

## Rating scales of suicidal behavior in adolescents in the general population

**ABSTRACT | Introduction:** *Suicide is considered a serious public health problem.*

**Objective:** *To survey validated scales for use in population-based studies in the international literature involving adolescents and analysis of suicidal behavior among them.* **Methods:** *An integrative literature review was conducted based on the following guiding question: Which validated scales are there for the assessment of suicidal behavior among adolescents in population-based studies? The Brazilian Virtual Health Library and the PubMed international databases were searched using the following keywords: suicidal ideation, scales, research, adolescent, validation study.* **Results:** *One hundred eighty-one articles were retrieved.*

*Eleven scales were evaluated, using six hierarchical criteria, and only those that met all the criteria were included in the review: the adapted SAD PERSONS Scale; Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS); Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ); Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI); Scale for Suicide Ideation (SSI); and Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STTS). **Conclusion:** Despite efforts directed at the development of scales for the analysis of suicidal ideation and behavior, few assessment tools are designed for evaluating adolescents. It is thus crucial to create and validate suicidal behavior assessment scales which may contribute to create and evaluate suicide prevention programs for adolescents and the general public, and to assist in the identification of vulnerable populations.*

**Keywords |** *Suicidal Ideation; Scales; Validation; Adolescents; Validation Studies.*

## Escalas de avaliação do comportamento suicida em adolescentes da população geral

**RESUMO | Introdução:** O suicídio é considerado na atualidade um grave problema de saúde pública. **Objetivo:** Identificar na literatura mundial escalas relacionadas à análise do comportamento suicida, validadas para uso em pesquisas de base populacional com adolescentes. **Métodos:** Realizou-se uma revisão de literatura do tipo integrativa a partir da questão norteadora: “Quais as escalas validadas existentes para avaliação do comportamento suicida em adolescentes em pesquisas de base populacional?”. As bases de dados pesquisadas foram a Biblioteca Brasileira Virtual em Saúde e Base de Dados Internacional PubMed. Foram considerados descritores os termos: “ideação suicida”, “escalas”, “pesquisa”, “adolescentes” e “estudos de validação”. **Resultados:** Foram localizados 181 artigos. Onze escalas foram avaliadas a partir de seis critérios hierárquicos, e apenas escolhidas por preencherem todos os critérios: SAD PERSONS Scale Adaptada; Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS); Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ); Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI); Scale for Suicide Ideation (SSI); e Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STTS). **Conclusão:** Apesar dos esforços no desenvolvimento de escalas para análise da ideação e comportamento suicida, poucos são os instrumentos direcionados ao público adolescente. A criação ou validação de instrumentos se torna necessária, objetivando contribuir para o desenvolvimento e avaliação de programas de prevenção do suicídio em adolescentes na população em geral, que utilizem como apoio a identificação de populações vulneráveis.

**Palavras-chave |** Ideação suicida; Escalas; Adolescente; Estudos de validação.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, Brasil.

## INTRODUÇÃO |

O suicídio é considerado na atualidade um grave problema de saúde pública, permanecendo entre as dez principais causas de morte no mundo em todas as faixas etárias<sup>1</sup>. Dados da Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup> mostram que quase metades de todas as mortes violentas associam-se ao suicídio. Em 2012, a taxa de mortalidade por suicídio no mundo foi igual a 11,4 óbitos por 100 mil habitantes, atingindo 803.894 indivíduos, o que representa um óbito a cada 40 segundos<sup>3,4</sup>.

No grupo etário de 15 a 34 anos, o suicídio ocupa o terceiro lugar no ranking das causas de morte, com taxas que variam segundo contexto social, gênero, meios utilizados<sup>3-7</sup>. No Brasil, a estimativa de suicídios é de 5,1/100 mil habitantes<sup>8</sup>, aproximadamente 10 mil pessoas morreram por essa causa em 2011. Em 2012, essa taxa foi igual 6/100 mil habitantes<sup>9</sup>, ocupando o 71º lugar<sup>10</sup>.

Embora o coeficiente de mortalidade por suicídios seja considerado baixo, por se tratar de um País de dimensões continentais (47% do território da América do Sul)<sup>11</sup>, e possuir uma vasta população (quinto mais populoso do planeta)<sup>11</sup>, o Brasil está entre os nove países com maiores números absolutos de suicídios<sup>12</sup>.

Destaca-se que o suicídio corresponde à consequência final de um leque maior de situações que põem em risco a vida, considerando-as como comportamentos suicidas, que por sua vez corresponde à preocupação, desejo ou ato que busca, intencionalmente, causar dano a si mesmo<sup>10</sup>. Englobam essas circunstâncias as ideias e desejos suicidas (ideação suicida), os comportamentos (condutas e/ou tentativas) suicidas sem resultado de morte e/ou os suicídios consumados<sup>10,13</sup>.

Autores<sup>14</sup> referem que um terço (34%) das pessoas com ideação suicida ao longo da vida elaboram um plano de suicídio; desses, 72% fazem uma tentativa de suicídio; e 26% dos indivíduos que apresentam ideação suicida, mas que não elaboram plano, concretizam uma tentativa de suicídio não planejada, em que a maioria das tentativas, planejadas ou não, ocorrem normalmente no primeiro ano após o início da ideação suicida.

Muitos estudos apontam a presença de comportamento e/ou ideação suicida nos adolescentes, variando as estimativas de prevalência em função dos estudos e das

populações<sup>5,7,10,13,15,16</sup>. Em estudos conduzidos com amostras representativas da população em geral de adolescente dos Estados Unidos, as estimativas de prevalência de ideação suicida variaram entre os 6% e os 13%<sup>17-19</sup>. Estudo<sup>14</sup> apresentou uma prevalência de ideação suicida entre 20% e 24% em adolescentes norte-americanos com idades entre 12 e 17 anos.

Tais estatísticas dados refletem que o estudo da ideação e risco de suicídio pode contribuir com informações importantes para a compreensão do comportamento suicida, sobretudo na adolescência. A Associação Psiquiátrica Americana<sup>20</sup> ressalta que, para estimar o risco de suicídio, é necessária uma avaliação tanto de indicadores de proteção quanto de risco para crise suicida. A integração desses indicadores em um único modelo explicativo possibilita uma compreensão mais ampla sobre os vários aspectos que estão contribuindo para o comportamento suicida<sup>20</sup>.

No que concerne aos esforços nacionais para redução das taxas de suicídio, foi incluída na Política de Saúde Mental a “Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio”, que considera o fenômeno do suicídio um grave problema de saúde, sendo necessário registro adequado para o estudo epidemiológico<sup>21</sup>.

Instituiu-se uma comissão e as diretrizes para prevenção do suicídio articulada com Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, academia e organizações para fomentar e executar projetos sobre a prevenção do suicídio e a atenção na intervenção à crise<sup>21</sup>. Porém, essa legislação depende de um tempo para aplicabilidade e efetivação, além de métodos eficazes relacionados à detecção e ao rastreamento da população.

Dessa forma, destaca-se que medidas robustas de taxas de risco e ideação suicida baseadas em instrumentos validados são necessárias para o desenvolvimento e avaliação de programas de prevenção e tratamento do fenômeno, para curso clínico e das pesquisas de base populacionais<sup>22</sup>.

Essas medidas possibilitam basicamente a identificação precoce e manejo satisfatório dos casos de vulnerabilidade, possibilitando a escuta qualificada na atenção ao sujeito que sofre e que, portanto, deseja cometer o ato suicida, valorizando-se sua rede social significativa, com fortalecimento do circuito psiquiátrico que promove o suporte ao sujeito e sobreviventes.

Objetivou-se identificar na literatura mundial escalas relacionadas à análise do comportamento suicida, validadas para uso em pesquisas de base populacional com adolescentes.

## MÉTODOS |

Realizou-se uma revisão de literatura do tipo integrativa, caracterizada por uma análise embasada em fontes secundárias de informação, que objetiva reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada<sup>23</sup>. Essa permite a inclusão de diversas metodologias e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, baseada em critério predefinido pelos autores.

Dessa forma, foi conduzida segundo o método que propõe três etapas<sup>24</sup>: Fase I= selecionar a hipótese ou questão da revisão (Quais as escalas validadas existentes para avaliação do comportamento suicida em adolescentes em pesquisas de base populacional?); Fase II= Restrita à definição das bases de dados, descritores, identificação de estudos potencialmente elegíveis, segundo critérios de exclusão e inclusão na revisão; e Fase III= Envolveu a avaliação da qualidade dos artigos por meio da análise baseada em um conjunto de critérios hierárquicos.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em janeiro de 2015 em duas bases de dados: Base Eletrônica Brasileira Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Base de Dados Internacional PubMed (U.S. National Library of Medicine – NLM), sem restrições para data e idioma das publicações. As escolhas dessas bases de dados se devem ao fato da grande abrangência delas.

Os descritores utilizados nas duas bases de dados foram extraídos mediante consulta ao banco Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo considerados: “ideação suicida”, “escalas”, “pesquisa” “adolescentes” e “estudos de validação”, esses foram utilizados nos idiomas português, inglês e espanhol. O operador booleano adotado foi “*and*”. Os limites de busca adotados compreenderam: adolescentes, humanos e estudos de validação.

Adotou-se as seguintes estratégias de busca: BVS= “ideação suicida” *and* “estudos de validação” *and* “adolescentes”; e “ideação suicida” *and* “escalas” *and* “adolescentes”; PUBMED= “ideação suicida” *and* “estudos de validação” *and* “adolescentes”; e “ideação suicida” *and* “escalas”.

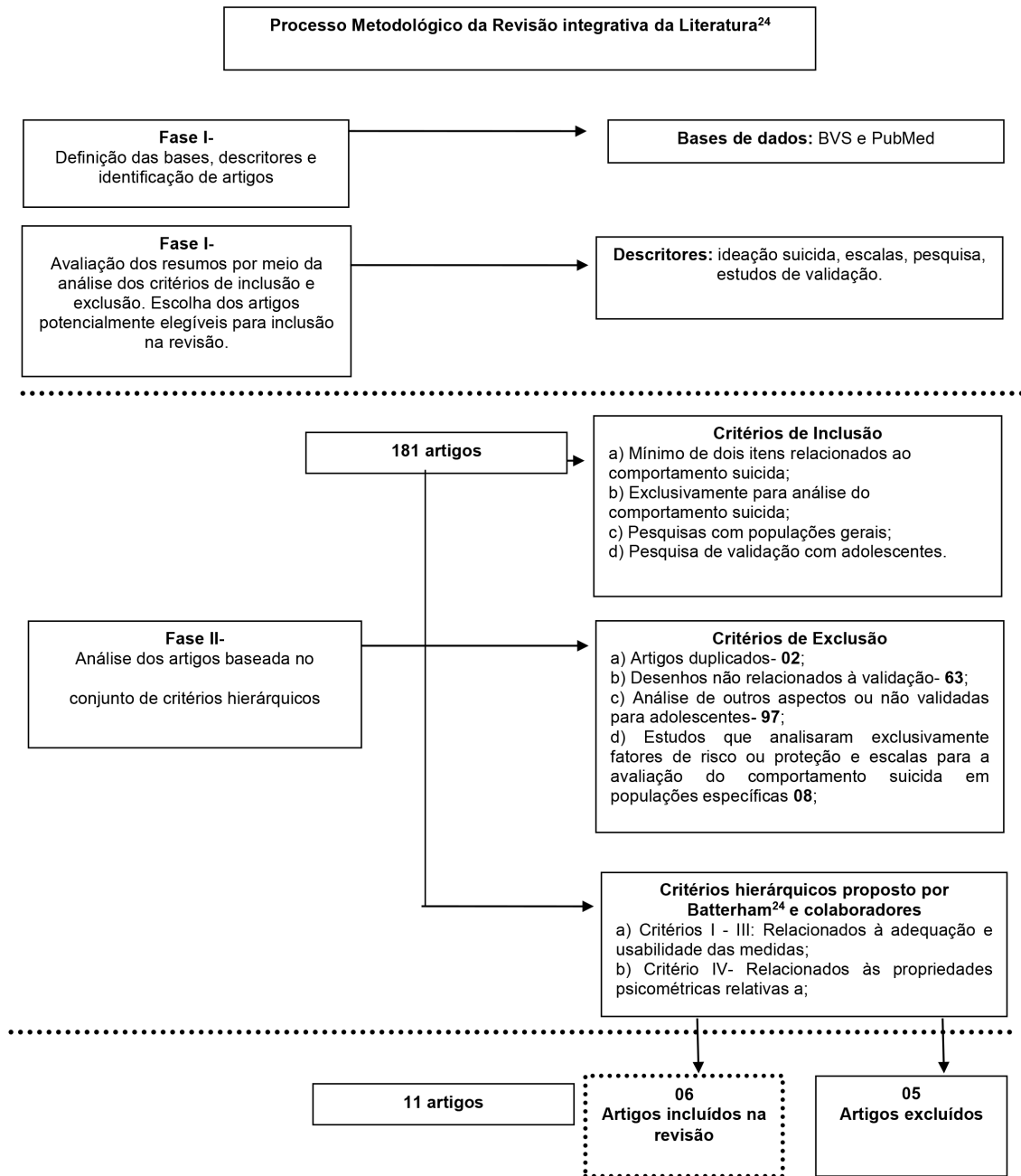
Os critérios de inclusão corresponderam a: a) escalas que apresentassem no mínimo dois itens relacionados à ideação suicida, planos e/ou comportamentos; b) desenvolvidos exclusivamente para análise do comportamento suicida; c) apresentassem resultados de pesquisas com populações não clínicas; d) realização de estudo de validação com populações adolescentes de acordo com a OMS<sup>25</sup> (10 a 19 anos).

Foram excluídos: a) artigos duplicados nas bases; b) desenhos de estudos não relacionados à validação; c) que avaliavam outros aspectos além do comportamento suicida (transtornos psiquiátricos, ansiedade, estresse, etc.) ou escalas não validadas para populações adolescentes; d) escalas com foco exclusivo para análise de fatores de risco ou fatores de proteção do suicídio (por exemplo, desesperança, razões para viver) ou escalas para a avaliação do comportamento suicida em populações específicas (esquizofrenia, idosos, demência, depressão).

Os artigos potencialmente elegíveis por meio dos critérios de inclusão e exclusão seguiram para a fase de análise (Fase III). Essa Fase envolveu a avaliação da qualidade dos artigos, pela análise baseada em um conjunto de quatro critérios hierárquicos<sup>24</sup>: I= Capaz de aferir explicitamente pensamentos e comportamentos suicidas, incluindo pelo menos um item que avalia a ideação suicida, e um item que avalia o comportamento suicida (com intenção morrer); II= Seja breve e fácil de administrar; III= Forneça dados quantitativos; IV= Sem custo financeiro ou restrições para o uso da população pesquisada, e possa ser aplicada em populações não clínicas.

Escalas que não cumpriram os critérios descritos foram excluídas. A Figura 1 apresenta o processo de levantamento bibliográfico e a seleção dos artigos. Optou-se por apresentar os dados ao longo do estudo em tabelas descritivas.

Figura 1 - Fluxograma do processo de revisão integrativa da literatura



## RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Ainda não há um consenso ou norma para a análise de escalas em estudos de base populacional que avaliem pensamentos e comportamentos suicidas. Isso ocorre devido ao expressivo número de instrumentos que se propõem a analisar o fenômeno e seus fatores associados<sup>24</sup>,

porém quando se restringe à análise de determinados ciclos de vida, como a juventude e adolescência, em que as taxas de suicídio estão aumentando consideravelmente<sup>3,5-7</sup>, este número regride e poucos são os instrumentos disponíveis que conseguem, de forma ampla, rastrear toda a gama envolvida no comportamento suicida.

Foram identificadas cento e uma publicações, e apenas onze foram consideradas para análise quanto aos critérios de inclusão e exclusão na primeira fase: Scale for Suicide Ideation<sup>26</sup>; SAD PERSONS Scale Adaptada<sup>27</sup>; Suicidal Ideation Questionnaire<sup>28</sup>; Positive and Negative Suicide Ideation<sup>29</sup>; Columbia Suicide Severity Rating Scale<sup>30</sup>; Sheehan Suicidality Tracking Scale<sup>31</sup>; Suicidal Ideation Attributes Scale<sup>32</sup>; Acquired Capability for Suicide Scale<sup>33</sup>; Risk Assessment Suicidality Scale<sup>34</sup>; Youth Risk Behavior Survey<sup>35</sup>; Harkavy Asnis Suicide Survey<sup>36</sup>. Desses, cinco foram excluídos por não atenderem a todos os pressupostos elencados na segunda fase<sup>24</sup> (Tabela 1).

Seis estudos demonstraram evidências compatíveis com o objetivo da presente revisão: SAD PERSONS Scale Adaptada<sup>27,37</sup>; Scale for Suicide Ideation<sup>26,38</sup>; Suicidal

Ideation Questionnaire<sup>28</sup>; Positive and Negative Suicide Ideation<sup>29,40</sup>; Columbia Suicide Severity Rating Scale<sup>30,41</sup>; Sheehan Suicidality Tracking Scale<sup>31,41</sup>.

A Tabela 2 apresenta a síntese das características gerais dos instrumentos, como sigla, autores responsáveis pela criação das escalas, autores responsáveis pela validação em população adolescente, país de realização do estudo de validação e descrição quanto às características do comportamento suicida avaliadas pelas escalas.

Diante dos dados pode-se considerar que, apesar de não terem sido impostas restrições quanto ao ano de publicação dos artigos, a maioria das escalas foram desenvolvidas há mais de 20 anos, o que reforça a necessidade quanto à ampliação dos estudos envolvendo o comportamento

Tabela 1 - Identificação das escalas encontradas na primeira fase de análise e motivos de inclusão/exclusão subsequente

Nº	Instrumento	Sigla	Análise por critérios hierárquicos <sup>24</sup>
1	Scale for Suicide Ideation <sup>26</sup>	SSI	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
2	SAD PERSONS Scale Adaptada <sup>27</sup> ;	SAD PERSONS scale (adaptada)	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
3	Suicidal Ideation Questionnaire <sup>28</sup>	SIQ	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
4	Positive and Negative Suicide Ideation <sup>29</sup>	PANSI	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
5	Columbia Suicide Severity Rating Scale <sup>30</sup>	C-SSRS	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
6	Sheehan Suicidality Tracking Scale <sup>31</sup>	S-STS	Artigo incluído (atende aos 4 critérios hierárquicos)
7	Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS) <sup>32</sup>	SIDAS	Não atende a todos os critérios hierárquicos
8	Acquired Capability for Suicide Scale <sup>33</sup>	ACSS	Não atende a todos os critérios hierárquicos
9	Risk Assessment Suicidality Scale <sup>34</sup>	RASS	Não atende a todos os critérios hierárquicos
10	Youth Risk Behavior Survey <sup>35</sup>	YRBS	Não atende a todos os critérios hierárquicos
11	Harkavy Asnis Suicide Survey <sup>36</sup>	HASS	Não atende a todos os critérios hierárquicos

Tabela 2 - Descrição das escalas escolhidas segundo autores/ano originais, autores/ano de validação, país de validação e características mensuradas

Nº	Instrumento	Autores /Ano da escala original	Autores/ Ano validação	País de validação	Características mensuradas
1	SSI	Beck e Weissman / 1988	Holi et al., / 2005	Finlândia	Ideação suicida
2	SAD PERSONS scale (adaptada)	Paterson et al., / 1883	Juhnke , / 1996	Estados Unidos	Risco de suicídio
3	SIQ	Reynods et al., /1991	Reynolds, / 1999	Estados Unidos	Ideação suicida
4	PANSI	Osman et al., / 1998	Osman, / 2002	Estados Unidos	Risco e ideação suicida
5	C-SSRS	Posner et al., /2007	Posner et al., / 2011	Estados Unidos	Ideação, planejamento e risco de suicídio
6	S-STS	Coric et al., / 2009	Amado et al., / 2014	Estados Unidos	Risco de suicídio

suicida, uma vez que as estatísticas mundiais apontam o suicídio como grave problema de saúde pública pela elevação de suas taxas, correspondendo à décima causa de morte no mundo em todas as faixas etárias<sup>2</sup>.

Estima-se que, no ano de 2012, ocorreram 804.000 mortes decorrentes do autoextermínio, representando uma taxa mundial de 11,4 óbitos por 100.000 habitantes e que para cada suicídio consumado há um número ainda maior de tentativas, onde a cada 40 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida no mundo. No Brasil os dados epidemiológicos mostraram 9.852 óbitos por suicídio em 2011, o que corresponde a uma taxa de 5/100.000 habitantes<sup>9,10</sup>.

Diante desse panorama, a elaboração de medidas que auxiliem na identificação de comportamentos e que objetivam mensurar o risco de suicídio pode contribuir para redução dos índices de tentativa e suicídio<sup>23</sup>. Percebe-se também que a problemática do comportamento suicida, considerando todo o ônus que esse fenômeno traz para a sociedade, demanda esforços de especialistas de vários

países em busca da compreensão e da elaboração de medidas preventivas.

Entre os estudos selecionados, a maioria foi validada nos Estados Unidos. Em revisão sistemática semelhante, porém direcionada à análise de escalas para o comportamento suicida em adultos, também se identificou que grande parte dos instrumentos foi desenvolvido no continente americano, especificamente nos Estados Unidos<sup>24</sup>. Possivelmente, isso ocorre pela liderança de um dos maiores centros de estudo sobre o suicídio, localizado na Universidade de Columbia em Nova Iorque<sup>42</sup>.

Quatro das seis escalas, além de analisarem a presença de ideação e comportamentos suicidas, destinam-se a estimar o risco de suicídio de forma escalonada (em graus de risco)<sup>26,29-31,37,39,41</sup>, destacando-se as escalas PANSI<sup>29-39</sup> e a C-SSRS<sup>30-40</sup>, que avaliam a presença de ideação e risco de suicídio. Adicionalmente, a escala C-SSRS em sua aplicação permite a análise isolada desses aspectos, além de possibilitar a diferenciação do comportamento suicida entre aqueles com pouca probabilidade de acarretar lesões

*Tabela 3 - Descrição das escalas escolhidas segundo a idade mínima de aplicação, abrangência populacional, disponibilidade em outro idioma e tempo médio de aplicação*

Nº	Instrumento	Idade mínima de aplicação	Abrangência populacional	Disponível em outros idiomas	Tempo médio de aplicação
1	SAD PERSONS scale	Adolescentes a partir de 14 anos de idade (versão pediátrica) Adolescentes acima de 14 anos (versão adulta)	Pode ser aplicado na população em geral e em populações clínicas	Sim (chinês)	20–40 minutos
2	SSI	Adolescentes a partir de 13 anos de idade	Pode ser aplicado na população em geral e em populações clínicas	Sim	< 15 minutos
3	SIQ	Adolescentes a partir de 14 anos de idade	Pode ser aplicado na população em geral e em populações clínicas	Sim	< 15 minutos
4	PANSI	Adolescentes a partir de 14 anos de idade	Pode ser aplicado na população em geral e em populações clínicas	Sim	< 15 minutos
5	Columbia-suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Adolescentes a partir dos 15 anos de idade	Pode ser aplicado na população em geral e em populações clínicas e como ferramenta de vigilância em ensaios clínicos	Sim mais de 100 idiomas	20–40 minutos
6	S-STIS (versão pediátrica)	Adolescentes a partir de 13 anos de idade	Pode ser aplicado na população em geral e em populações clínicas	Sim	< 15 minutos

e comportamentos com probabilidade de acarretar morte apesar da existência de assistência médica, fatos esses que podem contribuir positivamente, principalmente no manejo de pacientes oriundos de populações clínicas<sup>30</sup>.

A análise da gravidade do risco se configura em uma medida fundamental para prevenção das tentativas de suicídio, pois, apesar de ser considerado um evento imprevisível, indivíduos em maior gravidade devem ser acompanhados para que os casos potencialmente fatais possam ser devidamente abordados e encaminhados<sup>40,43</sup>.

Na tabela 3 são apresentados os dados relacionados à descrição dos instrumentos quanto à idade mínima do adolescente para aplicação do instrumento, abrangência populacional da escala, disponibilidade em outros idiomas (validações em outros idiomas) e tempo médio para aplicação do instrumento.

A maioria expressa que os adolescentes a serem pesquisados devem ter idade mínima entre 14 e 15 anos<sup>26,28-31,37,39-41</sup>. Autores afirmam que, quanto às faixas etárias pesquisadas, entre os adolescentes com ideação suicida, a idade de 15 anos é a mais frequente<sup>44</sup>. Comparando com a literatura, tal achado vai ao encontro do que é exposto em outro estudo<sup>45</sup>, ou seja, 15 anos é uma idade considerada crítica para a manifestação de comportamento suicida na adolescência e, portanto, apresentar ideação suicida nessa idade se torna preocupante<sup>46</sup>.

Sobre o tempo médio para aplicação das escalas, destaca-se que quatro escalas correspondem a medidas breves<sup>27-29,31,38-40,42</sup> de avaliação e duas<sup>26,30,37,40</sup> dispõem um tempo maior para aplicação. Quanto à abrangência dos instrumentos, todas as escalas estão disponíveis em outras línguas e são capazes de identificar a presença de comportamentos suicidas em populações em geral e clínicas, contribuindo assim para uma perspectiva preventiva, em que essas medidas de rastreio são consideradas essenciais, principalmente para o desenvolvimento de programas e estratégias de prevenção dos comportamentos suicidas<sup>44,46</sup>.

Na Tabela 4, optou-se por apresentar as descrições breves sobre os instrumentos, bem como sua forma de aplicação, pontos de corte e necessidade de calibração e/ou perfil exigido pelo pesquisador. Houve predomínio

entre as formas de mensuração das respostas, sendo essas agrupadas em escalas do tipo Likert<sup>27-29,31,38,39,41</sup>. Com relação à quantidade de itens, a escala SAD PERSONS<sup>26</sup> (adaptada)<sup>37</sup> é a que se apresenta como instrumento mais breve (apenas 10 perguntas).

Autores enfatizam que dada a complexidade que envolve a identificação do comportamento suicida, as medidas, mesmo de rastreio, tendem a apresentar um quantitativo de questões um pouco maiores, cujos objetivos seriam destacar se de fato os pensamentos configuram-se em possíveis atos intencionais de morte<sup>47</sup>. Em síntese, verifica-se que todas as escalas incluídas representam medidas eficazes para análise inicial do comportamento suicida em adolescentes da população em geral, porém ressaltam-se algumas considerações.

Em primeiro lugar, ao decidir sobre uma escala de rastreio do comportamento suicida, os pesquisadores devem considerar o perfil dos participantes que constituirão a amostra, além de refletir sobre quais dos aspectos do risco de suicídio serão avaliados (pensamentos de morte, ideação suicida, risco de suicídio, comportamento suicida, tentativa de suicídio ou ainda questões associadas ao comportamento suicida), bem como a frequência dos eventos, a validade e a confiabilidade das escalas.

Em segundo lugar, o pesquisador ainda deve repensar quais escalas identificam com maior precisão os indivíduos em risco para o futuro comportamento suicida, ou seja, os perfis e/ou fatores associados a esse comportamento que podem predispor a ação suicida<sup>47</sup>.

Como limitações do presente estudo, destaca-se o fato de que os critérios utilizados para a busca podem ter levado à exclusão de alguns instrumentos importantes, que, apesar de não se enquadrarem nos critérios preestabelecidos, também podem representar medidas eficazes de avaliação do comportamento suicida.

O quantitativo pequeno de instrumentos para análise da ideação e comportamento suicida, direcionados ao público adolescente, especialmente abaixo da faixa etária de 14 anos, remete à necessidade de criação e validação de novas medidas preditivas do comportamento, visando ao apoio a programas de prevenção e tratamento.

Tabela 4 - Características das escalas quanto à definição, forma de aplicação, pontos de corte e especificidades de aplicação

Nº	Instrumento	Definição	Forma de aplicação	Pontos de corte	Especificidades
1	SAD PERSONS scale	Escala mnemônica de 10 itens com respostas dicotômicas (Sim e Não)	Entrevista	O ponto de corte corresponde a mais de 6 pontos que representam presença de risco de suicídio	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental
2	SSI	Entrevista composta por 19 itens, que avaliam três dimensões da ideação suicida. Cada item é avaliado em uma escala de 3 pontos de 0 a 2	Entrevista	Quanto maior o escore total, maior a gravidade da ideação suicida. Escores entre 6 e mais pontos têm sido utilizados como ponto de corte para ideação suicida	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental
3	SIQ	Questionário com 30 perguntas com respostas em escala do tipo Likert que variam de 0 a 7 pontos	Questionário autoaplicável	Os escores totais variam de 0-180 com escores mais altos indicam uma maior gravidade da ideação suicida, ponto de corte de 41 (percentil 89 da amostra normativa)	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental
4	PANSI	Questionário com 14 perguntas breves com respostas em escala do tipo Likert com 5 opções de resposta	Questionário autoaplicável	Ideação positiva – PANSI positivo em 6 itens e Ideação negativa PANSI negativo em 8 itens	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental
5	Columbia-suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	Entrevista semiestruturada com 21 perguntas que avalia separadamente a ideação, comportamento, tentativa e risco de suicídio	Entrevista	Pelo menos uma resposta positiva nas sessões de ideação, comportamento e tentativa	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental devidamente calibrados previamente de acordo com as instruções dos autores idealizadores da escala
6	S-STS (versão pediátrica)	Escala de 16 itens que avalia a gravidade dos fenômenos suicidialidade em uma escala do tipo Likert (0-4) que vão desde "nada" (0) até "extremamente" (4)	Questionário autoaplicável	Somadas (pontuação total), escores fatoriais individuais para ideação suicida, intenção suicida, planejamento suicida, comportamento suicida, e não suicida autolesão	Pode ser utilizada por profissionais de saúde, não necessariamente especialistas em saúde mental

## CONCLUSÃO |

Esta revisão integrativa apontou seis escalas capazes de identificar o comportamento suicida de adolescentes na população em geral. Adicionalmente, pelo menos uma (C-SSRS) pode ser considerada de primeira escolha para avaliação do comportamento suicida por permitir a análise de forma isolada tanto da presença de ideação quanto do risco de suicídio de forma graduada e ainda possibilitar a diferenciação do comportamento.

Reafirma-se que o processo de avaliação do comportamento suicida é uma tarefa complexa e pode ser influenciado pelos diversos fatores de risco que englobam o fenômeno. Torna-se premente que profissionais de saúde, lancem maiores esforços para ampliação do escopo de criação e validação de medidas preditivas do comportamento que possam servir de parâmetros em investigações futuras, direcionando à adoção de estratégias nacionais de prevenção e de enfrentamento.



## REFERÊNCIAS |

1. Souza VS, Alves MS, Silva LA, Lino DCSF, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *J Bras Psiquiatr.* 2011; 60 (4):294-300.
2. World Health Organization (WHO). Multisite intervention study on suicidal behaviors – SUPRE-MISS: Protocol of SUPER-MISS. Geneva: WHO; 2002.
3. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: WHO; 2014.
4. Monteiro RA, Bahia CA, Paiva EA, Sá NNBD, Minayo MCS. Hospitalizations due to self-inflicted injuries-Brazil, 2002 to 2013. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 20(3):689-99.
5. Baggio L, Palazzo LS, Aerts DRGC. Planejamento suicida entre adolescentes escolares: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(1):142-50.
6. García-Rábago H, Sahagún-Flores JE, Ruiz-Gómez A, Sánchez-Ureña GM, Tirado-Vargas JC, González-Gámez JG. Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta y baja letalidad. *Ver. salud pública.* 2010; 12(5):713-21.
7. Souza LDM, Silva RA, Jansen K, Khun RP, Horta BL, Pinheiro RT. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: Prevalence and associated factors. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2010; 32(1):37-41.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Estatísticas vitais [internet]. [acesso em 01 out 2015]. Disponível em: URL: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>> L>.
10. Schlösser A, Rosa, GFC, More CLOO. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas Psicol.* 2014; 22(1):133-45.
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian healthsystem history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011; 377(9779):1778-797.
12. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Comportamento Suicida: Conhecer para Prevenir: manual dirigido para profissionais de Imprensa. São Paulo: ABP; 2009.
13. Werlang BSG, Borges, VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Rev Interam Psicol.* 2005; 39(2):259-66.
14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008; 30(1):133-54.
15. Azevedo A, Matos AP. Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicol Saúde Doenças.* 2014; 15(1):179-90.
16. Brown DL, Jewell JD, Stevens AL, Crawford JD, Thompson R. Suicidal risk in adolescent residential treatment: Being female is more important than a depression diagnosis. *J Child Fam Stud.* 2012; 21(3): 359–67.
17. Arria AM, O’Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res.* 2009; 13(3):230-46.
18. Barrios LC, Everett SA, Simon TR, Brener ND. Suicide ideation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. *J Am Coll Health.* 2000; 48(5):229-33.
19. Crow S, Eisenberg ME, Story M, Neumark-Sztainer D. Are body dissatisfaction, eating disturbance and body mass index predictors of suicidal behaviour in adolescents? A longitudinal study. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76(5):887-92.
20. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Washington: APA; 2003.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Brasília: Diário Oficial da União; 2006. p. 65.

22. Ferreira, CLB. Avaliação do nível de ideação suicida em pacientes atendidos após tentativa de suicídio: resultados preliminares. *Revista da ANPG*. 2013; 1(1):60-5.
23. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4):758-64.
24. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer J L, Mackinnon AJ, Beautrais A, et al. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess*. 2015; 27(2):501-12.
25. World Health Organization (WHO). Young people's health – a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and health for all. Technical Report Series 731. Geneva: WHO; 1986.
26. Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 44(4):499–505.
27. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983; 24(4):343-9.
28. Reynolds W. ASIQ. Adult Suicidal Ideation Questionnaire: professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources, Incorporated; 1991.
29. Osman AK, Gutierrez PM, Barrios F, Chiros C. The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychol Rep*. 1988; 82(3):783-93.
30. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(7):1035-43.
31. Coric V, Stock EG, Pultz, J, Marcus R, Sheehan DV. Sheehan Suicidality Tracking Scale (Sheehan-STS): preliminary results from a multicenter clinical trial in generalized anxiety disorder. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009; 6(1):26-31.
32. Spijker BAJ, Batterham PJ, Calcar AL, Farrer L, Christensen H, Reynolds J, et al. The suicidal ideation attributes scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav*. 2014; 44(4):408–19.
33. Ribeiro JD, Witte TK, Van Orden KA, Selby EA, Gordon KH, Bender TW, et al. Fearlessness about death: The psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. *Psychol Assess*. 2014; 26(1):115-26.
34. Fountoulakis KN, Pantoula E, Siamouli M, Moutou K, Gonda X, Rihmer Z, et al. Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study. *Journal of affective disorders*. 2012; 138(3): 449-57.
35. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveil Summ*. 2008; 57(4):1-131.
36. Friedman JM, Harkavy JM, Asnis GM. Assessment of suicidal behavior: a new instrument. *Psychiatric Annals*. 1989; 19(7):382-7.
37. Holi MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruuttu T, Heilä H. et al. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC psychiatry*. 2005; 5(1):1-8.
38. Juhnke GA. The adapted-SAD persons: a suicide assessment scale designed for use with children. *Elementary School Guidance & Counseling*. 1996; 30(4):252-8.
39. Osman A, Barrios FX, Gutierrez PM, Wrangham JJ, Kopper BA, Truelove RS, et al. The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: psychometric evaluation with adolescent psychiatric inpatient samples. *J Pers Asses*. 2002; 79(3):512-30.
40. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, 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*. 2011; 168(12):1266-77.
41. Amado DM, Beamon DA, Sheehan DV. Linguistic validation of the pediatric versions of the Sheehan Suicidality Tracking Scale (S-STS). *Innov Clin Neurosci*. 2014; 11(9-10):141-63.

42. Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, Clayton PJ, Goodwin FK, Mann JJ, et al. Suicidality and risk of suicide-definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a brief report. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(8):1040-6
43. Bertolote, JM. Mello-Santos C, Botega JN. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010; 32(Supl II): s87-s95.
44. Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud Psicol (Natal)*. 2006; 11(3):345-51.
45. Reinherz HZ, Giaconia RM, Silverman AB, Friedman A, Pakiz B, Frost A. et al. Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(5):599-611.
46. Borges VR, Werlang BSG, Copatti M. Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*. 2008; (28):109-23.
47. De Leo D, Cerin E, Spathonis K, Burgis S. Lifetime risk of suicide ideation and attempts in an Australian community: prevalence, suicidal process, and help-seeking behaviour. *J Affect Disord*. 2005; 86(2):215-24.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**Tatiana de Paula Santana da Silva**

*Rua Doutor Sebastião do Amaral, 496, casa 07,*

*Pau Amarelo, Paulista/PE, Brasil*

*CEP: 53433-010*

*Tel.: (81) 8645-1150*

*E-mail: tatianaps2@gmail.com*

Submetido em: 23/01/2016

Aceito em: 14/09/2016