



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO**

LORENA UCHÔA PORTELA VELOSO

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE *NURSES GLOBAL*
ASSESSMENT RISK SUICIDE PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**

TERESINA
2020

LORENA UCHÔA PORTELA VELOSO

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE *NURSES GLOBAL*
ASSESSMENT RISK SUICIDE PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro

Linha: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

Orientador: Prof. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro

TERESINA
2020

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

V433a Veloso, Lorena Uchôa Portela.
Adaptação cultural e validação do índice *Nurses Global Assessment Risk Suicide* para a população brasileira / Lorena Uchôa Portela Veloso. –
– Teresina, 2020.
156 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2022.
Orientação Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.
Bibliografia

1. Suicídio. 2. Avaliação de Risco. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.
Enfermagem. I. Monteiro, Claudete Ferreira de Souza. II. Título.

CDD 610.73

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

LORENA UCHÔA PORTELA VELOSO

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO ÍNDICE *NURSES GLOBAL*
ASSESSMENT RISK SUICIDE PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Defesa em: ____/____/____

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro – Presidente/orientadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI/Brasil

Prof. Dr. José Carlos Santos – 1º Examinador
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – ESENF/Portugal

Profa. Dra. Kelly Graziani Giacchero Vedana – 2ª Examinadora
Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto – USP/Brasil

Profa. Dr. Fernando José Guedes da Silva Junior – 3ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí – UFPI/Brasil

Prof. Dra. Benevina Maria Teixeira Vilar Nunes – 4ª Examinador
Universidade Federal do Piauí – UFPI/Brasil

Profa. Dra. Ana Maria Ribeiro dos Santos – 1ª Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI/Brasil

Profa. Dra. Marcia Astrês Fernandes – 2ª Suplente
Universidade Federal do Piauí – UFPI/Brasil

À minha avó Bedeta, inspiração de vida.

A todos que decidem reinventar sua história e valorizar a vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, fonte inesgotável de amor, que me sustenta e não me deixa fraquejar nas dificuldades, que alimenta minha alma com a fé inabalável que posso alcançar meus sonhos;

À minha família, minhas mães Ticiane e Tiana, meu pai Agenor, Berta, meus irmãos, que sempre incentivam, se orgulham e vibram com minhas conquistas;

À família que construí, Edison Filho e minha amada filha Lívia, que traz sentido à minha vida e me desafia a ser cada vez melhor; que mesmo nas minhas ausências, entende amorosamente o caminho que decidi trilhar;

À Universidade Federal do Piauí e aos docentes do Programa de Pós Graduação em Enfermagem por partilharem vivências e conhecimentos que contribuíram na minha formação profissional;

À Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, minha orientadora, que sempre de forma muito generosa e dedicada se fez presente em meu percurso acadêmico, com orientações conduzidas com muita inteligência e perspicácia sobre o cuidar do outro; que sempre acreditou nos meus projetos, mesmo quando envolviam mudanças de percursos;

Ao Prof. Dr. José Carlos Santos pela disponibilidade em auxiliar desde o início o processo dessa pesquisa, contribuindo com conhecimentos vastos sobre o comportamento suicida;

Ao Prof. Dr. John Cutcliffe, pela confiança na nossa capacidade de validar o índice NGARS para uso na população brasileira;

À Universidade Estadual do Piauí, local em que exerço a missão de compartilhar conhecimentos, pela liberação do afastamento de minhas atividades docentes, contribuindo para um processo de doutoramento qualificado;

Ao Grupo de Estudos em Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) pela ampla contribuição para o alcance dos resultados desse estudo, por meio de discussões temáticas e participação na coleta de dados;

Aos colegas da turma de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, em especial minha amiga Aline Raquel, pela solidariedade e por tornarem esse percurso mais leve com nossas conversas e risos;

À Fundação Municipal de Saúde, que garantiu o acesso às Unidades Básicas de Saúde para a realização da coleta de dados;

Ao Edison Filho e Fernando Guedes, que não deixaram que eu desistisse da inscrição no processo de seleção do doutorado;

Aos amigos, que sempre acreditam nas minhas possibilidades, me ajudam a esquecer da rotina de trabalho e celebram comigo o dom da vida;

A todas as pessoas que doaram seu tempo e paciência ao aceitarem participar dessa pesquisa.

CAJUÍNA

Existirmos: a que será que se destina?
Pois quando tu me deste a rosa pequenina
Vi que és um homem lindo e que se acaso a sina
Do menino infeliz não se nos ilumina
Tampouco turva-se a lágrima nordestina
Apenas a matéria vida era tão fina
E éramos olharmo-nos intacta retina
A cajuína cristalina em Teresina

(Caetano Veloso em homenagem ao poeta piauiense Torquato Neto)

VELOSO, Lorena Uchoa Portela Veloso. Adaptação cultural e validação do índice *nurses global assessment risk suicide* para a população brasileira. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, 2020.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O comportamento suicida é um fenômeno de etiologia multifatorial, e inclui em seu *continuum* a ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio em si. A prevenção ao suicídio é hoje uma das principais estratégias para auxiliar a população sobre o tema e na identificação de possíveis suicidários. Entre as ações a serem desenvolvidas, destaca-se a avaliação do risco de suicídio em serviços de atenção primária. **OBJETIVO:** Realizar validação do índice *Nurse Global Assessment Risk Suicide* para a população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo metodológico de adaptação e validação do instrumento *Nurse Global Assessment Risk Suicide*, desenvolvido em duas fases, nas Unidades Básicas de Saúde no município de Teresina. Para adaptação cultural, foi formado comitê de nove especialistas, das áreas de suicidiologia, saúde mental na atenção básica e estudos metodológicos. Foram realizadas avaliações qualitativas (pertinência das sugestões/alterações) e quantitativas (cálculo do índice de validade de conteúdo). Na fase de verificação de propriedades psicométricas, foi utilizada amostra de 391 indivíduos, em que se analisou a confiabilidade, responsividade e validade do instrumento. Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Science*, versão 20.0 com o cálculo: alpha de Cronbach; Teste t pareado; Regressão linear; Teste t de Student; Análise fatorial com rotação ortogonal Varimax. Para todas as análises realizadas, foi adotado o nível de significância de 0,05. **RESULTADOS:** Na etapa de validação de conteúdo, manteve-se a quantidade de itens (15) da versão original com a associação de itens semelhantes, inclusão de preditivos (história de violências interpessoais e história de preconceito), inclusão de termos aos itens, além de aumento na pontuação do item relacionado à ideação/intenção suicida. Todos os itens da versão final alcançaram índice de validade de conteúdo igual ou superior a 0,78. Na etapa de validação psicométrica, o índice apresentou alpha de Cronbach geral de 0,73, forte associação linear positiva significativa ($R=0,855$; $p < 0,001$) com as medidas referências para avaliação do risco de suicídio e sensível ao apontar a diferença entre os grupos de pessoas com/sem sintomatologia ansiosa e depressiva ($p=0,000$). Pela análise fatorial, as 15 variáveis preditivas foram explicadas em 49,73% em quatro fatores comuns. **CONCLUSÃO:** O instrumento mostrou-se confiável, responsivo e válido em termos de critério e construto, o que permite a recomendação como instrumento para a mensuração do risco de comportamento suicida em adultos atendidos em serviços de atenção primária à saúde, em termos de rastreio inicial e avaliação de seguimento/adequabilidade de ações em um protocolo de atenção, ao favorecer intervenções de Enfermagem mais seguras e consentâneas às necessidades de cada indivíduo.

Palavras chave: Suicídio, Avaliação de Risco, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Suicidal behavior is a phenomenon of multifactorial etiology, and includes in its continuum suicidal ideation, suicide attempt and suicide itself. Suicide prevention is today one of the main strategies to help the population on the subject and the identification of possible suicides. Among the actions to be developed, the assessment of the risk of suicide in primary care services stands out. **OBJECTIVE:** To validate the Nurse Global Assessment Risk Suicide index for the Brazilian adult population treated at primary health care services. **MATERIAL AND METHOD:** Methodological study of adaptation and validation of the Nurse Global Assessment Risk Suicide instrument, developed in two phases, at the Basic Health Units in the municipality of Teresina. For cultural adaptation, a committee of nine specialists from the areas of suicidology, mental health in primary care and methodological studies was formed. Qualitative (relevance of suggestions / changes) and quantitative (content validity index) evaluations were performed. In the verification phase of psychometric properties, a sample of 391 individuals was used, in which the reliability, responsiveness and validity of the instrument were analyzed. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Science software, version 20.0 with the calculation: Cronbach's alpha; Paired t-test; Linear regression; Student's t-test; Factor analysis with orthogonal rotation Varimax. For all analyzes performed, a significance level of 0.05 was adopted. **RESULTS:** In the content validation stage, the number of items (15) of the original version was maintained with the association of similar items, inclusion of predictive (history of interpersonal violence and history of prejudice), inclusion of terms to the items, and increase in item score related to suicidal ideation / intention. All final version items achieved content validity index of 0.78 or greater. In the psychometric validation stage, the index showed a general Cronbach's alpha of 0.73, a strong significant positive linear association ($R = 0.855$; $p < 0.001$) with the reference measures for suicide risk assessment and sensitive when pointing out the difference between groups of people with / without anxiety and depressive symptoms ($p = 0.000$). By factor analysis, the 15 predictive variables were explained in 49.73% in four common factors. **CONCLUSION:** The instrument proved to be reliable, responsive and valid in terms of criteria and construct, which allows the recommendation as an instrument for measuring the risk of suicidal behavior in adults attending primary health care services, in terms of initial screening and evaluation of follow-up/adequacy of actions in protocol attention, favoring safer nursing interventions that are consistent with the needs of each individual.

Key words: Suicide, Assessment risk, Primary health care, Nursing.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El comportamiento suicida es un fenómeno de etiología multifactorial e incluye en su continuo ideación suicida, intento de suicidio y suicidio en sí. La prevención del suicidio es hoy una de las principales estrategias para ayudar a la población en el tema y la identificación de posibles suicidios. Entre las acciones a desarrollar, destaca la evaluación del riesgo de suicidio en los servicios de atención primaria. **OBJETIVO:** Validar el índice de suicidio de evaluación global de enfermería para la población adulta brasileña tratada en los servicios de atención primaria de salud. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio metodológico de adaptación y validación del instrumento Nurse Global Assessment Risk Suicide, desarrollado en dos fases, en las Unidades Básicas de Salud del municipio de Teresina. Para la adaptación cultural, se formó un comité de nueve especialistas de las áreas de suicidiología, salud mental en atención primaria y estudios metodológicos. Se realizaron evaluaciones cualitativas (relevancia de sugerencias / cambios) y cuantitativas (índice de validez de contenido). En la fase de verificación de las propiedades psicométricas, se utilizó una muestra de 391 individuos, en la que se analizó la fiabilidad, la capacidad de respuesta y la validez del instrumento. Los datos se analizaron utilizando el paquete Statistical Package for Social Science, versión 20.0 con el cálculo: alfa de Cronbach; Prueba t emparejada; Regresión lineal; Prueba t de Student; Análisis factorial con rotación ortogonal Varimax. Para todos los análisis realizados, se adoptó un nivel de significancia de 0.05. **RESULTADOS:** En la etapa de validación de contenido, el número de ítems (15) de la versión original se mantuvo con la asociación de ítems similares, inclusión de predicción (historial de violencia interpersonal e historial de prejuicios), inclusión de términos para los ítems, y aumento en la puntuación del ítem relacionado con ideación / intención suicida. Todos los elementos de la versión final lograron un índice de validez de contenido de 0,78 o superior. En la etapa de validación psicométrica, el índice mostró un alfa de Cronbach general de 0,73, una asociación lineal positiva fuerte y significativa ($R = 0,855$; $p < 0,001$) con medidas de referencia para la evaluación del riesgo de suicidio y sensible al señalar la diferencia entre grupos de personas con / sin ansiedad y síntomas depresivos ($p = 0,000$). Por análisis factorial, las 15 variables predictivas se explicaron en 49.73% en cuatro factores comunes. **CONCLUSION:** El instrumento demostró ser confiable, sensible y válido en términos de criterios y construcción, lo que permite la recomendación como un instrumento para medir el riesgo de conducta suicida en adultos que asisten a los servicios de atención primaria de salud, en términos de detección inicial. y evaluación de seguimiento / idoneidad de las acciones en un protocolo de atención, , favoreciendo intervenciones de enfermería más seguras que estén en línea con las necesidades de cada individuo.

Palabras clave: Suicidio, Evaluación de riesgos, Atención primaria de salud, Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Representação gráfica das etapas do estudo de adaptação e validação do índice NGARS para a população brasileira atendida na atenção primária à saúde. Teresina-PI, 2020.	57
Quadro 1. Critérios estabelecidos para seleção de comitê de especialistas adaptado de Fehring (1994). Teresina, 2020.....	59
Quadro 2. Distribuição das Equipes de Saúde da Família do município de Teresina e sua respectiva população adulta cadastrada no e-SUS segunda a territorialização dos NASF. Teresina, 2020.	61
Quadro 3. Nurses Global Assessment Risk of Suicide nas versões adaptada para a população portuguesa e versão final para a população brasileira. Teresina, 2019.	67
Figura 2. Padrão de risco de suicídio na população adulta atendida na atenção primária à saúde do município de Teresina-PI segundo o NGARS. Teresina, 2020. (n= 391).....	73
Quadro 4. Cargas fatoriais e comunalidades obtidas pela análise fatorial exploratória com rotação ortogonal Varimax do índice NGARS e variância explicada por cada um dos fatores. Teresina, 2020 (n=391).....	76
Figura 3. Estrutura diagramática do modelo teórico baseado na análise fatorial exploratória do índice NGARS. Teresina, 2020 (n=391).....	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Índice de validade de conteúdo (IVC) quanto à simplicidade, clareza, relevância e precisão na versão portuguesa e versão final adaptada para a população brasileira. Teresina, 2020.	70
Tabela 2. Índice de validade de conteúdo (IVC) da compreensão dos itens por usuários e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde no pré-teste. Teresina, 2020.....	71
Tabela 3. Caracterização da amostra. Teresina, 2020 (n=391).....	72
Tabela 4. Distribuição da frequência de pontuação dos itens que compõem o instrumento NGARS na amostra do estudo. Teresina, 2020. (n=391).....	72
Tabela 5. Confiabilidade do índice NGARS. Teresina, 2020 (n=391).....	74
Tabela 6. Análise da responsividade do índice NGARS. Teresina, 2020 (n=70).	74
Tabela 7. Regressão linear do NGARS com os instrumentos de medida BSI, BHS e BDI. Teresina, 2019 (n=391).....	75
Tabela 8. Validação de construto por grupos conhecidos. Teresina, 2020 (n=391).....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFE - análise fatorial exploratória
APS - Atenção Primária à Saúde
APA - American Psychiatric Association
ASS - American Association of Suicidology
BAI - Inventário de Ansiedade de Beck
BDI - Inventário de Depressão de Beck
BHS - Escala de Desesperança de Beck
BSI - Escala de Ideação Suicida de Beck
BTS - teste de esfericidade de Bartlett
CAPS ad- Centro de atenção psicossocial álcool e drogas
CCI - Curva Característica do Item
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRC - Curva de Resposta à Categoria
C-SSRS - Escala de Avaliação de Severidade de Columbia-Suicídio
CVV - Centro de Valorização da Vida
DASS-21 - Escala de Ansiedade, Depressão e Estresse
DPOC - doença pulmonar obstrutiva crônica
eSF - Equipe de Saúde da Família
GEEVSM - Grupo de estudos em Enfermagem, Violência e Saúde Mental
HIV/AIDS - Vírus da imunodeficiência humana/ Síndrome da imunodeficiência adquirida
ITC- Comissão Internacional de Testes
IVC - Índice de validade de conteúdo
KMO - índice Kaiser-Meyer-Olkin
NASF - Núcleos de Atenção à Saúde da Família
NGARS- Nurses Global Assessment of Suicide Risk
OMS- Organização Mundial de Saúde
PASS - Parkland Algorithm for Suicide Screening
PQ - Bolsas de Produtividade em Pesquisas
QIS- Questionário de Ideação Suicida
REDALIC - Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
RNAO - REGISTERED NURSINGS ASSOCIATION ONTARIO
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN -Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SP - fôcia social
SPSS- Statistical Package for the Social Science
TAG -transtorno de ansiedade generalizada
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT - Teoria Clássica dos Testes
TEPT - transtorno de estresse pós-traumático
TP- transtorno do pânico
TRI- Teoria de Resposta ao Item
UBS- Unidade Básica de Saúde
UFPI- Universidade Federal do Piauí
WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contextualização do problema	13
1.2 Hipótese do estudo	17
1.3 Objeto do estudo	17
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivo geral	17
1.4.2 Objetivos específicos	17
1.5 Justificativa e relevância	18
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	20
2.1 Comportamento suicida	20
2.2 Avaliação de risco do comportamento suicida	25
2.3 Atenção às pessoas com comportamento suicida na atenção primária	34
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	43
3.1 Adaptação cultural	43
3.2 Verificação das propriedades psicométricas	44
3.2.1 Confiabilidade	47
3.2.2 Responsividade	48
3.2.3 Validade	49
3.2.3.1 Validade de conteúdo	49
3.2.3.2 Validade de critério	52
3.2.3.3 Validade de construto	53
4 MATERIAL E MÉTODO	57
4.1 Tipo de estudo	57
4.2 Instrumento para validação – índice NGARS	58
4.3 1ª fase da pesquisa: adaptação cultural e validação de conteúdo do instrumento	58
4.4 2ª fase da pesquisa: verificação de propriedades psicométricas	60
4.4.1 Participantes: população e amostra	60
4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão	61
4.4.3 Instrumentos para coleta de dados sociodemográficos	61
4.4.4 Propriedades psicométricas a serem avaliadas	61
4.4.5 Coleta de dados	64
4.4.6 Análise de dados	65
4.5 Questões éticas	66
5 RESULTADOS	67
6 DISCUSSÃO	79
7 CONCLUSÃO	91
REFERENCIAS	92
ANEXOS	116
APENDICES	143

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O suicídio é um fenômeno complexo que atinge todas as culturas e classes sociais, com etiologia multifatorial que engloba fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Segundo Botega (2015), as definições de suicídio contêm uma ideia central relacionada ao ato de terminar com a própria vida, e ideias periféricas relacionadas à motivação, intencionalidade e letalidade.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2012, ocorreram 804 000 mortes por suicídio em todo o mundo, com uma taxa de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres). Apresenta-se como a 15ª causa de mortalidade na população geral e a 2ª entre os jovens de 15 a 29 anos; representa 50% de todas as mortes violentas em homens e 71% em mulheres. A maioria dos suicídios ocorre em países de baixa e média renda onde recursos e serviços são escassos (WHO, 2014a).

Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil, realizado com dados extraídos do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), aponta que no período de 2011 a 2016 foram notificados 176.226 casos relativos à prática de lesão autoprovocada, dos quais 48.204 (27,4%) casos de tentativa de suicídio. O relatório ressalta ainda aumento nos casos notificados de lesão autoprovocada nos sexos feminino e masculino de 209,5% e 194,7%, respectivamente, concentração na faixa etária de 10 a 39 anos e elevada proporção de lesões de caráter repetitivo (BRASIL, 2017).

Quanto aos dados de óbitos por suicídio, boletim epidemiológico brasileiro aponta que no período de 2011 a 2015 foram registrados 55.649 óbitos por suicídio no Brasil, com taxa geral de 5,5/ 100.000 hab, com aumento do risco, ao longo do período, de 8,4 para 9,1/100 mil hab. no sexo masculino e de 2,3 para 2,5/100 mil hab. no feminino. O suicídio é a terceira causa de morte no sexo masculino e a oitava entre as mulheres (BRASIL, 2017).

Embora preocupantes, os dados globais e nacionais revelam-se aquém da realidade, uma vez que o suicídio é um fenômeno reconhecidamente subnotificado, por razões estigmatizantes de ordem cultural e/ou religiosa, o que prejudica o reconhecimento da real dimensão do problema. A subnotificação pode ser a explicação de o Brasil apresentar taxa de mortalidade por suicídio inferior à média mundial (11,4/100.000 hab) e a países como Estados Unidos (10,1/100.000 hab), Argentina (10,3/100.000 hab) e Uruguai (12,1/100.000 hab) (WHO, 2014b).

Dados do Mapa da Violência 2014 – os jovens do Brasil mostram que entre as capitais, no ano de 2012, as maiores taxas totais, por 100 mil habitantes, se encontravam em Florianópolis (9,5) e Teresina (8,9). Quando se observa a população jovem, Teresina situa-se como a segunda capital com maior número de suicídios no país (10,4 suicídios por 100 mil jovens) (WAISELFISZ, 2014).

Esse panorama, ao tempo em que revela a magnitude e a intensidade do comportamento suicida em termos epidemiológicos, aponta a necessária (re)organização dos serviços de atenção à saúde para adoção de estratégias abrangentes de manejo adequadas à prevenção e intervenção, que possam contribuir na redução dos casos de tentativas e óbitos por suicídio. Contextualmente é preciso definir-se em termos de lócus de cuidado e ações a serem desenvolvidas.

Quanto ao lócus em que as ações devem ser executadas, a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira aliada à proposta de atuação em Redes de Atenção à Saúde implica a implementação de práticas de saúde mental baseadas na territorialização e integralidade do cuidado. Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) – primeiro acesso, longitudinalidade do cuidado, integralidade e coordenação do cuidado – colocam-na como espaço estratégico para ações de saúde mental em uma perspectiva ampliada de atenção psicossocial e ocupa posição relevante para a avaliação do risco para o comportamento suicida (BRASIL, 2011a).

Evidências apontadas em estudos internacionais mostram a busca dos serviços de atenção primária por indivíduos com comportamento suicida. Estudo realizado na Escócia mostrou que 18,6% das pessoas que morreram por suicídio no período da pesquisa contataram serviços de saúde mental enquanto que 46,4% tiveram contato com serviços de atenção primária à saúde (STARK *et al.*, 2012). Mais recentemente, outros estudos realizados em Portugal e na Irlanda do Norte apontaram que 72% e 85% dos indivíduos, respectivamente, entraram em contato com serviços de atenção primária à saúde nos últimos 12 meses antes da tentativa de suicídio ou suicídio consumado (RAMOA *et al.*, 2017; LEAVEY *et al.*, 2016)

Também se constata que em torno de 90% dos que cometem suicídio apresentam um transtorno psiquiátrico, predominantemente depressão, e mais de dois terços não estavam em tratamento quando morreram. Depressão é uma condição prevalente e geralmente é tratada de forma inadequada na atenção primária pela dificuldade no reconhecimento de seus sintomas (BOTEGA, 2015).

Tais dados demonstram a importância do desenvolvimento de ações voltadas para a saúde mental e, especificamente de atenção ao comportamento suicida nesse nível de atenção.

Com esse objetivo, o Ministério da Saúde publicou em 2013, Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental, com o intuito de compartilhar conhecimentos acerca do cuidado em saúde mental na atenção básica, apresentar informações estratégicas e intervenções terapêuticas e fomentar o desenvolvimento de ações nesse ponto de atenção. Entretanto, este manual não direciona nada específico para o comportamento suicida (BRASIL, 2013).

Entre as ações desenvolvidas pela atenção primária à saúde, destaca-se a notificação obrigatória de violência autoinflingida, que faz parte da Lista Nacional de Agravos de Notificação desde a entrada em vigor da Portaria n. 104/2011 (BRASIL, 2011b) e a partir de 2014, com a edição da portaria 1.271/2014, as tentativas de suicídio passaram a ser de notificação imediata (em até 24 horas), com o propósito de garantir a intervenção oportuna nos casos (BRASIL, 2014). Tal conduta foi reafirmada pela Lei nº 13.819/2019 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e pelo decreto nº 10.225/2020 que a regulamenta, trazendo em seus dispositivos a inclusão dos profissionais de instituições de ensino públicas e privadas como responsáveis pela notificação obrigatória da violência autoprovocada (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

Considera-se que, para cada tentativa de suicídio documentada, existem outras quatro que não foram registradas. É provável que muitas dessas tentativas não sejam atendidas a nível hospitalar por serem de pequena gravidade. Mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos (VIDAL; GONTIJO, 2013. MINAYO, 2005).

Botega (2015) destaca que a prevenção não é uma tarefa simples, exige esforços que devem ser coordenados em uma abordagem multiprofissional e intersetorial que possa abranger aspectos clínicos, psicológicos, familiares, socioculturais, religiosos e econômicos. Entre as ações voltadas para grupos de risco para o suicídio, incluem-se a avaliação e manejo rotineiros do risco de suicídio. A formulação de risco tem a principal vantagem de orientar o manejo clínico e colocar as ações terapêuticas em ordem de prioridade, baseados nas condições de saúde e no grau de risco do suicídio.

A avaliação do risco de comportamento suicida, embora continue sendo um desafio aos profissionais da saúde, apresenta-se como estratégia importante para a redução dos índices de morbimortalidade relacionados ao suicídio e configura-se mais importante do que buscar a causa do suicídio de imediato. O contato com serviços de atenção primária à saúde é uma oportunidade para a detecção desse risco como ação inicial para o manejo adequado dos casos.

Entretanto, não há na rotina da APS, preconizada pelo Ministério da Saúde, a inclusão de instrumentos de avaliação quanto ao risco de suicídio, em especial pelos enfermeiros que estão continuamente em contato com as pessoas que buscam os serviços ou que são visitadas por eles. Isso se deve, em muitos casos, à falta de conhecimento em sua utilização e ao tempo de aplicação das escalas. Dessa forma, boa parte dos indivíduos em tais condições não é reconhecida pelos profissionais e deixam de receber atenção adequada às suas necessidades de saúde.

Entre os instrumentos de avaliação do comportamento suicida, destaca-se o índice Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGARS) desenvolvido no Reino Unido numa unidade de Saúde Mental por Cutcliffe e Barker (2004), para uso de profissionais enfermeiros e ainda não validado no Brasil. Trata-se de um índice de pontuação simples, constituído por 15 itens que avaliam variáveis preditivas, como sentimentos de desesperança, eventos de vida estressante, evidência de alucinações/delírios persecutórios, presença de sintomas depressivos, evidência de afastamento social, aviso de intenção suicida, evidência de um plano suicida, histórico familiar de problema psiquiátricos graves e/ou suicídio, processo de luto recente ou perda de relação, histórico de sintomas psicóticos, viuvez, tentativa anterior de suicídio, histórico de privação socioeconômica, histórico de uso e/ou abuso de álcool, presença de doença terminal.

A avaliação do risco de suicídio pelos enfermeiros, principalmente nas pessoas com sintomatologia depressiva e que apresentam predisposição para comportamentos suicidas, através de instrumentos fidedignos é incontestável (FAÇANHA, 2013).

O NGARS apresenta-se como importante ferramenta a ser utilizada pelos enfermeiros das equipes de atenção primária à saúde para avaliação do comportamento suicida, como instrumento inicial de rastreamento inserido em protocolo de atenção específico a essa população, que permita o desenvolvimento de ações de prevenção e intervenção consentâneas às necessidades locais. Existem na literatura alguns instrumentos que permitem realizar a avaliação do risco de suicídio pelos profissionais de saúde, no entanto, nenhum específico para o profissional enfermeiro que esteja validado para a população brasileira.

Assim, grande parte do trabalho de prevenção do suicídio fundamenta-se na identificação de fatores de risco, seja através da elaboração de estratégias de prevenção específicas para grupos específicos, ou estratégias de base populacional. Uma caracterização atenta da parcela da população que manifesta comportamento suicida pode revelar especificidades que refinem o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil.

Acredita-se que validar o índice NGARS para a população brasileira e incluí-lo como instrumento de avaliação do risco do comportamento suicida na elaboração de um protocolo de atenção a ser utilizado nos serviços de atenção de primária possa facilitar a identificação das condições de risco associadas a esse comportamento e, assim, contribuir para o desenvolvimento efetivo de ações nesse nível de atenção que venham a impactar os índices de violências autoprovocadas.

1.2 Hipótese do estudo

O índice *Nurses Global Assessment of Suicide Risk* é um instrumento confiável, responsivo e válido para a avaliação do risco do comportamento suicida em adultos na atenção primária à saúde brasileira.

1.3 Objeto do estudo

- Validação do índice *Nurses Global Assessment of Suicide Risk* (NGARS) para avaliação do risco do comportamento suicida na atenção primária à saúde.

1.4 Objetivos

1.4.1 Geral

- Realizar validação do índice Nurse Global Assessment Risk Suicide (NGARS) para a população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde.

1.4.2 Específicos

- Verificar o alcance da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do índice NGARS por um comitê de especialistas;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do índice NGARS, em termos de consistência interna em uma amostra de população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde;
- Avaliar a responsividade da versão adaptada do índice NGARS em uma amostra de população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde;
- Avaliar a validade de conteúdo, critério e construto da versão adaptada no índice NGARS em uma amostra de população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde.

1.5 Justificativa e relevância

A motivação para esse estudo emerge da minha prática assistencial como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, durante a qual venho observando crescente demanda de problemas relacionados à saúde mental, em destaque para o comportamento suicida, e as dificuldades para o alcance de uma atenção organizada e resolutiva na rede de atenção à saúde, em virtude da lacuna relacionada a protocolos de atenção a esse grupo específico.

Esta pesquisa erige-se também do percurso docente em curso de Graduação em Enfermagem e orientação de pesquisas, dentre as quais a iniciação científica com dados relacionados a 394 notificações de tentativas de suicídio atendidas em serviço hospitalar de referência; dois Trabalhos de Conclusão de Curso, um em que se trabalhou as emergências psiquiátricas no serviço móvel de urgência, o qual apontou uma média de um atendimento a tentativas de suicídio a cada 4,7 dias, e outro em que se demonstrou uma alta prevalência de comportamento suicida na população universitária associada a níveis de desesperança.

Destaca-se ainda a participação em macroprojeto de pesquisa intitulado “Violência, consumo de álcool e drogas no universo feminino: prevalências, fatores de risco e consequências a saúde mental”, que embora o comportamento suicida não tenha sido o foco, emergiu como problema significativo, com recorte de estudo que apontou a associação da ideação suicida com uso/abuso de substâncias ilícitas por mulheres.

Tais vivências despertaram para a necessidade de aprofundamento no tema, de modo a validar instrumento que permita a avaliação do risco do comportamento suicida na atenção primária à saúde, capaz de tornar visível esse fenômeno nesse nível, o contexto em que está inserido e os fatores a que estão associados. O que se observa, apesar de um crescente interesse em investigar o comportamento suicida, com aumento significativo nas publicações no tema, é a escassez de estudos que abordem instrumentos específicos para a avaliação de risco nos serviços de atenção primária e seu uso em protocolos de atenção, ao optar-se na maioria das pesquisas por estudos transversais de prevalência do comportamento em diferentes regiões do país.

Os serviços de atenção primária, como porta de entrada da rede de atenção à saúde, são acessados com maior frequência pelos usuários, incluindo-se os que apresentam comportamento suicida. Entretanto, não se encontram na realidade brasileira e piauiense instrumentos para avaliação de risco do comportamento suicida nesse nível de atenção. Ademais, sendo a Enfermagem categoria profissional inserida nesses serviços e que ocupa

papel fundamental no cuidado à população, a possibilidade de avaliação desse risco através de instrumento específico contribui para a qualificação da atenção a ser prestada.

Todos esses aspectos referenciados demonstram a relevância de pesquisa que possa validar o instrumento para uso na atenção primária à saúde, com posterior avaliação da sua utilização como ferramenta de rastreamento inserida em um protocolo de atenção à saúde de pessoas com comportamento suicida e intervenções formativas que permitam o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde.

Ressalta-se que pesquisas referentes ao comportamento suicida geralmente utilizam amostras clínicas, sendo menos frequentes as pesquisas na população geral que subsidiem planejamento de políticas públicas. Uma caracterização atenta da parcela da população que manifesta comportamento suicida pode revelar especificidades que refinem o potencial de diagnosticar e agir em tempo hábil.

A relevância dada à temática emerge ainda da necessidade em garantir uma melhoria na atenção às pessoas com comportamento suicida, em que se busque uma efetiva mudança no paradigma das políticas públicas que venha a refletir na minimização de riscos, com consequente mudança no panorama epidemiológico. Os resultados alcançados na pesquisa possivelmente se difundirão entre gestores, equipes de atenção primária e especializada, e na comunidade científica, dando maior visibilidade à problemática e instigando outras ações de saúde.

A contribuição desse plano de estudo também está relacionada à possibilidade de formação e capacitação de profissionais da saúde, na perspectiva da promoção, prevenção e intervenção em casos de comportamento suicida, com conhecimento que possa subsidiar tanto projetos de educação permanente para equipes de atenção primária à saúde para identificação e manejo de comportamento suicida, como a inclusão da temática nos currículos de graduação e pós-graduação de forma mais efetiva, com a finalidade de prepará-los para o enfrentamento do problema, visto que a assistência a essa clientela necessita da tríade conhecimento, habilidades e atitudes.

Em relação às políticas públicas brasileiras, acredita-se que os dados alcançados possam auxiliar no planejamento de iniciativas para atuar de maneira mais eficiente nesta questão, ao reconhecer possibilidades práticas para a prevenção e identificação precoce dos casos, a fim de se evitarem consequências mais danosas e trazer implicações relevantes nos coeficientes de morbimortalidade.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Comportamento suicida

A morte é tida como um evento humano, associado a diversos conceitos e representações culturais, e ao qual o homem reconhece e atribui um significado. Trata-se de um tema complexo e se torna ainda mais controverso quando se trata de uma morte provocada pela própria pessoa (TORO, 2016).

Bertolote (2012, p. 16) afirma que

Da Antiguidade aos dias de hoje, o suicídio passou de objeto singular, raro e, por vezes, exemplar, a fenômeno socio-sanitário de proporções consideráveis constituindo-se em umas das três principais causas de óbito em determinadas faixas etárias de vários países.

Num breve recuo da história humana, algumas informações mostram as proporções desse fenômeno e que políticas guiavam os atos suicidas. Na Grécia Antiga, o indivíduo deveria pedir permissão ao Estado para consumir o suicídio, que tinha o poder de autorizá-lo e também o direito de induzi-lo, sendo o sujeito considerado marginal se realizasse um suicídio sem o consentimento do Estado, assim como o suicídio ilegal era considerado um atentado à estrutura da comunidade. Eram recusadas as honras da sepultura regular, assim como a mão era amputada e enterrada em separado do seu corpo. Já na Idade Média, sob forte influência religiosa, o suicídio passou a ser condenado como delito, pois a vida era considerada um dom divino, e aquele que se matasse teria um castigo infligido ao seu cadáver, que serviria como exemplo para desencorajar outros indivíduos a praticarem o ato (KALINA; KOVADLOFF, 1983). Era considerado como uma tentação diabólica induzida pelo desespero ou pela loucura (MINOIS, 1999).

A palavra suicídio, segundo Minois (1999), é um termo do século XVII, o que caracteriza uma evolução do pensamento e do aumento da frequência de debates sobre esse assunto, da junção entre *sui* (de si) e *caedês* (assassino). A partir desse período, o suicídio passa a ser discutido nos círculos intelectuais, sendo retratado em várias obras, como *Hamlet* escrita por Shakespeare em 1600 e *Die Leiden des Jungen Werthers* de Goethe em 1774.

Em *Hamlet*, cita-se a famosa passagem “*to be or not to be*” que expressa a essência da humanidade marcada por dores, frustrações e sofrimentos que questionam o sentido da vida. O romance de Goethe, que culmina com o suicídio do seu protagonista, provocou uma onda de

suicídios de imitação após a sua primeira publicação, levando Phillips (1989) a cunhar o termo “efeito de Werther”, referindo-se a este incidente histórico, o qual sugere que o comportamento suicida pode ser aprendido por um processo de modelagem, baseando-se na teoria cognitiva social e o conceito de desinibição de Bandura (1986).

Aprendizagem por modelagem refere-se à aquisição de novos padrões de comportamento através da observação do comportamento de um ou mais modelos. A desinibição refere-se ao fortalecimento de comportamento que fora anteriormente aprendido, mas nunca levado a cabo devido a restrições comportamentais. Ao aprender que o comportamento do modelo não leva a punições, podendo mesmo levar a recompensas, o observador fica sujeito a menos restrições deste tipo (BANDURA, 1986)

A partir do século XVIII, esse fenômeno passou a ser estudado como problema social, desencadeando discussões e explicações, as mais diversas possíveis, inclusive na defesa de ser o ato suicida um problema entre a sociedade e os aspectos psicológicos do indivíduo. Na busca de explicá-lo e conceituá-lo, Émile Durkheim escreve em 1897 um clássico da literatura sociológica - *O Suicídio: Estudo Sociológico*, em que considera o suicídio como “toda morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p.11). A obra expressa as causas do autoextermínio como fundamento social e não somente por determinação pessoal. Traça, portanto, uma perspectiva de que existe uma predisposição para o suicídio em determinados momentos históricos. Valoriza duas grandes dimensões para a tentativa de compreensão do fenômeno suicida: integração, como as relações sociais que ligam o indivíduo ao grupo, e a regulação, como os requisitos normativos ou morais exigidos para a pertença ao grupo (DURKHEIM, 2000).

Para o sociólogo existem três tipos diferentes de suicídio: o suicídio egoísta, em que os homens não mais percebem razão de existirem e tem como causas a depressão, a melancolia, a sensação de desamparo moral, provocados por estados de desagregação social; o suicídio altruísta, associado com a ideia de dever, de obrigação formal; e o suicídio anômico, relacionado a um desregramento social, em que há um estado de anomia, em que falta orientação e moral, as relações são precárias e as regras indefinidas, produzem intenso sofrimento nos indivíduos (DURKHEIM, 2000).

Em 1942, outro francês, Albert Camus também discute o suicídio na obra “O mito de Sísifo”. Ao utilizar-se da mitologia associada à reflexões filosóficas, o autor reflete sobre a relação entre o pensamento individual, o conceito de absurdo e o suicídio. O conceito do absurdo remete ao mal-estar diante da desumanidade do próprio homem, ao caráter insensato

de agitação cotidiana e à inutilidade do sofrimento, que leva a uma falta de sentido do mundo que impulsiona o suicídio (CAMUS, 1942).

Outra explicação para o suicídio veio da psicanálise austríaca, com Sigmund Freud ao escrever em 1915 o livro “Luto e melancolia”, no qual o suicídio é tratado sob uma perspectiva não alienista, deslocando-o para a vida cotidiana como um ato, pertencendo à mesma categoria dos atos falhos e lapsos. Supõe a presença de uma tendência à autodestruição e a sua articulação com a melancolia (BUNHARI; DARRIBA, 2014).

Em outra perspectiva psicanalista, Cassorla (1986) considera que a pessoa com ideação suicida não necessariamente deseja a sua morte, mas quer matar uma parte de si próprio, em uma ambivalência de sentimentos, a qual por trás de motivações aparentes existem conflitos e motivações inconscientes. Macedo e Werlang (2007), ainda sob a ótica da psicanálise, consideram o comportamento suicida como um ato-dor, decorrente da vivência de situações traumáticas acrescidas da incapacidade psíquica de processar este excesso.

Sob uma perspectiva psicológica, Beck (1997) ao formular a teoria cognitiva, confere relevância ao significado que o indivíduo atribui aos acontecimentos e ao ambiente na explicação do suicídio. Assenta sua teoria em três aspectos: tríade cognitiva (visão negativa do eu, do mundo e do futuro), esquemas (padrões de comportamento relativamente estáveis em relação ao próprio, aos outros e ao meio) e distorções (erros de interpretação e avaliação). A partir dessa ideia, desenvolve-se o conceito de desesperança aplicada ao suicídio e às tentativas de suicídio.

Em outra perspectiva psicológica, a humanista, a falta de sentido na vida é apontada como aspecto crucial para a tentativa de suicídio, a qual deve ser encarada como um problema existencial, em que a morte apresenta-se como solução (ROCHA; BORIS; MOREIRA, 2012).

Shneidman (2001) refere que a pessoa suicida demonstra sinais de sofrimento e que o suicídio está associado a necessidades frustradas ou insatisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre sobrevivência e stress incontrolável, surgindo uma necessidade de fugir. Propõe um modelo cúbico, de confluência de dor, perturbação e pressão. A dor, de origem psicológica, relacionada à frustração pela falta das necessidades básicas psicológicas seria o componente central do suicídio. A perturbação refere-se a qualquer distúrbio, como distorções cognitivas, automutilações. A pressão está relacionada com “tudo o que está fora” e “tudo o que está dentro do indivíduo”: acontecimentos de vida, vivências.

Os suicidologistas contemporâneos não acreditam que uma psicodinâmica ou estrutura de personalidade específica esteja associada ao suicídio. As teorias recentes defendem que muito pode ser aprendido sobre as psicodinâmicas dos doentes suicidas, o que aconteceria e

quais as consequências se cometessem o suicídio. Tais fantasias incluem desejos de vingança, poder, controle ou punição, expiação, sacrifício ou reparação, fuga ou sono, resgate, renascimento, reunião com o morto, ou uma nova vida (FAÇANHA, 2013).

Entre as teorias recentes mais utilizadas em pesquisas na área da suicidologia destaca-se a Teoria Interpessoal do Suicídio de Thomas Joiner, que sugere que existem duas causas proximais para a ideação e desejo suicidas: os sentimentos de não pertença, isto é, experiências de alienação ou desconexão social com outros significativos e a percepção de ser um fardo, ou seja, a visão de que a própria existência acarreta encargos para outros significativos. Apesar de a ideação suicida ser impulsionada por um estado psicológico, caracterizado pela presença destes dois elementos, o desenvolvimento do que o autor caracteriza como capacidade adquirida para o suicídio, que pressupõe uma diminuição do medo e um aumento da tolerância ou habituação à dor física, é o que permite que se gere intenção para comportamentos auto lesivos, para passar dos pensamentos ao ato suicida (JOINER; RIBEIRO, 2009; VAN ORDEN *et al.*, 2010).

O comportamento suicida refere-se a uma variedade de comportamentos que devem incluir a ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio em si (WHO, 2014a). Para Werlang e Botega (2004), o comportamento suicida apresenta-se em um continuum que vão desde pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos e tentativas de suicídio até ao desfecho fatal, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato.

A ideação suicida é conceituada como pensamentos acerca de autodestruição, que incluem a ideia de que a vida não vale a pena ser vivida, bem como planos específicos para lhe pôr fim. No espectro comportamental suicida, a ideação pode ser vista como um estado preliminar, precursor de outros comportamentos mais severos. Habitualmente associa-se a um sinal de sofrimento emocional grave e aparece como um dos principais preditores de tentativas de suicídio e suicídio (LIU *et al.*, 2016; AZEVEDO; MATOS, 2014).

A ideação suicida é considerada um evento multifatorial ou multidimensional, que envolve uma interação complexa entre fatores individuais, de relacionamento, comunitários e sociais, como desesperança, falta de pertencimento social, comportamento suicida na família, consumo de drogas, entre outros (CDC, 2013; SANTOS *et al.*, 2017). A intensidade desses pensamentos, o contexto em que surgem e a dificuldade de desligar-se deles são fatores que evidenciam o surgimento de uma crise suicida (YANG *et al.*, 2014; BORGES; WERLANG; COPATTI, 2008).

A ideação suicida pode ser considerada ativa quando ocorrem pensamentos sobre tomar medidas para pôr fim à vida, incluindo identificar um método, ter um plano ou ter intenção de agir; ou passiva, em que ocorrem pensamentos sobre a morte ou querer morrer sem qualquer plano ou intenção (TURECK; BRENT, 2016)

As tentativas de suicídio se caracterizam por atos intencionais de autodestruição que não resultam em morte e possuem características próprias quando comparadas ao suicídio (BRASIL, 2006). O suicídio é o ato autolesivo fatal cometido com a intenção de morte.

Estudos nacionais e internacionais apontam uma diferenciação quanto à caracterização das tentativas de suicídio e o suicídio consumado segundo as condições socioeconômicas e meios utilizados. Nas tentativas há uma predominância de adultos jovens (VELOSO *et al.*, 2017, MOREIRA *et al.*, 2015; WHO, 2014a), do sexo feminino (VELOSO *et al.*, 2016; VIAJAIKUMAR, 2015; TURECK; BRENT, 2016), de baixa escolaridade (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013; HAN *et al.*, 2016) e o principal método empregado é a intoxicação exógena (VELOSO *et al.*, 2017; VELOSO *et al.*, 2016; MAGALHAES *et al.*, 2014; AZEVEDO *et al.*, 2012). No suicídio consumado, há uma prevalência de adultos maduros e idosos (STANLEY *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2015; FASSBERG *et al.*, 2015; LEFEVRE, 2014), do sexo masculino (SCHLICHTHORST *et al.*, 2018; MARTINS; FERNANDES, 2016; KIM *et al.*, 2016; MERGL *et al.*, 2015) e o principal método é o enforcamento (CARMO *et al.*, 2018; ROSA; ARRUDA; OLIVEIRA, 2017; RUNESON *et al.*, 2016; SULLIVAN *et al.*, 2015).

Existe uma estreita relação entre ideações, tentativas e suicídios consumados entre idosos. A *American Association of Suicidology* (2012) estima que, para a população em geral haja uma morte consumada para cada 25 tentativas. Estima-se que de cada 100 pessoas, 17 terão algum tipo de pensamento suicida durante sua vida; destas, 5 chegarão a planejar, 3 a realizar alguma tentativa, e 1 precisará de atendimento hospitalar (BOTEGA *et al.*, 2009).

Indivíduos que relatam ideação suicida têm taxas de prevalência significativamente maiores de tentativas de suicídio em 12 meses (15,1% em países de alta renda e 20,2% em países de baixa renda), e o planejamento suicida aumenta ainda mais o risco (NOCK *et al.*, 2013; BORGES *et al.*, 2010). Aproximadamente 90% das tentativas de suicídio não planejadas e 60% das primeiras tentativas planejadas ocorrem dentro de um ano após o início da ideação suicida (American Psychiatric Association, 2010).

Entre os pacientes que cometem suicídio, um percentual entre 50% e 91% procuraram serviços de saúde entre 1 a 6 meses antes do ato suicida (TENG; PAMPANELLI, 2015; PEARSON *et al.*, 2009). Estudo recente de Ahmedani *et al.* (2014) também mostra que não

só a maioria dos indivíduos têm contato com profissionais de saúde no ano anterior ao suicídio, mas mais da metade serviços de saúde obtidos nas quatro semanas anteriores ao suicídio.

Embora as evidências apontem que os indivíduos procuram serviços de saúde meses e até semanas antes do suicídio, a avaliação do risco de suicídio em serviços de cuidados primários é incomum (HOOPER *et al.*, 2012; DOHERTY; DEVYLLDER, 2016). Assim, por muitas vezes o profissional de saúde desconhecer a intenção do paciente, a avaliação de risco deve se tornar rotina na prática dos serviços. Diante de um usuário que relate comportamento suicida atual ou anterior, torna-se necessária para garantir intervenção psiquiátrica e psicossocial adequada.

2.2 Avaliação de risco do comportamento suicida

A avaliação do risco de comportamento suicida, embora continue sendo um desafio aos profissionais da saúde apresenta-se como estratégia importante para a redução dos índices de morbimortalidade relacionados ao suicídio e configura-se mais importante do que buscar a causa do suicídio de imediato. O contato com serviços de saúde é uma oportunidade para a detecção desse risco como ação inicial para o manejo adequado dos casos.

A avaliação de risco suicida visa identificar a existência de ideação suicida, caracterizar a gravidade de tentativas anteriores e da ideação suicida atual, identificar fatores de risco e fatores protetores, caracterizar o suporte social, identificar a existência de diagnóstico psiquiátrico de base, instituir terapêutica inicial para as condições de base e garantir a inserção do paciente em serviços da rede de saúde mental (DEL- BEN *et al.*, 2017).

O suicídio deve ser analisado por meio de sua característica multideterminante, e, ao buscar-se integrar indicadores de proteção e de risco associados a esse comportamento, possibilita-se uma compreensão mais ampla sobre os vários aspectos que estão contribuindo para o comportamento suicida (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2010).

Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010) discorrem sobre a distinção entre fatores predisponentes ou distais, responsáveis pela criação do terreno no qual eclodem os comportamentos suicidas, e os fatores precipitantes ou proximais, que os desencadeiam, também denominados de estressores associados ao risco de comportamentos suicidas, geralmente associados a situações que implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de status, no geral, para pior.

Entre os fatores predisponentes destacam-se variáveis sociodemográficas como sexo (masculino há uma predisposição ao suicídio, enquanto feminino para a tentativa de suicídio) e idade (mais jovens- tentativa, mais idosos-suicídio); história familiar de comportamentos suicidas; tentativa prévia de suicídio; presença de transtornos mentais; presença de doenças físicas; presença de desesperança; estado civil (sem companheiro); presença de violência na infância; isolamento social; pertencer a uma minoria sexual; entre outros

Quanto ao sexo, estudos mostram que, embora haja o número maior de tentativas de suicídios por mulheres, os homens provocam autoextermínio efetivo com maior intensidade por utilizar-se de métodos de maior letalidade, como enforcamento e arma de fogo (CALIXTO FILHO; ZERBINI, 2016; BOTEGA, 2014; KIM et al, 2018). A maior intensidade na faixa etária idosa vem sendo apontada pela maior presença de fatores precipitantes, como perdas significativas de parentes, ocorrência de processos migratórios que os distanciam dos seus familiares primários, comprometimentos cognitivos, presença de doenças degenerativas, ausência de expressões afetivas, sensação de abandono e isolamento, perda de autonomia, discórdias familiares, e vários tipos de violência, na maioria das vezes, sofridas ao longo da vida de forma concomitante e repercutindo agora na vivência do envelhecimento (CONEJERO *et al.*, 2018; MINAYO; CAVALCANTE, 2015; SILVA *et al.*, 2015)

Estudos em famílias mostram que o risco de tentativas e morte por suicídio é maior em parentes de pessoas com histórico de comportamento suicida, considerando-se, portanto, a exposição ao suicídio como fator de risco (OLIVEIRA *et al.*, 2016; WHO, 2014b). Apesar de evidências consistentes para a hereditariedade do comportamento suicida, a identificação de genes específicos associados ao risco de suicídio permanece indefinida (PAWLAK *et al.*, 2016; TURECKI, 2014).

Jordan e McIntosh (2011) definem o termo “sobrevivente” para denominar indivíduos que experienciam elevado sofrimento psicológico/físico/social após a exposição ao suicídio de outra pessoa, tendo sido recentemente substituído pelo termo “enlutado por suicídio” (FUKUMITSO *et al.*, 2015). A preocupação com os indivíduos expostos ao suicídio apareceu nos estudos de Shneidman (1972), que cunhou o termo Posvenção como os cuidados que deveriam ser ofertados aos enlutados por suicídio, em que se inclui a prevenção de comportamentos suicidas. Para este autor, em média para cada suicídio existem no mínimo seis indivíduos impactados.

Com o crescimento dos índices de suicídio, aumenta a quantidade de enlutados que necessitam ter seu cuidado expandido, pois a morte autoinfligida gera sofrimento nas pessoas

que ficaram e vivenciaram suas repercussões. O foco do suicídio no grupo familiar deve buscar entender a intensidade e a amplitude desse ato na vida das pessoas, sendo o grupo que mais sofre os efeitos, os quais podem se prolongar por uma vida toda, além de gerar, muitas vezes, desestruturação no contexto familiar (DUTRA *et al.*, 2018).

Revisão integrativa da literatura realizada por Nunes *et al.* (2016) aponta que o suicídio repercute na saúde mental de familiares sobreviventes, em quem comumente se observam sintomas depressivos, ansiosos e de estresse pós-traumático, além da presença de modelagem do suicídio. A atuação na posvenção aos sobreviventes, promovendo-se cuidados à saúde e acolhimento pela rede de suporte social, contribui para a melhoria na qualidade de vida e pode prevenir comportamentos suicidas futuros.

A orientação sexual afeta o risco de suicídio, sugerindo-se que indivíduos com histórico de relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo têm um risco 3 a 4 vezes maior de morrer por suicídio, com um risco maior para homens do que para mulheres (O'BRIEN *et al.*, 2016; HAAS *et al.*, 2014). Quando se volta para a questão da identidade de gênero, esta também se revela a intrínseca relação com o comportamento suicida, como apontado em estudo realizado em Hong Kong com 106 indivíduos transexuais, entre os quais 67% relataram a presença de ideação suicida e 20,8% tinham histórico de tentativa de suicídio (SUEN; CHAN; WONG, 2018).

Para Reyes *et al.* (2017), o comportamento suicida em minorias sexuais está relacionado, além dos estressores comuns, a estressores específicos associado ao estigma percebido (opiniões negativas pela cultura majoritária) e o autoestigma (opiniões negativas do eu), corroborando com Covers (2016) que afirma que os suicídios são regularmente descritos como sendo o resultado de estressores sociais, que podem incluir homofobia, isolamento, intolerância, vergonha, intimidação, opressão, falta de esperança, falta de futuro, perspectivas ou outras formas de não pertencimento.

Tentativas prévias de suicídio continuam a ser o mais forte preditor para tentativas e conclusões futuras, com uma crescente correlação entre ideação e comportamentos suicidas (LIU *et al.*, 2016; YOUNES *et al.*, 2015). Parra-Uribe *et al.* (2013), mais de 90% dos suicídios são concluídos na primeira ou segunda tentativa.

No entanto, não só as tentativas, mas a presença de qualquer comportamento suicida dentro do continuum já descrito anteriormente deve compor a avaliação de risco. O questionamento único da presença de ideação suicida, embora não seja indicado como triagem de risco de suicídio, é de investigação substancial, pois representa aumento no risco (CHAPMAN *et al.*, 2015; HUBERS *et al.*, 2016). É importante ressaltar que a gravidade da

ideação suicida, incluindo ou não a experiências pessoais de intenção suicida, mostram validade preditiva para tentativas de suicídio em adolescentes e adultos, sendo importante a sua estimação (HORWITZ; CZYZ; KING, 2015; POSNER *et al.*, 2011).

Esse dado é reforçado por recente meta-análise, em que Anestis *et al.* (2014) argumentam que a maioria das tentativas de suicídio estão associadas com *Planning*, tendo encontrado pequena relação entre impulsividade e comportamento suicida. Os autores chamam atenção para o fato de que o período de planejamento pode ser breve ou intermitente, e que algumas pessoas não compartilham ou reconhecem seus pensamentos suicidas.

Embora a maioria das pessoas com comportamento de automutilação não tenham intenção suicida, automutilação repetida mesmo sem intenção de acabar com a vida é considerado preditor de suicídio e está tipicamente presente nos 12 meses anteriores ao suicídio em jovens (WEBER, 2017).

Outro fator de risco bem caracterizado é a exposição à adversidade no início da vida, geralmente definida como negligência parental ou abuso físico, sexual ou emocional na infância. A associação seria moderada por vários fatores, incluindo o tipo de abuso (negligência, abuso físico, ou abuso sexual), a frequência do abuso e a relação entre a vítima e o agressor (BREZO *et al.*, 2008; AFIFI *et al.*, 2008; TURECKI *et al.*, 2012)

Estudos têm apontado uma elevada correlação entre suicídio e presença de alguma desordem psiquiátrica. Quase 95% de todas as pessoas que tentam ou conseguem cometer suicídio têm pelo menos um transtorno mental, dos quais 60-90% podem ser atribuídos a um transtorno de humor (MANDELLI; SERRETTI, 2013). Para a Organização Mundial da Saúde, destacam-se ainda a esquizofrenia, os transtornos da personalidade (borderline e antissocial) e os transtornos relacionados às substâncias, sendo comum a caracterização de comorbidade (WHO, 2000).

Estudo realizado em serviço de atenção primária do Quênia apontou a presença de um ou mais distúrbios mentais atuais em 56,3% da amostra, sendo os mais prevalentes os de humor (39,0%), ansiedade (31,3%) e somatoformes (13,0%). O risco de suicídio esteve presente em 12,7% dessa amostra, sendo mais prevalente em indivíduos com transtornos de humor e ansiedade, e entre aqueles com baixas condições socioeconômicas (AILION *et al.*, 2014). Estudo realizado na atenção primária no Chile apontou que 69,9% da amostra referiram quadro depressivo prévio e 27,7% estavam em tratamento atual para depressão. Ao se avaliar o risco suicida nessa amostra, 37,1% aprestaram risco leve, 9,38% risco moderado e 30,08% alto risco. O comprometimento do quadro clínico psiquiátrico atual é preditor de recorrência do comportamento suicida (MARTINEZ *et al.*, 2017)

Episódios depressivos maiores, associados a transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar, são responsáveis por pelo menos metade das mortes por suicídio. Entre os pacientes com transtorno bipolar, pacientes com histórico de ciclagem rápida e com episódios de estado misto associam-se mais fortemente a tentativas de suicídio, com risco aumentado no primeiro ano de doença e quando associado a sentimentos de desesperança (CRUMP *et al.*, 2014; HOLMA *et al.*, 2014).

Hardy (2013) aponta que os profissionais enfermeiros devem questionar aos pacientes com sintomatologia depressiva sobre quaisquer ideias suicidas e intenção, e se eles se sentem sem esperança ou que a vida não vale a pena viver, se possuem plano de suicídio e sua determinação em implementá-lo.

A presença de transtornos de ansiedade, incluindo transtorno do pânico (TP), fobia social (SP), transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), está associada ao aumento do risco de suicídio (LOPEZ-CASTROMAN *et al.*, 2011). Outros estudos apontam haver a presença de gradientes de gravidade do transtorno e do comprometimento funcional associados ao aumento da ideação suicida e às tentativas em pacientes com TEPT (HUANG; YEN; LUNG, 2010; PANAGIOTI *et al.*, 2011).

Embora a depressão e a ansiedade contribuam fortemente para o risco de comportamento suicida ao longo da vida, os resultados de estudos retrospectivos e prospectivos sugerem que conflitos interpessoais, agressividade impulsiva, transtorno de conduta, comportamento antissocial e abuso de álcool e substâncias são mais evidentes para o comportamento suicida em adolescentes e adultos jovens, enquanto os transtornos de humor se tornam mais comuns com o aumento da idade (SEGUIN *et al.*, 2014).

O uso nocivo de substâncias psicoativas, incluindo álcool, medicamentos prescritos e drogas ilícitas está associado ao aumento do risco de suicídio, tanto em adultos quanto em adolescentes (ASHARAFION *et al.*, 2016; JENKINS *et al.* 2014). Estudo realizado por Cantão e Botti (2016) apontou 43,9% de registros de comportamento suicida em prontuários de dependentes químicos. Em sua maioria são de indivíduos jovens, que possuem alguma comorbidade psiquiátrica (transtornos de humor), histórico psiquiátrico materno, com presença de conflito familiar, com datas importantes coincidindo com o comportamento suicida.

Homens usuários de álcool e outras drogas em tratamento em Centro de Atenção Psicossocial relataram o uso de drogas como motivação para o comportamento suicida, associado à desesperança e as relações familiares fragilizadas em consequência da

dependência. A intenção de eliminar a própria vida apresenta-se como modo de cessar o incômodo familiar (RIBEIRO, 2016).

Experiências psicóticas isoladas, como alucinações e delírios, são marcadores importantes para o risco de suicídio (DEVYLLER *et al.*, 2015) O risco de suicídio e tentativa de suicídio em pacientes com esquizofrenia é de 5% e 25% a 50%, respectivamente, e está associada a má adesão ao tratamento, menor tempo de diagnóstico, predominância de sintomas positivos e uso concomitante de álcool e cigarro (CASSIDY *et al.*, 2018).

A presença de condições físicas como fator de risco para o comportamento suicida também é discutido na literatura. Os suicidas tendem a passar mais tempo no hospital por razões médicas e psiquiátricas nos meses antes do ato, endossam escores mais baixos de avaliação da qualidade de vida global e mais comprometimento físico. (ASHRAFION *et al.*, 2016; CHOCK *et al.*, 2015)

Estudo de caso-controle realizado por Ahmenadi *et al.* (2017) nos Estados Unidos buscou examinar as principais condições de saúde física como fatores de risco para o suicídio. Após modelos finais ajustados (que incluíram ajuste para sexo, idade, diagnósticos de saúde mental e uso de substâncias) apontaram nove condições físicas de saúde associadas ao suicídio: lesão cerebral traumática, dor crônica nas costas, HIV/AIDS, distúrbios do sono, epilepsia, câncer, enxaqueca, insuficiência cardíaca congestiva, doença obstrutiva pulmonar crônica. Ter duas ou mais condições físicas diagnosticadas foi associado a um aumento do risco de suicídio (OR = 4,12, $p < 0,001$), mesmo após ajuste estatístico para idade, sexo e qualquer condição psiquiátrica (OR = 1,70, $p < 0,001$).

Esse estudo endossa o realizado por Crump *et al.* (2014), que realizaram estudo de corte na Suécia em que se demonstrou que doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, distúrbios da coluna, asma e acidente vascular cerebral foram fatores de risco significativos entre mulheres e homens (OR 1,4 e 2,1, respectivamente), enquanto diabetes e doença cardíaca isquêmica foram fatores de risco moderados apenas entre homens (OR 1,2 e 1,4, respectivamente).

Estudos recentes realizados na China e Coreia, além de uma meta-análise de estudos longitudinais, apontaram a desesperança como fator de risco relevante para o comportamento suicida (RIBEIRO *et al.*, 2018; FANG *et al.*, 2018; CHOI *et al.*, 2018). A desesperança constitui-se em uma distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controle pessoal sobre eventos futuros e pela expectativa do sujeito de que vai falhar ou vai encontrar consequências negativas no futuro, denotando uma percepção de si mesmo como inábil para atingir as próprias expectativas. Essa forma de percepção mostra-se altamente associada com

autocrítica excessiva e negativamente correlacionada com a autoestima (BECK *et al.*, 1985; MANN *et al.*, 1999; DONALDSON; SPIRITO; FARNETT, 2000).

Os fatores precipitantes são determinados eventos estressores, situações em que ocorrem mudanças, que podem desencadear comportamentos suicidas, nas quais se destacam as perdas sofridas pelo indivíduo: separação conjugal, ruptura de relação amorosa, rejeição afetiva e/ou social, perda de emprego, graves perturbações familiares, entre outros (BERTOLOTE; MELLO-SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Eventos de vida estressantes devem ser considerados dentro das circunstâncias e da idade do paciente. Eventos comuns de adolescentes incluem o bullying (como vítima ou perpetrador), ações disciplinares, questões legais, dificuldades escolares, rompimentos românticos, agressões ou problemas relacionados à vida doméstica (GRAY; DIHIGO, 2015). Para adultos, dificuldades financeiras, perdas de relacionamento, desemprego e violência entre parceiros íntimos aumentam o risco de tentativas de suicídio. Esses eventos podem, em última análise, se resolver com o tempo e a ação, mas durante uma visita a um prestador de cuidados primários é improvável que sejam modificáveis (O'CONNOR *et al.*, 2013; DEVRIES *et al.*, 2013; GALLEGO *et al.*, 2015).

Para Marquetti e Millek (2014) o desejo suicida suscita mudanças nas atividades cotidianas daqueles que tentam o suicídio e que estas transformações podem ser observadas e analisadas para sinalizar a progressão da ideia autodestrutiva. Entre elas, estariam a intensificação de conflitos familiares, perda de familiares e animais de estimação, abandono/afastamento de atividades laborais ou escolares, mudanças bruscas no comportamento relacionado aos cuidados com a higiene, distanciamento da família e amigos, perda do interesse por atividades usuais eletivas/lazer, diminuição da capacidade de concentração, uso de drogas lícitas e ilícitas, brincadeiras sobre o suicídio.

Bertolote (2012) refere que, embora haja uma predominância de estudos relacionados aos fatores de risco, é importante explorar os fatores de proteção que auxiliem na prevenção do suicídio. Para discuti-los, baseia-se em Wasserman (2001) que propõe quatro esferas de indicadores protetivos: (1) estilos cognitivos e características de personalidade (senso de valor pessoal; confiança em si mesmo e em suas próprias realizações; capacidade para procurar ajuda quando as dificuldades aparecem; tendência a aconselharem-se quando decisões importantes precisam ser tomadas; abertura para experiências e soluções de outras pessoas; abertura para aprender; habilidade para comunicar-se); (2) modelo familiar (boas relações familiares, bom suporte familiar, além da experiência de ter pais devotados e coerentes); (3) fatores culturais e sociais (adoção de valores e tradições culturais específicos; boas relações

com amigos, colegas e vizinhos; suporte de pessoas importantes para o sujeito; senso de propósito para a própria vida; integração social como participação em atividades esportivas, religiosas, sociais) e (4) fatores ambientais (boa dieta, bom sono, luz solar e ambiente sem drogas).

A Associação Psiquiátrica Americana (2003) aponta ainda como indicadores protetivos para suicídio: satisfação com a vida, religiosidade, habilidade para o teste da realidade, estratégias de enfrentamento positivas, habilidades para solucionar problemas, suporte social positivo e relação terapêutica positiva.

Weber *et al.* (2017) acrescentam que os fatores de proteção podem ser distinguidos em modificáveis e não-modificáveis. Entre os potencialmente modificáveis estariam apoio interpessoal, habilidades de enfrentamento positivas e satisfação de vida; e os não-modificáveis seriam gênero feminino, casamento, presença de filhos, gestação, religião/espiritualidade.

Semelhante aos fatores de risco, os fatores de proteção devem ser considerados dentro do contexto do paciente. Fowler (2012) exemplifica ao apontar duas situações: a obrigação social para com o cônjuge como protetora contra o suicídio, mas a presença de alto conflito ou violência aumenta significativamente o risco de suicídio; a responsabilidade com as crianças é protetora do suicídio, exceto nos casos de humor pós-parto e transtornos psicóticos, gravidez na adolescência e extrema dificuldade econômica.

Para Menon (2013), alguns questionamentos podem facilitar a elucidação dos fatores protetivos ao se avaliar o risco de suicídio: o que mantém o indivíduo seguindo em frente durante tempos difíceis; quais são suas razões para viver; o que o impede de agir sobre esses pensamentos suicidas; e em que ou em quem confia para obter suporte em momentos difíceis.

Observa-se por essa breve explanação de fatores de risco e proteção que a avaliação do risco de suicídio não é tarefa simples. Bertolote, Mello-Santos e Botega (2010), abordam que a melhor forma de avaliação é por meio do uso da entrevista clínica, uma vez que, além da identificação do risco, permite o apoio emocional necessário, o estabelecimento de vínculos, além da coleta de um grande número de informações.

Entretanto, a maioria dos profissionais da atenção primária à saúde considera-se incapacitado para promover identificação, avaliação e intervenção adequada à pessoa com comportamento suicida (WEBER *et al.*, 2017; LEAHY *et al.*, 2018). Levando-se em consideração que risco de suicídio é dinâmico, influenciado simultaneamente por eventos externos e experiências internas, que podem mudar rapidamente, e sua a previsão seja multifatorial, o uso de instrumentos de avaliação de suicídio com propriedades psicométricas

fortes pode aumentar a capacidade de reconhecer indivíduos com alto risco de suicídio (KREUZE; LAMIS, 2018; O' CONNOR *et al.*, 2013).

Estudo bibliométrico realizado na base eletrônica *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal - REDALYC*, com artigos publicados entre os anos de 2000 a 2010, o Brasil foi o terceiro país em número de publicações relacionadas à avaliação de risco de suicídio (5,7%). Entre os instrumentos de avaliação, os mais utilizados para investigação da ideação e tentativa do suicídio foram a *Beck Scale for Suicide Ideation* (BSI) e a *Center for Epidemiological Scale-Depression* (CES-D) (CARDOSO *et al.*, 2014).

Revisão sistemática recente apontou 16 instrumentos com fortes propriedades psicométricas que realizam a avaliação do risco de suicídio: *Beck Scale for Suicide Ideation*, *Suicidal Behaviors Questionnaire—Revised*, *Interpersonal Needs Questionnaire*, *Adult Suicidal Ideation Questionnaire*, *Suicidal Ideation Scale*, *Scale for Suicide Ideation*, *Suicide Probability Score*, *Acquired Capability for Suicide Scale*, *Hopelessness Depression Symptom Questionnaire—Suicidality Subscale*, *Beck Depression Inventory-II*, *Beck Depression Inventory—Fast Screen*, *Patient Health Questionnaire -9*, *Telephone-Linked Communication Patient Health Questionnaire - 9*, *Sheehan Suicidality Tracking Scale*, *Self-Injury Implicit Association Test*, *Reasons for Living Inventory* (KREUZE; LAMIS, 2018). No entanto, os autores apontam que a maioria dos instrumentos não contém diretrizes para adequação a diversas populações, incluindo orientação sexual, raça ou etnia e diversidade religiosa, o que vai de encontro às recomendações da Organização Mundial de Saúde e Associação Americana de Psiquiatria, que consideram o comportamento suicida fortemente influenciado por questões culturais (American Psychological Association, 2012; WHO, 2014a).

Embora não citado nesses estudos, o índice *Nurses Global Assessment of Risk Suicide* (NGARS) apresenta-se como relevante instrumento para avaliação do risco de suicídio, a ser implementada por profissionais enfermeiros, como alternativa ao julgamento clínico. Concebido como instrumento de pontuação simples, constituído por 15 itens que contemplam variáveis preditivas para o comportamento suicida, para ser utilizado durante a consulta de enfermagem (CUTCLIFFE; BARKER, 2004).

Permite classificar quatro níveis de risco de suicídio (baixo risco, intermediário, elevado e muito elevado) que devem servir de parâmetro para a tomada de decisão acerca do nível de intervenção e envolvimento necessários, baseados no modelo de Tidal. Uma pontuação menor ou igual a cinco indica um nível de risco baixo e sugere um nível 4 de envolvimento; uma pontuação entre 6 e 8 indica um nível de risco intermediário e sugere um nível 3 de envolvimento; uma pontuação entre 9 e 11 indica um nível de risco elevado e

sugere um nível 2 de envolvimento; uma pontuação maior ou igual a 12 indica um nível de risco muito elevado e sugere um nível 1 de envolvimento. Esta escala de avaliação do risco de suicídio encontra-se intrinsecamente ligada ao processo de avaliação e subseqüentes cuidados a serem prestados ao indivíduo com comportamento suicida (FAÇANHA, 2013; CUTCLIFFE; BARKER, 2004).

O NGASR tem sido amplamente utilizado na Inglaterra, Canadá, Irlanda, Japão e Nova Zelândia, já tendo sido validada versões na Itália, China, Alemanha, Holanda, Coreia do Sul e Portugal. Duas formas distintas de uso vêm sendo aplicadas: como enfoque para o desenvolvimento de uma entrevista centrada, que utiliza as variáveis chaves como um guia explorando os contextos pessoais, interpessoais e sociais, numa tentativa de esclarecer as variáveis que efetivamente afetam a pessoa; ou nas situações em que o indivíduo não é capaz ou não colabora na entrevista, recorrendo-se ao NGASR como base para análise da situação e organização de informação complementar para clarificar a influência da presença ou ausência de variáveis chaves (FAÇANHA, 2013).

A versão portuguesa foi validada por Façanha (2013) em uma amostra de 109 pessoas com sintomatologia depressiva e fatores de risco para comportamento suicida, em que se verificou moderada consistência interna (alfa de Cronbach= 0,49) e forte associação linear positiva ($R=0,830$) com as medidas utilizadas para a validação de critério (QIS, BDI, DASS-21).

Quando se trata de aplicação de instrumentos para avaliar comportamento suicida, estudo Frances de revisão sistemática (PEYRON; DAVID, 2015), recomenda que questionários autoadministrados não sejam usados em pacientes com sintomas depressivos, com ansiedade ou em uso de substâncias psicoativas/agitação, em virtude do déficit na capacidade de concentração e raciocínio. Entretanto, há uma tendência dos indivíduos a referir-se mais facilmente à existência de comportamento suicida por meio de um autoquestionário do que verbalmente durante uma entrevista, razão pela qual um considerável número de estudos optem por essa modalidade.

O uso desses instrumentos validados pode facilitar a identificação precoce e manejo satisfatório do comportamento suicida pelos profissionais da atenção primária, ao possibilitar uma escuta qualificada. Torna-se necessário que os profissionais da atenção primária tenham acesso ao conhecimento sobre sua utilização e tempo de aplicação, favorecendo o reconhecimento do risco de suicídio.

2.3 Atenção às pessoas com comportamento suicida na atenção primária

A OMS considera o suicídio um problema de saúde pública e desde a década de 90 incentiva a implementação de planos nacionais de prevenção, os quais devem conter ações voltadas para a conscientização da população, divulgação responsável pela mídia, redução de acesso a meios letais, programas nas escolas, detecção e tratamento de transtornos mentais relacionados ao suicídio (WHO, 2014a).

O Brasil foi o primeiro país da América Latina a ter conduzido uma proposta nacional para a prevenção do suicídio (ESTELLITA-LINS, 2012). Em 2006, foi editada a Portaria nº 1.876 que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, recomendando várias estratégias de prevenção, em que se destacam: estudos dos determinantes e condicionantes do suicídio enquanto problema de saúde pública, organização da rede de atenção e intervenção nos casos de tentativas de suicídio, coleta e análise de dados visando à disseminação de informações e qualificação da gestão, educação permanente dos profissionais de saúde em prevenção do suicídio, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2006a).

Após a criação dessa portaria, o Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde e a Unicamp, lançaram uma cartilha didática e ilustrada, com base em bibliografia especializada, com o título Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido aos Profissionais da Saúde Mental. Os temas abordados englobam, de forma sucinta, a dimensão do problema, fatores de risco, associação com transtornos mentais, depressão, álcool e com transtornos de personalidade, além dos aspectos psicológicos, como ajudar a pessoa sob risco, como abordá-la e, por fim, discorre sobre como avaliar e lidar com o risco de suicídio(2006b).

Em 2017, foi lançada a Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020, que inclui entre outras ações cooperação técnica com o Centro de Valorização da Vida, elaboração de materiais direcionados aos profissionais de saúde e qualificação dos registros com fomento à pesquisa (BRASIL, 2017). Em 2019, foi instituída a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, como estratégia do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados, tendo entre seus objetivos a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, com o envolvimento de entidades de saúde e educação; promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados; e promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (BRASIL, 2019).

Além das iniciativas da esfera pública, enfatiza-se o envolvimento da sociedade através de criação de associações e organizações não governamentais. O Centro de Valorização da Vida (CVV) foi fundado em 1962 em São Paulo, com a iniciativa de prestar apoio emocional através de linhas telefônicas. Em 2015 foi fundada a Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio.

No entanto, além de uma perspectiva macropolítica é essencial pensar-se em termos de micro, na esfera em que o cuidado realmente se efetiva. É fundamental observar em que condições são prestados o acolhimento e a assistência à pessoa em risco de comportamento suicida dentro da rede de atenção à saúde, considerando-se que a postura e o comportamento profissionais irão influenciar significativamente esse paciente.

Evidências apontadas em estudos internacionais mostram que os serviços de atenção primária são acessados pela maioria dos indivíduos com comportamento suicida. Estudo realizado na Escócia mostrou que 18,6% das pessoas que morreram por suicídio no período da pesquisa contataram serviços de saúde mental enquanto que 46,4% tiveram contato com serviços de atenção primária à saúde (STARK *et al.*, 2012). Mais recentemente, estudos realizados em Portugal e na Irlanda do Norte apontaram que 72% e 85% dos indivíduos, respectivamente, entraram em contato com serviços de atenção primária à saúde nos últimos 12 meses antes da tentativa de suicídio ou suicídio consumado (RAMOA *et al.*, 2017; LEAVEY *et al.*, 2016).

Nos serviços de atenção primária à saúde, os profissionais têm a oportunidade de detectar o risco de suicídio e intervir. Para Vidal e Gontijo (2013) nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas, ocorrendo na maioria dos casos apenas encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento.

É preciso pensar-se em termos de formação, atitudes e habilidades dos profissionais, além de ações que podem ser desenvolvidos na atenção primária voltadas para a prevenção e intervenção no comportamento suicida.

Weber *et al.* (2017) discorre que a maioria dos profissionais de saúde de atenção primária não conseguem identificar a ideação suicida e considera-se despreparado para o manejo e gerenciamento do cuidado ao indivíduo com comportamento suicida. Muitos provedores não têm tempo, espaço, acesso à subespecialidade e treinamento em saúde mental para avaliar adequadamente pacientes suicidas (LEAHY *et al.*, 2018)

Em um estudo com 50 profissionais de atenção primária do Reino Unido que perderam pacientes para o suicídio, aqueles afirmaram que 88% dos pacientes endossaram a ideia suicida em sua última visita, mas os profissionais tiveram dificuldades com a avaliação e manejo dos casos, além de acesso limitado aos serviços de saúde mental. Os autores apontam a necessidade de desenvolver formação para melhoria nas habilidades de avaliação de risco; remoção barreiras ao acesso a terapias e tratamentos necessários na própria atenção primária; e melhoria na articulação e colaboração entre os serviços para fornecer melhores resultados aos pacientes (SAINI; CHANTLER; KAPUR, 2016). Estudo realizado no Brasil apontou que 59,7% dos profissionais da atenção primária nunca haviam lido qualquer material de orientação para manejo do comportamento suicida, embora 34,8% afirmassem já ter prestado algum tipo de assistência a indivíduos com este comportamento (SILVA; NOBREGA; OLIVEIRA, 2018).

Apreende-se, pois, que se torna fundamental a capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária nos aportes teóricos e práticos da avaliação do comportamento suicida que venham a possibilitar a articulação da atenção à saúde de forma organizada e resolutiva dentro da rede de saúde.

Segundo Santos *et al.* (2014) a interpretação do comportamento suicida, por parte dos profissionais de saúde, revela-se necessária para determinar a atuação prática, e a necessidade de formação contínua e de treinamentos de competências técnico-sociais em suicidologia tem sido amplamente destacada e defendida. As intervenções formativas são efetivas na melhoria do conhecimento, na modificação de atitudes e na melhoria dos níveis de competência dos profissionais de saúde para prevenir o suicídio, o que os torna mais conscientes do problema e mais competentes na gestão do risco de suicídio.

Além disso, é preciso repensar a postura profissional frente ao indivíduo com comportamento suicida. Vidal e Gontijo (2013) ponderam que, em geral, o paciente ao chegar em um serviço de saúde com uma tentativa de suicídio é visto de forma estereotipada e a tendência do profissional é apresentar conduta caracterizada por hostilidade e rejeição. Freitas e Borges (2014) acrescentam que se costuma polarizar as atitudes profissionais: de um lado profissionais que compreendem o sofrimento, as fragilidades do paciente e procuram ter atitudes acolhedoras; de outro, há aqueles que reconhecem o sofrimento, entretanto percebem a tentativa de suicídio como uma afronta à prática profissional.

Nesse sentido, Fukumitsu (2014) defende que a relação terapêutica deve ser pautada no cuidado, que venha a facilitar a ressignificação do desespero pelo cliente. É preciso desenvolver empatia no que se refere ao sofrimento humano e, por meio de sua

disponibilidade interpessoal, permitir que o cliente possa reconhecer suas potencialidades, a fim de ampliar suas maneiras de enfrentamento do sofrimento.

Fowler (2012) aponta que entrevistas entre prestadores de cuidados e pacientes suicidas precisam manter ou melhorar a aliança terapêutica, em que as avaliações devem ser conduzidas com curiosidade, preocupação, calma e aceitação do estado emocional e cognitivo atual do indivíduo. Os profissionais de saúde devem estar atentos às suas próprias reações que podem ser não terapêuticas, tais como hostilidade e sentimentos negativos.

Para Carmona-Navarro e Pichardo-Martinez (2012) os profissionais de enfermagem em geral mostram atitude desfavorável perante o comportamento suicida e essas atitudes estigmatizantes influenciam negativamente a atenção e o tratamento recebidos pelos pacientes, atuando como obstáculo considerável para a busca de ajuda, acesso ao tratamento, adesão e eficácia do mesmo. Para as autoras a formação é importante para o alcance de atitudes mais positivas perante o comportamento suicida.

Tal afirmação é corroborada por Moraes *et al.* (2016) que explicitam ser o cuidado ao cliente suicida influenciado por uma diversidade de fatores, entre os quais se destacam as crenças e atitudes em relação ao suicídio, a formação profissional e a habilidade para avaliação do risco de suicídio e planejamento do cuidado. Em estudo que buscou investigar as atitudes de graduandos de enfermagem relacionadas ao suicídio, através da aplicação do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QUACS), estes apresentaram baixa exposição educacional específica sobre o tema do suicídio e as atitudes relacionadas ao suicídio estavam associadas ao sexo, experiências prévias e características da formação dos graduandos de enfermagem (VEDANA; ZANNETI, 2019).

Quanto às ações, para Weber *et al.* (2017), em serviços de atenção primária, deve-se buscar a implementação do gerenciamento do suicídio individualizado, colaborativo, que inclui a triagem de ideação ou comportamento suicida, a realização de uma avaliação do risco atual do indivíduo de dano iminente e a criação de um plano de tratamento em colaboração com o paciente e quaisquer suportes envolvidos.

Os serviços de atenção primária têm potencial de desempenhar papel significativo na prevenção do suicídio por meio da triagem de risco, uma vez que leva à identificação de indivíduos em risco de suicídio que não seriam identificados (a maioria das pessoas não divulga pensamentos de suicídio de forma proativa) e pode prover acompanhamento adequado em caso de avaliação positiva (KING *et al.*, 2017; BOUDREAUX *et al.*, 2016, PATTYN *et al.*, 2014).

Estudo sobre o gerenciamento do risco de suicídio na atenção primária aponta como alvo a prevenção e intervenção suicida em pacientes com risco conhecido, concentrando-se principalmente em indivíduos com condições de saúde mental e uso de substâncias ou com ideação suicida expressa (MCDOWELL; LINEBERRY; BOSTWICK, 2011). Entretanto, recomendações propostas pela OMS é que todos os indivíduos com mais de 10 anos de idade com algum transtorno mental, epilepsia, conflito interpessoal, evento de vida grave recente ou outro fator de risco para suicídio devem ser questionados sobre pensamentos ou planos de violência autoinfligida (WHO, 2014a). O *Center Disease Control* (CDC) atualmente recomenda que todos os profissionais de cuidados primários selecionem a população geral para depressão e suicídio (BONO; AMENDOLA, 2015).

Estudos internacionais demonstram a viabilidade do rastreamento universal de suicídio como modo de atingir um grande número de indivíduos, cujo risco não seria identificado de outra forma, uma vez que a maioria das pessoas não divulga seus pensamentos de forma proativa (KING et al., 2017; BONO; AMENDOLA, 2015; CDC, 2013; BOUDREAUX *et al.*, 2016).

Uma das principais razões para a proposta de rastreamento universal (independente de população de risco) se liga ao fato de grande parte da população ainda não ter sido diagnosticada com algum transtorno mental, bem como não receberem cuidados especializados de saúde comportamental, o que limita o impacto das intervenções direcionadas ao comportamento suicida. Amhenadi *et al.* (2014), em estudo realizado nos Estados Unidos estimam que entre as pessoas que morrem por suicídio, apenas 45% têm diagnóstico de saúde mental ou uso de substâncias no ano anterior; além disso, apenas 14% têm internação hospitalar relacionada à saúde mental e 29% recebem tratamento ambulatorial especializado em saúde comportamental.

Essa triagem universal estaria em consonância com a proposta da iniciativa *Zero Suicide*, lançada inicialmente pela *National Action Alliance for Suicide Prevention* em colaboração com a Universidade de Columbia (centro de referência mundial em pesquisas em suicidologia) nos Estados Unidos em 2012, que toma por base evidências de abordagem multinível para implementar modelo de prevenção ao suicídio na tríade: avaliação, intervenção e monitoramento. Esse modelo recomenda a triagem universal de risco de suicídio para pacientes no contato inicial com serviços de saúde e em cada contato posterior, incluindo-se procedimentos e políticas padronizados para garantir a identificação de pacientes em risco e a implementação de planos de cuidados apropriados (BRODSKY *et al.*, 2018).

Para Hogan e Grumet (2016), essa abordagem de prevenção do suicídio sustenta-se em triagem baseada em evidências, gerenciamento de cuidados e intervenções de tratamento, incluindo intervenções de baixa intensidade como planejamento de segurança e contatos de cuidado e intervenções de maior intensidade, como terapia comportamental dialética ou terapia cognitivo-comportamental. O que corrobora com o exposto por Capoccia e Labre (2015) ao afirmarem que quando a triagem de risco de suicídio resulta na identificação positiva de um indivíduo, é importante avaliação do nível de risco para determinar intervenções apropriadas, que incluem intervenções breves a serem realizadas no próprio serviço de atenção primária (como aconselhamentos, informações sobre linhas de contato telefônico para crises, identificação de contatos de referência e planejamento de segurança) ou encaminhamento a serviços de saúde mental especializados.

Planos de segurança são listas de estratégias prioritárias personalizadas para o enfrentamento e fontes de suporte social/emocional a serem utilizadas antes ou durante uma crise suicida. As etapas para criar um plano de segurança incluem: reconhecimento de sinais de aviso; identificação de estratégias internas de enfrentamento; identificação de suportes interpessoais como meio de distração de pensamentos ou impulsos desagradáveis; contato com pessoas significativas para ajudar a resolver a crise; contato com serviços de saúde que possui vínculo de cuidado; reduzir o acesso potencial a meios letais (KING *et al.*, 2017; WILCOX; WYLMA, 2016).

Quanto à sua eficácia, os planos de segurança mostraram reduzir tentativas de suicídio, sintomas depressivos, ansiedade e desesperança em três meses em comparação com intervenções sem planos de segurança (WANG *et al.*, 2016).

É importante distinguir o planejamento de segurança com os chamados contratos “de não suicídio” ou “não danos”. Estes são acordos escritos ou verbais em que o indivíduo explicita não se envolver em comportamento suicida e uma promessa de entrar em contato com um profissional de saúde mental, não incluem estratégias para o que fazer durante uma crise suicida. Além de falta de suporte empírico para a sua eficácia quanto à redução do comportamento suicida, esses contratos podem ser percebidos como atitude coerciva, desencorajando comunicação honesta com os profissionais de saúde, além de oferecer falsas garantias, por isso não são recomendados pelos suicidologistas (GRAY; DIHIGO, 2015; STANLEY; BROWN, 2012).

A psicoterapia, independente da metodologia, demonstrou reduzir as tentativas de suicídio (RUFINO; ELIS, 2018; WITT *et al.*, 2018). Há fortes evidências que os tratamentos psicoterapêuticos como a terapia comportamental cognitiva, terapia comportamental dialética

e terapia de resolução de problemas são eficazes para reduzir a automutilação e outros comportamentos suicida (HAWTON *et al.*, 2016; ZALSMAN *et al.*, 2016).

Recentemente definiu-se como a abordagem Colaborativa de Avaliação e Manejo do Suicídio (CAMS), a identificação do suicídio como alvo de intervenção, e não um sintoma de patologia (THE JOINT COMISSION, 2016), e resultou na criação de programas específicos de Terapia Comportamental Cognitiva para a Prevenção do Suicídio (CBT-SP) (CHAUDHURY; CHESIN; STANLEY, 2014)

Embora os profissionais de saúde da atenção primária não ofertem psicoterapia, pode ocorrer o encaminhamento para serviços de saúde mental da rede de atenção ou utilizar-se de modelos de cuidados colaborativos. O encaminhamento deve ser considerado para qualquer paciente com risco de suicídio, principalmente quando há persistência na ideação suicida, suspeita de sintomas psicóticos atuais (alucinações, delírios, pensamento desorganizado) ou quando há necessidade de hospitalização para garantir a segurança do paciente (FIEDOROWICZ ; WELDON; BERGUS, 2010).

Os cuidados colaborativos são modelos custo-efetivos que colocam os serviços de saúde mental no cenário da atenção primária e contribuem para a redução da ideação suicida e sintomas depressivos. No Brasil, esse modelo é denominado apoio matricial, tecnologia de arranjo organizacional que viabiliza suporte técnico e pedagógico para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção primária, incluindo-se no rol de atividades atendimentos e intervenções conjuntas entre trabalhadores da equipe matricial e os da equipe de referência (LIMA; DIMENSTEIN, 2016).

Intervenções terapêuticas breves baseadas em telefonemas e cartas de apoio também demonstraram eficácia para a prevenção do suicídio (BOLTON; GUNNEL; TURECKI, 2015; MEERWIJK *et al.*, 2016). Estudos recentes, realizados na França e Austrália, apontaram que intervenções breves com base em mensagem de texto demonstrou o potencial de reconectar indivíduos suicidas com serviços de apoio a crises enquanto eles experimentam ideação suicida, bem como em um período após o recebimento de mensagens. Como telefonemas de acompanhamento durante um longo período de tempo podem não ser viáveis, esta intervenção tem potencial de oferecer suporte tecnológico simples para indivíduos após a alta hospitalar (BERROUIGUE *et al.*, 2018; LARSEN *et al.*, 2017)

O uso de tecnologias para o desenvolvimento de ações de prevenção e intervenção apresenta-se foco de estudos internacionais, como o de Roaten *et al.* (2018) que relatam projeto de rastreamento de suicídio em serviços de atenção primária, com o uso da Escala de Avaliação de Severidade de Columbia-Suicídio (C-SSRS) como instrumento preliminar para

decisão clínica. Foi criado um algoritmo denominado de Parkland Algorithm for Suicide Screening (PASS) com o objetivo de padronizar a resposta clínica para pacientes de risco, alocar recursos de saúde mental de forma mais apropriada e simplificar a implementação do processo de triagem no registro eletrônico de saúde. Desenvolveu-se também módulo educativo sobre o programa de rastreio do suicídio, adicionado ao sistema online de prontuário, constituído por estatísticas básicas de suicídio e fatores de risco, justificativa para a triagem universal e perguntas pós-teste. Com base na resposta do paciente para a triagem, profissionais de saúde são automaticamente notificados para tomar as medidas adequadas, os encaminhamentos são feitos aos serviços de saúde mental quando necessário e realizado seguimento e reavaliações do risco de suicídio.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O uso de instrumentos e testes psicométricos representa uma importante forma de avaliação objetiva dos fenômenos, por permitirem o estabelecimento de um referencial que pode reduzir os vieses subjetivos da percepção e do julgamento do examinador, desde que este tenha completo domínio e conhecimento de sua aplicação e interpretação (SARTES; FORMIGONI, 2013).

Segundo Weissheimer (2007) o uso de instrumento de coleta de dados originais de países diferentes deve ser precedido por um processo rigoroso de tradução, adaptação transcultural e validação. Entre os diversos modelos possíveis, Beaton *et al.* (2000) prevê uma série de etapas para a consecução desse processo: tradução, síntese, retrotradução, a revisão por um comitê de especialistas, o pré-teste e a verificação das propriedades psicométricas.

3.1 Adaptação cultural

A adaptação cultural abrange muito além da simples tradução, sendo necessário o ajuste do instrumento para palavras e contextos culturais para se alcançar o constructo pretendido, sendo precedido de avaliação meticulosa da equivalência entre o original e sua versão (GUILLEMIN, 1995; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A Comissão Internacional de Testes (ITC, 2010) propõe quatro diretrizes que devem constituir os parâmetros para uma boa realização do processo: **Contexto**, em que se atentar para os efeitos culturais que não são importantes ou relevantes para a cultura alvo e tentar minimizá-los na medida do possível; **Desenvolvimento e adaptação**, que visa garantir uma completude do processo, considerando-se as diferenças culturais e idiomáticas entre as populações para o uso adequado da linguagem obedecendo as suas especificidades, a forma de organização do instrumento e a forma de questões sejam acessíveis e familiares à população à qual se destina, atendimento às demandas estatísticas e psicológicas que o instrumento requer e identificação dos componentes problemáticos ou aspectos que podem ser inadequados para a população pretendida; **Administração**, em que se deve construir um manual que especifique todos os aspectos do teste nesse novo contexto cultural, além de buscar observar os aspectos do ambiente que influenciam a administração de um teste ou instrumento; **Documentação das Interpretações**, recomendando-se o uso de documento com as mudanças junto à evidência da equivalência.

O processo de adaptação transcultural de um instrumento é apresentado em cinco etapas essenciais: 1. Tradução do instrumento do idioma de origem para o idioma alvo, 2. Síntese das versões traduzidas, 3. Análise da versão sintetizada por juízes ou experts, 4. Tradução reversa para o idioma de origem (backtranslation) e 5. Estudo piloto. (GUILLERMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; HERDMAN; FOX-RUSBY; BADIA, 1998; REICHEINHEIM, MORAES, 2007; ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

No caso de adaptação cultural, o comitê deve assegurar que a versão apresente equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Equivalência semântica é relativa ao significado das palavras; equivalência idiomática refere-se às expressões idiomáticas e coloquiais; equivalência cultural aborda situações coerentes com o contexto cultural do país de origem do instrumento com o país para o qual está sendo adaptado; e, equivalência conceitual busca verificar se palavras ou expressões possuem significado conceitual semelhantes ou se possuem a mesma importância (BEATON *et al.*, 2000; SCHMIDT; BULLINGER, 2003).

Posteriormente à realização dessas etapas, procede-se a realização do estudo piloto, que se refere à aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra que represente as características da população que será estudada a fim de se confirmar se os itens da versão adaptada do instrumento são de entendimento para eles. Nessa etapa deve-se avaliar a adequação dos itens; e em casos de não entendimento deve-se substituir o item de difícil compreensão por um sinônimo que melhor exemplifique o mesmo (BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012; REICHEINHEIM, MORAES 2007).

3.2 Verificação das propriedades psicométricas

A psicometria é um dos fundamentos para as medidas por teoria, nas quais as concepções teóricas explanam as relações entre um fenômeno abstrato (como o comportamento suicida) e os atributos que lhe dizem respeito, produzindo hipóteses sobre o que, teoricamente, poderia ser observado quando o fenômeno ocorre. A psicometria, então, trata da medida de construtos psicológicos ou traços latentes, representados por comportamentos observáveis que representam esses traços (PASQUALI, 2013).

De um modo geral, a psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens. Existem duas correntes utilizadas para avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos: Teoria Clássica dos Testes (TCT) e Teoria de Resposta ao Item (TRI) (PASQUALI, 2009).

A TCT compreende um conjunto de conceitos e técnicas que tem por objetivo fundamental o resultado total obtido por determinada pessoa em um teste. A TRI deve ser entendida como um conjunto de modelos psicométricos centrados nos itens para desenvolver e refinar medidas psicológicas, que visa superar as limitações da teoria clássica, e não entrar em contradição com seus princípios (SARTES; FORMIGONI, 2013).

A TCT se preocupa em explicar o resultado final total, isto é, a soma das respostas dadas a uma série de itens. A TRI se interessa especificamente por cada um dos itens e quer saber qual é a probabilidade e quais são os fatores que afetam esta probabilidade de cada item individualmente ser aceito ou rejeitado (PASQUALI, 2009).

Na TCT, os itens são avaliados segundo dois índices: a dificuldade e a discriminação. A dificuldade do item é medida pela proporção de indivíduos que respondem afirmativamente ao item, no caso de itens dicotômicos, ou pela proporção de respostas a uma categoria de escolha ou pela média das respostas de todos os indivíduos, quando os itens são politômicos. A discriminação visa diferenciar o grupo de indivíduos que tiveram alta pontuação total dos que tiveram baixa pontuação total no teste (DE VELLIS, 2006).

A interpretação dos índices de dificuldade e de discriminação na TCT depende das características da amostra de indivíduos utilizada no teste, podendo ser influenciada pelo número de respostas omitidas e pela probabilidade de um indivíduo responder corretamente ao item devido ao acaso (SARTES; FORMIGONI, 2013).

A TCT apresenta algumas limitações: 1. Todas as medidas são dependentes da amostra dos indivíduos que responderam ao instrumento, a qual precisa ser representativa para que as avaliações do teste sejam válidas; 2. Testes diferentes com índices de dificuldade e discriminação diferentes geram resultados diferentes para os mesmos indivíduos; 3. Um mesmo construto medido por dois testes diferentes, os resultados não são expressos na mesma escala, impedindo uma comparação direta; 4. Para avaliação da fidedignidade, exige-se que dois testes aplicados ao mesmo grupo devam ter formas estritamente paralelas, produzindo produzir escores verdadeiros idênticos e variâncias também iguais; 5. Pressupõe que a variância dos erros de medida de todos os indivíduos é a mesma, não levando em consideração que alguns indivíduos realizam o teste de forma mais consistente do que outros, e que a consistência varia em função da habilidade dos sujeitos (EMBRETSON; REISE, 2000; HAMBLETON; SWAMINATHAN; ROGERS, 1991; PASQUALI; PRIMI, 2003).

Outras limitações seriam o fato da TCT ser orientada para o teste e não para o item individualmente, não sendo possível fazer previsões acerca da performance de um

examinando ou grupo de examinandos frente a um determinado item; e as dificuldades da identificação de itens com viés (LORD, 1980; MAIA, 2009).

A TRI é uma teoria do traço latente, que se refere a modelos matemáticos que relaciona variáveis observáveis e traços hipotéticos não observáveis (responsáveis pelo aparecimento das variáveis observáveis). Assim, o sujeito ao ser apresentado a um item produz uma resposta que depende do seu nível de traço latente ou aptidão. Desta forma, o traço latente é a causa e a resposta do sujeito é o efeito (PASQUALI; PRIMI, 2003).

A TRI parte da suposição de que existe no indivíduo um traço latente, relativo a uma característica do indivíduo. O nível do traço latente do indivíduo permite estimar se o indivíduo responderá positivamente ou não a um determinado item, estabelecendo para cada item uma probabilidade de resposta relacionada à presença (ou intensidade) da condição avaliada (FLETCHER, 1994).

A fórmula matemática para expressar essa relação entre variáveis observáveis e variáveis hipotéticas é a Curva Característica do Item (CCI), para itens dicotômicos e Curva de Resposta à Categoria (CRC), para itens politômicos (SARTES; FORMIGONI, 2013). A TRI, assim, a partir da análise das respostas dadas pelo sujeito aos itens especificados, infere sobre o traço latente do sujeito, hipotetizando relações entre as respostas observadas deste sujeito com o nível do seu traço latente, através dessas equações matemáticas (PASQUALI, 2009).

Entre as suposições básica da TRI, destaca-se a unidimensionalidade e a independência local. Pasquali e Primi (2003) apontam que a unidimensionalidade é o postulado de que há apenas um traço latente dominante, ou construto, responsável pelo desempenho dos indivíduos aos itens; a independência local postula que, se o traço latente é constante, as respostas do indivíduo aos itens são independentes, o que implica que o desempenho do sujeito num item não afeta o desempenho em outro item.

Pode-se apontar 5 (cinco) vantagens advindas com a TRI: 1. O cálculo do nível de traço latente do sujeito independe da amostra de itens utilizados (dificuldade e precisão do instrumento aplicado), desde que os itens estejam medindo o mesmo traço latente; 2. O cálculo dos parâmetros dos itens independe da amostra de sujeitos utilizada, ou seja, mesmo que a amostra não seja representativa, os parâmetros dos itens serão estimados corretamente; 3. Permite posicionar os itens e os sujeitos em uma mesma escala do traço latente que está sendo avaliado, possibilitando identificar os itens que melhor avaliam cada nível do traço; 4. Constitui um modelo que não precisa fazer suposições improváveis, tais como a de que os erros de medida são iguais para todos os indivíduos; 5. Não exige que se trabalhe com

instrumentos estritamente paralelos para avaliar a confiabilidade (HAMBLETON; SWAMINATHAN; ROGERS, 1991; PASQUALI; PRIMI, 2003).

Pode ser útil que ambas as técnicas sejam aplicadas conjuntamente, o que possibilita uma avaliação estrutural mais completa do instrumento, além de minimizar as limitações de cada um dos métodos. Cabe salientar, nesse sentido, que a TCT e a TRI devem ser vistas como abordagens complementares, podendo fornecer informações úteis em diversas fases da análise (SARTES; FORMIGONI, 2013).

3.2.1 Confiabilidade

A confiabilidade é a capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes (TERWEE, 2007). Refere-se à exatidão, à qualidade de medir sem erros, de forma que o mesmo teste, avaliando os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos (PASQUALI, 2009).

Os seguintes procedimentos são utilizados para sua avaliação: estabilidade, consistência interna e equivalência (POLIT; BECK, 2011). Não se trata de uma propriedade fixa de um questionário, depende da função do instrumento, da população em que é administrado, das circunstâncias e do contexto (SOUZA; ALEXANDRE; GIRARDELLO, 2017).

A estabilidade é o grau em que resultados similares são obtidos em dois momentos distintos da aplicação do instrumento. A sua avaliação pode ser realizada pelo método de teste-reteste, que consiste na aplicação de uma mesma medida, a uma mesma amostra de pessoas, em duas ocasiões, com posterior comparação de escores. Os coeficientes de confiabilidade variam de 0,00 a 1,00, e quanto mais alto o valor, mais confiável (estável) é o instrumento de mensuração. Na maioria dos casos, os coeficientes de confiabilidade acima de 0,70 são satisfatórios, mas são preferíveis os coeficientes entre 0,85 e 0,95 (POLIT; BECK, 2011).

O intervalo de tempo entre as medições influenciará a interpretação da confiabilidade do teste-reteste; portanto, considera-se adequado um intervalo de 10 a 14 dias entre o teste e o reteste (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010).

A consistência interna indica se todas as subpartes de um instrumento medem a mesma característica (STREINER, 2003). Uma estimativa de consistência interna baixa pode significar que os itens medem construtos diferentes ou que as respostas às questões do

instrumento são inconsistentes (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). Esta abordagem investiga uma fonte importante de erro de mensuração nas medidas com muito itens, a amostragem dos itens.

A consistência interna de instrumentos pode ser avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, que reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala, ou seja, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento (STREINER; KOTNNER, 2016; PASQUALI, 2013). Estudos determinam que valores superiores a 0,7 são os ideais, porém abaixo de 0,70, mas próximos a 0,60, são considerados satisfatórios (POLIT; BECK, 2011; PASQUALI, 2013). Destaca-se que os valores do coeficiente alfa de Cronbach são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida, ao tempo em que pequeno número de itens por domínio pode diminuir os valores de alfa, afetando a consistência interna (SIJSTMA, 2009).

Dois outros modelos estatísticos podem ser utilizados para aferição da consistência interna: cálculo do alfa de Cronbach se item deletado e correlação média entre os itens. Valores de alfa de Cronbach se item deletado permitem ao pesquisador avaliar se, ao retirar um item de determinado domínio do instrumento, o valor do coeficiente alfa de Cronbach total do domínio se altera, permitindo ao pesquisador verificar se algum item do instrumento está afetando o valor de alfa de Cronbach (ALLEN *et al.*, 2008). A correlação média entre os itens possui uma relação direta com o coeficiente alfa de Cronbach, ou seja, à medida que o coeficiente alfa aumenta, a correlação média acompanha essa elevação; e, se as correlações forem altas, há evidência de que os itens medem o mesmo construto, satisfazendo a avaliação da confiabilidade (STREINNER, 2003).

A equivalência investiga a confiabilidade do instrumento por diferentes observadores. É estimada através de dois ou mais observadores treinados fazendo observações independentes e simultâneas, a fim de se calcular um índice de concordância (POLIT; BECK, 2011).

3.2.2 Responsividade

Quando se deseja avaliar as mudanças de um fenômeno ao longo do tempo, pesquisadores têm proposto uma outra propriedade a ser medida que é a responsividade. A responsividade avalia a capacidade do instrumento em detectar melhora ou piora nas condições de pacientes, isto é, consegue verificar mudanças (FAYERS; MACHIN, 2000).

Para Aaronson *et al.* (2002) a responsividade ou sensibilidade para mudanças (sensitivity to changes), é a habilidade do instrumento medir mudanças pequenas, mas clinicamente importantes que o sujeito desenvolve em resposta a uma intervenção terapêutica efetiva, propriedade muito importante no processo de avaliação de construtos longitudinais. Na prática clínica, mesmo uma pequena mudança, melhora ou deterioração, pode fazer diferença nas tomadas de decisão clínica (PERSSON *et al.*, 2013).

Um instrumento responsivo pode ser classificado em três grupos segundo sua capacidade de detectar o tipo de mudança: habilidade para detectar mudanças em geral, não considerando se a mudança é relevante ou significativa; habilidade para detectar mudanças clinicamente importantes e habilidade de detectar uma mudança real no conceito que está sendo medido (TERWEE *et al.*, 2003; OLIVEIRA ; SANTOS, 2011).

Para o cálculo da responsividade, aplica-se o instrumento em formato pré e pós teste. Estatisticamente, é comum utilizar-se o teste t-pareado em conjunto com o cálculo do effect size para detectar o tamanho do efeito. Pode-se utilizar ainda o cálculo através da média de respostas padronizadas ou modelos de regressão linear (OLIVEIRA; SANTOS, 2011; HUKUDA *et al.*, 2016).

3.2.3 Validade

A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir, considerando-se um instrumento válido quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo, como, por exemplo, ansiedade e não outro constructo como o estresse. Pode ser avaliada por meio dos seguintes métodos: validade de conteúdo, validade de critério e validade do constructo (PASQUALI, 2009; ALEXANDRE; COLUCCI, 2011).

3.2.3.1 Validade de conteúdo

Avalia o grau em que os elementos de um instrumento são relevantes e representativos de um específico constructo para um propósito particular. São considerados como elementos, os itens de forma individual, o formato das respostas e as instruções. A relevância de um instrumento de avaliação refere-se à adequação de seus elementos para o alcance do constructo ser medido e a representatividade refere-se ao grau que seus elementos são proporcionais a todas as facetas importantes do conceito a ser avaliado (HAYNES, RICHARD, KUBANY, 1995).

A validade de conteúdo pode ser comprometida se alguma face do constructo a ser medido for omitida, contiver itens fora do domínio do constructo ou a pontuação agregada for desproporcional, o que pode acarretar inferências clínicas errôneas (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995).

A validade de conteúdo é necessariamente baseada em julgamento, em que especialistas na área são chamados para analisar a adequação dos itens em representar o universo hipotético do conteúdo nas proporções corretas (POLIT; BECK, 2011).

Recomenda-se a participação de seis a vinte sujeitos, com uma composição de no mínimo três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados para participar. Para a seleção, deve-se levar em consideração as características do instrumento, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais necessários (LYNN, 1986; GRANTS, DAVIS, 1997)

Alexandre e Coluci (2011) apontam que, entre os critérios que podem ser utilizados nessa seleção, destacam-se a experiência clínica, pesquisa e publicação sobre o tema, ser perito na estrutura conceitual envolvida e ter conhecimento metodológico sobre a construção de questionários e escalas. Quando se tratar de um processo de adaptação cultural, sugere-se a formação de um comitê multidisciplinar, composto por pessoas bilíngues e por especialistas na área de conhecimento do instrumento, que precisam ser informados sobre as medidas e conceitos envolvidos.

A avaliação por juízes pode envolver procedimentos qualitativos e quantitativos. A avaliação qualitativa inclui o julgamento quanto à abrangência, isto é, se cada domínio ou conceito foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas, podendo ocorrer a inclusão ou eliminação de itens. Inclui-se também a análise dos itens de forma individual, com o propósito de verificar sua clareza e pertinência. Em relação à clareza, deve-se avaliar a redação dos itens, e quanto à pertinência ou representatividade, deve-se buscar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos. Essa avaliação pode ser inicialmente feita de forma individual e independente pelos juízes, seguida por uma discussão em grupo que corresponde ao procedimento qualitativo (TILDEN; NELSON; MAY, 1990; BERK, 1990; MCGILTON, 2003).

Pasquali (2013) sugere para a validação de conteúdo a avaliação de 12 critérios (10 para o itens e 2 para o instrumento todo):

1. Comportamento: o item deve expressar um comportamento, permitindo à pessoa considerar uma ação clara e precisa;

2. Objetividade: o item deve permitir expressar a preferência, a opinião, os sentimentos e o modo de ser do respondente;
3. Simplicidade: o item deve expressar uma única ideia;
4. Clareza: o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta;
5. Relevância (pertinência): o item deve ser consistente com o construto;
6. Precisão: o item deve ter uma posição definida no contínuo do construto e ser distinto dos demais itens;
7. Variedade: deve-se variar a linguagem para evitar monotonia, bem como variar a quantidade de itens favoráveis e desfavoráveis para evitar erro de resposta estereotipada;
8. Modalidade: o item deve ser formulado com expressões de reação modal, ou seja, sem expressões extremadas;
9. Tipicidade: formar frases condizentes com o atributo;
10. Credibilidade: o item não deve estar formulado de forma ridícula, despropositada ou infantil;
11. Amplitude: o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo, ou seja, deve permitir discriminar entre indivíduos de diferentes níveis;
12. Equilíbrio: o conjunto de itens deve permitir uma distribuição assemelhada à curva normal.

Quanto à avaliação quantitativa, esta é utilizada para quantificar o grau de concordância entre os especialistas durante o processo de avaliação da validade de conteúdo de um instrumento. Dentre esses, destacam-se:

- Porcentagem de concordância: método empregado para calcular a porcentagem de concordância entre os juízes. É a medida mais simples de concordância interobservadores e geralmente utilizada na fase inicial para auxiliar na determinação dos itens. A literatura considera como uma taxa aceitável de concordância de 90% entre os membros do comitê (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).
- Índice de validade de conteúdo (IVC): mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo. Este método emprega uma escala tipo

Likert com pontuação de um a quatro. Para avaliar a relevância/representatividade, as respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os itens que receberam pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido calculado o número de respostas com pontuação 3 ou 4 dividido pelo número total de respostas (RUBIO, 2003; LYNN, 1986).

Para avaliar o instrumento como um todo, Polit e Beck (2006) recomendam que os pesquisadores possam realizar o cálculo de três formas: média das proporções dos itens considerados relevantes pelos juízes; média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, somam-se todos os IVC calculados separadamente e dividem-se pelo número de itens considerados na avaliação; ou dividir o número total de itens considerados como relevantes pelos juízes pelo número total de itens.

3.2.3.2 Validade de critério

A validade de critério de um teste consiste no grau de eficácia que ele tem em predizer um desempenho específico de um sujeito. O desempenho do sujeito torna-se, assim, o critério contra o qual a medida obtida pelo teste é avaliada. Evidentemente, o desempenho do sujeito deve ser medido/avaliado por meio de técnicas que são independentes do próprio teste que se quer validar (PASQUALI, 2009).

A validade de critério visa estabelecer relações entre os escores do instrumento avaliado com algum critério externo, através de medidas independentes da escala em questão, com o propósito de verificar se a qualidade do método de medida corresponde a outra observação que mediu corretamente o mesmo fenômeno (POLIT; BECK, 2011; GUILLEMIN, 1995). Dessa forma, indica em que grau o desempenho do sujeito da pesquisa sobre a ferramenta de medição e o comportamento real do sujeito da pesquisa estão relacionados (LOBIONDO-WOOD; HABER, 1998).

A validade de critério pode ser avaliada de duas formas: validade concorrente refere-se ao grau de correlação de duas medidas do mesmo conceito administradas ao mesmo tempo; validade de previsão refere-se ao grau de correlação entre a medida do conceito e alguma medida futura do mesmo conceito. A diferença fundamental entre os dois tipos é basicamente

uma questão do tempo que ocorre entre a coleta da informação pelo teste a ser validado e a coleta da informação sobre o critério (LOBIONDO-WOOD; HABER,1998; PASQUALI, 2009).

Neste tipo de validação dos testes, é de fundamental importância definir um critério adequado e medir, válida e independentemente do próprio teste, este critério. Quando existem testes comprovadamente validados para a medida de algum traço, eles certamente constituem um critério contra o qual se pode com segurança validar um novo teste. Destaca-se, dessa forma, que a validade de critério só faz sentido se existirem testes comprovadamente válidos que possam servir de critério contra o qual se quer validar um novo teste e que este novo teste tenha algumas vantagens sobre o antigo (PASQUALI, 2009)

3.2.3.3 Validade de construto

A validação de construto estabelece a capacidade de um instrumento em medir um conceito abstrato e fornece evidencia sobre os componentes teóricos do construto (PORTNEY; WATKINS, 2009). Baseia-se na medida em que um teste mede um traço ou construto teórico, ao buscar validar um corpo de teoria subjacente à medição e testagem das relações hipotéticas (LOBIONDO-WOOD; HABER,1998).

Na validação de construto, a preocupação maior é checar: 1. Dimensionalidade: se todos os itens da escala se relacionam com uma única variável latente; 2. Homogeneidade: se todos os itens da escala parecem estar relacionados forte e igualmente à mesma variável latente; 3. Sobreposição entre variáveis latentes: se alguns itens se correlacionam com outras variáveis latentes (FAYERS; MACHIN, 2007).

Um dos métodos para avaliação da validade de construto é a abordagem de validação de grupos conhecidos baseia-se no princípio da antecipação de que certos grupos específicos de pacientes podem diferir significativamente de outros e o instrumento deveria ser sensível a essas diferenças. Utiliza-se esse tipo de validação quando um instrumento pode discriminar entre indivíduos que são conhecidos por apresentarem determinadas características e aqueles indivíduos que não as apresentam, escolhendo-se um critério que irá determinar a presença ou ausência dessa característica. O contexto teórico em que se baseia o construto irá prever quanto diferentemente os grupos irão se comportar e se os resultados apontarem essa diferença, o instrumento é considerado válido (PORTNEY; WATKINS, 2009).

A técnica de validação convergente-discriminante, segundo Pasquali (2013), demonstra a validade de construto por meio de dois princípios: a) o teste deve correlacionar-

se significativamente com outras variáveis com as quais o construto deveria estar relacionado segundo a teoria que o alicerça (validade convergente); b) não se relacionar com variáveis com as quais ele teoricamente deveria diferir (validade discriminante).

Outra forma de avaliação é a análise de fator que avalia o grau em que as questões individuais sobre uma escala se agrupam verdadeiramente em torno de uma ou mais dimensões. Este é um procedimento que dá ao pesquisador a informações sobre a medida em que o conjunto de questões mede o mesmo construto subjacente ou dimensão de um construto (PASQUALI, 2009).

Para Sartes e Formiogioni (2013), a análise fatorial fornece informações necessárias, mas não suficientes, pois permite apenas verificar se os dados são consistentes ou não com a estrutura fatorial postulada. Esta análise poderia ser aplicada para avaliação da unidimensionalidade, requisito exigido para uma avaliação complementar baseada na TRI. A principal função das diferentes técnicas de análise fatorial é reduzir uma grande quantidade de variáveis observadas a um número reduzido de fatores. Os fatores representam as dimensões latentes (construtos) que resumem ou explicam o conjunto de variáveis observadas (HAIR *et al.*, 2005).

A análise fatorial confirmatória parte da premissa que exista uma teoria sobre quais variáveis medem quais fatores, buscando-se confirmar o grau de ajuste dos dados observados à teoria que se hipotetizou. Para isso, utiliza-se a modelagem de equações estruturais, na qual as relações entre variáveis observadas e fatores são modeladas em uma série de regressões lineares, utilizando para isso uma matriz de covariâncias (FIGUEREIDO FILHO; SILVA JUNIOR, 2010).

A análise fatorial exploratória analisa o padrão de correlações existentes entre as variáveis e utiliza esses padrões de correlações para agrupar suas variáveis em fatores, os quais são variáveis não-observadas que se pretende medir a partir das variáveis observadas. Na análise fatorial exploratória, o índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett (BTS) são utilizados para avaliar a adequacidade do tamanho amostral e da análise fatorial e para testar a hipótese nula da matriz identidade, ou seja, de que, além da correlação perfeita (diagonal principal), não há correlação entre as variáveis. Os valores esperados para os testes de KMO são entre 0,5 e 1 e de BTS, p menor que 0,5 (HAIR *et al.*, 2009).

Pasquali (2003) argumenta que os métodos baseados na Análise Fatorial de Informação Plena seriam os que afluem melhores resultados, com destaque para o método das cargas fatoriais.

As cargas fatoriais representam a correlação de cada variável com o fator, na matriz dos fatores, indicando o grau de correspondência; as comunalidades representam a variância explicada pela solução fatorial obtida pela soma dos quadrados das cargas fatoriais, de cada variável. São consideradas cargas fatoriais significantes quando alcançam o valor de 0,30. No entanto, nem sempre é possível fornecer um padrão significativo de cargas das variáveis na matriz fatorial, sendo aconselhável realizar uma rotação nos eixos de referência dos fatores, podendo ser ortogonal ou oblíqua (ARIAS; LLOREDA; LLOREDA, 2006). Dessa forma, a unidimensionalidade se converte em uma questão de grau, isto é, quanto mais variância for explicada pelo primeiro fator, maior grau de unidimensionalidade deve existir (ANDRIOLA, 2009).

Para uma avaliação da validade do construto baseada na TRI, existem modelos baseados na forma logística e na ogiva normal, sendo um dos mais utilizados os modelos logísticos de parâmetros. O modelo logístico de dois parâmetros deve ser utilizado quando os itens a serem avaliados são dicotômicos. Ele avalia a probabilidade de um indivíduo responder positivamente a um item em função do seu traço latente, sendo tal probabilidade influenciada pelos parâmetros de discriminação do item (capacidade de diferenciar indivíduos quanto à intensidade do traço latente) e pela sua dificuldade (grau de dificuldade de o item gerar uma resposta afirmativa) (PASQUALI; PRIMI, 2003).

Com base nesses parâmetros de cada item, é construída a CCI, um gráfico com uma curva de probabilidade em forma de S, no qual o eixo das abscissas representa a intensidade do traço latente dos indivíduos e o eixo das ordenadas é a probabilidade de o indivíduo responder positivamente ao item. A CCI avalia a probabilidade de resposta positiva a um dado item em função da intensidade (ou nível) do traço latente do indivíduo (SARTES; FORMIGONI, 2013).

Esse modelo gera uma escala final denominada “escala de níveis do traço latente”. Após a estimação dos parâmetros de discriminação e dificuldade, são realizados os cálculos das probabilidades de um indivíduo responder positivamente aos itens, a partir das quais os itens dicotômicos são posicionados nos níveis da escala do traço latente. Esse posicionamento permite identificar onde os itens se concentram e, dessa forma, caracterizar cada nível. Permite ainda avaliar qual a probabilidade de indivíduos que se encontram naquele nível do traço tem de responder positivamente àqueles itens (SARTES; FORMIGONI, 2013).

É possível através dessa escala identificar os itens âncora. Para um item ser considerado “âncora”, mais do que 65% das pessoas que se encontram no mesmo nível do traço latente do item devem tê-lo respondido afirmativamente e não mais do que 50% das

peças que se encontram no nível imediatamente inferior devem tê-lo feito. Além disso, a diferença de probabilidade de respostas afirmativas àquele item entre dois níveis subsequentes deve ser de no mínimo 30%. Quanto mais itens âncora são encontrados, melhor é a caracterização de cada nível. A interpretação de cada nível do traço latente, a partir dos itens que o compõe, além de facilitar sua compreensão, salienta-se como um interessante processo para facilitar aos clínicos a determinação do perfil dos indivíduos quanto ao traço latente que está sendo medido (SARTES; FORMIGONI, 2013).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo metodológico de adaptação e validação do instrumento NGARS, desenvolvido em duas etapas: 1- adaptação transcultural e validação de conteúdo realizada por comitê de especialistas e 2- validação de propriedades psicométricas com usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem apoio matricial por Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), do município de Teresina (Figura 1).

Este estudo integra o projeto intitulado “Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina” (Processo: 305571/2017-5 – Chamada CNPq nº 12/2017 – Bolsas de Produtividade em Pesquisas – PQ).

4.2 Instrumento para validação – índice NGARS

O índice Nurses Global Assessment Suicide Risk (NGASR) (ANEXO A) foi desenvolvido no Reino Unido numa unidade de Saúde Mental assente em práticas baseadas na evidência por Cutcliffe e Barker (2004). Para os autores, enfermeiros com experiência clínica menos específica no trabalho com pacientes suicidas, provavelmente possuem menos confiança em fazer julgamentos clínicos tão sensíveis para a avaliação de risco. O índice NGARS apresenta-se como ferramenta discreta baseada em evidências que facilitaria o desenvolvimento do julgamento clínico em funcionários menos experientes e suplementaria, em vez de substituir o julgamento clínico dos enfermeiros experientes.

Trata-se de um índice de pontuação simples, constituído por 15 variáveis preditivas (itens) a serem analisados durante a entrevista de enfermagem. As principais variáveis indicadoras são: sentimentos de desesperança, eventos de vida estressante, evidência de alucinações/delírios persecutórios, presença de sintomas depressivos, evidência de afastamento social, aviso de intenção suicida, evidência de um plano suicida, histórico familiar de problema psiquiátricos graves e/ou suicídio, processo de luto recente ou perda de relação, histórico de sintomas psicóticos, viuvez, tentativa anterior de suicídio, histórico de privação socioeconômica, histórico de uso e/ou abuso de álcool, presença de doença terminal.

A cinco delas foi atribuída pontuação três, sendo variáveis que apresentam uma forte correlação estatística com elevado grau de risco de suicídio (desesperança, sintomas

depressivos, plano suicida, processo de luto e histórico de tentativa anterior de suicídio); às restantes dez variáveis foi atribuída pontuação de um. Ao totalizar as pontuações, atinge-se um escore final que traduz-se em 4 (quatro) níveis de risco de suicídio: risco baixo (pontuação menor ou igual a 5), intermédio (pontuação 6 -8), elevado (pontuação 9-11) e muito elevado (pontuação igual ou acima de 12). Essa avaliação do risco de suicídio torna-se intrinsecamente ligada ao processo de avaliação e cuidados subsequentes de acordo com o nível alcançado por cada indivíduo.

Em sua construção foram avaliadas apenas validação de face e de conteúdo, alcançando-se bons resultados, além de verificação do uso na prática clínica (CUTCLIFFE; BARKER, 2004). Somente em estudos posteriores - como os realizados por Ferrara *et al.*, 2019; Façanha; Santos; Cutcliffe, 2016; Veen *et al.*, 2014; Yeon *et al.*, 2012; Kozel, 2011; Chen *et al.*, 2011- buscou-se avaliar a confiabilidade e a validade de critério e construto do índice NGARS.

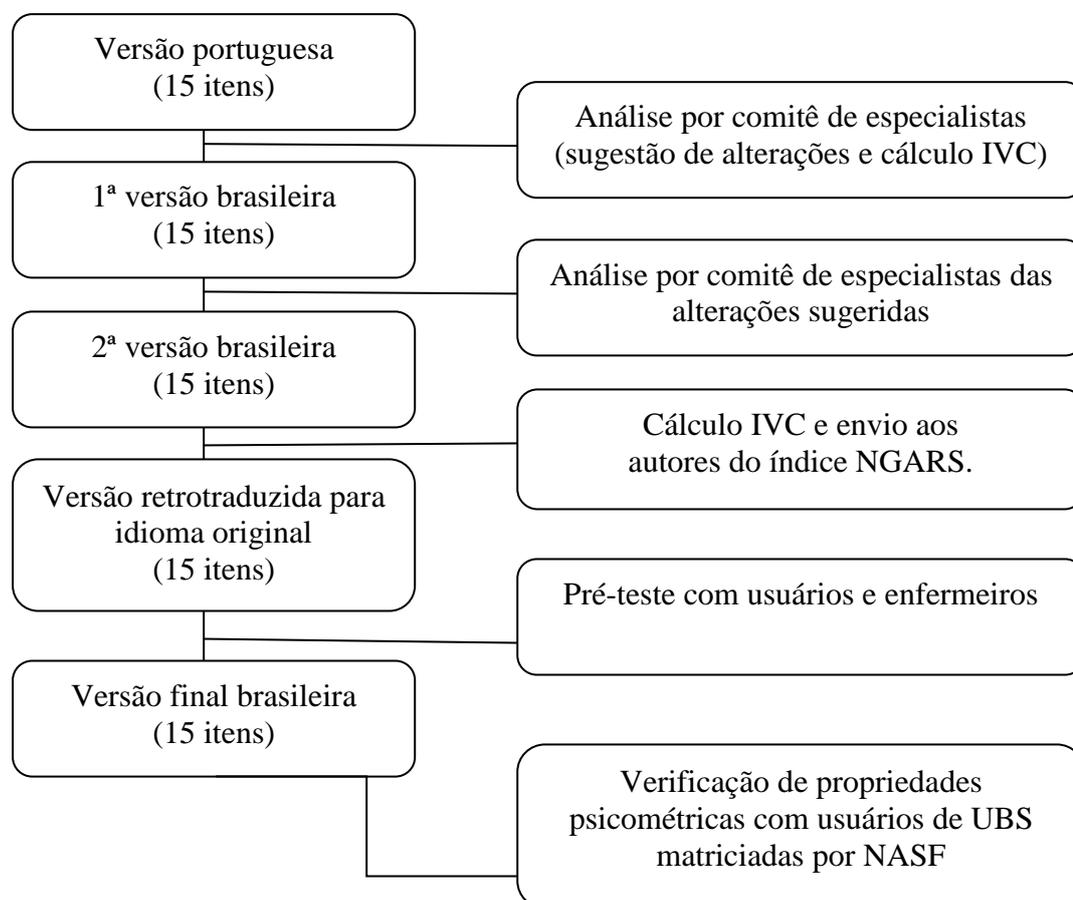
O NGASR não possui validação para a população brasileira. Foi realizado contato com os autores do instrumento solicitando sua permissão para adaptação, obtendo-se sua anuência (ANEXO B). Como o instrumento já possui tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa, em estudo realizado por Santos e Façanha (2013), também foi obtida autorização para uso da versão do instrumento no idioma português de Portugal (ANEXO C).

Para sua validação no Brasil, tomando por base o fato do idioma português do Brasil apresentar semelhanças linguísticas e semânticas com o idioma português de Portugal, realizou-se somente as etapas pertinentes à adaptação cultural de avaliação da compreensão verbal por comitê de especialistas (validade de conteúdo) e verificação da clareza através de pré-teste e aplicação do instrumento adaptado à amostra do estudo para avaliação das propriedades psicométricas, conforme preconiza (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

4.3 1ª fase da pesquisa: adaptação cultural e validação de conteúdo do instrumento

Esta fase, executada no período de outubro de 2018 a janeiro de 2019, foi realizada em duas etapas: (1) avaliação por comitê de especialistas e (2) aplicação de pré-teste em enfermeiros e usuários dos serviços de atenção primária para avaliação da compreensão do instrumento NGARS, conforme figura 1.

Figura 1. Representação gráfica das etapas do estudo de adaptação e validação do índice NGARS para a população brasileira atendida na atenção primária à saúde. Teresina-PI, 2020.



O levantamento de especialistas (juízes) foi feito por meio da consulta ao currículo lattes (via Plataforma Lattes-CNPq), utilizando-se as palavras-chaves “suicídio”, “suicidologia”, “saúde mental na atenção básica”, “psicometria” e “validação de instrumentos”. A seleção para a composição do comitê foi realizada através da avaliação de titulação acadêmica, experiência profissional e publicação científica na área, com pontuação mínima de 5 pontos, conforme o quadro 1 adaptado de Ferhing (1994).

Quadro 1. Critérios estabelecidos para seleção de comitê de especialistas adaptado de Ferhing (1994). Teresina, 2020.

Critérios	Pontuação
Titulação de Doutorado em Enfermagem	2
Titulação de Doutorado em Enfermagem com tese na temática de suicídio e/ou saúde mental na atenção básica e/ou validação de instrumentos	4
Titulação de Mestre em Enfermagem	1
Titulação de Mestre em Enfermagem com tese na temática de suicídio e/ou saúde mental na atenção básica e/ou validação de instrumentos	2
Especialização na temática de suicídio e/ou saúde mental na atenção básica e/ou validação de instrumentos	1
Publicação de artigo na temática de suicídio e/ou saúde mental na atenção básica e/ou validação de instrumentos com qualis > B2	2
Atuação prática de no mínimo 1 ano em serviço de saúde mental	1

Foram contatados 21 especialistas via correio eletrônico, ocasião em que foi encaminhada carta explicativa sobre o objetivo do estudo, descrição do instrumento e os conceitos envolvidos, informações sobre o contexto que se pretendia validá-lo e a população envolvida, além do TCLE (APENDICE A). Após 15 dias (prazo informado na carta-convite para envio do aceite), o comitê foi composto por nove expertises nas áreas de suicidiologia, saúde mental na atenção básica e estudos metodológicos, o que corrobora com Pasquali (2013), que recomenda a utilização de número de ímpar de especialistas, assim como, o número mínimo de 3 (três) juízes para avaliação dos itens quanto a equivalência e concordância das respostas. Este comitê assegurou que a versão adaptada apresentasse equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

Com a resposta favorável à participação, foi enviado aos juízes a versão portuguesa do índice NGARS (ANEXO D) e questionário (ANEXO E), adaptado de Pasquali (2013), para análise dos itens do instrumento quanto à simplicidade, clareza, relevância, precisão e amplitude atribuindo valores de 1 a 4, além de espaço para sugestões sobre a escrita do item; inclusão/exclusão de itens.

Este questionário permitiu ao pesquisador realizar avaliações qualitativas e quantitativas. A avaliação qualitativa se deu pela pertinência das sugestões/alterações sugeridas pelo comitê de especialistas, e a avaliação quantitativa através das pontuações obtidas pelos itens. Para avaliação quanto ao atendimento aos objetivos do estudo, foram considerados os itens que receberam pontuação com valores iguais ou maiores a 3. Foi

calculado o índice IVC, sendo considerado adequado acima de 0,78, conforme recomendam os autores para estudos que utilizam seis ou mais especialistas (ALEXANDRE; COLLUCI, 2011). O cálculo do IVC consiste na relação entre o número de resposta de alta concordância sobre o número total de juízes que opinaram. A fórmula utilizada para calcular o IVC é: $IVC = \text{número de respostas "3" ou "4"} / \text{número total de resposta}$. Os itens com IVC abaixo do valor estipulado foram revisados e/ou substituídos/eliminados.

Após mudanças sugeridas pelo comitê de especialistas, foi realizada retrotradução da versão validada brasileira (ANEXO F), por tradutor nativo para a língua inglesa e enviada aos autores do instrumento para aquiescência da versão final. Não houve necessidade de retrotradução para a língua portuguesa de Portugal pelas semelhanças semânticas e linguísticas com o idioma brasileiro.

Seguiu-se então com a aplicação de pré-teste (APÊNDICE B) em dois grupos: 30 indivíduos adultos, usuários de Unidades Básicas de Saúde e 19 enfermeiro(a)s que atuam nessas UBS. A opção em fazer o teste piloto nos dois grupos se deu para avaliar a compreensão tanto por quem deve aplicar o instrumento (enfermeiros) quanto por quem irá responder aos questionamentos decorrentes dos itens que o compõe (usuários).

4.4 2ª fase da pesquisa: verificação de propriedades psicométricas

4.4.1 Participantes: população e amostra

Para verificação das propriedades psicométricas, a população fonte foi constituída 14.062 hab por indivíduos, na faixa etária de 20 a 59 anos, cadastrados no sistema de informação e-SUS das Equipes de Saúde da Família (eSF) do município de Teresina com matriciamento por NASF. Para o cálculo da amostra utilizou-se a fórmula proposta por Gil (2008) para pesquisas sociais em populações finitas levando em consideração uma prevalência presumida de pacientes com comportamento suicida que buscam serviços de atenção primária de 50% (TENG; PAMPANELLI, 2015), nível de confiança de 95% e erro máximo de 5%, na qual se obteve um total de 374 indivíduos, aos quais foram acrescidos 5% para perdas e recusas, alcançando-se uma amostra de 391 a serem entrevistados. A amostragem foi probabilística estratificada por UBS (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição das Equipes de Saúde da Família do município de Teresina e sua respectiva população adulta cadastrada no e-SUS segunda a territorialização dos NASF. Teresina, 2020.

(continua...)

Territorialização dos NASF	Unidades Básicas de Saúde	eSF	População 20 a 59 anos cadastrada no e-SUS	Amostra
NASF Sul	Nossa Senhora da Paz	43	912	48
		205	825	
		122	294	
	Monte Castelo	123	600	34
		124	314	
		213	237	
Portal da Alegria	217	527	26	
	70	179		
	188	1295		90
Poty Velho	189	808		
	237	1146		
	Parque Wall Ferraz	8	88	6
41		105		
231		2		
Bela Vista	64	589	16	
	201	769		52
Jacinta Andrade	202	1102		

Quadro 2. Distribuição das Equipes de Saúde da Família do município de Teresina e sua respectiva população adulta cadastrada no e-SUS segunda a territorialização dos NASF. Teresina, 2020. (Conclusão)

Territorialização dos NASF	Unidades Básicas de Saúde	eSF	População 20 a 59 anos cadastrada no e-SUS	Amostra
NASF Leste/Sudeste	Planalto Uruguai	10	281	16
		104	70	
		105	167	
		111	55	
	Santa Luz	29	271	17
		306	350	
	Santa Isabel	45	935	26
	Cacimba Velha	65	784	60
		276	1357	

Fonte: Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: usuários cadastrados nas unidades básicas de saúde, com idade entre 20 e 59 anos. Por sua vez, serão excluídos do estudo aqueles que apresentarem problemas de audição e dicção, a ser avaliado subjetivamente pelo entrevistador na abordagem inicial.

4.4.3 Instrumentos para coleta de dados sociodemográficos

Foi aplicado um questionário (APENDICE C) para obtenção de dados acerca de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, filhos, raça, escolaridade, renda familiar, trabalho, ocupação, religião e prática religiosa), condições de saúde (frequência em serviços de saúde, morbidade, uso de medicação, evento estressor recente, problemas com sono) e hábitos de vida (uso de drogas, tratamento psicológico/psiquiátrico, tratamento alternativo, prática de atividade física, violência e discriminação).

4.4.4 Propriedades psicométricas a serem avaliadas

As propriedades psicométricas do NGASR foram analisadas em termos de confiabilidade, responsividade e validade. Para avaliação da confiabilidade, foi estimada a consistência interna, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, cálculo com item deletado e correlação média entre os itens. Para a interpretação dos valores do coeficiente de alfa de Cronbach tomou-se como base que valores superiores a 0,7 sejam os ideais, mas próximos a 0,60 são satisfatórios (STREINER, 2003); considerou-se adequado valores médios de correlação entre os itens superiores a 0,30 (STREINER; NORMAN, 2008).

A responsividade é verificada quando o instrumento apresenta a capacidade de detectar mudanças de um determinado fenômeno em indivíduos após um período maior de tempo e é constatada através do teste e pós teste. Nesse estudo, o pós-teste foi realizado 2 meses após a primeira aplicação do teste, na UBS de origem do participante da pesquisa, através de agendamento telefônico. Para análise da responsividade realizou-se teste t pareado com nível de significância de 0,05 e cálculo do *effect size* através do cálculo d de Cohen (1988) que possibilita classificar a magnitude da diferença entre as médias dos grupos ou critérios estudados, como sendo pequena ($d < 0,20$), moderada ($\geq 0,20$ a $< 0,50$) e grande ($\geq 0,50$).

Quanto à validade foi realizada a validação de conteúdo, critério e de construto. A validação de conteúdo foi realizada através do comitê de especialistas, conforme já descrito anteriormente.

No presente estudo, a validade de critério foi analisada através de regressão linear (modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa) entre o instrumento NGARS e as escalas Beck Suicide Ideation Scale (BSI) (ANEXO G), Escala de Desesperança de Beck (BHS) (ANEXO H) e Inventário de Depressão de Beck (BDI) (ANEXO I), por meio da avaliação do teste F (modelo global) e teste t (modelo com cada instrumento em específico), com o cálculo do R e R ajustado.

A seleção destes instrumentos baseou-se nos fatores de risco identificados na literatura e na disponibilidade de instrumentos fiáveis e validados para a população brasileira por Cunha (2001), diretamente relacionados com o conceito a medir. Além disso, estudo bibliométrico e revisão sistemática acerca de instrumentos de avaliação do risco de suicídio apontam as escalas selecionadas como as mais frequentes (KREUZE; LAMIS, 2018; CARDOSO *et al.*, 2014).

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), criada em 1979 por Beck, é um dos instrumentos de auto avaliação para avaliação da gravidade da ideação suicida, composta por 21 itens pontuados em escala de 0 a 3, com variação de escore de 0-38, calculado pela soma dos primeiros 19 itens. Não existe um corte dicotômico para definição de alto risco, mas as contagens altas indicam um maior risco de ideação suicida e os itens individuais podem ser usados como subsídios para ideação suicida ativa, ideação suicida passiva e tentativas de suicídio anteriores.

A Escala de Desesperança de Beck foi criada em 1974, por Beck, Weissman, Lester e Trexler, e traduzida para português por Cruz em 1992, constituída por 20 frases, em que as respostas são do tipo verdadeiro ou falso e avalia o grau de pessimismo e desespero em relação ao futuro. A pontuação atribuída a cada um dos itens varia entre 0 e 1, o resultado final é a soma da pontuação atribuída a cada item e pode oscilar entre 0 e 20 (CUNHA, 2001).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi desenvolvido por Beck e colaboradores (1961) para avaliar a intensidade de depressão, é composto de 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais, cognitivas, afetivas e somáticas da depressão. Cada categoria contém quatro ou cinco alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria varia de zero (ausência de sintomas) a três (presença dos sintomas mais intensos). Na classificação, os escores até 9 pontos significam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos; de 10 a 18 pontos,

depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave; e, de 30 a 63 pontos, depressão grave.

Quanto à validade de construto, que consiste em validar a estrutura teórica subjacente ao instrumento de medida e verificar hipóteses de associação, foi realizada avaliação quanto aos pressupostos da TCT, através de análise fatorial exploratória (AFE) e validação de grupos conhecidos.

Para a AFE, utilizou-se Teste de Esfericidade Bartlett's (BTS) e Kaiser-Meyer-Olki (KMO) para avaliar a adequação do tamanho amostral e da análise fatorial e para testar a hipótese nula da matriz identidade, respectivamente. Os valores esperados para os testes de KMO foram entre 0,5 e 1 e de BTS, p menor que 0,5. Para a análise dos componentes principais foram escolhidos os fatores que obtiveram valores superiores a 1 e sua extração foi efetuada após rotação ortogonal Varimax. Foram consideradas cargas fatoriais e comunalidades significantes quando alcançaram o valor de 0,40.

Para a abordagem de validação de grupos conhecidos, definiram-se grupos esp 64 s por sexo (feminino/masculino), sintomatologia depressiva (sim/não) e sintomatologia ansiosa (sim/não), por serem grupos reconhecidamente de risco para o comportamento suicida. Hipotetizou-se que mulheres, pessoas com sintomatologia depressiva e ansiosa apresentariam maiores médias no escore NGARS. Para determinação dos grupos com/sem sintomatologia depressiva e ansiosa, utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) (ANEXO J) respectivamente. Para avaliação da sensibilidade do índice NGARS em diferir significativamente o comportamento dos grupos, e assim ser considerado válido, utilizou-se o Teste t de Student com nível de significância de 0,05.

4.4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de março a julho de 2019 nas Unidades Básicas de Saúde de Teresina-PI. A equipe de coleta foi composta por 10 (dez) membros do Grupo de estudos em Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GESVSM) da Universidade Federal do Piauí, previamente treinados. Para a análise das escalas BSI, BHS e BDI contou-se com a consultoria de profissional psicólogo.

Os indivíduos foram abordados nas salas de espera, momento em que eram convidados a participar da pesquisa, explicitando-se seus objetivos e solicitado, em caso de anuência, a assinatura do TCLE (APENDICE D). Ao final de cada entrevista, todos os participantes que apresentavam risco de suicídio a partir de intermediário segundo o índice NGARS foram

referenciados para as equipes de saúde da família e/ou NASF para a imediata avaliação e intervenção adequada através de condutas preconizadas pela rede de atenção à saúde do município de Teresina-PI.

4.4.6 Análise dos dados

Os dados foram submetidos a processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel e posteriormente exportados e analisados no software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0. A fim de caracterizar a amostra foram realizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples, média, moda, mediana, intervalo mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas para verificação do pressuposto de normalidade. A homogeneidade das variâncias foi avaliada pelo teste de Levene, enquanto que a linearidade foi avaliada por meio dos gráficos de dispersão.

Para a análise das propriedades psicométricas foram calculados: alpha de Cronbach; Teste t pareado; Regressão linear; Teste t de Student; Análise fatorial com rotação ortogonal Varimax; Teste de Esfericidade de Bartlett's e Kaiser-Meyer-Olki. Para todas as análises realizadas, foi adotado o nível de significância de 0,05.

4.5 Questões éticas

Foram obedecidos os princípios da ética, sigilo e confidencialidade, conforme preconiza a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram convidados e esclarecidos acerca dos objetivos do estudo e ao concordarem em sua participação assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí com o parecer n. 3.533.349/2019 (ANEXO K).

5 RESULTADOS

5.1 Adaptação cultural e validação de conteúdo do índice Nurses Global Assessment Risk – NGARS

Na primeira etapa de análise do instrumento NGARS realizada pelo Comitê de Especialistas apontou-se as seguintes sugestões: alterações na escrita do conteúdo dos itens 1, 4, 9 e 11; associar o item 10 (história de psicose) ao item 3 (evidência de vozes); associar também o item 13 (história de privação socioeconômica) ao item 2 (evento estressor recente); inclusão de preditivas no item 10 (história de violências interpessoais) e no item 13 (história de preconceito); inserção no item 14 do termo “outras drogas” e no item 15 do termo “incapacitante”; mudança na pontuação do item 6 de 1 para 2 pontos. A segunda etapa se constituiu na reorganização e devolutiva do instrumento ao Comitê de Especialistas com as modificações sugeridas. Após nova análise, houve consenso de que esta seria a versão final (ANEXO L) para aplicação na população brasileira (Quadro 3).

Quadro 3. Nurses Global Assessment Risk of Suicide nas versões adaptada para a população portuguesa e versão final para a população brasileira. Teresina, 2020.

(Continua...)

Itens	Versões/Pontuação			
	Portuguesa	Pontuação	Adaptada e validada para população brasileira	Pontuação
1	Presença/influência de desesperança	3	Presença de desesperança, por exemplo, perda de esperança no futuro, perda de sentido da vida, falta de perspectivas atuais	3
2	Acontecimento stressante recente, por exemplo, perda do emprego, preocupações financeiras, ação judicial pendente	1	Acontecimento estressante recente, por exemplo, perda do emprego, dificuldades socioeconômicas, ação judicial pendente, acidentes	1

Quadro 3. Nurses Global Assessment Risk of Suicide nas versões adaptada para a população portuguesa e versão final para a população brasileira. Teresina, 2020.

(Continua...)

Itens	Versões/Pontuação			
	Portuguesa	Pontuação	Adaptada e validada para população brasileira	Pontuação
3	Evidência de vozes/crenças persecutórias	1	História de psicose (presença de vozes/crenças persecutórias)	1
4	Evidência de depressão/ perda de interesse ou perda de prazer	3	Presença de sintomas depressivos (tristeza/ perda de interesse ou perda de prazer em realizar atividades diárias)	3
5	Evidência de afastamento social	1	Comportamentos de isolamento social	1
6	Aviso de intenção suicida	1	Aviso de intenção suicida/ideação suicida	2
7	Evidência de um plano para se suicidar	3	Presença de plano de suicídio	3
8	Historial familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio	1	Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio	1
9	Processo de luto recente ou fim de uma relação	3	Presença de sofrimento por morte de ente querido (processo de luto recente) ou fim de relação	3
10	Historial de psicose	1	História de violências interpessoais (físico, psicológico, sexual)	1
11	Viúvo/ viúva	1	Viuvo/viúva ou viver sozinho	1

Quadro 3. Nurses Global Assessment Risk of Suicide nas versões adaptada para a população portuguesa e versão final para a população brasileira. Teresina, 2020.

(Conclusão)

Itens	Versões/Pontuação			
	Portuguesa	Pontuação	Adaptada e validada para população brasileira	Pontuação
12	Tentativa anterior de suicídio	3	Tentativa anterior de suicídio	3
13	Historial de privação socioeconómica	1	História de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais)	1
14	Historial de álcool e/ou abuso de álcool	1	Historia pessoal de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas	1
15	Presença de doença terminal	1	Presença de doença terminal ou incapacitante	1

Durante o processo de análise pelo comitê de especialistas, foram também avaliados os itens em termos de pontuação quanto aos critérios de simplicidade, clareza, relevância e precisão. Para o item ser considerado adequado deveria obter índice de validade de conteúdo (IVC) superior a 0,78. Na versão portuguesa, os itens 10 e 13 apresentaram em todos os critérios IVC entre 0,5 e 0,75. Com os ajustes sugeridos pelo comitê, todos os itens da versão final adaptada para a população brasileira alcançaram IVC igual ou superior a 0,78 (Tabela 1).

Tabela 1. Índice de validade de conteúdo (IVC) quanto à simplicidade, clareza, relevância e precisão na versão portuguesa e versão final adaptada para a população brasileira. Teresina, 2020.

Itens	Índice de Validade de Conteúdo							
	Versão portuguesa				Versão adaptada para a população brasileira			
	Simplicidade	Clareza	Relevância	Precisão	Simplicidade	Clareza	Relevância	Precisão
1	0,78	0,66	0,88	0,78	1,00	1,00	1,00	1,00
2	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00	0,88	1,00	1,00
3	0,78	0,78	0,88	0,88	0,88	0,78	1,00	0,88
4	0,88	0,88	1,00	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00
5	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
6	0,88	0,78	1,00	0,78	1,00	1,00	1,00	1,00
7	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
8	1,00	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
9	1,00	0,88	1,00	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00
10	0,62	0,62	0,75	0,75	1,00	0,78	1,00	1,00
11	1,00	0,88	1,00	0,75	1,00	1,00	1,00	0,88
12	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
13	0,50	0,62	0,62	0,50	0,88	0,88	1,00	1,00
14	0,88	0,88	0,88	0,88	1,00	1,00	1,00	1,00
15	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

O Índice de validade de conteúdo também foi calculado na etapa do pré-teste de compreensão dos itens por usuários e profissionais enfermeiros. A tabela 2 mostra que todos os itens alcançaram IVC superior a 0,78 nos dois grupos, o que demonstra a boa compreensão do instrumento.

Tabela 2. Índice de validade de conteúdo (IVC) da compreensão dos itens por usuários e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde no pré-teste. Teresina, 2020.

Itens	Índice de Validade de Conteúdo	
	Enfermeiros	Usuários
1	1,00	0,91
2	1,00	0,95
3	0,78	0,82
4	1,00	0,95
5	1,00	0,91
6	1,00	0,91
7	0,84	1,00
8	0,95	1,00
9	0,95	0,95
10	0,89	0,95
11	0,89	0,95
12	1,00	0,95
13	0,95	0,91
14	1,00	0,95
15	0,95	0,91

5.2 Verificação das propriedades psicométricas

5.2.1 Caracterização da amostra e aplicação do índice NGARS

A amostra para avaliação das propriedades psicométricas foi composta por 391 indivíduos assistidos na Atenção Primária à Saúde, com predomínio de mulheres, na faixa etária de 20 a 39 anos, com companheiro em convívio no mesmo lar e mais de 10 anos de estudo e com religião (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da amostra. Teresina, 2020 (n=391).

Variáveis socioeconômicas	n (%)
Sexo	
Masculino	86 (22,0)
Feminino	305 (88,0)
Faixa etária	
20 - 39 anos	258 (66,0)
40 – 59 anos	133 (34,0)
Estado civil	
Com companheiro, em convívio mesmo lar	250 (64,0)
Com companheiro, sem convívio	32 (8,2)
Sem companheiro, com casamento anterior	40 (10,2)
Sem companheiro	69 (17,6)
Anos de estudo*	
Ate 10 anos de estudo	136 (36,4)
Mais de 10 anos de estudo	238 (63,6)
Religião	
Sim	349 (89,3)
Não	42 (10,7)

* 17 participantes sem informação

Observa-se na tabela 4 que os itens mais apontados na avaliação do risco de comportamento suicida segundo o NGARS foram história de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas (40,9%), acontecimento estressante recente (33,0%), presença de sintomas depressivos (25,3%), presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio (25,3%) e presença de sofrimento por luto recente ou fim de relação (23,3%).

Tabela 4. Distribuição da frequência de pontuação dos itens que compõem o instrumento NGARS na amostra do estudo. Teresina, 2020. (n=391).

Itens NGARS	n (%)
Desesperança	43 (11,0)
Acontecimento estressante recente	129 (33,0)
História de psicose	26 (6,6)
Presença de sintomas depressivos	99 (25,3)
Comportamentos de isolamento social	51 (13,0)
Aviso de intenção/ideação suicida	29 (7,4)
Presença de plano suicida	8 (2,0)

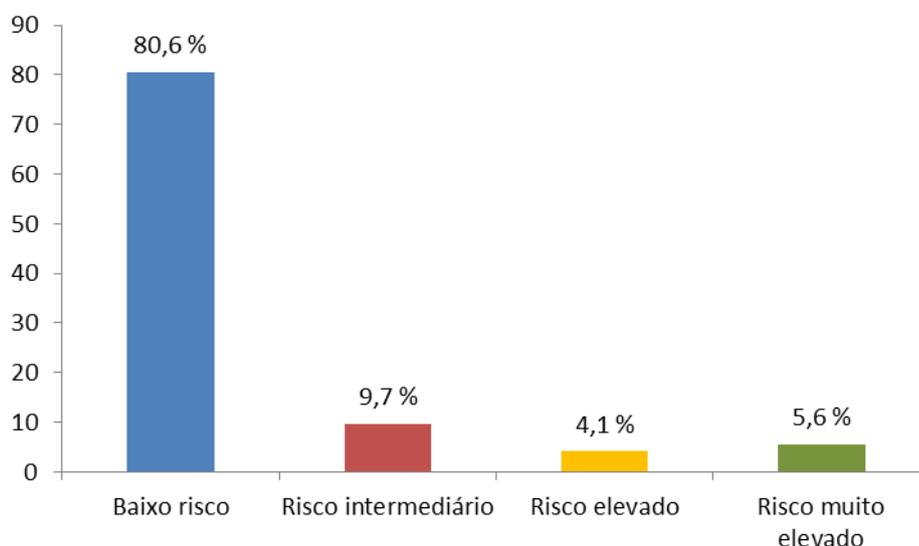
(Continua...)

Tabela 4. Distribuição de resposta afirmativa aos itens que compõem o instrumento NGARS. Teresina, 2020. (n=391).

(Conclusão)	
Itens NGARS	n (%)
Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio	99 (25,3)
Presença de sofrimento por luto recente ou fim de relação	91 (23,3)
História de violências interpessoais	65 (16,6)
Viúva/viúvo ou viver sozinho	13 (3,3)
Tentativa anterior de suicídio	32 (8,2)
História de preconceito	59 (15,1)
História pessoal de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas	160 (40,9)
Presença de doença terminal e/ou incapacitante	4 (1,0)

Dados sobre o padrão de risco de suicídio na população estudada é apresentado na figura 2. Observa-se que 9,7% da amostra apresentaram risco intermediário para comportamento suicida, 4,1% risco elevado e 5,6% risco muito elevado.

Figura 2. Padrão de risco de suicídio na população adulta atendida na atenção primária à saúde do município de Teresina-PI segundo o NGARS. Teresina, 2020. (n= 391).



5.2.2 Confiabilidade e responsividade

O cálculo do coeficiente alfa de Cronbach para o índice NGARS geral foi de 0,73, valor superior ao considerado ideal de 0,7. A tabela 5 apresenta os valores para coeficientes

alfa de Cronbach se item deletado e a correlação médias entre os itens. Observa-se que o menor coeficiente de alfa Cronbach se item deletado foi de 0,69 (para a retirada dos itens 1 e 6), valor ainda considerado satisfatório. Quanto à correlação média, a maioria dos itens apresentam valores superiores a 0,3. Os achados evidenciam que os itens medem o mesmo construto, satisfazendo a avaliação da confiabilidade do NGARS.

Tabela 5. Confiabilidade do índice NGARS. Teresina, 2020 (n=391).

Itens NGARS	Confiabilidade	
	Alfa de Cronbach se item deletado	Correlação média entre os itens
Desesperança	0,69	0,577
Acontecimento estressante recente	0,72	0,301
História de psicose	0,72	0,492
Presença de sintomas depressivos	0,71	0,531
Comportamentos de isolamento social	0,71	0,555
Aviso de intenção/ideação suicida	0,69	0,669
Presença de plano suicida	0,71	0,516
Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio	0,73	0,156
Presença de sofrimento por luto recente ou fim de relação	0,73	0,191
História de violências interpessoais	0,72	0,423
Viúva/viúvo ou viver sozinho	0,74	0,086
Tentativa anterior de suicídio	0,70	0,458
História de preconceito	0,73	0,251
História pessoal de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas	0,74	0,108
Presença de doença terminal e/ou incapacitante	0,73	0,125

A tabela 6 traz a análise da responsividade do índice NGARS. Observa-se que houve diferença significativa entre os escores médios na aplicação inicial e após 2 meses (discreto aumento), com o tamanho do efeito apontando uma pequena mudança.

Tabela 6. Análise da responsividade do índice NGARS. Teresina, 2020 (n=70).

	Escore médio avaliação inicial/DP	Escore médio após 2 meses/DP	p^1	d^2
NGARS	3,43/4,47	4,14/4,09	0,016	0,15

¹ Teste t pareado com nível de significância de 0,05; ² d de Cohen

5.2.3 Validação de critério

No modelo de validação global da correlação entre o índice NGARS e os instrumentos utilizados para a validação de critério, verificou-se forte associação linear positiva significativa ($R=0,855$; $p < 0,001$) entre o NGARS e as medidas BSI, BHS e BDI com R ajustado superior a 0,70 (Rajustado= 0,728).

A tabela 7 traz a análise da correlação do NGARS com os instrumentos de medida do comportamento suicida separadamente. Observa-se correlação estatisticamente significativa do NGARS com cada um dos instrumentos ($p < 0,001$); forte associação linear entre o NGARS e os instrumentos BSI e BDI ($R = 0,705$ e $R = 0,784$, respectivamente), moderada associação linear com o instrumento BHS ($R = 0,659$).

Tabela 7. Regressão linear do NGARS com os instrumentos de medida BSI, BHS e BDI. Teresina, 2020 (n=391).

NGARS	R	R ajustado	t	p
BSI	0,705	0,495	19,58	0,000
BHS	0,659	0,432	17,26	0,000
BDI	0,784	0,614	24,85	0,000

5.2.4 Validação de construto

A avaliação da validade de construto do NGARS foi realizada por análise fatorial exploratória dos componentes principais e da validação de grupos conhecidos (sexo; indivíduos com ou sem sintomatologia depressiva; com ou sem sintomatologia ansiosa).

Na análise fatorial exploratória dos componentes principais realizou-se o Teste de Esfericidade de Bartlett para testar a hipótese da matriz das correlações, alcançando-se

significância estatística ($p= 0,000$) e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para a confirmação da fatoriabilidade da matriz de correlações, que alcançou o valor de 0,852.

Utilizando o critério para a retenção dos fatores com valores próprios superiores a 1, as 15 variáveis preditivas são explicadas em 49,73% pelos 4 fatores comuns, pelos quais foram distribuíram as respectivas cargas fatoriais. Relativamente ao Fator 1 (C1), agrupou-se os itens: “Presença/Influência da desesperança”, “história de psicose”, “Evidência de depressão/perda de interesse ou perda de prazer”, “presença de comportamentos de isolamento social”, “Aviso de intenção suicida”, “presença de plano suicida” e “tentativa anterior de suicídio”; o Fator 2 (C2), agrupou os itens: “Acontecimento stressante recente, por exemplo, perda do emprego, preocupações financeiras, ação judicial pendente”, “Historial familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio e “Processo de luto recente ou fim de uma relação”; o Fator 3 (C3) agrupou: “História de preconceito” e “Presença de doença terminal”; e por sua vez o Fator 4 (C4) foi composto pelos itens “Viúvo/viúva ou viver sozinho” e “Historial de álcool e/ou abuso de álcool”. Nenhuma das cargas fatoriais estavam abaixo do valor desejado (0,40), no entanto os itens 8 e 10 apresentaram comunalidades inferior a 0,40 (Quadro 4).

Quadro 4. Cargas fatoriais e comunalidades obtidas pela análise fatorial exploratória com rotação ortogonal Varimax do índice NGARS e variância explicada por cada um dos fatores. Teresina, 2020 (n=391).

(Continua...)

Itens NGARS	C1	C2	C3	C4	h²
Presença de desesperança, por exemplo, perda de esperança no futuro, perda de sentido da vida, falta de perspectivas	0,716				0,537
Acontecimento estressante recente, por exemplo, perda do emprego, dificuldades socioeconômicas, ação judicial pendente, acidentes		0,657			0,536
História de psicose (presença de vozes/crenças persecutórias)	0,618				0,413
Presença de sintomas depressivos (tristeza/perda de interesse ou perda de prazer em realizar atividades diárias)	0,633				0,462
Comportamentos de isolamento social	0,680				0,512

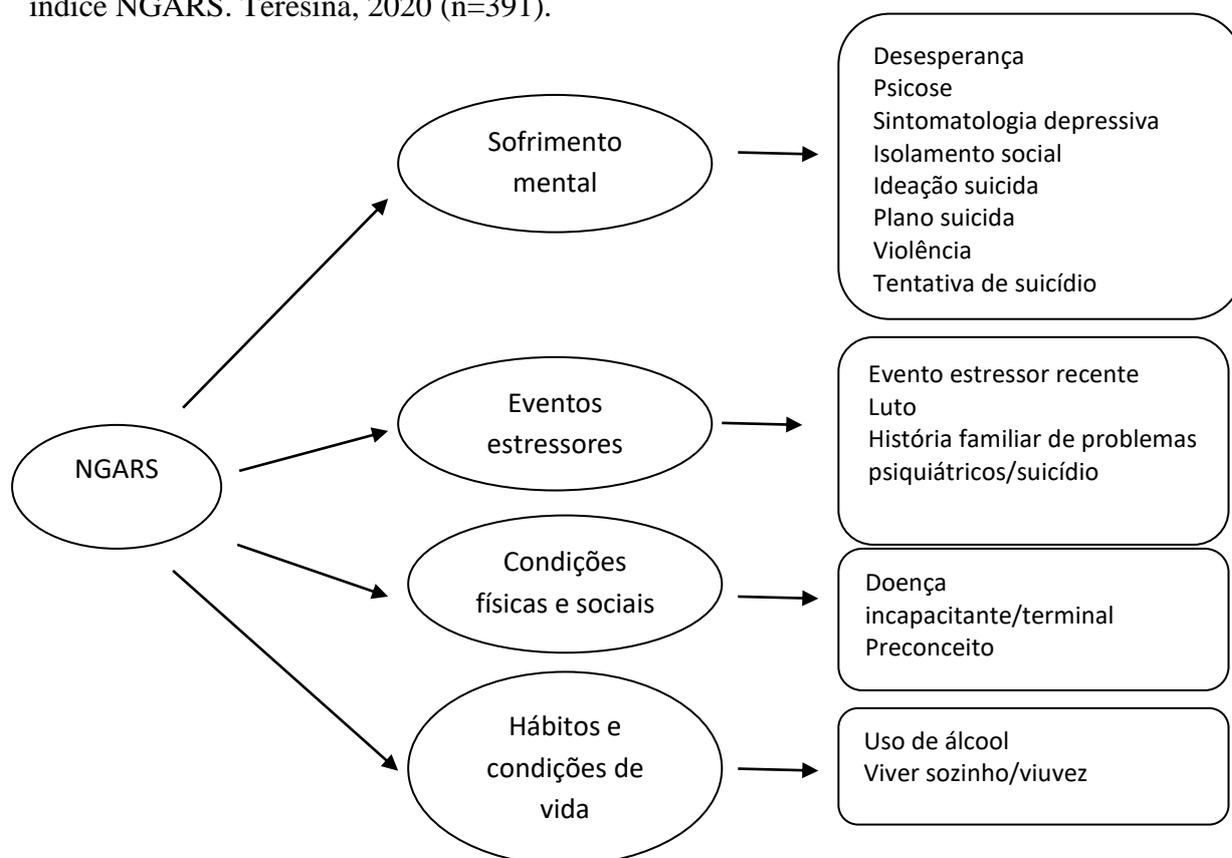
Quadro 4. Cargas fatoriais e comunalidades obtidas pela análise fatorial exploratória com rotação ortogonal Varimax do índice NGARS e variância explicada por cada um dos fatores. Teresina, 2020 (n=391).

(Conclusão)

Itens NGARS	C1	C2	C3	C4	h²
Aviso de intenção suicida/ideação suicida	0,792				0,669
Presença de plano de suicídio	0,667				0,581
Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou		0,414			0,230
Presença de sofrimento por morte de ente querido (processo de luto recente) ou fim		0,754			0,574
História de violências interpessoais (físico, psicológico, sexual)	0,473				0,375
Viuvo/viúva ou viver sozinho				0,718	0,587
Tentativa anterior de suicídio	0,645				0,474
História de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais)			0,631		0,505
Historia pessoal de uso/ abuso de álcool e/ou outras drogas				0,635	0,467
Presença de doença terminal ou incapacitante			0,716		0,538
Variância explicada (%)	23,80	9,16	8,96	7,79	

Com a análise fatorial exploratória elaborou-se modelo teórico para os componentes principais do índice NGARS disposto na estrutura diagramática da figura 3. Cada fator/componente principal recebeu uma denominação para caracterizar os itens que o compõem.

Figura 3. Estrutura diagramática do modelo teórico baseado na análise fatorial exploratória do índice NGARS. Teresina, 2020 (n=391).



Na tabela 8 apresenta-se a validação de construto para grupos conhecidos segundo o escore geral do índice NGARS. Quanto ao sexo, embora se observe média superior no grupo feminino o instrumento não conseguiu medir a diferença entre os grupos ($p=0,085$); quanto a diferença entre pessoas com/sem sintomatologia depressiva e com/sem sintomatologia ansiosa, a aplicação do índice NGARS apresenta-se sensível ao apontar a diferença entre os grupos ($p=0,000$), com observância de maiores médias em pessoas com sintomatologia depressiva e ansiosa.

Tabela 8. Validação de construto por grupos conhecidos. Teresina, 2020 (n=391).

(continua...)

Grupos conhecidos	Média	Desvio padrão	p^1
Sexo			0,085
Feminino	3,50	4,31	
Masculino	2,80	2,98	

Tabela 8. Validação de construto por grupos conhecidos. Teresina, 2020 (n=391). (conclusão)

Grupos conhecidos	Média	Desvio padrão	<i>p</i>¹
Sintomatologia depressiva			0,000
Sim	7,57	5,07	
Não	1,73	1,90	
Sintomatologia ansiosa			0,000
Sim	6,60	5,36	
Não	1,62	1,88	

¹ Teste t de Student com nível de significância de 0,05

6 DISCUSSÃO

Demandas por avaliações de resultados confiáveis, testes rigorosos de intervenções e procedimentos sofisticados de obtenção de dados tem levado ao crescente interesse pela pesquisa metodológica entre enfermeiros. Ademais, há uma deficiência de instrumentos para coleta de dados referentes a maioria dos conceitos que envolvem a Enfermagem (POLIT; BECK, 2011). Com esse intuito, este estudo procedeu ao processo de validação do índice NGARS para sua aplicação em contexto cultural diferente de sua origem, mas, ao tempo que se seguiu rigor metodológico, buscou-se manter a eficácia comprovada na avaliação do risco do comportamento suicida.

A validação do NGARS para a população brasileira resultou em uma versão semelhante à portuguesa composta por 15 variáveis preditivas. As modificações sugeridas pelo comitê de especialistas na escrita de alguns itens possibilitaram um avanço para uma melhor compreensão dos mesmos, ao se observar o IVC alcançado na versão portuguesa e versão brasileira.

No item 1, o acréscimo de exemplos que podem revelar a presença da desesperança, trouxe mais clareza para a identificação do risco de comportamento suicida, sendo este item um dos mais relevantes devido a pontuação a ele atribuída (3). A desesperança consiste em uma distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controle pessoal sobre eventos futuros e pela expectativa do sujeito de que vai falhar ou vai encontrar consequências negativas no futuro (BECK *et al.*, 1985). A importância da presença de desesperança como fator de risco relevante para o comportamento suicida foi demonstrada em meta-análise (RIBEIRO *et al.*, 2018) e estudos realizados na China e Coreia do Sul (FANG *et al.*, 2018; CHOI *et al.*, 2018).

No item 4 optou-se por utilizar o termo “sintomas depressivos” no lugar de “depressão” por entender que não se faz um diagnóstico no momento da avaliação de risco, mas se procura evidenciar sintomatologia que possa indicar a presença do transtorno. Esse item também considerado relevante por possuir pontuação 3. Indivíduos com sintomas depressivos apresentam maior probabilidade de rastreio positivo para comportamento suicida, como apontado em estudo realizado na atenção primária no Chile, no qual 69,9% da amostra referiu quadro depressivo prévio e 27,7% se encontrava em tratamento atual para depressão. Desses, 9,38% apresentaram risco moderado e 30,08% alto risco para o comportamento suicida (MARTINEZ *et al.*, 2017).

Com a compreensão pelo Comitê de Especialistas de que o luto ou o fim de um relacionamento não, necessariamente, acompanha sofrimento, pois se trata de uma experiência subjetiva, mas sim a presença do sofrimento pela perda é que seria o fator relacionado ao comportamento suicida. O Comitê entendeu que não somente a perda em si embasou a mudança na expressão do item 9 de “processo de luto recente” para “presença de sofrimento por perda de ente querido (processo de luto recente) ou fim de relação”. O luto ou fim de relação amorosa é a resposta à ruptura de um vínculo significativo, e pode seguir um processo normal de compreensão e aceitação da perda. A presença do sofrimento nesse processo surge quando a pessoa passa a experimentar uma desorganização prolongada que a impede de retomar suas atividades anteriores, sendo considerados como fatores precipitantes ao desencadeamento de comportamentos suicidas (BRAZ; FRANCO, 2017).

Outra modificação foi a associação do item 10 ao item 3 da versão portuguesa, pelo entendimento de que se tratava de conteúdos que traziam um mesmo constructo relacionado à presença/história de sintomatologia psicótica. Ademais, o item 10 da versão portuguesa, segundo Comitê de Especialistas, apresentou IVC abaixo de 0,78 em todos os critérios analisados, o que indicava a necessidade de mudança ou exclusão para a versão brasileira. Experiências psicóticas isoladas, como alucinações e delírios, bem como a esquizofrenia, são marcadores importantes para o risco de suicídio. Este se eleva quando há associação com má adesão ao tratamento, menor tempo de diagnóstico, predominância de sintomas positivos e uso concomitante de álcool e cigarro (CASSIDY *et al.*, 2018; DeVYLDER *et al.*, 2015).

Houve também a inclusão do termo “dificuldades socioeconômicas”, que constava no item 13 do instrumento português, ao item 2 da versão brasileira. Essa inclusão se justifica pelo entendimento dos especialistas de que o mesmo já estava contido de forma implícita no item 2 e também por ter apresentado IVC inferior a 0,78. Questões como perda de emprego, endividamento, crise financeira indicam a presença de vivências desestabilizadoras, as quais podem desencadear uma tentativa de suicídio para as pessoas que têm ideação suicida (PEREIRA *et al.*, 2018).

Para se respeitar a quantidade de itens do instrumento português foram incluídas na versão brasileiras as preditivas “História de violências interpessoais (físico, psicológico, sexual)” que ocupou a posição de item 10 e “História de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais)” ao item 13, ambos com alcance de IVC acima de 0,78 em todos os critérios na avaliação da versão brasileira. Situações de violência e discriminação acarretam maior vulnerabilidade, diminuição da autoestima e da autoeficácia do indivíduo, além de estar

relacionado a transtornos depressivos, o que pode contribuir para comportamentos suicidas (MAINA *et al.*, 2019; OH *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2018).

A inclusão da história de preconceito relacionado às questões sexuais baseou-se no entendimento de que a opção sexual é considerada fator de risco suicidário. Indivíduos com histórico de relacionamentos entre pessoas do mesmo sexo têm risco 3 a 4 vezes maior de comportamentos suicidas (O'BRIEN *et al.*, 2016; HASS *et al.*, 2011). Para Reyes *et al.* (2017) o comportamento suicida em minorias sexuais está relacionado, além dos estressores comuns a outros específicos como estigma percebido (opiniões negativas pela cultura majoritária) e autoestigma (opiniões negativas do eu).

Após sugestão pelo Comitê de Especialistas, o termo “outras drogas” foi acrescido ao item 14. Essa inclusão se deu não somente pelo termo uso/abuso de álcool, mas também de outras drogas, como as ilícitas, ser fator importante para o risco de comportamento suicida no contexto brasileiro. No Estado de Minas Gerais, em um serviço de CAPS ad, verificou-se que 43,9% dos dependentes químicos que apresentaram comportamento suicida tinham registro de comorbidade psiquiátrica (transtornos de humor), histórico psiquiátrico materno e presença de conflito familiar (CANTÃO; BOTTI, 2016). Observação semelhante foi verificada no Rio Grande do Sul, também em Centro de Atenção Psicossocial, demonstrando que o abuso de álcool e outras drogas estavam associados à desesperança, assim como as relações familiares fragilizadas, em consequência da dependência, contribuíram para a ação suicida (RIBEIRO *et al.*, 2016).

Na versão brasileira validada do NGARS foi ainda incluído ao item 15 o termo “incapacitante”, justificado pela presença de doenças físicas com comprometimento da capacidade de realizar atividades diárias. Essa condição também possui relação importante com o comportamento suicida, como já verificada nos Estados Unidos e Suécia, apontando algumas condições físicas de saúde associadas ao suicídio: lesão cerebral traumática, dor crônica nas costas, HIV/AIDS, distúrbios do sono, epilepsia, cancer, enxaqueca, insuficiência cardíaca congestiva, doença obstrutiva pulmonar crônica (AHMEDANI *et al.*, 2017; CRUMP *et al.*, 2014).

Houve também alteração na escrita e pontuação do item 6, que passou a ter maior relevância com 2 pontos na versão brasileira. Para os especialistas o termo “intenção” indicaria o desejo de cometer o suicídio enquanto o termo acrescido “ideação” sinaliza a presença de pensamentos de morte. O fato de haver questionamento único sobre presença de ideação suicida, embora não seja indicado como triagem de risco de suicídio, é de

investigação substancial, pois representa aumento no risco (HUBERS *et al.*, 2018; KING *et al.*, 2017; CHAPMAN *et al.*, 2015).

Quanto à avaliação das propriedades psicométricas, a amostra foi predominantemente composta por mulheres e tal fato reflete uma herança histórico-cultural em que o cuidado foi organizado tendo como foco as mulheres em idade reprodutiva e mais recentemente ampliado para outras demandas femininas, enquanto os homens eram invisíveis para o setor saúde (BOTTON; CUNICO; STREY, 2017). Somente em 2008 é formulada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH) com vistas a nortear as ações de saúde, estimulando o autocuidado destes sujeitos e, sobretudo, em reconhecer a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008). Entretanto, ainda é um desafio a sensibilização dos homens para a utilização dos serviços de atenção primária à saúde.

Ainda em relação à caracterização da amostra, vale destacar que além do predomínio feminino, houve percentual superior de adultos jovens e de escolaridade elevada, perfil apontado como de risco para o comportamento suicida em diversos estudos (DUMITH *et al.*, 2020; GIUPONNI *et al.*, 2018; VELOSO *et al.*, 2017; VELOSO *et al.*, 2016; VIAJAIKUMAR, 2015), o que permite afirmar ser uma amostra satisfatória para testar empiricamente a validade de instrumento que visa medir tal fenômeno.

Em relação ao tamanho da amostra (391 participantes), verificou-se que apresenta maior número de participantes comparativamente com outros estudos de validação do NGASR disponíveis, como os realizados na Itália (121 participantes), em Portugal (109 participantes), na Coreia do Sul (106 participantes), na Suíça (61 participantes), na China (86 participantes) e na Holanda (45 participantes) (FERRARA *et al.*, 2019; FAÇANHA; SANTOS; CUTCLIFFE, 2016; YEON *et al.*, 2012; KOZEL, 2011; CHEN *et al.*, 2011; VEEN, 2014). Guadagnoli e Velicer (1988) apontam que o tamanho desejado de uma amostra depende do tamanho das cargas fatoriais obtidas; quando as cargas fatoriais estão ao redor de 0,40, as amostras de 300 a 400 sujeitos são necessárias para atingir soluções estáveis.

Além disso, a amostra difere dos demais estudos de validação do índice NGARS por ter sido realizado em uma população geral atendida em serviços de atenção primária à saúde e não em pacientes em instituições psiquiátricas ou em grupos reconhecidamente de risco, como pacientes com transtornos depressivos. Estudos internacionais demonstram a viabilidade do rastreio universal de suicídio como modo de atingir um grande número de indivíduos, cujo risco não seria identificado de outra forma, uma vez que a maioria das pessoas não divulga

seus pensamentos de forma proativa (KING *et al.*, 2017; BONO; AMENDOLA, 2015; CDC, 2013; BOUDREAUX *et al.*, 2016).

Uma das principais razões para a proposta de rastreamento universal (independente de população de risco) se liga ao fato de grande parte da população ainda não ter sido diagnosticada com algum transtorno mental, bem como não receberem cuidados especializados de saúde comportamental, o que limita o impacto das intervenções direcionadas ao comportamento suicida. Amhenadi *et al.* (2014), em estudo realizado nos Estados Unidos estimam que entre as pessoas que morrem por suicídio, apenas 45% têm diagnóstico de saúde mental ou uso de substâncias no ano anterior; além disso, apenas 14% têm internação hospitalar relacionada à saúde mental e 29% recebem tratamento ambulatorial especializado em saúde comportamental.

Essa triagem universal está em consonância com a proposta da iniciativa *Zero Suicide*, lançada inicialmente pela *National Action Alliance for Suicide Prevention* em colaboração com a Universidade de Columbia (centro de referência mundial em pesquisas em suicidologia) nos Estados Unidos em 2012, que toma por base evidências de abordagem multinível para implementar modelo de prevenção ao suicídio na tríade: avaliação, intervenção e monitoramento. Esse modelo recomenda a triagem universal de risco de suicídio para pacientes no contato inicial com serviços de saúde e em cada contato posterior, incluindo-se procedimentos e políticas padronizados para garantir a identificação de pacientes em risco e a implementação de planos de cuidados apropriados (BRODSKY *et al.*, 2018).

Tal propósito coaduna-se ainda com orientações da OMS (2018) que apontam a necessidade de estratégias multissetoriais abrangentes para a prevenção do suicídio, em que abordagens a nível comunitário devem ser empregadas como parte de uma estratégia eficaz, relativamente econômica e, portanto, atraente para países de baixa e média renda, onde estigma e tabu muitas vezes limitam o acesso de qualidade a serviços que promovam o cuidar de comportamentos suicidas. Estudos realizados em Portugal e na Irlanda do Norte apontaram que 72% e 85% dos indivíduos, respectivamente, entraram em contato com serviços de atenção primária à saúde nos últimos 12 meses antes da tentativa de suicídio ou suicídio consumado (RAMOA *et al.*, 2017; LEAVEY *et al.*, 2016). Realizar, portanto, o rastreio universal em serviços de atenção primária apresenta-se como oportunidade para a identificação de indivíduos em risco para o comportamento suicida que passariam despercebidos pela rede de atenção em saúde até acessarem serviços de outros pontos de atenção por uma tentativa de suicídio/suicídio.

Relativamente aos resultados da pontuação obtida com a aplicação na amostra do NGASR, observa-se que história de uso/abuso de álcool e/ou outras drogas; acontecimento estressante recente; presença de sintomas depressivos; presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio; e presença de sofrimento por luto recente ou fim de relação estão entre os cinco itens mais frequentemente pontuados.

Quanto à presença de sintomas depressivos, pesquisa realizada na atenção primária no Chile corrobora com o achado desse estudo ao apontar elevada correlação entre suicídio e presença de depressão, ao assinalar que 69,9% da amostra referiram quadro depressivo prévio e 27,7% estavam em tratamento atual para depressão, e que ao se avaliar o risco suicida entre estes, 37,1% aprestaram risco leve, 9,38% risco moderado e 30,1% alto risco (MARTINEZ *et al.*, 2017). Hardy (2013) aponta que os profissionais enfermeiros devem questionar aos pacientes com sintomatologia depressiva sobre quaisquer ideias suicidas e intenção, e se eles se sentem sem esperança ou que a vida não vale a pena viver, se possuem plano de suicídio e sua determinação em implementá-lo.

Eventos de vida estressantes, como perda de emprego e familiares, endividamento, crise financeira, mudança de residência, problemas com a lei, são considerados fatores precipitantes para comportamentos suicidas e devem ser considerados dentro das circunstâncias e da idade do paciente (DUMITH *et al.*, 2020; PEREIRA *et al.*, 2018). Eventos comuns de adolescentes incluem o bullying (como vítima ou perpetrador), ações disciplinares, questões legais, dificuldades escolares, rompimentos românticos, agressões ou problemas relacionados à vida doméstica (GRAY; DIHIGO, 2015). Para adultos, dificuldades financeiras, perdas de relacionamento e desemprego aumentam o risco de tentativas de suicídio (O'CONNOR *et al.*, 2013; DEVRIES *et al.*, 2013; GALLEGO *et al.*, 2015).

Embora a depressão e a ansiedade contribuam fortemente para o risco de comportamento suicida ao longo da vida, os resultados de estudos retrospectivos e prospectivos sugerem que conflitos interpessoais, agressividade impulsiva, transtorno de conduta, comportamento antissocial e abuso de álcool e substâncias são mais evidentes para o comportamento suicida em adolescentes e adultos jovens, enquanto os transtornos de humor se tornam mais comuns com o aumento da idade (SEGUIN *et al.*, 2014).

O uso nocivo de substâncias psicoativas, incluindo álcool, medicamentos prescritos e drogas ilícitas, está associado ao aumento do risco de suicídio, tanto em adultos quanto em adolescentes (ASHARAFION *et al.*, 2016; JENKINS *et al.*, 2014). Estudo realizado por Cantão e Botti (2016) apontou 43,9% de registros de comportamento suicida em prontuários de dependentes químicos. Em sua maioria são de indivíduos jovens, que possuem alguma

comorbidade psiquiátrica (transtornos de humor), histórico psiquiátrico materno, com presença de conflito familiar, com datas importantes coincidindo com o comportamento suicida.

Estudos em famílias mostram que o risco de tentativas e morte por suicídio é maior em parentes de pessoas com histórico de comportamento suicida, considerando-se, portanto, a exposição ao suicídio como fator de risco (OLIVEIRA *et al.*, 2016; WHO, 2014b). Nesse sentido, Dutra *et al.* (2018) apontam que, com o crescimento dos índices de suicídio, aumenta a quantidade de enlutados que necessitam ter seu cuidado expandido. Ao se buscar entender a intensidade e amplitude desse ato na vida das pessoas; os profissionais enfermeiros devem apoiar os familiares na busca por um novo ambiente em que possam readaptar-se às mudanças e dificuldades vivenciadas com a morte do familiar, incluindo ações de posvenção.

No que diz respeito ao nível de risco de suicídio apontado pela aplicação do NGARS, verificou-se que os estudos de validação realizados em Portugal e na Itália fizeram tais estimativas que permitem a comparação com esse estudo. Ao se comparar com o estudo português, observam-se percentuais de risco inferior uma vez que Façanha, Santos e Cutcliffe (2016) apontam que 40,4% da amostra apresentaram risco muito elevado de suicídio, 21,1% risco elevado e 23,9% risco intermediário; no entanto, deve-se considerar que a amostra no estudo comparativo foi composta por pessoas internadas em instituições psiquiátricas e que reconhecidamente já possuíam fatores de risco para o suicídio, como a presença de sintomatologia depressiva, o que justificaria os elevados percentuais encontrados.

No entanto, na comparação com os achados da pesquisa italiana (3,3% risco muito elevado, 8,3% risco elevado e 14,0% risco intermediário) encontram-se percentuais similares, mesmo aquele tendo sido realizado em serviço hospitalar psiquiátrico (FERRARA *et al.*, 2019). A explicação para tal resultado pode residir no contexto epidemiológico do município de Teresina-PI que apresenta uma taxa de suicídio de 8,9/100.000 hab, superior à taxa brasileira (5,5/100.000hab) e italiana (7,3/100.000hab) (WAISELFISZ, 2014; BRASIL, 2017; WHO, 2017).

Relativamente à análise da confiabilidade do índice NGARS, em termos de consistência interna, obteve-se um alfa de Cronbach geral (0,73) satisfatório, o que permite afirmar que os itens do instrumento medem a mesma característica, o risco de comportamento suicida, e suporta a reprodutibilidade de medição. Esse valor foi superior ao encontrado por Ferrara *et al.* (2019) que aferiram um valor de alfa de Cronbach de 0,66, por Façanha, Santos e Cutcliffe (2016) em Portugal que obtiveram um valor de alfa de Cronbach de 0,49 e por Veen (2010) na Holanda em que obteve um alfa de Cronbach=0,42.

Ainda sobre a análise da consistência interna, os valores de alfa se item deletado (todos acima de 0,69) permitiu verificar que a retirada de nenhum item em específico afetou sobremaneira o valor do coeficiente alfa de Cronbach total. Quanto à correlação média entre os itens, também se demonstrou a evidência de que os itens medem o mesmo construto, satisfazendo a avaliação da confiabilidade, pois a maioria dos valores foram superiores a 0,30.

Outra propriedade psicométrica do índice NGARS avaliada foi a responsividade, ao se buscar aferir a capacidade do instrumento em detectar melhora ou piora nos escores e, conseqüentemente, no nível de risco de comportamento suicida. O estudo apontou um discreto aumento, porém significativo, entre os dois momentos em que o instrumento foi aplicado, o que possibilita afirmar que o índice NGARS é sensível a mudanças. Na prática clínica, mesmo uma pequena mudança, melhora ou deterioração, pode fazer diferença nas tomadas de decisão clínica (PERSSON *et al.*, 2013).

Esse achado admite duas reflexões. A primeira refere-se ao fato de que, embora todos os indivíduos após a constatação pela equipe de pesquisa da presença de risco de comportamento suicida terem sido encaminhados para as equipes de Saúde da Família e/ou NASF, não se tem conhecimento das reais condutas adotadas pelos profissionais de saúde para a implementação de ações consentâneas às necessidades desses indivíduos, uma vez que o município não tem implantado um protocolo de atenção ao comportamento suicida nos serviços de atenção primária. A segunda, e mais importante em termos práticos, é que o índice NGARS pode servir como instrumento inicial e de avaliação/seguimento na construção do protocolo de atenção ao comportamento suicida que envolva os serviços de atenção primária, já tendo sido testado e incluído em registro eletrônico de saúde em instituições psiquiátricas de Ontário desde de 2009, na recomendação de melhores práticas da Registered Nurses Association of Ontario e nas "Diretrizes de prática clínica para avaliação de risco de suicídio" do Emergency Resources Comitê, como uma ferramenta adequada para avaliar o risco de suicídio em 2012 (RNAO, 2009; BRIM *et al.*, 2012).

O uso do índice NGARS como instrumento inicial/seguimento em um protocolo de atenção coaduna-se com a ideia apontada em alguns estudos que a maioria dos profissionais da atenção primária à saúde considera-se incapacitado para promover identificação, avaliação e intervenção adequada à pessoa com comportamento suicida (WEBER *et al.*, 2017; LEAHY *et al.*, 2015). Levando-se em consideração que risco de suicídio é dinâmico, influenciado simultaneamente por eventos externos e experiências internas, que podem mudar rapidamente, e sua a previsão seja multifatorial, o uso de instrumentos de avaliação de

suicídio com propriedades psicométricas fortes pode aumentar a capacidade de reconhecer indivíduos com alto risco de suicídio (KREUZE; LAMIS, 2018; O' CONNOR *et al.*, 2013).

A adoção de um protocolo de atenção ao comportamento suicida, tendo como base um instrumento confiável e válido como já demonstrado nos resultados deste estudo, traria maior visibilidade e segurança para a prática do profissional enfermeiro, pela implementação de um gerenciamento do cuidado individualizado, colaborativo, que inclua avaliação do risco e a criação de um plano de tratamento em colaboração com o paciente e quaisquer suportes envolvidos. Estudo realizado no Brasil apontou que 59,7% dos profissionais da atenção primária nunca haviam lido qualquer material de orientação para manejo do comportamento suicida, embora 34,8% afirmassem já ter prestado algum tipo de assistência a indivíduos com este comportamento (SILVA; NOBREGA; OLIVEIRA, 2018).

Na averiguação da validade de critério, verificou-se forte associação linear positiva ($R=0,855$) entre o NGASR e as escalas BSI, BHS e BDI em um modelo global, forte associação linear com BSI e BDI e moderada associação linear com o BHS quando analisado separadamente, o que permite inferir que o índice NGASR apresenta boa validade de critério quando analisada a sua relação com outros instrumentos que avaliam o comportamento suicida.

A associação linear com o BSI também foi verificada nos estudos de validação realizados na Itália ($R = 0,980$) e Suíça ($R= 0,698$), enquanto que a relação com BDI também foi verificada no estudo de validação do índice NGARS em Portugal ($R=0,750$). Nos estudos encontrados na literatura não são realizadas análises comparativas entre o NGASR e o BHS (FERRARA *et al.*, 2019; FAÇANHA; SANTOS; CUTCLIFFE, 2016; YEON *et al.*, 2012; KOZEL, 2011; CHEN *et al.*, 2011; VEEN, 2010). A relação que apresentou maior valor foi NGARS e BDI ($R= 0,784$), resultado de acordo com estudos que a apontam a depressão como o fator de risco frequente para o comportamento suicida (DUMITH *et al.*, 2020; GARCIA-VELAZQUEZ; MARKUS; ROSENSTROM, 2019)

Quanto à validade de constructo do NGASR, a análise fatorial evidenciou 4 fatores que explicaram 49,73% da variância total, resultado que difere dos obtidos por Ferrara et al (2019) na Itália (5 fatores que explicaram 61,29% da variância), Façanha, Santos e Cutcliffe (2016) em Portugal (6 fatores que explicaram 66,92% da variância total), Yeon *et al.* (2012) na Coreia do Sul (6 fatores que explicaram 63,4 % da variância total) e Veen (2010) no seu estudo na Holanda (5 fatores que explicaram 55% da variância total).

Esse valor inferior de variância explicada ao se comparar com os demais estudos pode ser explicado tanto pelo tamanho e heterogeneidade da amostra, pela extração de um menor

número de fatores (4), como também pela característica de imprevisibilidade do comportamento suicida. Nesse sentido, Fukumitso *et al.* (2015) discorrem que mesmo que a pessoa expresse a intenção de tirar a própria vida, na maioria dos casos não é possível compreender quando ou como se concretizará o ato ou a tentativa. Tal imprevisibilidade é observada em diversos casos de pessoas que indicam potencial suicida, pois acumulam as indicações de fatores de risco, mas que não consumam o ato, assim como há casos de pessoas que não apresentam nenhum fator de risco e, mesmo assim, cometem o ato.

No entanto, alcançar-se um percentual próximo a 50% como neste estudo, aponta que a versão brasileira do índice NGASR é válida e confiável e, portanto, capaz de apoiar os enfermeiros na complexa avaliação do risco do comportamento suicida.

Os fatores apresentados pela rotação Varimax permitiram a definição de uma nomenclatura, baseada na literatura disponível, e a categorização dos itens em uma estrutura diagramática que indicasse um modelo teórico explicativo para o construto medido pelo índice NGARS, risco de comportamento suicida. Os itens foram categorizados em quatro nomenclaturas: sofrimento mental, eventos estressores, condições físicas e sociais, e hábitos e condições de vida.

Na nomenclatura “sofrimento mental” incluiu-se itens que traziam a presença de sinais e sintomas psiquiátricos, componentes do continuum do comportamento suicida e situações que podem levar a esse processo de sofrimento mental. Tal lógica psicossocial encontra-se fundamentada nas orientações do Ministério da Saúde ao apontar a necessidade de se tomar a pessoa que sofre, e não a doença, como ponto de partida para a compreensão do que a motiva a procurar o cuidado, pois muitos dos que sofrem e procuram atendimento, estão de fato doentes, mas dificilmente a doença explica todo seu sofrimento, como é o caso do comportamento suicida (BRASIL, 2013).

A segunda categoria, sob a nomenclatura “eventos estressores”, foi composta por situações que poderiam precipitar o comportamento suicida pelo estresse gerado diante de sua vivência. Liu *et al* (2019) apontam que o estresse está fortemente associado a uma maior probabilidade de tentativas de suicídio, corroborando os estudos de Kallakuri *et al* (2018) e Christensen *et al* (2014).

Os itens referentes à presença de doença incapacitante/terminal e história de preconceito foram elencados no terceiro componente denominado “condições físicas e sociais”. Stickley *et al* (2020) apontam maiores chances de comportamento suicida e a presença de multimorbidade física (em que se incluiu câncer, diabetes, hipertensão arterial, asma, doença pulmonar crônica, problemas cardíacos e epilepsia); pessoas com mais de 4

doenças físicas teriam 4,39 mais chances de tentativas de suicídio e o suicídio na população em geral dos Estados Unidos. Quanto à condição de ter sido vítima de preconceito, estudos recentes vêm apontando a discriminação racial, sexual e social como fatores de risco para o comportamento suicida (GOODWILL *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2018; REYES *et al.*, 2017).

A quarta categoria recebeu a nomenclatura “hábitos e condições de vida”, composta pelos itens “uso/abuso de álcool e outras drogas” e “viver sozinho/viuvez”. Sabe-se que o comportamento suicida é influenciado pela combinação de vários fatores, mas recentes estudos internacionais (LEE *et al.*, 2019; PALAY *et al.*, 2019; TESTA; WEISS; RENNO SANTOS, 2019) e nacionais (ABDALLA *et al.*, 2019; SILVA JUNIOR *et al.*, 2018) relatam sua relação particular com o abuso de álcool e outras drogas. Quanto ao segundo item que compõe a categoria embora tenha sido mantido no instrumento, os achados na literatura apontam que se trata de um fator mais preponderante ao se pesquisar o suicídio em idosos (KOPP-BIGUALT; WALTER, 2019; MINAYO; FIGUEREIDO; MANGAS, 2019).

Esse estudo ao analisar a validade de construto do NGARS quanto à sua sensibilidade em discriminar diferenças entre grupos, confirma a hipótese de que indivíduos com sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa apresentam maior risco para o comportamento suicida. Tal achado torna-se importante ao demonstrar que o instrumento também pode ser utilizado para mensurar o risco de suicídio em indivíduos que já possuem sintomas clínicos de transtornos de humor ou ansiosos.

A relação entre os transtornos ansiosos e depressivos com o comportamento suicida vêm sendo amplamente debatida. Mandelli e Serreti (2013) destacam que quase 95% de todas as pessoas que tentam ou conseguem cometer suicídio têm pelo menos um transtorno mental, dos quais 60-90% podem ser atribuídos a um transtorno de humor. Mais recente, estudo realizado por Pereira *et al.* (2018) apontou que a ansiedade social, caracterizada por altos níveis de ansiedade frente às relações interpessoais, é um fator de risco tanto para a ideação quanto para a tentativa de suicídio. Por estar relacionada com baixos níveis de autoestima, autoeficácia, deficits em habilidades sociais e depressão, a pessoa ao vivenciar esse transtorno tem dificuldades em se relacionar com os demais, não consegue construir ou acessar a rede de apoio de forma efetiva, tornando-se ainda mais vulnerável e desamparada quando surgem problemas na vida, o que poderia explicar o maior risco para o comportamento suicida.

Embora as mulheres tenham apresentado maiores médias na aplicação do índice NGARS, estatisticamente não se demonstrou diferença significativa na comparação com as médias masculinas, não podendo se afirmar que o instrumento teria sensibilidade de

diferenciar o risco do comportamento suicida quanto ao gênero, assumindo uma neutralidade. Conquanto relatórios epidemiológicos internacionais e nacionais (WHO, 2014a; BRASIL, 2017) apontem especificidades e diferenças entre homens e mulheres ao se analisar as tentativas e os óbitos por suicídio, Baere e Zanello (2018) afirmam que valores de gênero são encontrados em todas as fases do comportamento suicida e suas influências deveriam ser consideradas nas análises epidemiológicas, incluindo-se outras acepções relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero, para uma melhor adequabilidade de ações de prevenção ao suicídio.

7 CONCLUSÃO

No processo de adaptação transcultural e validação do índice NGARS versão brasileira, seguiu-se rigorosamente a metodologia, buscando-se assegurar a fidedignidade e aplicabilidade do instrumento adaptado nos serviços de atenção primária no Brasil.

Na etapa de validação de conteúdo, manteve-se a quantidade de itens (15) da versão original com a associação de itens semelhantes (história de psicose com evidência de vozes; história de privação socioeconômica com evento estressor recente) e a inclusão de preditivas relacionadas a história de violências interpessoais e história de preconceito. Foram ainda incluídos dois termos - “outras drogas” no item 14 e “incapacitante” no item 15- além de aumento na pontuação do item relacionado à ideação/intenção suicida. Todos os itens da versão final adaptada para a população brasileira alcançaram IVC igual ou superior a 0,78.

Na etapa de validação psicométrica, o índice NGARS mostrou-se um instrumento confiável, responsivo e válido em termos de critério e construto, o que permite a recomendação como instrumento para a mensuração do risco de comportamento suicida em adultos atendidos em serviços de atenção primária à saúde, em termos de rastreio inicial e avaliação de seguimento/adequabilidade de ações em um protocolo de atenção. Trata-se de instrumento curto e de fácil aplicação durante a consulta de enfermagem, o que lhe confere a característica de praticidade do uso, podendo inclusive ser inserido em prontuários eletrônicos como instrumento de anamnese.

O seu uso favorece intervenções de Enfermagem mais seguras e consentâneas às necessidades de cada indivíduo, além da construção de novas evidências referentes à temática nas diferentes regiões do país, aumentando as discussões na comunidade científica e clínica, que culminem em melhorias na política de prevenção ao suicídio brasileira. Tendo em vista o papel do enfermeiro, como profissional presente em diferentes contextos de cuidado, figurando em muitos destes como primeiro contato ou pessoa de referência dentro da equipe de saúde, apropriar-se dessa ferramenta, além de contribuir para a qualificação da atenção a pessoas em risco de comportamento suicida, por meio de uma abordagem mais compreensiva, possibilita maior visibilidade para a prática profissional.

Como limitação do estudo aponta-se o fato da aplicação do instrumento não ter sido realizada sempre pelo mesmo investigador, podendo levar a diferentes interpretações sobre a consideração como presentes/ausentes de alguns fatores de risco. No entanto, houve a preocupação de realizar uma reunião com todos os membros da equipe de coleta de dados para esclarecer dúvidas e diminuir a subjetividade na classificação dos itens.

Consideram-se necessários outros estudos que investiguem a validade e/ou aplicação clínica do índice NGARS em outros ambientes, como serviços de emergência, serviços específicos de saúde mental e outros serviços de saúde (como os que se voltam para doenças terminais e/ou incapacitantes), além da aplicação em outros grupos, como adolescentes, idosos e população LGBTQ+.

REFERENCIAS

- AARONSON, N. et al. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Qual Life Res.**, vol.11, n.3, p.193-205, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12074258>. Acesso em: 20 de Outubro 2019.
- ABDALLA, R.R. et al. Suicidal behavior among substance users: data from the Second Brazilian National Alcohol and Drug Survey (II BNADS). **Brazilian Journal of Psychiatry**, vol.41, n.5, p. 437-40, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462019000500437&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de Novembro 2019.
- AFIFI, T.O. et al. Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Suicide Ideation and Attempts Associated With Adverse Childhood Experiences. **Am J Public Health**, vol. 98, n. 5, p. 946–52, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2374808/>. Acesso em: 12 de Junho de 2019.
- AHMEDANI, B.K. et al. Major physical health conditions and risk of suicide. **Am J Prev Med.**, vol.53, n. 3, p.308-15, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28619532>. Acesso em: 19 de Setembro de 2019.
- AHMEDANI, B.K. et al. Health care contacts in the year before suicide death. **J Gen Intern Med**, vol.29, n.6, p. 870-7, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4026491/>. Acesso em: 20 de junho de 2019.
- AILLON, JL et al. Prevalence, types and comorbidity of mental disorders in a Kenyan primary health centre. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, vol.49, n.8, p 1257–68, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23959589>. Acesso em: 12 de Maio de 2018
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.16, n.7, p. 3061-8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006. Acesso em: 18 de maio de 2018
- ALLEN, K. et al. Coefficient Alpha: an engineer’s interpretation of test reliability. **JEE.**, vol. 97, n. 1, p.87-94, 2008. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.2168-9830.2008.tb00956.x> . Acesso em: 12 de Maio de 2018.
- AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. **Elder suicide fact sheet**. 2012. Disponível em: <http://www.sciencedaily.com>. Acesso em: 10 de maio de 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. 2010. Disponível em: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/suicide.pdf. Acesso em: 12 de maio de 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior**. 2003. Disponível em: <https://zerosuicide.sprc.org/resources/american-psychiatric-association-practice-guideline-assessment-and-treatment-patients>. Acesso em: 10 de Maio de 2019.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Diversity & suicidal behavior. American Psychological Association: fact sheet. Section VII**. 2012. Disponível em: <http://www.div12.org/wp-content/uploads/2012/10/Suicide-and-Diversity-Div12.pdf>. Acesso em: 10 de Maio de 2018.

ANDRIOLA, W.B. Psicometria moderna: características e tendências. **Est. Aval. Educ.**, vol. 20, n. 43, p.319-40, 2009. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/eae/article/view/2052>. Acesso em: 10 de maio de 2018.

ANESTIS, M.D. et al. Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. **Pers Soc Psychol Rev.**; vol.18, n. 4, p. 366-86, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24969696>. Acesso em : 22 de Novembro de 2019

ARIAS, M.R.M.; LLOREDA, M.J.H.; LLOREDA, M.V.H. **Psicometria**. Madrid: Alianz editorial, 2006.

ASHRAFIOUN, L. et al. Prevalence and correlates of suicidal ideation and suicide attempts among veterans in primary care referred for a mental health evaluation. **J Affect Disord.**, vol. 189, p. 344-50, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26474375> de julho de 2018

AZEVEDO, A.; MATOS, A.P. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. **Psic., Saúde & Doenças**, vol. 15, n. 1, p. 180-91, 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000100015. Acesso em: 13 de junho de 2018

AZEVEDO, M.E.A et al. Factors and methods used in practice and in attempted suicide: a literature review. **Rev Enferm UFPI**; vol. 1, n. 3, p. 211-6, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/821>. Acesso em: 20 de maio de 2018

BAERE, F.; ZANELLO, V. O gênero no comportamento suicida: Uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. **Estud. psicol.**, vol.23, n.2, p. 168-78, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2018000200008. Acesso em: 04 de Dezembro de 2019.

BANDURA, A. **A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.

BEATON, D. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, vol. 25, n.24, p. 109-11, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11124735>. Acesso em: 13 de Maio de 2018

BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, A.T. et al. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. **Am J Psychiatry**, vol. 142, p. 559-63, 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3985195>. Acesso em: 09 de Abril de 2018.

BECK, A.T. et al. An Inventory for Measuring Depression. **Arch Gen Psychiatry.**, vol. 4, p. 53-63, 1961. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13688369>. Acesso em: 10 de Abril de 2018

BERROUIGUET, S. et al. Health brief contact interventions in suicide prevention: case series from the suicide intervention assisted by messages (siam) randomized controlled trial. **JMIR**, vol. 6, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29321126>. Acesso em: 23 de Agosto de 2019.

BERTOLOTE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012.

BERTOLOTE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, vol.32, supl.2, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000600005 . Acesso em: 20 de Maio de 2018.

BERK, R.A. Importance of expert judgment in content-related validity evidence. **West J Nurs Res**, vol. 12, n. 5, p. 659-71, 1990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2238643>. Acesso em: 18 de Junho de 2018.

BOLTON, J.M.; GUNNELL, D.; TURECKI, G. Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. **BMJ**, vol. 35, p. h4978, 2015. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h4978>. Acesso em: 23 de agosto de 2019.

BONO, V.; AMENDOLA, C.L. Primary care assessment of patients at risk for suicide. **J Am Acad Physician Assist**, vol. 28, n. 12, p. 35-9, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26556217>. Acesso em: 13 de julho de 2018.

BORGES, G. et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **J Clin Psychiatry.**, vol. 71, n. 12, p. 1617-28, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20816034>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. ;COPATTI, M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. **Barbarói**, vol. 28, p.109-23, 2008. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/192/581>. Acesso em: 11 de Junho de 2018.

BORSA, J.C.; DAMASIO, B.F.; BANDEIRA, D.R. Adaptação e Validação de Instrumentos Psicológicos entre Culturas: Algumas Considerações. **Paidéia**, vol. 22, n. 53, p. 423- 32, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000300014. Acesso em: 12 de maio de 2018

BOTEAGA, N.J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psico. USP**, vol. 25, n. 3, p. 231- 6, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 de Abril de 2018.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 25, n.12, p. 2632-8, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200010. Acesso em: 14 de Abril de 2018.

BOTTON, A.; CUNICO, S.D; STREY, M.N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças-Psicologia da saúde**, vol. 25, n. 1, p. 67-72, 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7009>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

BOUDREAUX, E.D. et al. Improving suicide risk screening and detection in the emergency department. *American Journal of Preventive Medicine.*, vol.50, n.4, p.445–53, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26654691>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 10.225, de 5 de Fevereiro de 2020. Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada. Brasília, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10225.htm

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera as Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. Brasília, vol. 48, n. 30, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271 de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104 de 25 de Janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios,

responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes)**. Brasília: MS; 2008.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2016**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2006b.

BRAZ, M.S.; FRANCO, M.H.P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 37, n.1, p. 90-105, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000100090&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 22 de Outubro de 2019.

BREZO, J. et al. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. **Br J Psychiatry.**, vol. 193, n. 2, p. 134–9, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18669998>. Acesso em: 22 de Outubro de 2019.

BRIM, C. et al. **Clinical practice guideline: suicide risk assesment**. Emergency nurses association, 2012. Disponível em: http://www.antoniocasella.eu/salute/ENA_suicide_dec12.pdf. Acesso em: 24 de Novembro de 2019.

BRODSKY, B.S.; SPRUCH-FEINER, A.; STANLEY B. The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. **Front Psychiatry.**, vol. 9, n. 33, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5829088/>. Acesso em: 22 de Agosto de 2019.

BUNHARI, M.V.; DARRIBA, V.A. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. **Psic. Clin.**, vol. 26, n.1, p. 197-213, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652014000100013. Acesso em: 18 de maio de 2018.

CALIXTO FILHO, M.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça.**, vol. 21, n. 2, p. 45-51, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/134006>. Acesso em: 15 de junho de 2018.

CAMUS, A. **O mito de sísifo**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1942.

CANTAO, L.; BOTTI, N.C.L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Rev Bras Enferm.**, vol. 69, n. 2, p. 389-96, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0389.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2019.

CAPOCCIA, L.; LABRE, M. **Caring for adult patients with suicide risk: A consensus-based guide for emergency departments.** Waltham, MA: Education Development Center, Inc., Suicide Resource Prevention Center, 2015. Disponível em: <https://www.sprc.org/edguide>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

CARDOSO, H. F. et al. Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. **Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, vol. 12, n. 2, p. 42-8, 2014. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/69>. Acesso em: 22 de maio de 2018.

CARMO, E.A. et al. Sociodemographic characteristics and time series of mortality due to suicide among elderly individuals in Bahia State, Brazil, 1996-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, vol.27, n.1, p. e20171971, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222018000100303&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 24 de outubro de 2019.

CARMONA- NAVARRO, M.C.; PICHARDO-MARTINEZ, M.C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 20, n. 6, p. 1161-8, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 de maio de 2018.

CASSORLA, R. M.S. **O que é suicídio.** Brasília: Editora brasiliense, 1986

CASSIDY, R.M. et al. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. **Schizophrenia Bulletin**, vol 44, n.4, p.787-97, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29036388>. Acesso em: 10 de Agosto de 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Suicide among adults aged 35-64 years--United States, 1999-2010. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep.**, vol.62, n.17, p.321-5, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23636024>. Acesso em: 20 de junho de 2018.

CHAPMAN, C.L. et al. Meta-analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder. **Acta Psychiatr Scand.**, vol. 131, n. 3, p. 162-73, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25358861>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

CHAUDHURY, S.R.; CHESIN, M.S.; STANLEY, B. **Cognitive-behavioral approaches to treating the suicidal patient.** In: LAMIS, D.A.; KASLOW, N.J. Advancing the science of suicidal behavior: understanding and intervention. New York: Columbia University, New York State Psychiatric Institute; 2014. p 75-89.

CHEN, Y.X. et al. Validity and reliability of Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) for schizophrenia inpatients. **Medical Journal of Chinese Civil Administration**, vol. 3, p. 271-3, 2011. Disponível em: http://en.cnki.com.cn/Article_en/CJFDTotal-ZMYX201103007.htm. Acesso em: 22 de agosto de 2019.

CHOCK, M.M. et al. Patterns of health care usage in the year before suicide: a population based case-control study. **Mayo Clin Proc**, vol.90, n.11, p. 1475-81, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4999076/>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

CHOI, S.B. et al. Ten-year prediction of suicide death using Cox regression and machine learning in a nationwide retrospective cohort study in South Korea. **J Affect Disord.**, vol. 231, p. 8–14, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29408160>. Acesso em 12 de Julho de 2018.

CHRISTENSEN, H. et al. Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. **Psychiatry Research**, vol. 219, n. 2, p. 290-97, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24947914>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2 edição. New York: Academic Press, 1988.

CONEJERO, I. et al. Suicide in older adults: current perspectives. **Clin Interv Aging.**, vol. 13, p. 691–9, 2018. Disponível em : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29719381>. Acesso em: 12 de Novembro de 2019.

COVER, R. **Queer Youth Suicide, Culture and Identity: Unliveable Lives?** Australia: Routledge, 2016.

CRUMP, C. et al. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. **Psychol Med**, vol.44, n.2, p. 279-89, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23611178>. Acesso em: 14 de junho de 2018.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001

CUTCLIFFE, J.; BARKER, P. - The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. **J Psychiatr Ment Health Nurs.**, vol. 11, p. 393-400, 2004. Disponível em: DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15255912>. Acesso em: 18 de Abril de 2018.

DEL-BEN, C.M. et al. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação do risco suicida. **Medicina**, vol. 50, supl.1, p. 98-112, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127543>. Acesso em: 23 de julho de 2018.

DEVELLIS, R. F. Classical Test Theory. **Medical Care**, vol. 44, n. 11, p. 50-9, 2006.

DEVRIES, K.M. et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. **PLoS Med**, vol.10, n. 5, 2013.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23671407>. Acesso em: 24 de junho de 2018.

DEVYLDER, J. E. et al. Suicidal ideation and suicide attempts among adults with psychotic experiences: data from the collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. **JAMA Psychiatry**, vol. 723, p. 219–25, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25715312>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

DOHERTY, T., DEVYLDER, J. Identifying risk of suicide. **Health Soc Work.**, vol. 41, n.3, p. 205–7, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4985890/>. Acesso em: 23 de Julho de 2018.

DONALDSON, D.; SPIRITO, A.; FARNETT, E. The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. **Child Psychiatry Hum Dev.**, vol. 31, n. 2, p. 99-111, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11089299>. Acesso em: 24 de Setembro de 2019.

DUMITH, S.C. et al. Suicidal thought in southern Brazil: Who are the most susceptible? **J Affect Disorders**, vol. 260, p. 610-16, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718332579>. Acesso em: 04 de Janeiro de 2020

DURKHEIM, E. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000

DUTRA, K. ET AL. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Rev Bras Enferm**, vol.71, suppl 5, p. 2274-81, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001102146&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 de agosto de 2019.

EMBRETSON, S. E.; REISE, S. P. **Item Response Theory for psychologists**. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2000.

ESTELLITA-LINS, C. (org). **Trocando seis por meia dúzia**: suicídio como emergência no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2012.

FAÇANHA, J.; SANTOS, J.C.; CUTCLIFFE, J. Assessment of Suicide Risk: Validation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk Index for the Portuguese Population. **Archives of Psychiatric Nursing**, vol. 30, n. 4, p. 470-5, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27455920>. Acesso em: 25 de Junho de 2019.

FAÇANHA, J.D.N. **Avaliação do risco de suicídio - contributos para a validação do índice NGASR para a população portuguesa**. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, 2013.

FASSBERG, M.M. et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. **Aging Ment Health**, vol. 20, n. 2, p. 166–94, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26381843>. Acesso em: 24 de Julho de 2019.

FANG, X. et al. Prevalence, risk factors and clinical characteristics of suicidal ideation in Chinese patients with depression. **J Affect Disord**, vol.235, p.135–41, 2018. Disponível em: DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29655075>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. New York: Wiley, 2000. p 2-71.

FEHRING, R. J. **The Fehring model**. In R. M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), *Classification of nursing diagnosis: Proceedings of the tenth conference*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1994, p. 55-7.

FERRARA, P et al. Psychometric properties of the Italian version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) scale. **Riv Psichiatr**, vol. 54, n. 1, p. 31-6, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30760935>. Acesso em: 22 de Novembro de 2019.

FIEDOROWICZ, J.G.; WELDON, K.; BERGUS, G. Determining suicide risk (hint: a screen is not enough). **J Fam Pract.**, vol. 59, n.5, p. 256–60, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20544044>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

FIGUEIREDO FILHO, D.B.; SILVA JÚNIOR, J.A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin Pública**, vol. 16, n. 1, p.160-85, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762010000100007. Acesso em: 13 de Junho de 2018

FOWLER, J.C. Suicide risk assessment in clinical practice: pragmatic guidelines for imperfect assessments. **Psychotherapy (Chic)**, vol. 49, n.1, p. 81-90, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22369082>. Acesso em: 22 de maio de 2018.

FLETCHER, P. A teoria da resposta ao item: Medidas invariantes do desempenho escolar. **Ensaio**; vol. 1, n. 2, p. 21-8, 1994.

FREITAS, A.P.A; BORGES, L.M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud. pesqui. psicol.**, vol.14, n.2, p. 560-77, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200010. Acesso em: 07 de Junho de 2018.

FUKUMITSO, K. O. et al. Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. **Revista Brasileira de Psicologia**, vol. 02, n. 2, p. 48-60, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/viewIssue/1840/457>. Acesso em: 11 de Novembro de 2019.

FUKUMITSO, K.O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicol. USP**, vol. 25, n. 3, p. 270-5, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300270&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 de Agosto de 2019.

GALLEGO, J.A. et al. Predictors of suicide attempts in 3.322 patients with affective disorders and schizophrenia spectrum disorders. **Psychiatry Res**, vol.228, n. 3, p. 791-6, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26077849>. Acesso em: 19 de Maio de 2018.

GARCIA-VELAZQUEZ, R.; MARKUS, J.; ROSENSTROM, T.H. Direction of dependence between specific symptoms of depression: a non-gaussian approach. **Clinical Psychological Science**, 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337460078_Direction_of_Dependence_Between_Specific_Symptoms_of_Depression_A_Non-Gaussian_Approach. Acesso em: 18 de Dezembro de 2019.

GIUPPONI, G. et al. Factors associated with suicide: case-control study in South Tyrol. **Compr Psychiatry**, vol. 80, p. 150-4, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29091781>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

GOODWILL, J.R.; TAYLOR, R.J.; WATKINS, D.C. Everyday discrimination, depressive symptoms and suicide ideation among African American man. **Arch Suicide Res.**, vol. 10, n.1, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31597538>. Acesso em: 07 de Dezembro de 2019.

GRANT, J.S.; DAVIS, L.L. Selection and use of content experts for instrument development. **Res Nurs Health**, vol. 20, n. 3, p.269-74, 1997. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179180>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

GRAY, B.P.; DIHIGO, S.K. Suicide risk assessment in high-risk adolescents. **Nurse Pract.**, vol. 40, n. 9, p. 30-7, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26262455>. Acesso em : 22 de junho de 2018.

GUADAGNOLI, E.; VELICER, W. F. Relation of sample size to the stability of component patterns. **Psychological Bulletin**, vol. 103, n. 2, p. 265-75, 1988. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3363047> Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol.**, vol. 24, n. 2, p. 61-3, 1995. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7747144>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of healthrelated quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol.**, vol. 46, n. 12, p. 1417-32, 1993. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8263569>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

HAAS, A.P. et al. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. **J homosex.**, vol. 58, n. 1, p.10-51, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21213174>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAMBLETON, R. K.; SWAMINATHAN, H.; ROGERS, H. J. **Fundamentals of Response Theory**. Newbury Park, CA: Sage, 1991.

HAN, B. et al. Estimating the rates of deaths by suicide among adults who attempt suicide in the United States. **J Psychiatr Res.**, vol. 77, p. 125-33, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27032110>. Acesso em: 18 de Setembro de 2019.

HARDY, S. Prevention and management of depression in primary care. **Nurs Stand.**, vol. 27, n. 26, p. 51-6, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540065>. Acesso em: 04 de Junho de 2018.

HAWTON, K. et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. **Cochrane Database Syst Rev.**, vol. 5, p. CD012189, 2016. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012189/epdf/full>. Acesso em: 22 de maio de 2018.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D.C.S; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment.**, vol. 7, n. 3, 238-47, 1995. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232480869_Content_Validity_in_Psychological_Assessment_A_Functional_Approach_to_Concepts_and_Methods. Acesso em: 19 de maio de 2018.

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res.**, vol. 7, n. 4, p. 323-35, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9610216>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

HOGAN, M.F.;GRUMET, J.G. Suicide prevention: an emerging priority for health care. **Health Aff**, vol.35, n.6, p. 1084-90, 2016. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2015.1672>. Acesso em: 18 de Agosto de 2019.

HOLMA, K.M. et al. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. **Bipolar Disord.**, vol. 16, n. 6, p. 652-61, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24636453>. Acesso em: 24 de Junho de 2018.

HOOPER, L.M. Predictors of Primary Care Physicians' Self-reported Intention to Conduct Suicide Risk Assessments. **J Behav Health Serv Res.**, vol. 39, Issue 2, p 103–15, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3586785/>. Acesso em: 12 de maio de 2018.

HORWITZ, A.G.; CZYZ, E.K.; KING, C.A. Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. **J Clin Child Adolesc Psychol.**, vol. 44, n. 5, p.751-61, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24871489>. Acesso em: 04 de Junho de 2018.

HUANG, M.; YEN, C.; LUNG, F. Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder. **Compr Psychiatry.**, vol.51, p. 243- 9, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20399333>. Acesso em: 21 de Maio de 2018.

HUBERS, A.A. et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: A meta-analysis. **Epidemiol Psychiatr Sci.**, p. 1-13, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27989254>. Acesso em: 12 de Agosto de 2019

HUKUDA, M.E. et al. O método nas pesquisas sobre a responsividade de escalas que avaliam doenças neurológicas. *Cad. Pós-Grad. Distúrb. Desenvolv.*; vol.16, n.1, p. 17-24, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-03072016000100003. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

INTERNATIONAL TEST COMMISSION (ITC). **International Test Commission guidelines for translating and adapting tests**. 2010. Disponível em: <http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf>. Acesso em: 23 de Maio de 2018.

JENKINS, A.L. et al. Risk for suicidal ideation and attempt among a primary care sample of adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. **Suicide Life Threat Behav**, vol.44, n.6, p. 616-28, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24720472>. Acesso em: 22 de Junho de 2018.

JOINER, T.E.; RIBEIRO, J.D. The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: current status and future directions. **J Clin Psychol.**; vol. 65, n. 12, p. 1291-9, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19827114>. Acesso em: 14 de Abril de 2018.

JORDAN, J. R.; MCINTOSH, J. L. **Grief after suicide**: Understanding the consequences and caring for the survivors. New York, NY: Routledge/Taylor & Francis, 2011.

KALLAKURI, S. et al. Common mental disorders and risk factors in rural India: baseline data from the SMART mental health project. **Bjpsych Open**; vol. 4, n.4, p. 192-8, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29988932>. Acesso em: 18 de Outubro de 2019.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **As cerimônias da destruição** (Sônia Alberti trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A., 1983

KESZEI, A.P.; NOVAK, M.; STREINER, D.L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res.**, vol. 68, n. 4, p. 319-23, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20307697>. Acesso em: 17 de Maio de 2018.

KIM, H. et al. Classification of attempted suicide by cluster analysis: A study of 888 suicide attempters presenting to the emergency department. **J Affect Disord.**, vol. 235, p.184-90, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29656265>. Acesso em: 20 de Setembro de 2019.

KIM, J.L. et al. Effect of Socioeconomic Status on the Linkage Between Suicidal Ideation and Suicide Attempts. **Suicide Life Threat Behav**, vol. 46, n. 5, p.588-97, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26991513>. Acesso em: 18 de Junho de 2018.

KING, C.A. et al. Suicide Risk Screening in Healthcare Settings: Identifying Males and Females at Risk. **J Clin Psychol Med Settings.**, vol. 24, n.1, p. 8–20, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28251427>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

KING, C.A. Identifying adolescents at highly elevated risk for suicidal behavior in the emergency department. **J Child Adolesc Psychopharmacol.**, vol. 25, n. 2, p.100-8, 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25746114>. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

KOOP-BIGAULT, C.; WALTER, M. Prevention of suicide of the elderly in France. To a multimodal strategy against depression and isolation: CQFDi. **Encephale**, vol.45, suppl 1, p. S35-S37, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30477900>. Acesso em : 23 de Novembro de 2019.

KOZEL, B. et al. Inter-rater reliability of the German version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale. **Int J Ment Health Nurs**, vol. 25, p. 409-17, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27132689>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

KREUZER, E., LAMIS, D.A. A Review of Psychometrically Tested Instruments Assessing Suicide Risk in Adults. **Omega (Westport)**, vol. 77, issue 1, p. 36-90, 2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28056621>. Acesso em: 18 de julho de 2018.

LARSEN, M.E. et al. A Mobile Text Message Intervention to Reduce Repeat Suicidal Episodes: Design and Development of Reconnecting After a Suicide Attempt (RAFT). **JMIR Ment Health.**, vol. 4, n.4, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29237584>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

LEAHY, D. et al. Role of the general practitioner in providing early intervention for youth mental health: a mixed methods investigation. **Early Interv Psychiatry**, vol. 12, n. 2, p.202-16, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26693835>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

LEAVEY, G. et al. Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. **BMC Psychiatry**, vol.16, n. 120, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852417/>. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

LEE, J. et al. Identifying alcohol problems among suicide attempters visiting the emergency department. **BMC Psychiatry**; vol. 19, n.1, 2019. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2347-5>. Acesso em: 23 de Outubro de 2019.

LEFEVRE, M.L. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. **Ann Intern Med.**, vol. 160, n. 10, p. 719-26, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842417>. Acesso em: 04 de Junho de 2018.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs Res**, vol. 35, n. 6, p.382-5, 1986. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640358>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

LIMA, M.; DIMENSTEIN, M. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. **Interface**, vol. 20, n. 58, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000300625&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 de Junho de 2018.

LIU, Y. et al. Development and validation of a risk prediction algorithm for the recurrence of suicidal ideation among general population with low mood. **J Affect Disord.**, vol. 193, n. 15,

p. 11-17, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26766029> .Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

LIU, C.H. et al. The prevalence and predictors of mental health diagnoses and suicide among US college students: Implications for addressing disparities in service use. **Depress Anxiety**, vol.36, n.1, p. 8-17, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30188598>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. **Nursing Research: methods, critical appraisal, e and utilization**. 4th ed. St Louis: Mosby-Year Book; 1998

LORD, F.M. **Applications of item response theory to practical testing problems**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1980.

LOPEZ-CASTROMAN, J. et al. Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters. **J Psychiat Res.**, vol.45, p. 619–25, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21055768>. Acesso em: 20 de Abril de 2018.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Ágora**, vol.10, n.1, p.86-106, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 de Maio de 2018.

MAGALHAES, A. P.N. de et al. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **J. bras. psiquiatr.**, vol.63, n.1, p.16-22, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852014000100016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 de Junho de 2018.

MAIA, J.L. **Uso da Teoria Clássica dos Testes – TCT e da Teoria de Resposta ao Item – TRI na avaliação da qualidade métrica de testes de seleção**. Tese de Doutorado em apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2009.

MAINA, R. et al. Gaps in Suicide Assessment and Management Among Accident and Emergency Nurses in Kenyatta National Hospital: a Qualitative Study. **Global Social Welfare**, vol. 6, n. 2, p. 87-96, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40609-018-0127-7>. Acesso em: 01 de Agosto de 2019

MANDELLI, L.; SERRETTI, A. Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: an update. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, vol. 37, p. 2375-97, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23886513>. Acesso em: 12 de Julho de 2018.

MANN, J.J. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. **Am J Psychiatry**, vol. 156, p. 181–9, 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9989552>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

MARQUETTI, F.C.; MILEK, G. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. **Rev Ter Ocup.**, vol. 25, n. 1, p. 18-26,

2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64664>, Acesso em 22 de julho de 2018.

MARTINEZ, P. et al. Comorbilidad en personas con depresión que consultan en centros de la atención primaria de salud en Santiago, Chile. **Rev. méd. Chile**, vol.145, n.1, 2017. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100004. Acesso em: 22 de Junho de 2018.

MARTINS, A.C.; FERNANDES, C.M. Mortalidade por agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente: reflexões sobre a realidade brasileira. **Revista Saúde em Foco**, vol. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/163>. Acesso em: 20 de maio de 2018.

MCDOWELL, A.K.; LINEBERRY, T.W.; BOSTWICK, J.M. Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. **Mayo Clin Proc**, vol.86, n.8, p. 792-800, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3146379/>. Acesso em: 21 de Junho de 2018.

MCGILTON, K. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. **Can J Nurs Res.**, vol. 35, n. 4, p.72-86, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14746122>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

MEERWIJK, E.L. et al. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. **Lancet Psychiatry**, vol.3, n.6, p. 544-54, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(16\)00064-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(16)00064-X/fulltext). Acesso em: 23 de Maio de 2018.

MENON, V. Suicide risk assessment and formulation: an update. **Asian J Psychiatr**, vol. 6, n. 5, p. 430-5, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24011694>. Acesso em: 10 de Abril de 2018.

MERGL, R. What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries. **PLoS One.**, vol. 10, n. 7, p.e0129062, 2015. Disponível em: DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26147965>. Acesso em: 24 de Junho de 2018.

MINAYO, M.C.S.; FIGUEREIDO, E.B.; MANGAS, R.M.N. Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em Instituições de Longa Permanência. **Ciênc. saúde colet.**, vol. 24, n. 4, p. , 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401393 Acesso em 05 de Dezembro de 2019.

MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 6, p. 1751-62, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601751&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em : 20 de Agosto de 2019.

MINAYO, M.C.S. **Suicídio**: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde, organizador. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINOIS, G. **History of suicide voluntary death in western culture** (Lydia G, Cochrane trad.). Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press, 1999.

MORAES, S.M. et al Atitudes relacionadas ao suicídio entre graduandos de enfermagem e fatores associados. **Acta Paul Enferm.**, vol. 29, n.6, p.643-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000600643&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 de Junho de 2018.

MOREIRA, D.L. et al. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um centro de assistência toxicológica. **Ciencia y Enfermeria**, vol. 21, n. 2, p. 63-75, 2015. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n2/art_07.pdf. Acesso em: 18 de Julho de 2018.

NOCK, M.K. et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **JAMA Psychiatry**, vol. 70, n. 3, p.300-10, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23303463>. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

NUNES, F.D.D. et al. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: Revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.15, p. 17-22, 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000100003. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

O'BRIEN, K.H. M. et al. Sexual and Gender Minority Youth Suicide: Understanding Subgroup Differences to Inform Interventions . **LGBT health**, vol.3, n. 4, p.248-51, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27348621>. Acesso em: 24 de Julho de 2018.

O'CONNOR, E. et al. Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med**, vol.158, n. 10, p. 741-54, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23609101> Acesso em: 19 de maio de 2018.

OH, H. et al. Discrimination and suicidality among racial and ethnic minorities in the United States. **J Affect Disord.**, vol. 245, p.517-23, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30445379>. Acesso em: 16 de Dezembro de 2019.

OLIVEIRA, E.N. Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. **Revista Enfermagem Contemporânea**, vol. 5, n.2, p.184-92, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

OLIVEIRA, A.S.; SANTOS, V.L.C.G. Responsividade dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida de Ferrans & Powers: uma revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm.**, vol. 24, n. 6, p. 839-44, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002011000600019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 12 de Maio de 2018.

PALAY, J. et al. Prevalence of Mental Disorders and Suicidality in Canadian Provinces. **Can J Psychiatry**, vol.64, n.11, p. 761-69, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31619055>. Acesso em: 02 de Dezembro de 2019.

PANAGIOTI, M. et al. Pathways to suicidal behavior in posttraumatic stress disorder. **J Traumatic Stress**, vol. 24, p.137-45, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21438017>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

PARRA URIBE, I. et al. Attempted and completed suicide: not what we expected? **J Affect Disord.**, vol.150, n. 3, p. 840-6, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23623420>. Acesso em: 24 de Maio de 2018.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora vozes, 2013

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, vol.43, n. especial, p. 992-9, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>. Acesso em: 12 de Maio de 2018.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da Teoria de Resposta ao Item – TRI. **Aval. Psicol**, vol. 2, n. 2, p. 99-110, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200002. Acesso em: 12 de Maio de 2018.

PATTYN, E. et al, Public stigma and self-stigma: Differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. **Psychiatric Services**, vol. 65, n. 2, p. 232-8, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24233070> Acesso em: 23 de Junho de 2018.

PAWLAK, J. et al. Suicide behavior as a quantitative trait and its genetic background. **J. Affect Disord.**, vol. 206, p. 241-50, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27479537>. Acesso em: 18 de Setembro de 2019.

PEARSON, A. et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. **Br J Gen Pract**, vol.59, n.568, p. 825-32, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765834/>. Acesso em: 12 de Maio de 2018.

PEREIRA, A.S. et al. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciênc. saúde colet.**, vol. 23, n. 11, p. 3767-77, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018001103767&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 de Julho de 2019.

PERSSON, C. U. et al. Responsiveness of a modified version of the postural assessment scale for stroke patients and longitudinal change in postural control after stroke- Postural Stroke

Study in Gothenburg (POSTGOT). **J NeuroEng Rehabil**, vol. 10, p. 8, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23356652>. Acesso em: 04 de Julho de 2018.

PEYRON, P.A.; DAVID, M. Suicide risk assessment tools for adults in general medical practice. **Presse Med.**, vol. 44, n.6, p. 590-600, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25958158>. Acesso em: 23 de Junho de 2018.

PHILLIPS, D. **Recent advances in suicidology**: The study of imitative suicide. In: DIESKSTRA, R. F. et al. Suicide and its prevention: The role of attitude and imitation (pp. 229-312). Leiden, The Netherlands: Brill, 1989.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** : métodos, avaliação e utilização. 7 ed. Porto alegre: Artmed, 2011

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, vol. 29, p.489-97, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

PORTNEY, L.G.; WATKINS, M.P. **Foundations of Clinical Research**: Applications to Practice. 3 Ed, Prentice Hall, Upper Saddle River, 2009.

POSNER, K. et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. **Am J Psychiatry**, vol. 168, p.1266–77, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193671>. Acesso em: 20 de Maio de 2018.

RAJALIN, M. et al. Family history of suicide and interpersonal functioning in suicide attempters. **Psychiatry Res**, vol. 247, p. 310-4, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27951478>. Acesso em: 20 de Setembro de 2019.

RAMOA, A.F.A.S et al. Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade. **Rev Port Med Geral Fam**, vol. 33, p. 321-32, 2017. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000500003. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Rev. Saúde Pública**, vol.41, n.4, p.665-73, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000400024&script=sci_abstract. Acesso em: 10 de Maio de 2018.

REYES, M.E.S. Stigma Burden as a Predictor of Suicidal Behavior among Lesbians and Gays in the Philippines. **Suicidology Online-Sol**, vol. 8, n. 26, 2017. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/74f2/665dc27cd9a38cef290857eee3aac4a6d8d.pdf?_ga=2.93708573.1648050177.1578859539-753724673.1527237639. Acesso em: 22 de Setembro de 2019.

RIBEIRO, J.D. et al. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. **Br J Psychiatry**, vol. 212, n. 5, p. 279-86, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29587888>. Acesso em: 22 de Outubro de 2019.

RIBEIRO, D.B. et al. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Rev Gaúcha Enferm.**, vol. 37, n. 1, p.e54896, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000100414&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 22 de Julho de 2018.

REGISTERED NURSINGS ASSOCIATION ONTARIO (RNAO). Assessment and care of adults at risk for suicidal ideation and behaviour. 2009. Disponível em: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>. Acesso em 28 de Novembro de 2019.

ROATEN, K. et al. Development and Implementation of a Universal Suicide Risk Screening Program in a Safety-Net Hospital System. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, vol. 44, n. 1, p. 4-11, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29290245> Acesso em: 25 de Agosto de 2018.

ROCHA, M.A.S.; BORIS, G.D.J.B; MOREIRA, V. A experiência suicida numa perspectiva humanista-fenomenológica **Rev. abordagem gestalt**, vol.18, n.1, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100010. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

ROSA, N.M.; OLIVEIRA, R.R.; ARRUDA, G.O. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. **J bras. Psiquiatr** vol.66, n.2, p.73-82, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852017000200073&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 28 de Maio de 2018.

RUBIO, D.M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Soc Work Res**, vol. 27, n. 2, p. 94-105, 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/swr/article/27/2/94/1659075>. Acesso em: 24 de Novembro de 2019.

RUFINO, K.A.; ELLIS, T.E. Contributions of Cognitions, Psychological Flexibility, and Therapeutic Alliance to Suicidal Ideation in Psychiatric Inpatients. **Suicide Life Threat Behav**, vol.48, n.3, 2018. Disponível em: DOI:10.1111/sltb.12353. Acesso em: 20 de Outubro de 2019.

RUNESON, B. et al. Suicide risk after nonfatal self-harm: a national cohort study, 2000-2008. **J Clin Psychiatry.**, vol. 77, n.2, p.240-6, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28485527>. Acesso em: 20 de Julho de 2018,

SAINI, P.; CHANTLER., K.; KAPUR, N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. **Health Soc Care Community**, vol. 24, n. 3, p. 260-9, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25661202>. Acesso em: 16 de Setembro de 2019.

SANTOS, H.G.B et al. Fatores associados a presença de ideação suicida em universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.25, p. e2878, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100332&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

SANTOS, J. C. et al. Impacto da formação "+Contigo" nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.22, n.4, p.679-

84, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692014000400679&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

SARTES, L. M. A.; FORMIGONI, M. L. O. S. Advances in psychometrics: from Classical Test Theory to Item Response Theory. **Psicol. Reflex. Crit.**, vol.26, n.2, p.241-50, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 de Julho de 2018.

SCHLICHTHORST, M. et al. Using a television documentary to prevent suicide in men and boys. **Australas Psychiatry.**, vol. 26, n. 2, p.160-5, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29334227> Acesso em: 26 de Julho de 2018.

SCHIMDT, S.; BULLINGER, M. Current issues in cross cultural quality of life instruments development. **Arch Phys Med Rehabil**, v.84, suppl. 2, p. 29-34, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12692769>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

SEGUIN, M. et al. Developmental model of suicide trajectories. **Br J Psychiatry.**, vol. 205, n. 2, p.120-6, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24809398>. Acesso em: 24 de Maio de 2018.

SHER, L. et al. Depressed Multiple-suicide attempters: a high-risk phenotype. **Crisis**, vol. 38, n. 6, p.367-75, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28914095>. Acesso em: 16 de Novembro de 2019

SHIN, H.Y. et al. A study on reliability and validity of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) for psychiatric inpatients. **J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs**, vol. 21, p. 21-9, 2012. Disponível em: <https://synapse.koreamed.org/search.php?where=aview&id=10.12934/jkpmhn.2012.21.1.21&code=0199JKAPMHN&vmode=PUBREADER> . Acesso em: 24 de Outubro de 2019.

SHNEIDMAN, E. S.. **Comprehending Suicide: Landmarks in 20th Century Suicidology**. Washington, DC: American Psychological Association, 2001.

SHNEIDMAN, E. **Survivors of suicide**. Oxford, UK: Charles C Thomas, 1972.

SIJTSMA, K. On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. **Psychometrika.**, vol.74, n.1, p.107-20, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2792363/>. Acesso em: 18 de Setembro de 2019.

SILVA, P.F., NOBREGA, M.P.S.S., OLIVEIRA, E. Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida. **Rev enferm UFPE on line.**, vol. 12, n. 1, p. 112-7, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23511/25906>. Acesso em: 22 de junho de 2018.

SILVA, R.M. et al. Influência dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.20, n.6, p.1703-10, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601703&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 24 de Outubro de 2019.

SILVA JUNIOR, F. J. G. et al. Ideas suicidas y consumo de drogas ilícitas en mujeres. **Acta paul. enferm.**, vol.31, n.3, p.321-26, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002018000300321&lng=pt&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 21 de Dezembro de 2019.

SOUZA, A.C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**; vol.26, n.3, p.649-59, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222017000300649&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 24 de Outubro de 2019.

STANLEY, I.H. et al. Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. **Aging Ment Health.**, vol. 20, n. 2, p.113-22, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25693646> Acesso em: 24 de Maio de 2018.

STANLEY, B.; BROWN, G.K. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. **Cognitive and Behavioral Practice**, vol. 19, n. 2, p. 256-64, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1077722911000630>. Acesso em: 23 de Junho de 2018

STARK, C. et al. Service contacts prior to death in people dying by suicide in the Scottish highlands. **Remote Rural Health.**, vol. 12, p. 1876, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22856505>. Acesso em: 21 de Maio de 2018.

STICKLEY, A. et al. Physical multimorbidity and suicidal behavior in the general population in the United States. **J Affect Disord**, vol. 260, p. 604-9, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719303301>. Acesso em: 05 de Janeiro de 2020

STREINER, D.L.; KOTTNER, J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. **J Adv Nurs.**, vol. 70, n.9, p. 1970-9, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24684713>. Acesso em: 18 de Julho de 2019.

STREINER, D.L.; NORMAN, G.R. **Health measurement scales**: A practical guide to their development and use. 4th Edition, Oxford University Press, Oxford, 2008.

STREINER, D.L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. **J Pers Assess.**; vol. 80, n. 1, p.99-103, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12584072>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

SUEN, Y.T.; CHAN, R.C.H.; WONG, E.M.Y. Mental health of transgender people in hong kong: a community-driven, large-scale quantitative study documenting demographics and correlates of quality of life and suicidality. **J Homosex.**; vol. 65, n.8, p.1093-1113, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00918369.2017.1368772>. Acesso em: 12 de Julho de 2018.

SULLIVAN, E.M. et al. Suicide Trends Among Persons Aged 10–24 Years — United States, 1994–2012. **Morb Mortal Wkly Rep.**, vol. 64, n. 8, p. 201-5, 2015. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6408a1.htm>. Acesso em: 18 de Outubro de 2019.

TENG, C.T., PAMPANELLI, M.B., 2015. O suicídio no contexto psiquiátrico. **Rev psi.**, vol. 2, n. 1, p. 41-51, 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/viewIssue/1839/442>. Acesso em: 20 de Maio de 2018.

TERWEE, C. B. et al. On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: guidelines for instrument evaluation. **Qual Life Res**, vol. 12, p. 349-62, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12797708>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

TESTA, A.; WEISS, D.B.; RENNO SANTOS, M. A cross-national analysis of alcohol consumption and suicide rates: variations by population-level drinking patterns. **J Drug Issues**, vol. 49, n. 4, p. 625-42, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022042619855998>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

THE JOINT COMMISSION. Detecting and treating suicide ideation in all settings. **Sentinel Event Alert.**, vol. 56, p.1-7, 2016. Disponível em: https://www.jointcommission.org/sea_issue_56/. Acesso em: 23 de Maio de 2018.

TILDEN, V.P.; NELSON, C.A.; MAY, B.A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nurs Res**, vol. 39, n.3, p.172-5, 1990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342905>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

TORO, G.V.R. **Tentativa de suicídio:** vivências dos profissionais de saúde no pronto-socorro. Dissertação apresentada ao Progrma de Pós Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

TURECKI, G.; BRENT, D.A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet.**, vol.387, n .10024, p. 1227-39, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/>. Acesso em: 24 de setembro de 2019.

TURECKI, G. The molecular bases of the suicidal brain. **Nat Rev Neurosci**, vol.15, n.12, p.802-16, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25354482>. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

TURECKI, G. et al. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. **Trends Neurosci.**, vol. 35, n. 1, p.14-23, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22177979>. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

VAN ORDEN, K.A. et al. The Interpersonal Theory of Suicide. **Psychol Rev.**, vol. 117, n.2, p.575-600, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3130348/>. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

VAN VEEN, M. et al. Structured assessment of suicide risk in a psychiatric emergency service: psychometric evaluation of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale

(NGASR). **Int J Soc Psychiatry**, vol. 61, p. 287-96, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25061024>. Acesso em: 18 de Maio de 2018.

VEDANA, K.G.G.; ZANETTI, A.C.G. Atitudes de estudantes de enfermagem relacionadas ao comportamento suicida. **Rev Latino-Am Enferm**, vol. 27, p. 27:e3116, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100311&lng=en&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 20 de Setembro de 2019.

VELOSO, C. et al. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, vol. 38, n. 2, p.e66187, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000200411&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 23 de Maio de 2018.

VELOSO, C et al. Suicide attempts cared for by a mobile emergency pre-hospital care service. **Rev Enferm UFPI.**, vol. 5, n.3, p.48-53, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5395>. Acesso em: 18 de abril de 2018.

VIDAL, C.E.L.; GONTIJO, E.C.D.M; LIMA, L.A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, vol.29, n.1, p.175-87, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000100020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 de Maio de 2018.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. saúde colet**, vol.21, n.2, p.108-114, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2013000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 de Maio de 2018.

VIJAYAKUMAR, L. Suicide in women. **Indian J Psychiatry.**, vol. 57. suppl 2, p. 233-8, 2015. Disponível em: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2015/57/6/233/161484>. Acesso em: 20 de Setembro de 2019.

WANG, Y.C. et al. Coping card usage can further reduce suicide reattempt in suicide attempter case management within 3-month intervention. **Suicide Life Threat Behav**, vol.46, n.1, p. 106-20, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26201436>. Acesso em: 21 de Setembro de 2019.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2014**: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO BRASIL, 2014

WASSERMAN, D. **Suicide**: an unnecessary death. London: Oxford, 2001.

WEBER, A.N. et al. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. **Med Clin North Am.**, vol.101, n. 3, p. 553-71, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28372713>. Acesso em: 25 de julho de 2018.

WEISSHEIMER, A.M. **Tradução, adaptação cultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile**. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação do Departamento de Enfermagem materno-infantil e saúde pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Ribeirão Preto, 2007.

WERLANG, B.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WILCOX, H.C.; WYMAN, P.A. Suicide prevention strategies for improving population health. **Child Adolesc Psychiatr Clin N Am**; vol. 25, n. 2, p. 219-33, 2016. Disponível em: DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26980125>. Acesso em: 24 de Junho de 2018.

WITT, K. et al. Treatment as usual (TAU) as a control condition in trials of cognitive behavioural-based psychotherapy for self-harm: Impact of content and quality on outcomes in a systematic review. **J Affect Disord**, vol.235, p. 434-47, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29679896>. Acesso em: 20 de Agosto de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Genebra, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a global imperative**. Genebra, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health**. Genebra, 2014b

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide**. Genebra, 2000.

YANG, L. et al. Risk and risk factors of suicide attempt after first onset of suicide ideation: findings from medical students in grades 1 and 2. **Wei Sheng Yan Jiu**, vol.43, n.1, p. 47-53, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564110>. Acesso em: 19 de Outubro de 2019.

YOUNES, N. et al. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? **J Affect Disord**, vol.170, p. 150-4, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714005266>. Acesso em: 22 de Maio de 2018.

ZALSMAN, G. et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. **Lancet Psychiatry**., vol.3, n.7, p.646-59, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27289303>. Acesso em: 18 de Setembro de 2019.

YEON, Shin. et al. A Study on Reliability and Validity of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) for Psychiatric Inpatients. **J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs**, vol. 21, n. 1, 21-29, 2012. Disponível em: <http://www.jkpmhn.org/DOIx.php?id=10.12934/jkpmhn.2012.21.1.21>. Acesso em: 22 de Outubro de 2019.

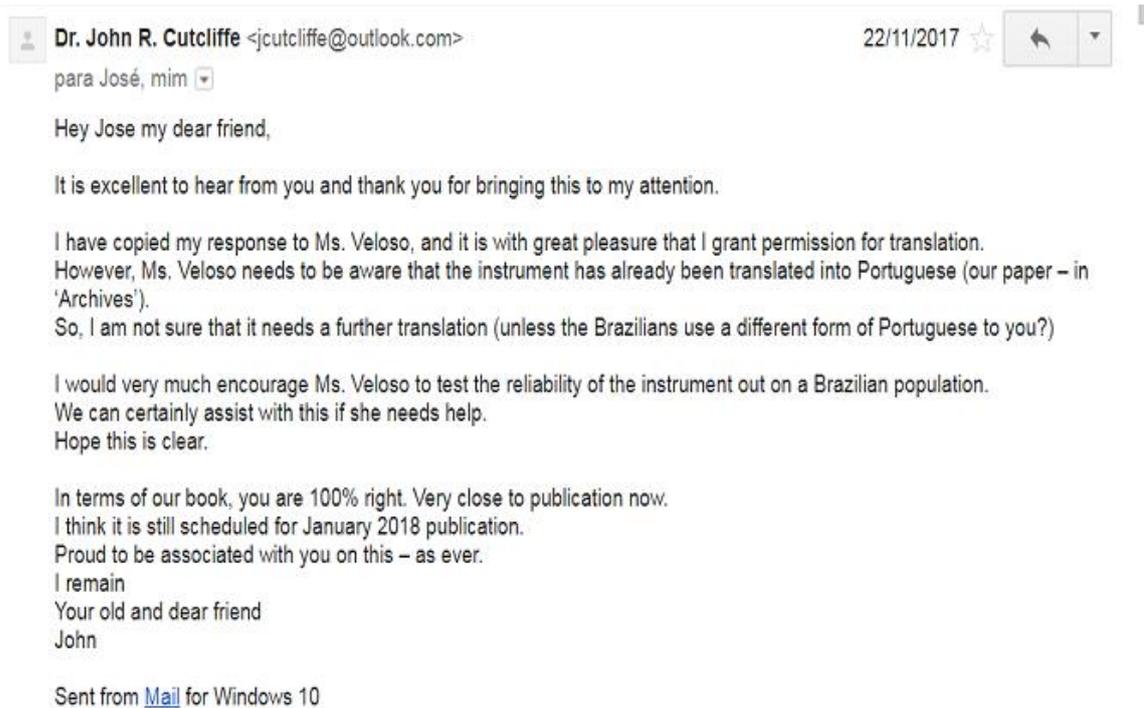
ANEXO A

NURSES GLOBAL ASSESSMENT RISK SUICIDE- Versão original

Predictor Variable	Value
Prsence/influence of hopelessness	3
Recent stressful life event, for example, job loss, finacial worries, peding court action	1
Evidence of persecutory voice/beliefs	1
Evidence of depression/loss of interest or loss of pleasure	3
Evidence of withdrawal	1
Warning of suicide intent	1
Evidence of a plan to commit suicide	3
Amily history of serious psychiatric problems or suicide	1
Recent bereavement or relationship breakdown	3
History of psychosis	1
Widow/widover	1
Prior suicide attempt	3
History of social-economic deprivation	1
History of alcohol and/or alcohol misuse	1
Presence of terminal illness	1

ANEXO B

Autorização para adaptação cultural e validação do NGARS



ANEXO C

Autorização do uso da versão portuguesa do NGARS

 **José Carlos Santos** <jcsantos@esenfc.pt> 22/11/2017 ☆  

 para John, mim 

Hey John my dear friend,

Thank you for your support to our colleague from Brazil.

Lorena I'm send you the Portuguese version of NGARS, which was translated and approved by experts in this field. For your use you need to evaluate the index and a cultural validation before the statistic measures. I wish you a good work! If you need anything else, please contact me!

John, the book is almost finish but we will need to review the final version, but it's almost ... we need to celebrate 😊! It is a really honor to be with you in this project!

Best wishes
José Carlos Santos

ANEXO D

NURSES GLOBAL ASSESSMENT RISK SUICIDE- Versão traduzida e adaptada para a população portuguesa-Portugal

Variável Preditiva	Pontuação
Presença/ Influência da desesperança	3
Acontecimento stressante recente, por exemplo, perda do emprego, preocupações financeiras, acção judicial pendente	1
Evidência de vozes/ crenças persecutórias	1
Evidência de depressão/ perda de interesse ou perda de prazer	3
Evidência de afastamento social	1
Aviso de intenção suicida	1
Evidência de um plano para se suicidar	3
Historial familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio	1
Processo de luto recente ou fim de uma relação	3
Historial de psicose	1
Viúvo/ viúva	1
Tentativa anterior de suicídio	3
Historial de privação socioeconómica	1
Historial de álcool e/ou abuso de álcool	1
Presença de doença terminal	1
Total	

Níveis de risco:

Pontuação ≤ 5 - Nível de risco baixo;

Pontuação 6-8 – Nível de risco intermediário;

Pontuação 9-11 – Nível de risco elevado;

Pontuação ≥ 12 – Nível de risco muito elevado.

ANEXO E

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO****QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO- adaptado de Pasquali (2013)**

Caro Juiz(a),

Essa etapa consiste na sua avaliação dos itens do índice *Nurses Global Assessment Risk Suicide* (NGARS), quanto aos critérios propostos por Pasquali (2013), descritos a seguir:

1. Simplicidade: o item deve expressar uma única ideia;
2. Clareza: o item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta, utilizando-se de frases curtas, com expressões simples e inequívocas;
3. Relevância (pertinência): o item deve ser consistente com o construto;
4. Precisão: o item deve ter uma posição definida no contínuo do construto e ser distinto dos demais itens. Representa os parâmetros de dificuldade e discriminação dos itens;
5. Amplitude: o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo, ou seja, deve permitir discriminar entre indivíduos de diferentes níveis.

A cada item deve ser atribuído um valor: 1 = não concordo, 2 = item necessita de grande revisão para concordar, 3 = item necessita de pequena revisão para concordar, 4 = concordo, para cada critério a ser analisado. Além dessa avaliação, há espaços para observações sobre cada item (exclusão, mudança de posicionamento, mudança da escrita) e ao final, as sugestões sobre o instrumento como todo (inclusive layout e inclusão de itens).

Esclarece-se que como o instrumento já possui tradução, adaptação cultural e validação para a população portuguesa, em estudo realizado por Santos e Façanha (2013), foi obtida autorização para uso da versão do instrumento no idioma português de Portugal, que é esta apresentada a você.

Para sua validação no Brasil, tomando por base o fato do idioma português do Brasil apresentar semelhanças linguísticas e semânticas com o idioma português de Portugal, realizar-se-á somente as etapas pertinentes à adaptação cultural de avaliação da compreensão verbal por comitê de especialistas (validade de conteúdo) e verificação da clareza através de pré-teste e aplicação do instrumento adaptado à amostra do estudo para avaliação das propriedades psicométricas, conforme preconiza Guillemín, Bombardier e Beaton (1993).

Desta forma, solicitamos especial atenção quanto à forma da escrita dos itens, para que se possa alcançar compreensão verbal do instrumento.

Item 1. Presença/influência de desesperança (pontuação na escala = 3)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 2. Acontecimento stressante recente, por exemplo, perda do emprego, preocupações financeiras, acção judicial pendente (pontuação na escala = 1)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)

Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 3. Evidência de vozes/ crenças persecutórias (pontuação na escala = 1)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 4. Evidência de depressão/ perda de interesse ou perda de prazer (pontuação na escala = 3)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				

Item 5. Evidência de afastamento social (pontuação na escala = 1)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 6. Aviso de intenção suicida (pontuação na escala = 1)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 7. Evidência de um plano para se suicidar (pontuação na escala = 3)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)

Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 8. Historial familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio (pontuação na escala = 1)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 9. Processo de luto recente ou fim de uma relação (pontuação na escala = 3)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				

Item 10. Historial de psicose (pontuação na escala = 1)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 11. Viúvo/ viúva (pontuação na escala = 1)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Item 12. Tentativa anterior de suicídio (pontuação na escala = 3)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)

Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)

Observações sobre o item:

Item 13. Historial de privação socioeconómica (pontuação na escala = 1)

Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)

Observações sobre o item:

Item 14. Historial de álcool e/ou abuso de álcool (pontuação na escala = 1)

Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)

Observações sobre o item:

Item 15. Presença de doença terminal (pontuação na escala = 1)				
Simplicidade	(1)	(2)	(3)	(4)
Clareza	(1)	(2)	(3)	(4)
Relevância	(1)	(2)	(3)	(4)
Precisão	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o item:				
Avaliação do instrumento como um todo				
Amplitude	(1)	(2)	(3)	(4)
Observações sobre o instrumento como um todo:				

ANEXO F

NURSES GLOBAL ASSESSMENT RISK SUICIDE- Versão traduzida e adaptada para a população brasileira retrotraduzida para idioma original

Predictive variable	Score
Presence of hopelessness, for example, loss of hope in the future, loss of meaning of life, lack of current perspectives	3
Recent stressful event, for example, job loss, socioeconomic difficulties, pending lawsuit, accidents	1
History of psychosis (presence of persecutory voices / beliefs)	1
Presence of depressive symptoms (sadness / loss of interest or loss of pleasure in daily activities)	3
Presence of social isolation behaviors	1
Warning of suicidal intent / suicidal ideation	2
Presence of suicide plan	3
Presence of family history of severe psychiatric problems and / or suicide	1
Presence of suffering due to the death of a loved one (recent grieving process) or end of relationship	1
History of interpersonal violence (physical, psychological, sexual)	1
Widower / widow or living alone	1
Previous suicide attempt	3
History of prejudice (ethnic/sexual/social/religious issues)	1
Personal history of use / abuse of alcohol and / or other drugs	1
Presence of terminal or incapacitating disease	1

ANEXO G

ESCALA DE IDEAÇÃO SUICIDA DE BECK (BSI)

PARTE 1

1

0. Tenho um desejo de viver que é de moderado a forte.

1. Tenho um desejo fraco de viver.

2. Não tenho desejo de viver.

2

0. Não tenho um desejo de morrer

1. Tenho um desejo fraco de morrer.

2. Tenho um desejo de morrer que é de moderado a forte.

3

0. Minhas razões para viver pesam mais que minhas razões para morrer.

1. Minhas razões para viver ou morrer são aproximadamente iguais.

2. Minhas razões para morrer pesam mais que minhas razões para viver.

4

0. Não tenho desejo de me matar.

1. Tenho um desejo fraco de me matar.

2. Tenho um desejo de me matar que é de moderado a forte.

5

0. Se estivesse numa situação de risco de vida, tentaria me salvar.

1. Se estivesse numa situação de risco de vida deixaria vida ou morte ao acaso.

2. Se estivesse numa situação de risco de vida, não tomaria as medidas necessárias para evitar a morte.

Se você fez um círculo nas afirmações ‘zero’, em ambos os grupos 4 e 5, passe para o grupo 20. Se você marcou ‘um’ ou ‘dois’, seja no grupo 4 ou 5, então prossiga para o grupo 6 a 20.

PARTE 2

6

0. Tenho breves períodos com ideias de me matar que passam rapidamente.

1. Tenho períodos com ideias de me matar que duram algum tempo.

2. Tenho longos períodos com ideias de me matar.

7

0. Raramente ou ocasionalmente penso em me matar.

1. Tenho ideias frequentes de me matar.

2. Penso constantemente em me matar.

8

- 0. Não aceito a ideia de me matar.
- 1. Não aceito, nem rejeito, a ideia de me matar.
- 2. Aceito a ideia de me matar.

9

- 0. Consigo me controlar quanto a cometer o suicídio.
- 1. Não estou certo se consigo me controlar quanto a cometer suicídio.
- 2. Não consigo me controlar quanto a cometer suicídio.

10

- 0. Eu não me mataria por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa mal sucedida.
- 1. Eu estou um tanto preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por uma tentativa malsucedida.
- 2. Eu não estou ou estou só um pouco preocupado a respeito de me matar por causa da minha família, de meus amigos, de minha religião, de um possível dano por tentativa mal sucedida.

11

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

12

- 0. Não tenho plano específico sobre como me matar.
- 1. Tenho considerado maneiras de me matar, mas não elaborei detalhes.
- 2. Tenho um plano específico para me matar.

13

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

14

- 0. Não tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
- 1. Não estou certo se tenho a coragem ou a capacidade para cometer suicídio.
- 2. Tenho a coragem e a capacidade para cometer suicídio.

15

- 0. Não espero fazer uma tentativa de suicídio.
- 1. Não estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.
- 2. Estou certo de que farei uma tentativa de suicídio.

16

- 0. Eu não fiz preparativos para cometer suicídio.
- 1. Tenho feito alguns preparativos para cometer suicídio.
- 2. Meus preparativos para cometer suicídio já estão quase prontos ou completos.

17

- 0. Não escrevi um bilhete suicida.
- 1. Tenho pensado em escrever um bilhete suicida ou comecei a escrever, mas não terminei.
- 2. Tenho um bilhete suicida pronto.

18

- 0. Não tomei providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido o suicídio.
- 1. Tenho pensado em tomar algumas providências em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.
- 2. Tomei providências definidas em relação ao que acontecerá depois que eu tiver cometido suicídio.

19

- 0. Não tenho escondido das pessoas o meu desejo de me matar.
- 1. Tenho evitado contar às pessoas sobre a vontade de me matar.
- 2. Tenho tentado não revelar, esconder o mentir sobre a vontade de cometer suicídio.

20

- 0. Nunca tentei suicídio.
 - 1. Tentei suicídio uma vez.
 - 2. Tentei suicídio duas ou mais vezes.
- Se você tentou suicídio anteriormente, por favor, continue no próximo grupo de afirmações.

21

- 0. Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era fraco.
- 1. Durante a minha última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era moderado.
- 2. Durante a última tentativa de suicídio, meu desejo de morrer era forte.

ANEXO H

ESCALA DE DESESPERANÇA DE BECK (BHS)

Por favor, leia as afirmações cuidadosamente uma por uma. Se a afirmação descreve uma atitude na última semana, incluindo hoje, faça um x no parêntese com o ‘C’; se a afirmação não descreve a sua atitude, faça um x no parêntese com ‘E’.

1. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.	C () E ()
2. Seria melhor desistir, porque nada há que eu possa fazer para tonar as coisas melhores para mim.	C () E ()
3. Quando as coisas vão mal, me ajuda saber que elas não podem continuar para sempre.	C () E ()
4. Não consigo imaginar que espécie de vida será a minha em dez anos	C () E ()
5. Tenho tempo suficiente para realizar as coisas que quero fazer.	C () E ()
6. No futuro, eu espero ter sucesso no que mais me interessa.	C () E ()
7. Meu futuro parece negro.	C () E ()
8. Acontece que tenho uma sorte especial e espero conseguir coisas boas da vida do que uma pessoa comum.	C () E ()
9. Simplesmente não consigo aproveitar as oportunidades e não há razão para que consiga, no futuro.	C () E ()
10. Minhas experiências passadas me prepararam bem para o futuro.	C () E ()
11. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer	C () E ()
12. Não espero conseguir o que realmente quero.	C () E ()
13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.	C () E ()
14. As coisas simplesmente não se resolvem da maneira que eu quero.	C () E ()
15. Tenho uma grande fé no futuro.	C () E ()
16. Nunca consigo o que eu quero. Assim é tolice querer qualquer coisa	C () E ()
17. É pouco provável que eu vá obter qualquer satisfação real, no futuro	C () E ()
18. O futuro me parece vago ou incerto.	C () E ()
19. Posso esperar mais tempos bons do que maus.	C () E ()
20. Não adianta tentar realmente obter algo que quero, porque provavelmente não vou conseguir.	C () E ()

ANEXO I

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	9	0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	10	0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria

<p>5</p>	<p>0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado</p>	<p>11</p>	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar</p>
<p>6</p>	<p>0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido</p>	<p>12</p>	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>
<p>13</p>	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	<p>18</p>	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser 2 Meu apetite é muito pior agora 3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
<p>14</p>	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo 3 Acredito que pareço feio</p>	<p>19</p>	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio 2 Perdi mais do que 5 quilos 3 Perdi mais do que 7 quilos Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
<p>15</p>	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p>	<p>20</p>	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p>

	3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho		2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa
16	0 Consigo dormir tão bem como o habitual 1 Não durmo tão bem como costumava 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir	21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo
17	0 Não fico mais cansado do que o habitual 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa		

ANEXO J

ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão/desconforto abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO K

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DO ÍNDICE NURSES GLOBAL ASSESSMENT RISK SUICIDE PARA A POPULAÇÃO ADULTA ATENDIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16290919.5.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.533.349

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1357045.pdf, de 04/07/2019) e/ou do Projeto Detalhado (projeto_detalhado.docx, de 04/07/2019).

Segundo a pesquisa responsável trata-se de um projeto de pesquisa vinculado ao Macroprojeto intitulado "IMPACTO DE INTERVENÇÕES PARA USO DE DROGAS, SINTOMAS DEPRESSIVOS, ANSIOSOS E COMPORTAMENTO SUICIDA NA POPULAÇÃO ADULTA DE TERESINA"

INTRODUÇÃO: O comportamento suicida é um fenômeno complexo, de etiologia multifatorial, e refere-se a uma variedade de comportamentos que incluem a ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio em si. Entre as ações a serem desenvolvidas, destaca-se a avaliação do risco de suicídio, em serviços de atenção primária. **OBJETIVO:** Realizar validação do índice Nurse Global Assessment Risk Suicide (NGARS) para a população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo metodológico de adaptação e validação do instrumento NGARS, que será desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Teresina que possuem apoio matricial por Núcleos de

Atenção à Saúde da Família (NASF). O NGASR não possui validação para a população brasileira. Foi realizado contato com os autores do instrumento solicitando sua permissão para adaptação, obtendo-se sua anuência. Como o instrumento já possui tradução, adaptação cultural e validação

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.533.349

para a população portuguesa, também foi obtida autorização para uso da versão do instrumento no idioma português de Portugal. Para adaptação cultural, será formado comitê de nove especialistas, das áreas de suicidologia, saúde mental na atenção básica e estudos metodológicos, que deverão assegurar que a versão apresente equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual. Serão realizadas avaliações qualitativas (pertinência das sugestões/alterações) e quantitativas (cálculo do índice IVC e taxa de concordância). Na fase de verificação de propriedades psicométricas, será utilizada amostra de 374 indivíduos, em que se analisará a confiabilidade, responsividade e validade. Os dados serão analisados no software Statistical Package for the Social Science (SPSS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar validação do índice Nurse Global Assessment Risk Suicide (NGARS) para a população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde.

Objetivo Secundário:

Verificar o alcance da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do índice NGARS por um comitê de especialistas;

Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do índice NGARS, em termos de estabilidade e consistência interna em uma amostra de população adulta residente no Brasil;

Avaliar a responsividade da versão adaptada do índice NGARS em uma amostra de população adulta residente no Brasil;

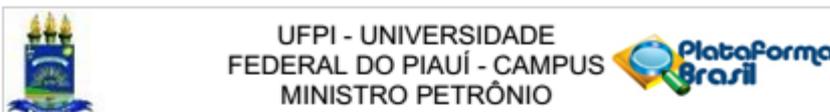
Avaliar a validade de conteúdo, critério e construto da versão adaptada do índice NGARS em uma amostra de população adulta residente no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Na etapa de validação de conteúdo por comitê de especialistas, o risco da pesquisa é mínimo, relacionados à possível constrangimento ou desconforto ao responder os questionários, os quais serão evitados pelo reforço do sigilo e anonimato na participação da pesquisa. Na etapa de pré-teste e verificação de propriedades psicométricas, o estudo poderá implicar em riscos relacionados à possível constrangimento ao responder os questionários, os quais serão evitados pelo reforço do sigilo e anonimato na participação da pesquisa; e riscos de origem psicológica relacionados ao conteúdo de alguns questionamentos da pesquisa, os quais serão avaliados ao final de cada

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.533.349

entrevista através de uma abordagem terapêutica a respeito de sua participação no estudo. Destaca-se que as pesquisadoras possuem competência para o desenvolvimento de comunicação terapêutica e habilidades para o reconhecimento de possível dano que venha ocorrer em virtude do estudo, com o devido referenciamento imediato a serviço especializado de apoio psicológico/psiquiátrico oferecido pela rede psicossocial do município.

Benefícios:

NA etapa de validação os benefícios não serão imediatos aos participantes, mas espera-se contribuir com o contato com a pesquisa do tipo metodológica, além de contribuir na validação de instrumento que poderá ser aplicado em serviços de saúde, de forma a impactar os índices de morbimortalidade relacionados ao suicídio. Na etapa de avaliação psicométrica s benefícios não serão imediatos para os participantes, mas espera-se contribuir com informações para o redirecionamento das políticas e práticas voltadas para o uso nocivo de drogas, sintomas ansiosos, depressivos e comportamento suicida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática interessante sobre a avaliação de risco para o comportamento suicida em adultos na atenção primária à saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de representação obrigatória estão anexados. Vale ressaltar que a anuência anexada no protocolo está como título da Pesquisa: Impacto de intervenções para uso de drogas, sintomas depressivos, ansiosos e comportamento suicida na população adulta de Teresina, que é o macro projeto que deu origem a este projeto descrito.

Recomendações:

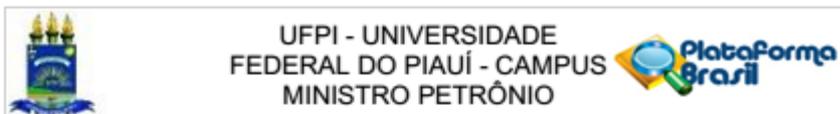
Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado. Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella.
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.533.349

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1357045.pdf	04/07/2019 07:57:43		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENTE.docx	04/07/2019 07:57:07	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tese_cep.doc	04/07/2019 07:55:57	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisador_responsavel.pdf	26/06/2019 09:28:17	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VALIDACAO_CONTEUDO.docx	26/06/2019 09:25:30	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Etapa_psicometrica.docx	26/06/2019 09:25:17	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/06/2019 09:20:33	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	23/05/2019 08:44:55	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	23/05/2019 08:44:29	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	curriculo_lattes_assistente.pdf	23/05/2019 08:41:39	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	AUDIT.docx	23/05/2019 07:52:45	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	escala_de_desesperanca_Beck.docx	23/05/2019 07:52:25	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Escala_ideacao_suicida_Beck.docx	23/05/2019 07:51:57	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	Formulario_socioeconomico_condicoes_de_saude_habitos_de_vida.docx	23/05/2019 07:51:22	CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO	Aceito
Outros	NURSES_GLOBAL_ASSESSMENT_RISK_SUICIDE.pdf	17/05/2019 09:59:18	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_instituicao.pdf	17/05/2019 09:56:46	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela,
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 3.533.349

Outros	carta_encaminhamento.pdf	17/05/2019 08:10:24	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	17/05/2019 08:08:37	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	17/05/2019 08:06:52	Lorena Uchôa Portela Veloso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 26 de Agosto de 2019

Assinado por:

Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))

ANEXO L

NURSES GLOBAL ASSESSMENT RISK SUICIDE- Versão traduzida e adaptada para a população brasileira

Variável preditiva	Pontuação
Presença de desesperança, por exemplo, perda de esperança no futuro, perda de sentido da vida, falta de perspectivas atuais	3
Acontecimento estressante recente, por exemplo, perda do emprego, dificuldades socioeconômicas, ação judicial pendente, acidentes	1
História de psicose(presença de vozes/crenças persecutórias)	1
Presença de sintomas depressivos (tristeza/ perda de interesse ou perda de prazer em realizar atividades diárias)	3
Presença de comportamentos de isolamento social	1
Aviso de intenção suicida/ideação suicida	2
Presença de plano de suicídio	3
Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio	1
Presença de sofrimento por morte de ente querido (processo de luto recente) ou fim de relacionamento	1
História de violências interpessoais (física, psicológica, sexual)	1
Viuvo/viúva ou viver sozinho	1
Tentativa anterior de suicídio	3
História de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais/religiosas)	1
Historia pessoal de uso/ abuso de álcool e/ou outras drogas	1
Presença de doença terminal ou incapacitante	1

Níveis de risco:

Pontuação 0-5 = risco baixo

Pontuação 6-8 = risco intermediário

Pontuação 9-11 = risco elevado

Pontuação igual ou superior a 12: risco muito elevado

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- Comitê de Especialistas



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Validação do índice *Nurses Global Assessment Risk Suicide* para a população adulta atendida na atenção primária

Pesquisador responsável: Prof. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Instituição executora: UFPI / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86)3215- 5558

Pesquisadores participantes: Lorena Uchoa Portela Veloso

Telefones para contato: (86) 999263313; 99793569; 99023975

Prezado,

O Sr(a) está sendo convidado a participar do comitê de especialistas que realizará a adaptação cultural e validação de conteúdo do índice *Nurse Global Assessment Risk Suicide* (NGARS). Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos à sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. O Sr(a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Objetivos do estudo

Objetivo geral

- Realizar validação do índice *Nurse Global Assessment Risk Suicide* (NGARS) para a população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde.

Objetivos específicos

- Verificar o alcance da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do índice NGARS por um comitê de especialistas;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do índice NGARS, em termos de estabilidade e consistência interna em uma amostra de população adulta residente no Brasil;
- Avaliar a responsividade da versão adaptada do índice NGARS em uma amostra de população adulta residente no Brasil;
- Avaliar a validade de conteúdo, critério e construto da versão adaptada no índice NGARS em uma amostra de população adulta residente no Brasil.

Procedimentos do estudo

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a questionário que avaliará os 15 itens do índice *Nurses Global Assessment Suicide Risk* (NGASR), quanto à simplicidade, clareza, relevância, precisão e amplitude. Os itens serão avaliados em uma escala tipo Likert de quatro pontos. O questionário possui ainda espaço para sugestão de inclusão de itens e mudanças na escrita do item.

Anexo a este termo você receberá carta explicativa contendo instruções para avaliação do instrumento e o instrumento via correio eletrônico. O tempo estimado para essa avaliação é de (30) trinta minutos. Gostaríamos que a entrega de sua avaliação ocorresse em até 15(quinze) dias da data de recebimento deste.

Período de participação para obtenção dos dados

Setembro de 2018 a outubro de 2018

Riscos

A sua participação nessa pesquisa implica em riscos mínimos, relacionados à possível constrangimento ou desconforto ao responder os questionários, os quais serão evitados pelo reforço do sigilo e anonimato na participação da pesquisa.

Benefícios

Os benefícios não serão imediatos aos participantes, mas espera-se contribuir com o contato com a pesquisa do tipo metodológica, além de contribuir na validação de instrumento que poderá ser aplicado em serviços de saúde, de forma a impactar os índices de morbimortalidade relacionados ao suicídio.

Sigilo

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ciente e de acordo com o que me foi anteriormente exposto eu, _____, RG: _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina/PI, ____ de _____ de _____.

Declaro que obtive de forma voluntária e apropriada o consentimento livre e esclarecido deste participante para este estudo.

Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Pesquisadora Responsável

Informações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. **Telefone:** 86 3237-2332. **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

APÊNDICE B

Questionário socioeconômico, condições de saúde e hábitos de vida

Formulário nº _____ Data da Entrevista: ____/____/_____
 Nome do Entrevistador (a): _____ NASF: _____ UBS: _____
 EQUIPE: _____ MICROÁREA: _____
 Código de Identificação do participante: _____

<p>1. Sexo: 0. Masculino 1. Feminino</p>
<p>2. Idade (Anos completos):</p>
<p>3. Qual o seu estado civil? 0. Com companheiro (a), em convívio no mesmo lar (casada, união estável) 1. Com companheiro (a), sem convívio (namorado, lares diferentes) 2. Sem companheiro (a), com casamento anterior (viúvas, separadas, divorciadas) 3. Sem companheiro (a), sem casamento anterior</p>
<p>4. Possui filhos? 0. Não 1. Sim</p>
<p>5. Como você considera a sua cor/raça? 0. Branca 1. Preta 2. Amarela 3. Parda 4. Indígena</p>
<p>6. Anos de estudo?</p>
<p>7. Classe econômica segundo renda familiar 0. A- Acima 20 SM (R\$ 15.760,01 ou mais) 1. B- 10 a 20 SM (De R\$ 7.880,01 a R\$ 15.760,00) 2- C- 4 a 10 SM (De R\$ 3.152,01 a R\$ 7.880,00) 3- D- 2 a 4 SM (De R\$ 1.576,01 a R\$ 3.152,00) 4- E- Até 2 SM (Até R\$ 1.576,00)</p>
<p>8. você trabalha? 0. Não 1. Sim</p>
<p>9. Se sim, qual a sua ocupação: _____</p>
<p>10. Possui religião 0. Não 1. Sim</p>
<p>11. Prática religiosa 0. Não 1. Sim</p>
<p>1. Com que frequência procura os serviços de saúde? 0. Não costuma procurar</p>

<p>1. 1x na semana 2. 1x no mês 3. 2 x no mês 4. 1x a cada 3 meses 5. 1 x a cada 6 meses 6. 1x no ano</p>
<p>2. Você tem alguma doença? Qual? 0. Hipertensão 1. Diabetes 2. Obesidade 3. Problema gastrointestinal 4. Problema osteomuscular 5. Problemas pulmonares 6. Transtornos mentais 7. Outra: especificar _____ 8. Não Se NÃO, pule para a pergunta de nº 5.</p>
<p>3. Há quanto tempo está com esse problema de saúde: _____</p>
<p>4. Faz uso de medicação para tratar os referidos agravos? Quantas? _____ 0. Não 1. Sim</p>
<p>5. Evento estressor recente, último ano? (Perda de emprego, luto, problemas financeiros, doença terminal, problemas familiares.)</p>
<p>6. Possui problemas com o sono? 0. Não 1. Sim</p>
<p>PARTE III – HÁBITOS DE VIDA</p>
<p>1. Faz uso de substâncias ilícitas/licitas? (Crack, maconha, cocaína, solventes, cigarro...) 0. Não 1. Sim</p>
<p>2. Você já fez tratamento psicológico/ psiquiátrico? 0. Não 1. Sim</p>
<p>3. Você faz tratamento alternativo para problemas emocionais? Se SIM, qual? _____ 0. Não 1. 1. Sim</p>
<p>4. Refere prática de atividade física? 0. Não 1. Sim</p>
<p>5. Já sofreu algum tipo de violência? Qual tipo? _____ 0. Não 1. Sim</p>
<p>6. Já sofreu algum tipo de discriminação? Qual? 0. Não 1. Sim</p>

APÊNDICE C

Formulário para avaliação da compreensão da versão adaptada índice NGARS – pré-teste

<p>Item 1. Presença de desesperança, por exemplo, perda de esperança no futuro, perda de sentido da vida, falta de perspectivas atuais (pontuação na escala = 3)</p>
<p>1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;</p> <p>2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;</p> <p>3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e</p> <p>4) Usuário não respondeu à frase.</p>
<p>Item 2. Acontecimento estressante recente, por exemplo, perda do emprego, dificuldades socioeconômicas, ação judicial pendente, acidentes (pontuação na escala = 1)</p>
<p>1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;</p> <p>2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;</p> <p>3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e</p> <p>4) Usuário não respondeu à frase.</p>
<p>Item 3. História de psicose(presença de vozes/crenças persecutórias) (pontuação na escala = 1)</p>
<p>1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;</p> <p>2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;</p> <p>3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e</p> <p>4) Usuário não respondeu à frase.</p>
<p>Item 4. Presença de sintomas depressivos (tristeza/ perda de interesse ou perda de prazer em realizar atividades diárias) (pontuação na escala = 3)</p>
<p>1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;</p>

<p>2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;</p> <p>3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e</p> <p>4) Usuário não respondeu à frase.</p>
Item 5. Presença de comportamentos de isolamento social (pontuação na escala = 1)
<p>1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;</p> <p>2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;</p> <p>3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e</p> <p>4) Usuário não respondeu à frase.</p>
Item 6. Aviso de intenção suicida/ideação suicida (pontuação na escala = 2)
<p>1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;</p> <p>2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;</p> <p>3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e</p> <p>4) Usuário não respondeu à frase.</p>
Item 7. Presença de plano de suicídio (pontuação na escala = 3)
<p>1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;</p> <p>2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;</p> <p>3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e</p> <p>4) Usuário não respondeu à frase.</p>
Item 8. Presença de história familiar de problemas psiquiátricos graves e/ou suicídio (pontuação na escala = 1)
<p>1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;</p> <p>2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;</p> <p>3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e</p>

4) Usuário não respondeu à frase.
Item 9. Presença de sofrimento por morte de ente querido (processo de luto recente) ou fim de relacionamento (pontuação na escala = 3)
1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase; 2) Usuário teve dificuldade de entender a frase; 3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e 4) Usuário não respondeu à frase.
Item 10. História de violências interpessoais (física, psicológica, sexual) (pontuação na escala = 1)
1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase; 2) Usuário teve dificuldade de entender a frase; 3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e 4) Usuário não respondeu à frase.
Item 11. Viuvo/viúva ou viver sozinho (pontuação na escala = 1)
1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase; 2) Usuário teve dificuldade de entender a frase; 3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e 4) Usuário não respondeu à frase.
Item 12. Tentativa anterior de suicídio (pontuação na escala = 3)
1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase; 2) Usuário teve dificuldade de entender a frase; 3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e 4) Usuário não respondeu à frase.

Item 13. História de preconceito (questões étnicas/sexuais/sociais/religiosas) (**pontuação na escala = 1**)

- 1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;
- 2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;
- 3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e
- 4) Usuário não respondeu à frase.

Item 14. História pessoal de uso/ abuso de álcool e/ou outras drogas (**pontuação na escala = 1**)

- 1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;
- 2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;
- 3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e
- 4) Usuário não respondeu à frase.

Item 15. Presença de doença terminal ou incapacitante (**pontuação na escala = 1**)

- 1) Usuário não teve nenhuma dificuldade de entender a frase;
- 2) Usuário teve dificuldade de entender a frase;
- 3) Usuário solicitou a repetição da frase mais de uma vez e
- 4) Usuário não respondeu à frase.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- Participantes etapas: pré-teste e verificação de propriedades psicométricas

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Validação do índice *Nurses Global Assessment Risk Suicide* para a população adulta atendida na atenção primária

Pesquisador responsável: Prof. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro.

Instituição executora: UFPI / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86)3215- 5558

Pesquisadores participantes: Lorena Uchoa Portela Veloso

Telefones para contato: (86) 999263313; 99793569; 99023975

Local da coleta de dados: UBSs da cidade Teresina- Piauí.

Prezado (a) Sr. (a),

O Sr(a) é vosso convidado(a) a responder às perguntas deste instrumento de coleta de dados de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos à sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. O Sr(a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Objetivos do estudo

Objetivo geral

- Realizar validação do índice *Nurse Global Assessment Risk Suicide* (NGARS) para a população adulta brasileira atendida nos serviços de atenção primária à saúde.

Objetivos específicos

- Verificar o alcance da equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do índice NGARS por um comitê de especialistas;
- Avaliar a confiabilidade da versão adaptada do índice NGARS, em termos de estabilidade e consistência interna em uma amostra de população adulta residente no Brasil;
- Avaliar a responsividade da versão adaptada do índice NGARS em uma amostra de população adulta residente no Brasil;

- Avaliar a validade de conteúdo, critério e construto da versão adaptada no índice NGARS em uma amostra de população adulta residente no Brasil.

Procedimentos do estudo

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre seus dados sociodemográficas, condições de saúde e hábitos de vida.

Para avaliação do comportamento suicida será utilizado com índice *Nurses Global Assessment Suicide Risk* (NGASR), índice de pontuação simples, constituído por 15 itens (CUTCLIFFE E BARKER; 2004).

Esses instrumentos serão aplicados em 2 momentos com intervalo de tempo de 2 meses. O (a) Sr (a) poderá ainda ser convidado a participar de atividade de intervenção, a ser realizada pelo grupo de estudo.

Período de participação para obtenção dos dados

setembro de 2018 a junho de 2019

Riscos

As respostas dadas pelo Sr. (a), em relação aos riscos da sua participação neste estudo implicará em riscos relacionados à possível constrangimento ao responder os questionários, os quais serão evitados pelo reforço do sigilo e anonimato na participação da pesquisa; e riscos de origem psicológica relacionados ao conteúdo de alguns questionamentos da pesquisa, os quais serão avaliados ao final de cada entrevista através de uma abordagem terapêutica a respeito de sua participação no estudo. Destaca-se que as pesquisadoras possuem competência para o desenvolvimento de comunicação terapêutica e habilidades para o reconhecimento de possível dano que venha ocorrer em virtude do estudo, com o devido referenciamento imediato a serviço especializado de apoio psicológico/psiquiátrico oferecido pela rede psicossocial do município.

Benefícios

Há o entendimento de que a participação pelo Sr. (a), neste estudo poderá trazer benefícios a sua participação, porém não serão imediatos para participante, mas espera-se contribuir com informações para o redirecionamento das políticas e práticas voltadas para o uso nocivo de drogas, sintomas ansiosos, depressivos e comportamento suicida.

Sigilo

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu,

 Ident.Nº _____/CPF nº: _____ estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina/PI, ____ de _____ de _____.

Declaro que obtive de forma voluntária e apropriada o consentimento livre e esclarecido deste participante para este estudo.

Claudete Ferreira de Souza Monteiro
 Pesquisadora Responsável

Presenciamos a assinatura deste TCLE

Nome: _____ assinatura: _____

RG: _____

Nome: _____ assinatura: _____

RG: _____

Informações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI. Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. **Telefone:** 86 3237-2332. **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br