



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**

BRUNALUÍSA DOS SANTOS BATISTA

**RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES ESCOLARES COM SINTOMAS
DEPRESSIVOS**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM**

BRUNALUÍSA DOS SANTOS BATISTA

**RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES ESCOLARES COM SINTOMAS
DEPRESSIVOS**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Juliana Lourenço de Araújo Veras

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Lígia F. dos Santos, CRB-4/2005

B333r Batista, Bruna Luísa dos Santos.
Risco de suicídio em adolescentes escolares com sintomas depressivos/ Bruna Luísa dos Santos Batista. - Vitória de Santo Antão, 2021.
52 f.; il.

Orientadora: Juliana Lourenço de Araújo Veras.
TCC (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Enfermagem, 2021.
Inclui referências, anexos e apêndice.

1. saúde do adolescente. 2. Saúde Mental. 3. Suicídio. 4. Transtorno Depressivo I. Veras, Juliana Lourenço de Araújo (Orientadora). II. Título.

613.0433 CDD (23. ed.)

BIBCAV/UFPE - 209/2021

BRUNALUÍSA DOS SANTOS BATISTA

**RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES ESCOLARES COM SINTOMAS
DEPRESSIVOS**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 10/12/2021.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Juliana Lourenço de Araújo Veras (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Fernanda Jorge Guimarães (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Maria Benegelânia Pinto (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Jéssica Rodrigues Correia e Sá (Examinador Externo)
Faculdade de Medicina de Olinda

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Leidenam, que não está mais nesse plano, mas que foi a grande responsável por eu chegar até aqui.

Ao meu pai e meu irmão por serem o motivo para eu continuar.

À minha família por todo o suporte e amor.

Aos meus amigos pela ajuda a levar a vida com mais leveza.

Aos meus companheiros acadêmicos, Ana Risoflora, Aline, Jéssica, Jordy, Luana, Renata, Quesya, e acima disso, amigos que me acompanharam nessa jornada durante o curso de Enfermagem.

Aos meus professores que contribuíram com toda troca de conhecimento durante a graduação.

E a minha orientadora por toda ajuda na construção desse trabalho.

“Pode se encontrar a felicidade mesmo nas horas mais sombrias, se a pessoa se lembrar de acender a luz.”

J.K. Rowling (1997)

RESUMO

O comportamento suicida em adolescentes é considerado um fenômeno multifacetado e de múltiplas determinações, onde a compreensão dos fatores de risco constitui um grande desafio. Esse trabalho tem como objetivo verificar o risco de suicídio em adolescentes escolares com sintomas depressivos. Trata-se de um estudo transversal, realizado com estudantes matriculados em 2 escolas públicas do interior de Pernambuco. A coleta de dados ocorreu via remota através do autopreenchimento de 3 instrumentos: 1) Questionário de caracterização sociobiodemográfico; 2) Inventário de Depressão Infantil (*Children's Depression Inventory*) – CDI, para identificar sintomas depressivos e o 3) *International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. - versão brasileira 5.0.0) – Módulo C - Risco de Suicídio, utilizado para avaliação do risco e do grau de risco de suicídio. Os dados foram analisados por meio de frequências e testes de associação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Participaram 51 adolescentes com idade entre 13 a 17 anos, sendo a maioria do sexo feminino (86,3%); com religião (70,6%), pardas (47,1%), com irmãos (90,2%) e pertencentes às classes econômicas D e E (41,2 %). 60,8% dos adolescentes apresentaram quadro compatível com sintomas depressivos e 78,4% tinham risco de suicídio; desses, 41,2% tinham alto risco. Destaca-se que os estudantes com sintomas depressivos apresentaram maior percentual de risco de suicídio (90,3%) do que os sem sintomas depressivos (60,0%). Percebeu-se a necessidade de programas de prevenção ao suicídio na ambiência escolar, com o envolvimento da família e do sistema público de saúde como redes de apoio.

Palavras-chave: suicídio; depressão; saúde mental; saúde do adolescente.

ABSTRACT

Suicidal behavior in adolescents is considered a multifaceted phenomenon with multiple determinations, where understanding the risk factors is a great challenge. This work aims to verify the risk of suicide in school adolescents with depressive symptoms. This is a cross-sectional study, carried out with students enrolled in two public schools in the interior of Pernambuco. Data collection occurred by remote means through self-completion of 3 instruments: 1) Questionnaire of sociobiodemographic characterization; 2) Children's Depression Inventory (CDI), to identify depressive symptoms and 3) International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. - Brazilian version 5.0.0) - Module C - Suicide Risk, used to evaluate the risk and degree of suicide risk. The study was approved by the Research Ethics Committee. Fifty-one adolescents with ages between 13 and 17 years participated, being the majority female (86.3%); with religion (70.6%), brown (47.1%), with siblings (90.2%) and belonging to the economic classes D and E (41.2%). 60.8% of the adolescents presented a picture compatible with depressive symptoms and 78.4% had suicide risk; of these, 41.2% had high risk. It is noteworthy that students with depressive symptoms presented a higher percentage of suicide risk (90.3%) than those without depressive symptoms (60.0%). We perceived the need for suicide prevention programs in the school environment, with the involvement of the family and the public health system as support networks.

Keywords: suicide; depression; mental health; adolescent health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Justificativa.....	11
1.2 Hipótese.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Saúde mental infanto-juvenil no Brasil.....	12
2.2 Transtornos depressivos na adolescência.....	13
2.3 Suicídio na adolescência.....	15
3 OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4 ARTIGO.....	19
5 CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXO A – REGRAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA CIENCIA Y ENFERMERIA	41
ANEXO B – INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO INFANTIL.....	49
ANEXO C - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW.....	51
APÊNCICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO.....	52

1 INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado um grave problema e uma prioridade de saúde pública (OPAS, 2020). É a quarta causa de morte mais frequente entre os jovens com idades de 15 a 29 anos depois dos acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Cerca de 77% dos suicídios ocorrem em populações de média e baixa renda. Já os países de alta renda possuem maior taxa para cada 100 mil habitantes – cerca de 10,9%. Segundo dados da OPAS (2020), os métodos mais comuns são: envenenamento, enforcamento e morte por arma de fogo (OPAS, 2020)

O suicídio ainda é considerado um tabu na sociedade, falar sobre suicídio é muito delicado para a maioria das pessoas, principalmente entre os adolescentes, pois o suicídio é algo visto como errado, desvirtuoso e reprovável. Isso torna mais difícil a procura de ajuda, pois além das pessoas com comportamento suicida estarem passando por conflitos que a levam a idealizar ou tentar o suicídio, elas precisam lidar com o julgamento e o preconceito da sociedade. (SPRINTHALL; COLLINS, 2003)

O espectro suicida compreende 3 diferentes situações contínuas: a ideação suicida, quando existe o pensamento e planejamento da morte; a tentativa de suicídio, com o surgimento de possíveis comportamentos auto lesivos que poderão ou não resultar em morte, e o próprio suicídio. É importante destacar que a maioria das pessoas que estão dentro do espectro suicida podem apresentar algum transtorno mental, como a depressão, esquizofrenia, transtorno de personalidade *borderline*, entre outros. (BORGES; WERLANG, 2006; STUDART-BOTTÓ *et al.*, 2020)

Segundo Durkheim (1977), o suicídio pode ser entendido como um fator social e não individual; que cada sociedade tem historicamente um conjunto de pessoas com predisposição ao suicídio, onde são levadas em consideração além das causas psíquicas, as causas sociais do meio onde estão inseridas. Deste modo, não há uma causa única para o suicídio, onde este é um resultado de uma série de fatores que são acumulados pelo indivíduo. (CASSORLA, 1991)

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por evoluções tanto físicas como comportamentais e de pensamentos. É um período de constantes mudanças, que traz em si uma condição intrínseca de vulnerabilidade, inclusive para o desenvolvimento de sofrimento mental, que pode propiciar um maior risco de suicídio. (OZELLA, 2002)

Outra condição de vulnerabilidade que o adolescente pode ser exposto é a vulnerabilidade social, onde, associada à desigualdade social impede que os adolescentes tenham acesso a profissionais para apoiar o cuidar da relação saúde mental – aprendido na ambiência escolar, como por exemplo, psicopedagogos ou psicólogos escolares. (PIRES; SOUZA; MEDEIROS, 2020)

Alguns autores apresentaram a orientação sexual como fator de risco importante para o suicídio na adolescência, pois os adolescentes muitas vezes se sentem deslocados devido à heteronormatividade imposta pela sociedade e com isso vivenciam constantemente o sentimento de não pertencimento. Além do preconceito enfrentado em diversos espaços: em casa, na escola, na rua, com palavras e atitudes que ferem seus direitos mínimos, incluindo a sua existência. (NAVASCONI; ORTIZ; BOGO, 2020)

É notório que nos dias atuais os adolescentes dedicam muito de seu tempo à internet, mais especificamente às redes sociais, que por sua vez têm um alcance mundial em apenas alguns poucos minutos. À medida que essas ferramentas podem contribuir para a divulgação de programas de prevenção do suicídio, elas também podem ser responsáveis por colaborar com o aumento do risco de suicídio entre os adolescentes, principalmente pelo fato de nesses espaços serem adotados padrões de vida na maioria das vezes irreais, que quando não alcançados podem causar a sensação de fracasso entre esses adolescentes. (BLATT, 2019)

É possível dizer que os principais fatores de risco para o suicídio na adolescência são: história familiar de maus-tratos e violência doméstica, casos de suicídio na família, tentativas de suicídio anterior, histórico de transtornos mentais, sobretudo a depressão, histórico de uso excessivo de álcool e substâncias psicoativas, sentimentos de desesperança, tendências impulsivas ou agressivas (automutilação), concepção do suicídio como resolução eficaz de questões e problemas pessoais, suicídios em massa na localidade, isolamento social, dificuldades de acesso ao tratamento de saúde mental, perdas (relacional, social, laboral ou financeira), doenças físicas, normalmente as isentas de cura, acessibilidade aos métodos fatais e desestímulo para procurar ajuda por causa do estigma associado à saúde mental (MENDONÇA, 2015).

A pandemia da COVID-19 trouxe para cerca de um terço da população mundial o isolamento social, o que pode levar ao aumento do risco de suicídio em várias faixas etárias, na medida em que pode agravar quadros de pessoas que possuem ou são

predispostas aos transtornos mentais devido ao medo, ao enfrentamento do luto, do sentimento de incapacidade e da interrupção abrupta da rotina. (MCINTYRE; LEE, 2020)

Um levantamento realizado pelo Controle e Prevenção de Doenças - CDC (2021) nos EUA apontou que durante a pandemia, as tentativas de suicídio entre adolescentes aumentaram mais de 50%; especialmente entre adolescentes do sexo feminino, entre as causas está o distanciamento social imposto pela pandemia, com o conseqüente afastamento da escola e dos amigos; como também, a falta de acesso aos serviços de saúde mental, o aumento da ansiedade e a situação econômica das famílias podem ter contribuído. (YARD *et al.*, 2021)

Destarte, o comportamento suicida em adolescentes é considerado um fenômeno multifacetado e de múltiplas determinações, onde a compreensão dos fatores de risco constitui um grande desafio, o que exige estudos interdisciplinares de forma a evitar uma visão unidimensional do problema. (TEXEIRA, 2004)

1.1 Justificativa

Nos últimos tempos, os transtornos depressivos se encontram em constante ascensão no mundo inteiro, acometendo cada vez mais a população em geral e cada vez mais presente em adolescentes e jovens. A depressão é uma patologia que implica uma alta morbidade e mortalidade, principalmente quando se trata de suicídio, sendo assim um dos principais fatores de risco para o mesmo. (PASINI *et al.*, 2020)

Sendo assim, esse estudo justifica-se pela necessidade de entender os sintomas depressivos como um importante fator de risco para o suicídio em adolescentes escolares durante o período pandêmico

1.2 Hipótese

Adolescentes que apresentam sintomas depressivos possuem maior risco de suicídio.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Saúde mental infanto-juvenil no Brasil

No final da década de 1970 no Brasil, o processo de reforma psiquiátrica começou a tomar força. A luta para descentralizar o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico dos grandes hospitais psiquiátricos resultou na constituição da Política Nacional de Saúde Mental, que tem como objetivo descentralizar a assistência psiquiátrica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-a psicossocial, promovendo a reintegração social e garantindo os direitos dessas pessoas (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019).

Com a III Conferência Nacional de Saúde Mental e com a promulgação da Lei da Saúde Mental, a Lei 10.216, ambas no ano de 2001, a Reforma Psiquiátrica foi elevada a um novo patamar, tendo seus horizontes ampliados e sendo possível colocar em prática seus princípios. Uma das propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de acordo com o Caderno Informativo da mesma, foi de criar uma política de saúde mental infanto-juvenil, em nível estadual, para atender as necessidades específicas da criança e do adolescente. Depois de ter sido ignorada por décadas, a necessidade de cuidado com a saúde mental infanto-juvenil finalmente começou a ser incluída na agenda pública de saúde mental. Como marco legal essencial, a Lei 10.216 garante os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. (DELGADO; COUTO, 2015).

Assim, com a promulgação da Lei e com a realização da III CNSM, o cenário da saúde mental de crianças e adolescentes começou a ficar favorável no país, e no início do século XXI as crianças e adolescentes começaram a ser incluídos em políticas de saúde mental no Brasil. Anteriormente a isso, todos os cuidados assistenciais a esse público eram de responsabilidade da Assistência Social e da Educação, sendo principalmente de caráter disciplinador e não clínico, tampouco psicossocial. Diferente de anos atrás, onde as crianças e adolescentes com problemas de saúde mental ficavam desassistidos e eram negligenciados, nos dias

de hoje a principal estratégia da política de saúde mental da criança e do adolescente é a oferta de serviço através dos Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi) (DELGADO; COUTO, 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS, também nasceram fruto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os CAPS vieram para romper com o modelo sanitaria de cuidado em saúde mental, tornando-o extra-hospitalar e promovendo novas modalidades de exercer o cuidado, baseadas em prevenção, tratamento e reabilitação. A principal característica dos CAPS é ser um serviço de atendimento diário, onde os pacientes com problemas de saúde mental passam por um processo de acompanhamento e não apenas consultas ambulatoriais. O primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgiu no ano de 1986 na cidade de São Paulo e se caracteriza como um marco da transição da descentralização do cuidado em hospitais psiquiátricos. (FERREIRA *et al.*, 2016).

Em 2002, surge a modalidade CAPSi, o Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil, que tem como objetivo atender os casos mais graves relacionados à saúde mental de crianças e adolescentes de seu território. As prioridades são de crianças e adolescentes acometidos por graves problemas psíquicos, como autistas, esquizofrênicos, psicóticos, entre outros. O surgimento dos CAPS, principalmente o CAPSi foi de extrema importância para que o setor da saúde mental infanto-juvenil no Brasil começasse avançar, visto que o acolhimento promovido por estes centros aumenta o vínculo da equipe assistencial com os pacientes e assim eleva as possibilidades da humanização do cuidado. (MOREIRA; TORRENTÉ; JUCÁ, 2018).

2.2 Transtornos depressivos na adolescência

A depressão representa um problema grave de saúde pública e cada vez mais crescente na população mundial. Estima-se que 350 milhões de pessoas de todas as idades sofram com este transtorno, e que até o ano de 2020 a depressão seja a segunda maior causa de incapacidade mental no mundo. (WHO,2018)

A depressão é um transtorno mental descrito como um transtorno de humor com alta gravidade, que causa prejuízo nas funções mentais do indivíduo, distorcendo a maneira que o mesmo vivencia a realidade. Os sintomas depressivos apresentam

uma natureza duradoura e persistente, que causa sérios danos psicossociais. Pode acometer pessoas de qualquer faixa etária, inclusive na infância e adolescência. A adolescência é uma fase caracterizada por constantes mudanças que sofrem influência de diversos fatores, o que pode acabar agravando problemas emocionais, como por exemplo a depressão (RAMOS *et al.*,2018).

Por muito tempo acreditou-se que a depressão não acometida crianças e adolescentes, mas a partir da década de 70 os estudos sobre depressão nestas fases da vida começaram a despertar mais interesse e a tomar mais força na área da saúde mental. Esse interesse em pesquisar mais sobre como a doença afetava esses pacientes culminou na legitimação, no ano de 1975, do diagnóstico de depressão em crianças e adolescentes pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos. Essa legitimação teve um papel de extrema importância do crescente número de pesquisas sobre a depressão nas décadas que sucederam. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde afirma que a depressão é a doença mais frequente na fase da adolescência. (MELO, SIEBRA, MOREIRA, 2017).

A sintomatologia da depressão em adolescentes tem o quadro clínico semelhante a depressão nos adultos, porém de acordo com Bahls (2002), no manual DSM-IV-TR (Associação Psiquiátrica Americana, 2002) a depressão na adolescência não tem uma classificação específica. Com isso, Cunha, Buzaid, Watanabe e Romano (2005) listaram características para definir um quadro clínico mais preciso da depressão na adolescência. Dentre os sintomas elencados estão: irritabilidade, angústia, ansiedade, agressividade, desesperança, autorrecriinação. Situações como o abuso de álcool e outras drogas, queda do desempenho escola, solidão, alteração do sono, com hipersonia frequente e baixa autoestima também são apresentados pelos autores como sintomas chaves para se diagnosticar a depressão nos adolescentes. Além do quadro clínico, deve-se voltar atenção para o contexto social, cultural, ambiental e econômico onde o adolescente está inserido. Stein et al. (2010) mostra que o meio em que o indivíduo está inserido contribui diretamente para a forma com que ele expressa seus sentimentos, então, o meio influencia e potencializa os sentimentos depressivos.

Muito se pesquisa sobre quais fatores de risco propiciam o desenvolvimento da depressão na adolescência. A genética é um dos principais fatores de risco para a depressão, quando algum dos pais possui o transtorno, o adolescente fica mais propício a desenvolvê-lo também. O contexto familiar em que o adolescente está inserido deve ser extremamente levado em consideração, pois as relações com familiares adultos durante a adolescência, que é uma fase decisiva para a formação da personalidade do indivíduo, são essenciais para este processo de formação. Os vínculos, os conflitos, a atenção recebida, os exemplos para seguir, suporte recebido pela família, todas essas situações de contexto familiar, se forem conturbados e distorcidos, tornam-se fatores de risco para depressão. Adolescente que vivenciaram separação dos pais, morte de parentes próximos, rompimento de vínculos afetivos com parentes próximos, abandono, desprezo por parentes próximos, possuem mais risco de desenvolver sintomas depressivos. (ANTUNES, MATOS, COSTA, 2018)

O ambiente escolar é outro contexto que também pode propiciar fatores de risco para o surgimento da depressão. A pressão, o esgotamento físico e mental, as relações com seus pares e o bullying são fatores de riscos importantes que acarretam o desenvolvimento dos transtornos depressivos. Segundo Silva (2010), adolescentes que com sintomatologia depressiva tem mais contato com o bullying (xingamentos, agressões físicas, exclusão), vivenciando mais sentimento de rejeição, medo, raiva e ansiedade e o ambiente escolar é o ambiente onde os adolescentes mais possuem contanto com este tipo de violência. Outro fator de risco muito crescente nos últimos tempos, que pode ocorrer tanto dentro como fora do ambiente escolar, é o cyberbullying. A internet, espaço muito utilizado por adolescentes, torna-se palco para o bullying. Di Lorenzo (2012) em sua pesquisa discute um caso clínico de um adolescente de 13 anos que era vítima de cyberbullying e o mesmo apresentava sintomas depressivos e histórico de tentativa de suicídio.

2.3 Suicídio na adolescência

Com dados alarmantes de acordo com o documento “Suicide in the world: Global Health Estimates”, da WHO do ano de 2019, de que a cada 40 segundos uma pessoa tira sua própria vida, sendo 800 mil pessoas ao ano, o suicídio é considerado

como um grave problema de saúde pública, cada vez mais crescente na população mundial.

O espectro suicida é o que se compreende por três diferentes situações contínuas: a ideação suicida, quando existe o pensamento e planejamento da morte; a tentativa de suicídio, com o surgimento de possíveis comportamentos auto lesivos que poderão ou não resultar em morte e o próprio suicídio (BORGES; WERLANG, 2006; STUART-BOTTO *et al.*, 2019).

O suicídio é um dos mais antigos problemas relacionados à saúde humana e também à maneira que os indivíduos são diretamente afetados pelo meio em que estão inseridos. A partir do século XVIII, o suicídio começou a ser tratado não só como um fenômeno de saúde, mas também como um fenômeno filosófico, histórico, sociológico e econômico. Um grande nome da sociologia no mundo, Émile Durkheim, fez sua contribuição para os estudos sobre suicídio. Para Durkheim os fatos sociais, que são fatos externos aos indivíduos e não são produtos do pensamento e da vontade individual, exercem coerção sobre os indivíduos de uma sociedade, impondo a eles uma forma de ordenar a vida. Para o sociólogo, o suicídio pode ser tratado com um fato social, ou seja, o suicídio é fruto da pressão ordenadora que a sociedade exerce sobre os indivíduos (RIBEIRO; MOREIRA, 2018).

O suicídio vem se tornando um problema cada vez mais presente entre os adolescentes. Ele faz parte das três principais causas de morte de jovens no Continente Americano, ficando atrás apenas do homicídio e acidentes de trânsito. Isso ocorre porque a adolescência é uma fase da vida marcada por diversas mudanças, tanto físicas, ideológicas e também psicológicas. A adolescência é marcada por uma transição de uma fase de dependência do outro, para uma fase de relativa autonomia. Toda essa mudança requer uma reorganização psíquica, que, dependendo das influências do meio pode se tornar complicada para o adolescente. Essas mudanças aceleradas podem também levar o adolescente a buscar soluções imediatistas para os problemas, e, se não houver habilidades para o adolescente lidar com estas situações, pode ocorrer um cenário de sofrimento psíquico.

É neste cenário também, que pode acontecer o desenvolvimento da depressão, que é um dos principais fatores de risco para o suicídio. Além da depressão, outros principais fatores de risco para o suicídio na adolescência são: disfunção familiar, abuso sexual na infância e adolescência, abandono e falta de

cuidados básicos, maus tratos, percepções de gênero, abuso de álcool e outras drogas, bullying e influência da mídia (OLIVEIRA, 2020).

Nos dias de hoje, o contato com as mídias digitais é essencial, principalmente para os adolescentes, visto que os mesmos já nasceram na era dos rápidos canais de informação e fácil comunicação. Estar conectado à internet durante a maior parte do dia faz parte da rotina diária dos adolescentes e, assim como facilita as ações do dia a dia, isso pode também se tornar prejudicial para alguns. Há alguns anos, no mundo inteiro, viralizou online um jogo chamado pelos internautas de Baleia Azul, onde as pessoas recebiam desafios para realizarem, muito deles perigosos que culminavam no extermínio da própria vida. O jogo viralizou principalmente entre os adolescentes e acabou chamando atenção e gerando debates sobre o suicídio na adolescência e a importância de se falar sobre o assunto, pois é um problema real e cada vez mais crescente.

Por outro lado, a internet também é um potente canal de comunicação que incentiva pesquisas sobre o tema, é possível observar um crescente engajamento em questões de saúde mental, principalmente entre os adolescentes e jovens adultos. Um exemplo de canal de comunicação que é ativo na internet é o Centro de Valorização da Vida (CVV), responsável pela criação da campanha do Setembro Amarelo, mês dedicado à prevenção do suicídio. Ouvir o adolescente é de extrema importância. Percebê-lo para que sejam captados quaisquer sinais de ideação suicida e também o ajudar e orientá-lo para que procure ajuda profissional para que quaisquer problemas psicológicos que estejam presentes sejam tratados. (BOUZAS; JANNUZZI, 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar o risco de suicídio em adolescentes escolares com sintomas depressivos.

3.2 Objetivos Específicos

- Aplicar questionário socioeconômico Critério Brasil – ABEP 2021, para conhecer a realidade dos entrevistados;
- Utilizar o Inventário de Depressão Infantil (Children’s Depression Inventory – CDI);
- Aplicar o instrumento *International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. - versão brasileira 5.0.0);
- Relacionar sintomas depressivos com o risco de suicídio nos entrevistados.

4 ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **CIENCIA Y ENFERMERÍA**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

RISCO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES ESCOLARES COM SINTOMAS DEPRESSIVOS

RISK OF SUICIDE IN SCHOOL TEENAGERS WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS

RIESGO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES ESCOLARES CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

*JULIANA LOURENÇO DE ARAÚJO VERAS

**BRUNA LUÍSA DOS SANTOS BATISTA

RESUMO

Objetivo: Verificar o risco de suicídio em adolescentes escolares com sintomas depressivos. Material e métodos: Estudo transversal, realizado com estudantes matriculados em 2 escolas públicas do interior de Pernambuco. A coleta de dados ocorreu via remota através do autopreenchimento de 3 instrumentos: 1) Questionário de caracterização sociobiodemográfico; 2) Inventário de Depressão Infantil (*Children's Depression Inventory*) – CDI, para identificar sintomas depressivos e o 3) *International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. - versão brasileira 5.0.0) – Módulo C - Risco de Suicídio, utilizado para avaliação do risco e do grau de risco de suicídio. Os dados foram analisados por meio de frequências e testes de associação. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Participaram 51 adolescentes com idade entre 13 a 17 anos, sendo a maioria do sexo feminino (86,3%); com religião (70,6%), pardas (47,1%), com irmãos (90,2%) e pertencentes às classes econômicas D e E (41,2 %). 60,8% dos adolescentes apresentaram quadro compatível com sintomas depressivos e 78,4% tinham risco de suicídio; desses, 41,2% tinham alto risco. Destaca-se que os estudantes com sintomas depressivos apresentaram maior percentual de risco de suicídio (90,3%) do que os sem sintomas depressivos (60,0%). Conclusões: Percebeu-se a necessidade de programas de prevenção ao suicídio na ambiência escolar, com o envolvimento da família e do sistema público de saúde como redes de apoio.

Descritores: Suicídio; Depressão; Saúde Mental; Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

Objective: To verify the risk of suicide in adolescent students with depressive symptoms. **Material and methods:** Cross-sectional study, carried out with students enrolled in two public schools in the interior of Pernambuco. The data collection occurred via remote through self-completion of 3 instruments: 1) Questionnaire of sociobiodemographic characterization; 2) Inventory of Childhood Depression (Children's Depression Inventory) - CDI, to identify depressive symptoms and 3) International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I. – Brazilian version 5.0.0) - Module C - Suicide Risk, used to assess the risk and degree of suicide risk. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** Fifty-one adolescents with ages between 13 and 17 years participated in the study. Most of them were female (86.3%), had religion (70.6%), were brown (47.1%), had siblings (90.2%) and belonged to economic classes D and E (41.2%). 78.4% of the adolescents had suicide risk; of these, 41.2% had high risk. Furthermore, 60.8% were classified as having depressive symptoms. It is noteworthy that students with depressive symptoms had a higher percentage of suicide risk (90.3%) than those without depressive symptoms (60.0%). **Conclusions:** We perceived the need for suicide prevention programs in the school environment, with the involvement of the family and the public health system as support networks

Key words: Suicide; Depression; Mental Health; Adolescent Health.

RESUMEN

Objetivo: Verificar el riesgo de suicidio en adolescentes escolares con síntomas depresivos. **Material y métodos:** Estudio transversal, realizado con alumnos matriculados en dos escuelas públicas del interior de Pernambuco. La recolección de datos ocurrió vía remota a través del autocumplimiento de 3 instrumentos: 1) Cuestionario de caracterización sociobiodemográfica; 2) Inventario de Depresión Infantil (Children's Depression Inventory) - CDI, para identificar los síntomas depresivos y 3) Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I. – versión brasileña 5.0.0) - Módulo C - Riesgo de Suicidio, utilizado para evaluar el riesgo y el grado de riesgo de suicidio. Los datos fueron analizados utilizando frecuencias y pruebas de asociación.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación. Resultados: Participaron 51 adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 17 años, siendo la mayoría mujeres (86,3%); de religión (70,6%); mestizos (47,1%); con hermanos (90,2%) y pertenecientes a las clases económicas D y E (41,2%). El 78,4% de los adolescentes tenía riesgo de suicidio; de ellos, el 41,2% tenía un riesgo alto. Además, el 60,8% fueron clasificados con síntomas depresivos. Cabe destacar que los estudiantes con síntomas depresivos tenían un mayor porcentaje de riesgo de suicidio (90,3%) que los que no tenían síntomas depresivos (60,0%). Conclusiones: percibimos la necesidad de programas de prevención del suicidio en el ámbito escolar, con la participación de la familia y el sistema de salud pública como redes de apoyo.

Descriptor: Suicidio; Depresión; Salud Mental; Salud del Adolescente.

INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado um grave problema e uma prioridade de saúde pública ⁽¹⁾. É a quarta causa de morte mais frequente entre os jovens com idades de 15 a 29 anos depois dos acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Cerca de 77% dos suicídios ocorrem em populações de média e baixa renda. Já os países de alta renda possuem maior taxa para cada 100 mil habitantes – cerca de 10,9%. Segundo dados da OPAS (2020), os métodos mais comuns são: envenenamento, enforcamento e morte por arma de fogo⁽²⁾.

O suicídio ainda é considerado um tabu na sociedade, falar sobre suicídio é muito delicado para a maioria das pessoas, principalmente entre os adolescentes, pois o suicídio é algo visto como errado, desvirtuoso e reprovável. Isso torna mais difícil a procura de ajuda, pois além das pessoas com comportamento suicida estarem passando por conflitos que a levam a idealizar ou tentar o suicídio, elas precisam lidar com o julgamento e o preconceito da sociedade.⁽³⁾

O espectro suicida compreende 3 diferentes situações contínuas: a ideação suicida, quando existe o pensamento e planejamento da morte; a tentativa de suicídio, com o surgimento de possíveis comportamentos auto lesivos que poderão ou não resultar em morte, e o próprio suicídio. É importante destacar que a maioria das pessoas que estão dentro do espectro suicida podem apresentar algum transtorno mental, como a depressão, esquizofrenia, transtorno de personalidade *borderline*, entre outros.⁽⁴⁻⁵⁾

Segundo Durkheim ⁽⁶⁾, o suicídio pode ser entendido como um fator social e não individual; que cada sociedade tem historicamente um conjunto de pessoas com predisposição ao suicídio, onde são levadas em consideração além das causas psíquicas, as causas sociais do

meio onde estão inseridas. Deste modo, não há uma causa única para o suicídio, onde este é um resultado de uma série de fatores que são acumulados pelo indivíduo. ⁽⁷⁾

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por evoluções tanto físicas como comportamentais e de pensamentos. É um período de constantes mudanças, que traz em si uma condição intrínseca de vulnerabilidade, inclusive para o desenvolvimento de sofrimento mental, que pode propiciar um maior risco de suicídio ⁽⁸⁾.

Outra condição de vulnerabilidade que o adolescente pode ser exposto é a vulnerabilidade social, onde, associada à desigualdade social impede que os adolescentes tenham acesso a profissionais para apoiar o cuidar da relação saúde mental – aprendizado na ambiência escolar, como por exemplo, psicopedagogos ou psicólogos escolares. ⁽⁹⁾

Alguns autores apresentaram a orientação sexual como fator de risco importante para o suicídio na adolescência, pois os adolescentes muitas vezes se sentem deslocados devido à heteronormatividade imposta pela sociedade e com isso vivenciam constantemente o sentimento de não pertencimento. Além do preconceito enfrentado em diversos espaços: em casa, na escola, na rua, com palavras e atitudes que ferem seus direitos mínimos, incluindo a sua existência. ⁽¹⁰⁾

É notório que nos dias atuais os adolescentes dedicam muito de seu tempo à internet, mais especificamente às redes sociais, que por sua vez têm um alcance mundial em apenas alguns poucos minutos. À medida que essas ferramentas podem contribuir para a divulgação de programas de prevenção do suicídio, elas também podem ser responsáveis por colaborar com o aumento do risco de suicídio entre os adolescentes, principalmente pelo fato de nesses espaços serem adotados padrões de vida na maioria das vezes irrealis, que quando não alcançados podem causar a sensação de fracasso entre esses adolescentes. ⁽¹¹⁾

É possível dizer que os principais fatores de risco para o suicídio na adolescência são: história familiar de maus-tratos e violência doméstica, casos de suicídio na família, tentativas de suicídio anterior, histórico de transtornos mentais, sobretudo a depressão, histórico de uso excessivo de álcool e substâncias psicoativas, sentimentos de desesperança, tendências impulsivas ou agressivas (automutilação), concepção do suicídio como resolução eficaz de questões e problemas pessoais, suicídios em massa na localidade, isolamento social, dificuldades de acesso ao tratamento de saúde mental, perdas (relacional, social, laboral ou financeira), doenças físicas, normalmente as isentas de cura, acessibilidade aos métodos fatais e desestímulo para procurar ajuda por causa do estigma associado à saúde mental⁽¹²⁾.

A pandemia da COVID-19 trouxe para cerca de um terço da população mundial o isolamento social, o que pode levar ao aumento do risco de suicídio em várias faixas etárias, na

medida em que pode agravar quadros de pessoas que possuem ou são predispostas aos transtornos mentais devido ao medo, ao enfrentamento do luto, do sentimento de incapacidade e da interrupção abrupta da rotina ⁽¹³⁾.

Um levantamento realizado pelo Controle e Prevenção de Doenças - CDC (2021) nos EUA apontou que durante a pandemia, as tentativas de suicídio entre adolescentes aumentaram mais de 50%; especialmente entre adolescentes do sexo feminino, entre as causas está o distanciamento social imposto pela pandemia, com o conseqüente afastamento da escola e dos amigos; como também, a falta de acesso aos serviços de saúde mental, o aumento da ansiedade e a situação econômica das famílias podem ter contribuído⁽¹⁴⁾.

Destarte, o comportamento suicida em adolescentes é considerado um fenômeno multifacetado e de múltiplas determinações, onde a compreensão dos fatores de risco constitui um grande desafio, o que exige estudos interdisciplinares de forma a evitar uma visão unidimensional do problema⁽¹⁵⁾. Com isso, esse estudo se justifica pela necessidade de entender os sintomas depressivos como um importante fator de risco para o suicídio em adolescentes escolares durante o período pandêmico.

Diante deste quadro, este estudo se propõe a identificar o risco de suicídio em adolescentes escolares com sintomas depressivos.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com adolescentes escolares, regularmente matriculados em duas escolas públicas no interior de Pernambuco, nas cidades de Vitória de Santo Antão e Limoeiro, no ano de 2021. A amostra foi calculada a partir da fórmula para populações finitas e o tamanho amostral estimado foi de 197 participantes. Adotou-se o processo de amostragem por conveniência à medida que os participantes preencheram os critérios de elegibilidade: ser estudante, possuir entre 13 a 17 anos, de ambos os sexos e estar matriculado e frequentando a escola durante os dias de aulas presenciais.

Para atender as recomendações das autoridades sanitárias a respeito das medidas de isolamento social e de proteção individual e coletiva, ocasionada pela pandemia da COVID-19, a coleta de dados ocorreu no âmbito virtual, através do auto preenchimento de instrumentos estruturados via *Google Forms*. Devido ao formato virtual, houve dificuldade no recrutamento dos adolescentes para participar da pesquisa, desta forma, foi possível coletar 51 adolescentes, sendo, portanto, a amostra deste estudo.

Primeiramente, foi realizada uma visita nas escolas para explicar o objetivo principal do estudo e convidar os adolescentes a participarem da pesquisa; também foi enviado um convite virtual para os alunos com as principais informações sobre a pesquisa. Por serem menores de idade, os participantes da pesquisa precisaram dar a sua anuência, através do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), após a concordância dos pais e responsáveis, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, os instrumentos para a coleta de dados foram enviados via *WhatsApp* para os adolescentes que desejaram contribuir com o estudo.

Para caracterizar a amostra, foi utilizado um questionário socioeconômico elaborado pelas pesquisadoras. O risco de suicídio e a presença de sintomas depressivos nos adolescentes foram verificados, respectivamente, através dos instrumentos *International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. - versão brasileira 5.0.0) – Módulo C - Risco de Suicídio, instrumento utilizado na prática clínica e na pesquisa, que visa à classificação diagnóstica de forma compatível com os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-V) e o Inventário de Depressão Infantil (*Children's Depression Inventory*) – CDI, que é um instrumento adaptado do Inventário de Depressão de Beck para adultos, usado para detectar a presença e o grau de severidade dos sintomas depressivos em crianças e adolescentes. Estes instrumentos são validados e utilizados na pesquisa em estudos epidemiológicos nacionais e internacionais. (16-17).

Os dados coletados foram inseridos em planilha Excel^R e analisados com o auxílio de software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25. A análise dos dados foi através de estatística descritiva (valores absolutos, percentuais) e inferencial (teste qui-quadrado, X^2). Foi considerado um nível de significância p valor $\leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95%.

Esta pesquisa seguiu os aspectos éticos estabelecidos pela Resolução CNS n° 466/2012 do Brasil. Assim, o estudo obteve prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e esclareceu aos participantes sobre a pesquisa e as normas éticas.

RESULTADOS

Quanto ao perfil socioeconômico, dos 51 adolescentes que participaram do estudo, a maioria foi do sexo feminino (86,3%), com idade de 16 a 17 anos (90,2%) e que se autodeclaravam pardas (47,1%). A maior parte dos adolescentes tinha uma religião (70,6%), possuíam irmãos (90,2%) e foram classificados nas classes econômicas D e E pelo Critério Brasil de Classificação Econômica (41,2%) (Tabela1).

Tabela 1 - Características da amostra, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2021.

Variável	n (%)
Total	51(100,0)
Sexo	
Masculino	7 (13,7)
Feminino	44 (86,3)
Idade	
13 a 15	5 (9,8)
16 a 17	46 (90,2)
Religião	
Sim	36 (70,6)
Não	15 (29,4)
Prática religiosa	
Católica	27 (52,9)
Evangélica	6 (11,8)
Espírita	3 (5,9)
Não tem religião	15 (29,4)
Etnia	
Branca	15 (29,4)
Preta	7 (13,7)
Amarela	1 (2,0)

Parda	24 (47,1)
Indígena	2 (3,9)
Não informado	2 (3,9)
Possui irmãos	
Sim	46 (90,2)
Não	5 (9,8)
Classe econômica – ABEP(2021)	
A	1 (2,0)
B2	7 (13,7)
C1	10 (19,6)
C2	12 (23,5)
D-E	21 (41,2)

A tabela 2 apresenta os dados relativos aos sintomas compatíveis com a depressão, ao risco e o grau do risco de suicídio, onde se ressalta que: a maioria foi classificada com sintomas depressivos (60,8%); 78,4% tinham risco de suicídio e do percentual com risco o maior percentual (41,2%) correspondeu ao de alto risco, 31,4% de baixo risco e os 5,9% demais risco moderado. Concomitantemente, 21 adolescentes apresentaram história de tentativa de suicídio anterior.

Tabela 2 - Avaliação dos sintomas depressivos, risco de suicídio e grau do risco de suicídio. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2021.

Variável	n (%)
Total	51 (100,0)
Sintomas depressivos (CDI)	
Com sintomas	31 (60,8)
Sem sintomas	20 (39,2)

Risco de suicídio (M.I.N.I)

Com risco	40 (78,4)
Sem risco	11 (21,6)

Grau do risco de suicídio (M.I.N.I)

Sem risco	11 (21,6)
Baixo	16 (31,4)
Moderado	3 (5,9)
Alto	21 (41,2)

As tabelas 3 e 4 apresentam os resultados dos cruzamentos entre o risco de suicídio com as variáveis socioeconômicas e sintomas depressivos.

Para a margem de erro fixada (5%) não foram registradas associações significativas ($p > 0,05$) entre o risco de suicídio e as variáveis socioeconômicas, conforme resultados apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Avaliação do risco de suicídio, segundo os dados socioeconômicos. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2021.

Variável	Risco de suicídio			Valor de p
	Com risco n (%)	Sem risco n (%)	Total n (%)	
Sexo				$p^{(1)} = 0,162$
Masculino	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100,0)	
Feminino	36 (81,8)	8 (18,2)	44 (100,0)	
Grupo total	40 (78,4)	11 (21,6)	51 (100,0)	
Idade				$p^{(1)} = 0,292$
13 a 15	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100,0)	
16 a 17	37 (80,4)	9 (19,6)	46 (100,0)	
Grupo total	40 (78,4)	11 (21,6)	51 (100,0)	

Religião				$p^{(1)} = 1,000$
Sim	28 (77,8)	8 (22,2)	36 (100,0)	
Não	12 (80,0)	3 (20,0)	15 (100,0)	
Grupo total	40 (78,4)	11 (21,6)	51 (100,0)	
Etnia				$p^{(1)} = 0,338$
Branca	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100,0)	
Preta	7 (100,0)	-	7 (100,0)	
Parda	18 (75,0)	6 (25,0)	24 (100,0)	
Outras	3 (100,0)	-	3 (100,0)	
Grupo total	38 (77,6)	11 (22,4)	49 (100,0)	
Possui irmãos				$p^{(1)} = 0,292$
Sim	37 (80,4)	9 (19,6)	46 (100,0)	
Não	3 (60,0)	2 (40,0)	5 (100,0)	
Grupo total	40 (78,4)	11 (21,6)	51 (100,0)	
Classe econômica – ABEP				$p^{(1)} = 0,478$
A e B	6 (75,0)	2 (25,0)	8 (100,0)	
C	19 (86,4)	3 (13,6)	22 (100,0)	
D e E	15 (71,4)	6 (28,6)	21 (100,0)	
Grupo total	40 (78,4)	11 (21,6)	51 (100,0)	

(1) Pelo teste Exato de Fisher.

A Tabela 4 mostra que houve associação significativa ($p < 0,05$) entre os resultados de sintomas depressivos e o risco de suicídio e para esta variável se destaca que o percentual com risco de suicídio foi mais elevado entre os classificados com sintomas depressivos do que os sem sintomas depressivos (90,3% x 60%).

Tabela 4 – Avaliação do risco de suicídio segundo a ocorrência de sintomas depressivos Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2021.

Sintomas depressivos (CDI)	Risco de suicídio			Valor de p
	Com risco	Sem risco	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Com sintomas	28 (90,3)	3 (9,7)	31 (100,0)	p ⁽¹⁾ = 0,015*
Sem sintomas	12 (60,0)	8 (40,0)	20 (100,0)	
Grupo total	40 (78,4)	11 (21,6)	51 (100,0)	

(*) Associação significativa a 5%

(1) Pelo teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

Conforme os resultados desta pesquisa verificou-se um número elevado de adolescentes com quadro sugestivo de sintomas depressivos (60,8%) e que apresentaram risco de suicídio (78,4%), como também, o maior percentual de risco de suicídio foi observado em estudantes com sintomas depressivos (90,3%).

Estes números expressivos mostram que o suicídio é um problema de saúde pública, como já classifica a Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾ e merece atenção por parte das políticas públicas de promoção da saúde mental.

Estudos que utilizaram o instrumento MINI para verificar o risco de suicídio, encontraram taxas bem menores. Um estudo realizado com 1.380 indivíduos de 14-35 anos, na cidade de Pelotas no Sul do Brasil, encontrou uma prevalência de risco de suicídio 11,5%. Outra pesquisa, realizada com 1.379 adolescentes de 10-17 anos de escolas públicas de Pernambuco, identificou uma prevalência de risco de suicídio de 29,7%. Apesar da amostra deste estudo ser significativamente menor, é possível observar que a porcentagem de risco de suicídio

encontrada foi muito maior que a de estudos realizados anteriormente, ou seja, antes da pandemia da COVID-19. ⁽¹⁸⁻¹⁹⁾

Em comparação com estudos prévios, este estudo revelou uma elevada taxa de adolescentes com sintomas depressivos (60,8%). Em um estudo realizado na cidade de Salvador com 220 adolescentes de 11-17 anos, a prevalência de sintomas depressivos foi de 7,72%. Já no estudo realizado com 819 adolescentes escolares de um município do Norte de Minas Gerais revelou prevalência de sintomas depressivos em 20,2% dos adolescentes. ⁽²⁰⁻²¹⁾

Ressalta-se que, todos os adolescentes que se autodeclararam pretos tinham risco de suicídio. Estudos mostram que a população negra é um grupo mais susceptível ao suicídio, pois, na maioria das vezes também vivenciam uma situação de vulnerabilidade social, onde não têm acesso a trabalho, alimentação, renda, o que expõe esses adolescentes à fome e a miséria, que são considerados fatores “suicidogênicos”. ⁽²²⁾

A maioria dos adolescentes foi classificada como sendo das classes econômicas D e E, ou seja, que apresentam dificuldades em manter as necessidades básicas. Estudos mostram que a vulnerabilidade gerada por baixos níveis econômicos é considerada um fator de risco para o suicídio, pois a pobreza pode gerar situação de extrema ansiedade no âmbito familiar, causando instabilidade. ⁽²³⁾

Entre os adolescentes com risco de suicídio, 21 apresentaram histórico de tentativa de suicídio ao longo da vida. Esse histórico é um padrão que é observado em indivíduos com comportamento suicida e é descrito como risco “episódio-dependente” ou “fenômeno em crescendo”, que é quando novas tentativas de suicídio são potencializadas por tentativas anteriores. ⁽²⁴⁾ Uma tentativa anterior aumenta o risco de concretização do suicídio cerca de cem vezes em relação a quem nunca tentou. ⁽²⁵⁾

Foi possível observar que a maioria dos participantes tinha 16 a 17 anos, ou seja, na fase final da adolescência. O suicídio está entre as quatro maiores causas de morte na faixa etária entre 15 e 19 anos. São citados como fatores associados à ideação suicida na adolescência: transtornos mentais, características pessoais e familiares, problemas comportamentais do próprio adolescente e dos amigos. Destaca-se fatores também como depressão, desesperança, solidão, tristeza, preocupação, ansiedade, baixa autoestima, agressão por parte de pais e amigos, pouca comunicação com os pais, ser abusado fisicamente na escola, uso de substâncias, pessoa conhecida com tentativa de suicídio, e, o sexo feminino. ⁽²⁶⁾

Corroborando com os achados do estudo de Nascimento *et al* ⁽²⁷⁾, esta pesquisa mostrou que um número considerável dos adolescentes que possuem risco de suicídio também apresenta sintomas depressivos. Um estudo realizado em uma cidade no norte do Peru com 289 escolares

mostrou que 20,1% dos entrevistados apresentaram risco de suicídio e algum tipo de depressão. (28)

Isso pode ser explicado porque a depressão detém características neurobiológicas que propiciam o comportamento suicida (29). Um estudo realizado com indivíduos que morreram por suicídio identificou níveis baixos de serotonina em algumas partes do cérebro. Quando os níveis desse neurotransmissor estão baixos em áreas específicas do cérebro, como é o caso dos indivíduos deprimidos, a comunicação entre essas células fica prejudicada, podendo aumentar a impulsividade e a agressividade, que pode predispor o ao comportamento suicida. (30)

Mesmo que este estudo não tenha encontrado associação significativa entre risco de suicídio e sexo, a epidemiologia do suicídio no mundo quanto ao sexo demonstra que indivíduos do sexo masculino morrem mais por suicídio do que indivíduos do sexo feminino. Porém as mulheres são as que mais fazem tentativa de suicídio. Isso porque as formas que os homens escolhem para tirar a vida são mais fatais e mais violentas, como por exemplo, suicídio por arma de fogo, enforcamento, quedas de grandes alturas. Já as mulheres usam mais venenos e medicamentos, que também são perigosos, mas são menos letais(31).

Silva et al(32) mostrou em seu estudo que há 2 vezes mais chances do suicídio ser praticado por indivíduos adolescentes do sexo feminino na faixa de idade de 10 a 19 anos, do que por adolescentes do sexo masculino. Isso pode estar relacionado à maior vulnerabilidade à violência intrafamiliar, muitas vezes expressada de forma física, psicológica ou sexual. A insatisfação com a imagem corporal, mudanças radicais no corpo, bullying, entendimento da sexualidade, término de relacionamentos, também são fatores que aumentam o risco de suicídio entre adolescentes do sexo feminino(32).

Apesar de este estudo ter mostrado que muitos adolescentes tinham uma prática religiosa, não foi encontrada uma associação significativa com o risco de suicídio. Caribé, Casqueiro e Miranda-Scippa(33) apontaram que a presença da religiosidade geralmente está associada a menor comportamento suicida, porém, o suicídio é o resultado de um processo multifatorial, onde se faz necessário uma avaliação holística para se considerar a presença do risco de suicídio, e a presença ou não desse risco vai muito além de ter um fator de proteção, como a religiosidade/espiritualidade.

Destaca-se que, o estudo foi realizado durante o período da pandemia da COVID-19, deste modo, os achados podem ter influência direta deste momento pandêmico. É indiscutível que o vírus afeta de diversas formas a saúde física de quem o contrai, porém, a saúde mental tanto de quem foi infectado e teve COVID-19, quanto a de quem passou pelo período de total

isolamento social também foi comprometida frente ao cenário incerto que ainda engloba o novo coronavírus⁽³⁴⁾.

O isolamento social devido à pandemia pode levar ao consumo exacerbado de substâncias psicoativas, ansiedade, depressão e outros transtornos mentais, que são fatores de risco para o suicídio⁽³⁵⁾. Outros fatores de risco, como perda de emprego ou financeira, trauma ou abuso e barreiras ao acesso a cuidados de saúde, aumentaram ainda mais depois da pandemia da COVID-19⁽³⁶⁾.

O fechamento de escolas e espaços de convivência social fizeram com que as crianças e adolescentes ficassem isolados em casa e esse isolamento junto ao cenário repleto de incertezas, medo de perder entes queridos tendem a agravar o sofrimento psíquico aumentando o risco de suicídio⁽³⁷⁾.

De acordo com Dantas⁽³⁸⁾, para prevenção do suicídio se faz necessária uma articulação intersetorial, alinhando políticas públicas de áreas prioritárias, como a saúde, educação e assistência social, através de estratégias de difusão e sensibilização da população a respeito do suicídio como um problema de saúde pública; estudos de seus determinantes e condicionantes e educação permanente dos profissionais da saúde em prevenção do suicídio, especialmente dos que atuam na atenção básica⁽³⁹⁾.

Nesta perspectiva, a enfermagem tem um papel importante na prevenção do suicídio, a começar na atenção básica, que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). É na atenção básica que, a enfermagem pode identificar adolescentes com comportamento suicida, como também, referenciar para o nível de assistência especializada. Na atenção básica a enfermagem pode lançar mão de ações educativas na comunidade, com as famílias e com os indivíduos para conscientização sobre a importância de falar sobre o suicídio sem julgamentos, para que se torne cada vez menos um estigma e esses adolescentes possam se sentir menos reprimidos ao relatarem seu sofrimento⁽⁴⁰⁾.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados deste estudo, pode-se concluir que existe risco de suicídio entre adolescentes escolares de 13 a 17 anos e esse risco é bastante elevado, sendo o grau de risco de suicídio alto em sua maioria, e isso pode ser explicado principalmente pela presença de sintomas depressivos.

Sobre as questões de prevenção ao suicídio, destaca-se a importância de se falar sobre o suicídio e a depressão com adolescentes na ambiência escolar, envolvendo a família e o sistema de saúde, através de programas de prevenção e promoção da saúde mental.

Sobre as limitações do estudo, este estudo apresentou algumas limitações, como um tamanho amostral pequeno, devido à baixa adesão dos adolescentes, devido ao método de coleta virtual; como também, por trata-se de um estudo transversal descritivo, não foi analisado as relações de causa-efeito.

REFERÊNCIAS

- 1.OPAS BRASIL. Folha Informativa – Saúde Mental dos Adolescentes. [internet]; 2018. Acesso em: 20 de out. de 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>>
- 2.OPAS BRASIL. Folha informativa - Depressão. [internet]; 2018. Acesso em 20 de out. de 2020. Disponível em <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>
- 3.Sprinthall, N. A., & Collins, W. A. Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista. 3ª edição. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian; 2003.
4. Borges, VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud. psicol. (Natal)* 11 (3) [internet]. 2006 [acessado em 6 de setembro de 2020]. pp 345-351. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>>
5. Studart-Bottó, Paula; Martins-Junior, DF; Sarmiento, S; Argolo, L; Galvão-de-Almeida, A; Miranda-Scippa, A. Self-injurious behavior and related mortality in children under 10 years of age: a retrospective health record study in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 41(1) [internet] 2020 [acessado em 6 de set de 2020]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0355>>
6. Durkheim, É. O suicídio Estudo sociológico. Trad. de Luz Cary, Margarida Garrido e J.Vasconcelos Esteves. 2. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1977.
7. Cassorla, RMS. Do Suicídio: Estudos Brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.
8. Ozella, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S. H.; BARROS, M. N. S. (orgs.) Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p.16-24.
9. Pires LM, Souza MM de, Medeiros M. Aspects of protection and social vulnerability of teenagers in public all-day schools. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 1).
10. Navasconi PVP, Ortiz EG, Bogo TR. QUAL O VALOR DAS VIDAS LGBTTS? UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE O SUICÍDIO DE JOVENS LGBTTS. In: *Psicologia: Um Olhar Do Mundo Real - Volume 2*. Editora Científica Digital; 2020. p. 166–76

11. Blatt MR. A RELEVÂNCIA DAS REDES SOCIAIS NA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. *Rev Saúde da AJES* [Internet]. 2019; 5:36--46. Disponível em: <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/326/265>
12. Mendonça, FV. Suicídio na adolescência [monografia]. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, 2015.
13. McIntyre, R.S; Lee, Y. Preventing suicide in the contexto of the COVID-19 pandemic. *World Psychiatr* 19: 250-251. [internet] 2020 [acessado em 30 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/wps.20767>
14. Yard, E., Radhakrishnan, L., Ballesteros, M. F., Sheppard, M., Gates, A., Stein, Z., Hartnett, K., Kite-Powell, A., Rodgers, L., Adjemian, J., Ehlman, D. C., Holland, K., Idaikkadar, N., Ivey-Stephenson, A., Martinez, P., Law, R., & Stone, D. M. (2021). Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-May 2021. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 70(24), 888–894. <<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7024e1>>
15. Maria Ferreira da Silva Teixeira C. Tentativa de suicídio na adolescência. *Rev. UFG* [Internet]. 29º de setembro de 2017 [acessado em 25 de junho de 2020]; 6(1). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/49466>
16. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>>
17. Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. d., & Gaião, A. d. A. (1995). Inventário de depressão infantil-CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345–349.
18. Barbosa LP, Quevedo L, da Silva GDG, Jansen K, Pinheiro RT, Branco J, et al. Childhood trauma and suicide risk in a sample of young individuals aged 14–35 years in southern Brazil. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2014 Jul;38(7):1191–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213414000623>
19. de Araújo Veras JL, Ximenes RCC, de Vasconcelos FMN, Sougey EB. Prevalence of Suicide Risk Among Adolescents With Depressive Symptoms. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2016 Feb;30(1):2–6. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883941715002575>
20. 1. Couto ISL, Reis DML, Oliveira IR de. Prevalência de sintomas de depressão em estudantes de 11 a 17 anos da rede pública de ensino de Salvador. *Rev Ciências Médicas e Biológicas* [Internet]. 2016 Dec 15;15(3):370. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/18205>
21. 1. Brito MFSF, Lima C de A, Messias RB, Brito AB, de Pinho L, Silveira MF. Prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes escolares em município do Norte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Port Enferm Saúde Ment* [Internet]. 2020 Dec;(24). Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602020000200003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

22. Cruz Santos V, Ferraz dos Anjos K, Karenny da Silva J, Mota Santana J. SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA SEGUNDO A RAÇA-COR DA PELE NO BRASIL. Rev. Bras. Saúde Funcional [Internet]. 11º de dezembro de 2018;6(1):6. Disponível em: <https://seer-adventista.com.br/ojs3/index.php/RBSF/article/view/1072>
23. 1. Silva BOS da, Rosas MA, Nóbrega KBG da, Silva MM da, Oliveira MGC de, Cajueiro J da S, et al. Ideação suicida em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Res Soc Dev [Internet]. 2021 Feb 25;10(2):e48410212808. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12808>
24. Reis, ADGM et al. Comportamento suicida: uma revisão narrativa da literatura. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo [internet]. 2019, v.64 n.2 [acessado em 23 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.2.136>
25. Botega, NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP [internet]. 2014, v. 25, n. 3 [acessado em 23 de novembro de 2021], pp. 231-236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>
26. Dos Santos, LZ, Leão-Machado, FC. Suicídio na Adolescência: uma revisão sistemática. Revista Uninga [internet] 2019, v. 56, n. S1 [acessado em 23 de novembro de 2021] p.89-98. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/135>
27. Nascimento, VS et al. Association between eating disorders, suicide and depressive symptoms in undergraduate students of health-related courses. Einstein (São Paulo) [online]. 2020, v. 18 [Acessado em 13 de novembro de 2021]. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4908
28. Sandoval Ato R, Vilela Estrada MA, Mejia CR, Caballero Alvarado J. Riesgo suicida asociado a bullying y depresión en escolares de secundaria. Rev Chil pediatría [Internet]. 2018 Apr;89(2):208–15. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000200208&lng=en&nrm=iso&tlng=en
29. Solomon, A. O Demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002
30. Assumpção GLS, Oliveira LA, Souza MFS de. DEPRESSÃO E SUICÍDIO: UMA CORRELAÇÃO. Rev. Pret. [Internet]. 7º de março de 2018; 3(5):312-33. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15973>
31. Cicogna, JIR, Hillesheim, D, Hallal, ALL. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]. 2019, v. 68, n. 1 [Acessado em 13 de novembro de 2021], pp. 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000345>
32. SILVA, IG. et al. Diferenciais de gênero na mortalidade por suicídio. Rev Rene, Fortaleza [internet] v. 22, e61520, 2021. [acesso em 23 de novembro de 2021]. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene.

33. Caribé AC, Casqueiro JS, Miranda-Scippa Ângela. Suicídio e Espiritualidade: Bases teóricas. *hurev* [Internet]. 18º de fevereiro de 2020 [acesso em 23 de novembro de 2021];44(4):431-6. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/16978>
34. Tanaka, T., Okamoto, S. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav* 5. [internet] 229–238 (2021). [acesso em 24 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41562-020-01042-z>
35. Sher, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*. [internet] Volume 113, Issue 10, October 2020, Pages 707–712 [acesso em 01 de dezembro de 2021]. Disponível em <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
36. OPAS [homepage na internet]. Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio 2021. [acesso em 01 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/campanhas/dia-mundial-prevencao-ao-suicidio-2021>
37. Greff, AP et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 24 p. Cartilha. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41420>
38. Dantas, ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2019, v. 29, n. 03 [Acessado em 1 de dezembro de 2021], e290303. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>
39. Nascimento, GS. Possibilidades a prevenção do suicídio dos jovens. *Revista Científica Multidisciplinar Brilliant Mind*. 2020 [acesso em 01 de dezembro de 2021] v1 (3) pp 27-42. Disponível em: <http://revistabrilliantmind.com.br/index.php/rcmbm/article/view/47>
40. Sousa JF, Sousa VC, Carvalho CMS, Amorim FCM, Fernandes MA, Coelho MCVS, et al. Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros. [internet] *RevCuid*. 2019; 10(2): e609. [acesso em 01 de dezembro de 2021]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.609>

5 CONCLUSÃO

Com base nos resultados deste estudo, pode-se concluir que existe risco de suicídio entre adolescentes escolares de 13 a 17 anos e esse risco é bastante elevado, sendo o grau de risco de suicídio alto em sua maioria, e isso pode ser explicado principalmente pela presença de sintomas depressivos.

Sobre as questões de prevenção ao suicídio, destaca-se a importância de se falar sobre o suicídio e a depressão com adolescentes na ambiência escolar, envolvendo a família e o sistema de saúde, através de programas de prevenção e promoção da saúde mental.

Sobre as limitações do estudo, este estudo apresentou algumas limitações, como um tamanho amostral pequeno, devido à baixa adesão dos adolescentes, devido ao método de coleta virtual; como também, por trata-se de um estudo transversal descritivo, não foi analisado as relações de causa-efeito.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J.; MATOS, A. P.; COSTA, J. J. Regulação emocional e qualidade do relacionamento com os pais como preditoras de sintomatologia depressiva em adolescentes. **Revista Portuguesa de enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. esp., out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe6/nspe6a08.pdf>. Acesso em: 8 out. 2020.
- BAHLS, S. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.78, n.5, p.359-366, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000500004>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- BLATT, M. R. A Relevância das redes sociais na prevenção ao suicídio. **Revista de Saúde da AJES**, Juína, 2019. v. 5, p. 36--46. Disponível em: <https://www.revista.ajes.edu.br/index.php/sajes/article/view/326/265>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- BORGES, Vivian Roxo; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estud. psicol.**, Natal, v.11, n.3, p.345-351, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>. Acesso em: 6 de set. de 2020
- BOUZAS, I.; JANUZZI, F. Adolescentes, mídia e novas tecnologias. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, 14, n. 3, p. 1-11, 2017.
- BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410 Fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>. Acesso em: 23 out. 2020.
- CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio: Estudos Brasileiros**. Campinas: Papyrus, 1991.
- COUTO, M.C.V; DELGADO, P.G.G. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro,
- CUNHA, B.F.V. *et al.* Depressão na infância e adolescência: revisão bibliográfica. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 3, supl. A, p. 1-8, maio/jun. 2005. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-469951>. Acesso em: 1 nov. 2020.
- FERREIRA, Jhennipher Tortola *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes**, Rolim de Moura, v. 4, n. 1, p. 72-86, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://facsaopaulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/ed5/7.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020.

BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MCINTYRE, R. S.; LEE, Y. Preventing suicide in the context of the COVID-19 pandemic. **World Psychiatry**, Milan, v. 19, n. 2, p. 250–251, jun. 2020.

MELO, Anna Karynne; SIEBRA, Adolfo Jesiel; MOREIRA, Virginia. Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 18-34, 2017.

MENDONÇA, F. V. **Suicídio na adolescência**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2015.

MOREIRA, C. P.; TORRENTÉ, M. O. N.; JUCÁ; V. J. S. Analysis of the embracement process in a Child and Adolescent Psychosocial Healthcare Center: considerations from an ethnographic investigation. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, 2018.

NAVASCONI, P. V. P.; ORTIZ, E. G.; BOGO, T. R. Qual o valor das vidas lgbtts? um estudo bibliográfico sobre o suicídio de jovens LGBTTS. *In*: SAMPAIO, Edilson Coelho; COSTA, Elson Ferreira (Orgs.) **Psicologia: Um Olhar Do Mundo Real**. [S. l.]: Científica Digital, 2020. v. 2. p. 166–176.

OLIVEIRA, Giseli Moretti de. **Características associadas ao comportamento suicida em adolescentes atendidos junto a um CAPS AD III - 24h**. 2020. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São José do Rio Preto, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/191907>. Acesso em: 5 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha Informativa: Saúde Mental dos Adolescentes**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mentaldos-adolescentes&Itemid=839. Acesso em: 20 out. 2020

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa: Depressão**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativadepressao&Itemid=1095. Acesso em: 20 out. 2020.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. *In*: CONTINI, M. L. J.; KOLLER, S. H.; BARROS, M. N. S. (orgs.) **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p.16-24.

PASINI, Amanda Luiza Weiler *et al.* Suicídio e depressão na adolescência: fatores de risco e estratégias de prevenção. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n.4, e36942767,2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i4.2767>. Acesso em: 14 de out de 2020.

PIRES, L. M.; SOUZA, M. M. de; MEDEIROS, M. Aspects of protection and social vulnerability of teenagers in public all-day schools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 1, p. 1-9, 2020.

RAMOS, Aline Sharlon Maciel Batista *et al.* Depressão na adolescência e comportamento suicida: uma revisão integrativa. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 15, n. 27, p. 1437-1447, 2018. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2018a/sau/depressao.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2020.

RIBEIRO, José Mendes; MOREIRA, Marcelo Rasga. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2821-2834, set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>. Acesso em: 13 set. 2020.

SILVA, C. M. L. **Bullying e depressão no contexto escolar: um estudo psicossociológico**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/7004>. Acesso em: 15 out. 2020.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. **Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista**. 3. ed. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian, 2003.

STEIN, G. L. *et al.* Ethnic differences among adolescents beginning treatment for depression. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, Washington, v. 16, n. 2, p. 152-158, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0018666>. Acesso em: 19 set. 2020.

STUDART-BOTTO, Paula *et al.* Self-injurious behavior and related mortality in children under 10 years of age: a retrospective health record study in Brazil. **Braz. J. Psychiatry**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 40-45, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0355>. Acesso em: 6 set. 2020.

TEXEIRA, C. M. F. S. Tentativa de suicídio na adolescência. **Rev. de UFG**, Goiânia, v. 6, n. 1, p. 36-38, jun. 2004. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/suicidio.html. Acesso em: 25 jun. 2020.

YARD, E. *et al.* Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12–25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic — United States, January 2019–May 2021. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 70, n. 24, p. 888–894, 18 jun. 2021.

ANEXO A – REGRAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA CIENCIA Y ENFERMERIA

30/11/2021 03:15

Submissões | Ciencia y Enfermería



[Início](#) / [Submissões](#)

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✓ A contribuição não foi previamente publicada ou avaliada para publicação por outra revista (caso contrário, deve-se justificar em comentários ao editor).
- ✓ O arquivo enviado está no formato OpenOffice, Microsoft Word, RTF ou WordPerfect.
- ✓ A seção para a qual o manuscrito é enviado é indicada nos comentários ao editor (Editorial, Pesquisa Original, Artigo, Revisão, Cartas ao Editor).
- ✓ O manuscrito é organizado e estruturado de acordo com as instruções aos autores.
- ✓ O título do manuscrito não excede 15 palavras.
- ✓ Informação de cada autor: profissão, grau acadêmico mais alto, afiliação institucional, endereço de e-mail, código ORCID e autor de correspondência.
- ✓ O resumo não ultrapassa 250 palavras.
- ✓ As palavras-chave (até 6) consistem idealmente de descritores DeCS/MeSH separados por ponto e vírgula (;).

30/11/2021 03:15

Submissões | Ciencia y Enfermería

- ✓ O texto tem espaçamento duplo e utiliza fonte Times New Roman tamanho 12 pontos.
- ✓ Todas as citações no texto do manuscrito aparecem em sobrescrito entre parênteses. Os números correspondem aos números indicados na lista de referências bibliográficas.
- ✓ Tabelas, gráficos e figuras são citados, mas não são inseridos no texto; devem ser enviados separadamente em uma planilha de arquivo Excel.
- ✓ No caso de artigos online, são indicados o URL e a data de acesso.
- ✓ A ordem consecutiva das citações no texto foi cuidadosamente verificada.
- ✓ Os seguintes documentos foram apresentados: Manuscrito como arquivo .doc, tabelas de arquivos Excel e outros, Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais em PDF, Relatório Ético-científico.

Diretrizes para Autores

Instruções para o autor

Política editorial

[Ciencia y Enfermería](#) fundada em 1995, é editada como órgão oficial da Faculdade de Enfermagem da Universidad de Concepción, Chile e para sua publicação considera manuscritos inéditos na área da enfermagem e saúde, reservando-se os direitos exclusivos sobre os trabalhos publicados.

Ciencia y Enfermería publica nos idiomas espanhol, português ou inglês nas categorias: Investigação, Revisões, Artigos y Cartas ao Editor. Os conceitos, julgamentos e opiniões expressos nas categorias são de exclusiva responsabilidade dos autores.

Uma revisão por pares com sistema duplo-cego é adotada e desaprova plágio, autoplágio e manuscritos com dados coletados há mais de 5 anos.

Ciencia y Enfermería recomenda as diretrizes de: [Rede Equator](#), [International Committee of Medical Journal Editors \(ICMJE\)](#), [Citing Medicine](#) e [Guias Éticas para Revisores Pares \(COPE\)](#).

Ciencia y Enfermería não possui fins lucrativos e a taxa de edição solicitada aos autores são utilizados para cobrir os custos de edição: revisão da tradução de resumos dos três idiomas (espanhol, português e inglês), diagramação y marcação.

Ciencia y Enfermería só recebe contribuições a través do sistema OJS, a partir do qual é gerado um código de ingresso que permite seu seguimento. Anualmente publica cada volume com o sistema de fluxo contínuo, sustentado em um processo de gestão editorial que inclui 5 etapas: avaliação preliminar, arbitragem, edição, publicação e difusão.

Ciencia y Enfermería resguarda confidencialmente a informação referida a conflitos de interesse declarada por autores e pares revisores.

Gestão editorial

O processo de gestão editorial de Ciencia y Enfermería começa quando o [registro de autor](#) está concluído, o que permite ingressar na plataforma de remessa e remitir toda a documentação de um manuscrito: 1. Arquivo .doc do manuscrito propriamente tal; 2) Arquivo Excel com tabelas e figuras (se corresponder); 3) Arquivo Pdf com [Declaração de responsabilidade de autor](#); 4) Arquivo Pdf com [Transferência de direitos de autor](#); 5) Informe comitê de ética para o caso de investigação original; 6) Nota conflito de interesse se os autores considerarem necessário.

A recepção do manuscrito é formalizada ao remitir toda a documentação assinada, momento no qual se atribui código y data de recepção.

As etapas que continuam a gestão editorial são as seguintes:

1. Avaliação preliminar: Compreende uma valoração geral do manuscrito para a seção proposta, cumprimento de requisitos de forma, organização, atualidade e interesse editorial. O resultado de esta avaliação pode ser: rejeição ou arbitragem. Qualquer decisão é comunicada ao autor de correspondência.

2.- Arbitragem: Compreende atribuição do manuscrito a pares revisores temáticos e/ou metodológicos com sistema duplo-cego. O resultado pode ser: rejeição, aceitação com considerações ou aceitação, subordinado à revisão feita pelo menos por dois pares. Se for necessário, o resultado final será definido pelo Conselho Executivo da revista. Qualquer decisão será comunicada ao autor de correspondência. Nos casos de Aceitação com considerações ou Aceitação, o autor de correspondência receberá uma diretriz que inclui as considerações indicadas pelos revisores e/ou a Editora Chefe.

3. Edição: Começa uma vez que é recepcionado a versão corrigida do documento y os arquivos anexados. Esta etapa compreende as tarefas de adequação de redação e estilo, ajuste das partes inicial y final do manuscrito, revisão de tradução de títulos, resumos, palavras chave e diagramação. Nesta etapa se mantém comunicação direta com autor de correspondência. Finaliza quando os autores aprovam a versão final da edição. Os trabalhos selecionados serão de propriedade da revista a menos que o autor de correspondência envie por escrito a decisão do grupo inteiro de pesquisadores de retirar o artigo para sua publicação, antes da aprovação da versão final.

4. Publicação: Esta etapa compreende a marcação, publicação preliminar na página web da revista (cienciayenfermeria.udec.cl) e atribuição de DOI.

5. Difusão: Compreende a difusão do manuscrito em bases de dados e redes sociais.

Forma e preparação de manuscritos

Guias para seleção do tipo de manuscrito e apresentação do texto

Artigos: Devem desenvolver um tema específico de interesse na área da Enfermagem e/ou Saúde ou terem relação com aspectos teóricos, metodológicos ou ético-científicos do processo de investigação. Serão recepcionados em idiomas espanhol ou português ou inglês, digitados em espaço duplo, em folhas tamanho carta com letra Times New Roman tamanho 12, deixando uma margem de 3 cm em todas as arestas. A extensão do texto, incluindo referências bibliográficas e resumos, não deve exceder as 10 páginas. O título, o resumo de extensão máxima de 130 palavras y palavras chave devem estar traduzidos nos três idiomas.

Cartas ao Editor: Notas curtas com máximo de 2 páginas, incluindo opiniões de leitores sobre trabalhos publicados ou comentários que tenham relação com os temas da revista. Deve seguir as mesmas indicações de idioma e apresentação do texto que os **Artigos**, porém este tipo de documento não inclui resumo.

Pesquisa original e revisões: Os manuscritos devem seguir as guias da

[Rede Equator](#) segundo o tipo de documento e/ou estudo realizado.

Para estudos de qualidade de atenção de saúde usar a guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence ([SQIURE 2.0 – checklist](#)).

Para estudos qualitativos seguir a guia [COREQ \(checklist\)](#).

Para ensaio clínico randomizado usar o [CONSORT \(checklist y fluxograma\)](#).

Para revisões sistemáticas y metanálises seguir a guia [PRISMA \(checklist y fluxograma\)](#).

Para estudos observacionais em epidemiologia (coortes, casos e controles, estudos transversais) seguir a guia [STROBE \(checklist\)](#).

Os escritos devem ser enviados em espanhol ou português ou inglês, digitados em espaço duplo, em folhas tamanho carta com letra Times New Roman tamanho 12, deixando uma margem de 3 cm em todos os lados. A extensão do texto, incluindo referências bibliográficas y resumos, não deve exceder as 20 páginas. Desde a seção Introdução até as Conclusões (corpo do manuscrito), o primeiro parágrafo é sem recuo y o restante deve ser digitado sem saltos de linha no ponto final de cada parágrafo.

No caso de estudos experimentais ou de intervenção, deve ser indicado o número de registro internacional.

Organização do texto: Os trabalhos serão divididos nas seguintes seções: Título, Resumo, Introdução, Material e Método, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se corresponder) e Referências Bibliográficas.

Em manuscritos escritos em espanhol ou português, o itálico é aplicado somente aos termos, enunciados ou discursos em inglês transcritos no texto.

Em manuscritos escritos em espanhol ou português, os décimos dos valores numéricos são separados por vírgulas, por exemplo 16,5; para manuscritos em inglês, os décimos são separados por pontos, por exemplo: 16.5.

O código ORCID deve ser incluído.

Título: A primeira página do trabalho deve conter um título conciso e informativo da investigação em maiúscula com no máximo 15 palavras que já contenham os descritores, também deve ser redigido num sentido afirmativo, no idioma original (espanhol, português ou inglês) seguido dos títulos nos outros dois idiomas.

Autoria: No final da primeira página, apontar o nome completo do (dos) autor(es) acompanhado de um ou mais asteriscos (*), segundo seja a posição da autoria. Nas notas do rodapé e com o (os) asterisco (s) correspondentes deve-se informar: profissão, filiação institucional (até 3 hierarquias, exemplo: Departamento ou Escola, Faculdade, Universidade), cidade e país, correio eletrónico e finalmente "Autor de correspondência" a quem corresponda. Serão aceites dois autores de correspondência

Neste espaço também se apontam os patrocínios e/ou fontes de apoio económico se houver, na forma de subsídios de investigação (grants), equipamentos, drogas ou todos eles.

Resumo: Começando pelo idioma original do artigo, seguido dos outros 2 idiomas, que mostre brevemente o objetivo, material e métodos, resultados e conclusões. Não deve exceder os 960 caracteres e 250 palavras escritas com espaçamento entrelinha 1, incluindo no final 3 a 6 descritores. De preferência vinculado a Descritores em Ciências da Saúde - DeCS ou do Medical Subject Headings - MeSH.

Introdução: Essa parte do trabalho está subdividida nos seguintes elementos:

***Problema:** Descreve clara e precisamente o que será resolvido com a investigação. Deve indicar claramente o quê e o porquê da investigação. Deve ser desenvolvido em um ou dois parágrafos iniciais.

***Revisão da literatura:** Expõe o referencial teórico que apoia o trabalho de investigação. Através das citações se fornece o reconhecimento de estudos anteriores que estão relacionados especificamente com o trabalho.

***Objetivo ou hipótese:** Declara formalmente o objetivo e raciocínio da proposta, além de definir as possíveis variáveis, se corresponder. O objetivo deve indicar inequivocamente o que o pesquisador tenta observar e medir, escrito afirmativamente e sujeito a uma única interpretação. A hipótese deve expressar clara, precisa y concisamente uma relação ou diferença entre duas ou mais variáveis, incluindo, se corresponder, as variáveis do estudo e seu efeito.

Material e método: Mencione o paradigma ao qual está vinculada a investigação y descreva claramente o universo, a seleção da amostra, instrumentos e procedimentos com a precisão necessária para permitir a outros observadores que reproduzam suas observações. Quando forem realizados experimentos com seres humanos, indique se os procedimentos atendem aos padrões éticos estabelecidos previamente, revisados por um comitê "ad hoc" da instituição na qual foi realizado o estudo. Indique o número de sujeitos, de observações ou os métodos estadísticos utilizados e o nível de significância estadística estabelecido previamente para avaliar os resultados.

Resultados: Deve ser a apresentados numa sequência lógica e possuir uma análise estadística ou interpretativa relacionada com o objetivo do estudo. Se tabelas, gráficos ou figuras fossem incluídas, não devem ser incluídos no texto e devem ser enviados em um arquivo Excel separado do manuscrito. Esses elementos devem ser desenhados em branco e preto, tamanho metade da largura de uma página com molduras ou tiras claramente diferenciáveis, tamanho suficiente para redução, indicar numeração com título que indique breve e claramente o conteúdo. No texto, sem repetir o conteúdo da tabela, gráfico ou figura, apenas as observações mais relevantes devem ser destacadas ou resumidas.

Figuras e gráficos devem incluir números legíveis, letras ou outros caracteres, quando estejam reduzidos em tamanho.

Discussão: A discussão deve estar baseada nos objetivos e nos resultados para comparar posteriormente com o referencial teórico. Discutir os novos aspectos e limitações que tem seu estudo, indicando projeções ou novas hipóteses, se corresponder.

Conclusões: Devem responder aos objetivos do estudo, limitado aos dados encontrados sem citar referências.

Agradecimentos: Opcional.

Referências bibliográficas: Esta seção reconhece as fontes utilizadas para realizar o trabalho de pesquisa. Sugere-se, para apoiar a justificativa do estudo, no mínimo 30 referências, devem ser atuais e relevantes, ou seja, pelo menos 50% devem corresponder aos últimos 5 anos e o título da referência deve estar diretamente relacionado com o assunto do artigo. Dessas 30 referências o

50% devem provir de uma fonte primária. Deve existir uma relação direta entre as citações que são encontradas no texto e a lista de referência ou recursos utilizados para realizar a pesquisa. Todas as citações do texto devem aparecer na lista de referências. Essas e a lista final devem ser apresentadas no estilo "Vancouver", segundo o qual as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos, entre parêntesis, conforme a sua aparência e sobrescrito. No suporte bibliográfico, será exigida pertinência e internacionalização, referências próprias devem ser evitadas. Isto ocorre quando na lista de referências as fontes bibliográficas provêm apenas do próprio país dos autores. Sugere-se o uso de referências de outros autores e países.

URLs longos devem ser evitados.

Teses de graduação não são aceitas, apenas teses de mestrado e doutorado, considerando também um máximo de 1 na lista de referências bibliográficas.

Recomenda-se que os autores utilizem um programa antiplágio para detectar erros no uso de referências bibliográficas.

Considerações conforme a Autoria

Somente aqueles que participaram do trabalho o suficiente para assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo, devem ser declarados como autores. Além disso, os autores devem estar qualificados para isso. Não serão aceitos mais de seis autores, a menos que o tipo de pesquisa o justifique. Quando for enviado um manuscrito é necessário anexar folha de [Declaração de responsabilidade de autor](#) e [Transferência de direitos de autor](#) confirmando que o trabalho é inédito, que não foi publicado anteriormente em formato impresso ou eletrônico e que não será apresentado em outro meio antes de conhecer a decisão da revista.

Todos os manuscritos devem incluir informações sobre financiamento, conflito de interesses e, se for necessário, agradecimentos.

Considerações Éticas

Ciencia y Enfermería adota totalmente os princípios éticos universais, como contribuir com o bem comum com as contribuições que a revista faz à sociedade e, em particular, ao conhecimento da disciplina, igualdade de oportunidades de publicar artigos em igualdade de condições que cumprem com os regulamentos previamente estabelecidos, mas também rejeita qualquer tipo de discriminação individual ou em grupo, discricção e confidencialidade, mantendo em reserva o nome dos autores dos trabalhos recebidos, o nome dos pares, e os artigos selecionados para a publicação, veracidade da informação fornecida e transparência em todas as etapas do processo de seleção e publicação dos artigos selecionados. Ciencia y Enfermería pressupõe que cada pesquisa a ser publicada atendeu previamente ao requisito de ser avaliada pelo respectivo Comitê de Ética e solicita prova do Informe do comitê ético científico que a apoia.

Declaração de responsabilidade e Transferência de direitos de autor

Deve preencher o formulário [Declaração de responsabilidade de autor](#) e enviar em formato PDF junto com os outros documentos.

Deve preencher o formulário [Transferência de direitos de autor](#) y enviar em formato PDF junto com os outros documen

Pago Taxa de edição

Uma vez que o manuscrito é considerado Aceito com considerações ou Aceito, deve-se pagar uma taxa de edição equivalente a CLP 100.000 (pesos chilenos), por cada manuscrito do Chile, ou US\$ 150 (dólares americanos) aos recebidos do estrangeiro.

Envio de manuscritos e Assinatura

Para envio de manuscrito aceda a Ciencia y Enfermería e registro de autor.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços de e-mail serão utilizados exclusivamente para os fins declarados nesta publicação e não serão fornecidos a terceiros ou utilizados para outros fins.



ANEXO B – INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO INFANTIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA/NÚCLEO DE ENFERMAGEM

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 C - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA/NÚCLEO DE ENFERMAGEM**

ANEXO A

**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"/>

APÊNCICE A – QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA/NÚCLEO DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Dados da Pesquisa

Data: ___ / ___ / ___

Pesquisador: _____

1. Dados do Entrevistado

1.1 Sexo: () M ()

F

1.2 Idade: _____

1.3. Religião: () Sim Qual? _____.

() Não

1.4 Etnia: () Branca; () Preta; () Amarela; () Parda; () Indígena; () Não informado.

1.5 Possui irmãos? () Sim () Não

Quantos? _____

1.6 Qual sua ordem de nascimento? () Filho mais velho; () Filho do Meio; () Caçula

1.7 Classificação Econômica (ABEP, 2016): () A () B1 () B2 () C1 () C2 () DE

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência		
Analfabeto / Fundamental I incompleto		0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto		1
Fundamental II completo / Médio incompleto		2
Médio completo / Superior incompleto		4
Superior completo		7
Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D-E	0 - 16