Health*. 2000;27(3):170-178.

12. Lieb R, Bronisch T, Höfler M, Schreier A, Wittchen H. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *American Journal of Psychiatry*, 2014; 162(9):1665-1671.
13. Gonçalves A, Freitas P, Sequeira C. Comportamentos Suicidários em Estudantes do Ensino Superior: Factores de Risco e de Protecção. *Millenium*. 2011;40:149-159.
14. Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez CM, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *salud pública de méxico*. 2010;52(3):213-9.
15. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, Guile J-M, Mirkovic B, Knafo A, et al. Risk and protective factors for suicidality at 6-month follow-up in adolescent inpatients who attempted suicide: an exploratory model. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2015;60(2 Suppl 1):S27.
16. Carter GL, Child C, Page A, Clover K, Taylor R. Modifiable risk factors for attempted suicide in Australian clinical and community samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(6):671-80.
17. Araújo LC, Vieira KFL, Coutinho MPL. Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*. 2010;15(1):47-57.
18. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*. 2002;78(5):359-366.
19. Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise psicológica*. 2012;22(4):667-675.
20. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression Critical review. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):486-92.

21. Kramer MD, Krueger RF, Hicks BM. The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychological Medicine*. 2008;38:51–61.
22. Teixeira AMF, Luis MAV. Suicide, lesions and poisoning of adolescents: an epidemiological study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 1997;5:31-36.
23. Veras JLA, Katz CRT. Suicide attempts by exogenous intoxication among female adolescents treated at a reference hospital in the city of Recife-PE, Brazil. *Revista brasileira de enfermagem*. 2011;64(5):833-838.
24. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Ceverino A, Perez-Rodriguez MM, Navarro-Jimenez R, Lopez-Castroman J, et al. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states. *Journal of psychiatric research*. 2010;44(4):209-214.
25. Kirkcaldy B, Richardson-Vejlgaard R, Siefen G. Birth order: Self-injurious and suicidal behaviour among adolescents. *Psychology Health and Medicine*. 2009;14(1):9-16.

ANEXO I – TESTE DE ATITUDES ALIMENTARES (EAT-26)

Número

Por favor, responda às seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	As vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorado com a ideia de estar engordando						
2. Evito comer quando estou com fome						
3. Sinto-me preocupado com alimentos						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar						
5. Corto meus alimentos em pequenos pedaços						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como						
7. Evito particularmente os alimentos ricos em carboidratos (ex. pão, arroz, batatas etc.)						
8. Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais						
9. Vomito depois de comer						
10. Sinto-me extremamente culpado depois de comer						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magro						
12. Penso em queimar calorias quando me exercito						
13. As pessoas me acham muito magro						
14. Preocupo-me com a idéia de haver gordura em meu corpo						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar						
17. Costumo comer alimentos dietéticos						
18. Sinto que os alimentos controlam a minha vida						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer						
21. Passo muito tempo pensando em comer						
22. Sinto desconforto após comer doces						
23. Faço regimes para emagrecer						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições						

ANEXO II - TESTE DE AVALIAÇÃO BULÍMICA DE EDINBURGH – VERSÃO PARA ADOLESCENTES (BULIMIC INVESTIGATORY TEST OF EDINBURGH – BITE)

Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE

- | | | | |
|---|---|---------|---------|
| 1 | Você segue um padrão regular de alimentação? | () SIM | () NÃO |
| 2 | Você costuma seguir dietas de forma rigorosa? | () SIM | () NÃO |
| 3 | Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez? | () SIM | () NÃO |
| 4 | Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não esta de dieta? | () SIM | () NÃO |
| 5 | Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro?
(Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão 06.) | () SIM | () NÃO |

Dia sim, dia não (5)
2-3 vezes por semana (4)
Uma vez por semana (3)
De vez em quando (2)
Apenas uma vez (1)

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (____).

- 7 Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?

	Nunca	Raramente	Uma vez/semana	Duas ou três vezes/semana	Diariamente	Duas ou três vezes/dia	Cinco vezes/dia
Comprimidos para emagrecer							
Diuréticos							
Laxantes							
Provoca vômitos							

- | | | | |
|---|---|---------|---------|
| 8 | Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida? | () SIM | () NÃO |
| 9 | Você diria que a comida “domina” a sua vida? | () SIM | () NÃO |
| 0 | De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar? | () SIM | () NÃO |
| 1 | Há momentos em que você SÓ consegue pensar em comida? | () SIM | () NÃO |
| 2 | Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho? | () SIM | () NÃO |
| 3 | Você sempre consegue parar de comer quando quer? | () SIM | () NÃO |
| 4 | Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar? | () SIM | () NÃO |
| 5 | Quando você está ansioso(a), tende a comer muito? | () SIM | () NÃO |
| 6 | A idéia de ficar gordo(a) apavora ? | () SIM | () NÃO |
| 7 | Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)? | () SIM | () NÃO |
| 8 | Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares? | () SIM | () NÃO |
| 9 | O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa? | () SIM | () NÃO |
| 0 | Você busca na comida um conforto emocional? | () SIM | () NÃO |
| 1 | Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição? | () SIM | () NÃO |
| 2 | Você engana os outros sobre o quanto come? | () SIM | () NÃO |
| 3 | A quantidade que você come é proporcional à fome que sente? | () SIM | () NÃO |
| 4 | Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo?
(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28! Se for SIM, siga para a questão 25) | () SIM | () NÃO |
| 5 | Esse episódio o deixou deprimido? | () SIM | () NÃO |
| 6 | Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)? | () SIM | () NÃO |
| 7 | Com que frequência esses episódios acontecem? | | |

Quase nunca (1)
Uma vez por mês (2)
Uma vez por semana (3)
Duas ou três vezes por semana (4)
Diariamente (5)
Duas ou três vezes por dia (6)

PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (____).

- | | | | |
|---|--|---------|---------|
| 8 | Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer? | () SIM | () NÃO |
| 9 | Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso? | () SIM | () NÃO |
| 0 | Você, de vez em quando, come escondido? | () SIM | () NÃO |
| 1 | Você consideraria seus hábitos alimentares normais? | () SIM | () NÃO |
| 2 | Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? | () SIM | () NÃO |
| 3 | Seu peso aumenta ou diminui mais que 2kg em uma semana? | () SIM | () NÃO |

ANEXO III - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL - CDI

--	--	--	--

01	Eu fico triste de vez em quando	Eu fico triste muitas vezes	Eu estou sempre triste
02	Nada vai dar certo para mim	Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim	Para mim tudo se resolverá bem
03	Eu faço bem a maioria das coisas	Eu faço errado a maioria das coisas	Eu faço tudo errado
04	Eu me divirto com muitas coisas	Eu me divirto com algumas coisas	Nada é divertido para mim
05	Eu sou sempre mau (má)	Eu sou mau (má) com frequência	Eu sou mau (má) de vez em quando
06	De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer	Eu temo que coisas ruins me aconteçam	Eu tenho certeza que coisas ruins me acontecerão
07	Eu me odeio	Eu não gosto muito de mim	Eu gosto de mim mesmo
08	Tudo de mau que acontece é por minha culpa	Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa	Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
09	Eu não penso em me matar	Eu penso em me matar, mas não o faria	Eu quero me matar
10	Eu sinto vontade de chorar diariamente	Eu sinto vontade de chorar frequentemente	Eu sinto vontade de chorar esporadicamente
11	Eu me sinto sempre entediado	Eu me sinto entediado frequentemente	Eu me sinto entediado esporadicamente
12	Eu gosto de estar com pessoas	Frequentemente eu não gosto de estar com pessoas	Eu não gosto de estar com pessoas
13	Eu não consigo tomar decisões	É difícil para mim tomar decisões	Eu tomo decisões facilmente
14	Eu tenho boa aparência	Minha aparência tem alguns aspectos negativos	Eu sou feio
15	Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa	Com frequência eu tenho de ser pressionado para fazer os deveres de casa	Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
16	Eu tenho sempre dificuldade para dormir à noite	Eu tenho dificuldade para dormir à noite frequentemente	Eu durmo bem à noite
17	Eu me canso de vez em quando	Eu me canso frequentemente	Eu estou sempre cansado
18	Quase sempre eu não tenho vontade de comer	Alguns dias eu não tenho vontade de comer	Eu como muito bem
19	Eu não temo sentir dor	Eu temo sentir dor com frequência	Eu estou sempre temeroso de sentir dor
20	Eu não me sinto sozinho	Eu me sinto sozinho com frequência	Eu sempre me sinto sozinho
21	Eu nunca me divirto na escola	Eu me divirto na escola de vez em quando	Eu me divirto na escola frequentemente

22	Eu tenho muitos amigos	Eu tenho muitos amigos, mas gostaria de ter mais	Eu não tenho muitos amigos
23	Meus trabalhos de escola são bons	Meus trabalhos de escola não são tão bons quanto eram antes	Eu tenho me saído mal em matérias que costumava ser bom
24	Meu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças	Meu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças se eu quiser	Meu nível é tão bom quanto o das outras crianças
25	Ninguém gosta de mim realmente	Eu não tenho certeza se alguém me ama	Eu tenho certeza que sou amado por alguém
26	Eu sempre faço o que mandam	Eu faço o que mandam com frequência	Eu nunca faço o que mandam
27	Eu me comunico bem com as pessoas	Eu me envolvo em brigas com frequência	Eu estou sempre me envolvendo em brigas

**ANEXO IV - M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version
5.0.0 – DSM V**

Número

--	--	--	--

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
----	---------------------------------------	-----	-----	---

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

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

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de comportamento suicida entre adolescentes com sintomas de transtornos alimentares associados à comorbidade de sintomas depressivos.

Pesquisador: Juliana Lourenço de Araújo Veras

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 05189212.1.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 159.875

Data da Relatoria: 30/11/2012

Apresentação do Projeto:

Indicada na apreciação anterior.

Objetivo da Pesquisa:

Indicada na apreciação anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicada na apreciação anterior.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicada na apreciação anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicada na apreciação anterior.

Recomendações:

Indicada na apreciação anterior.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não