

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**

ANDRÉ DE OLIVEIRA LOPES

**DISSERTAÇÃO MESTRADO
ASSOCIAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E
SUICIDALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO
TRANSVERSAL DE BASE COMUNITÁRIA**

**PORTO ALEGRE
2018**

ANDRÉ DE OLIVEIRA LOPES

DISSERTAÇÃO MESTRADO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E
SUICIDALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO
TRANSVERSAL DE BASE COMUNITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Christian Kieling

Co-orientador: Prof. Dra. Renata Kieling

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

de Oliveira Lopes, André
ASSOCIAÇÃO ENTRE MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E
SUICIDALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO TRANSVERSAL
DE BASE COMUNITÁRIA / André de Oliveira Lopes. --
2018.
54 f.
Orientadora: Christian Costa Kieling.

Coorientador: Renata Rocha Kieling.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do
Comportamento, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Maus-tratos. 2. Suicidalidade. 3. Adolescentes.
4. Infância. I. Costa Kieling, Christian, orient. II.
Rocha Kieling, Renata, coorient. III. Título.

AGRADECIMENTOS

À oportunidade, confiança e ensinamentos do Professor Christian Kieling.

À dedicação e empenho da Professora Renata Kieling.

À motivação do PRODIA.

Ao amor dado por meus pais e meus queridos amigos.

RESUMO

Antecedentes: O suicídio é uma das principais causas de morte entre adolescentes e é considerado uma preocupação global de saúde pública. Os maus-tratos na infância e na adolescência têm sido associados à depressão e a outros transtornos mentais. No entanto, poucos estudos investigaram a associação entre maus-tratos e suicidalidade em adolescentes que vivem em países de baixa e média renda.

Métodos: Participaram 1.070 estudantes, de 14 a 16 anos de idade, que responderam a questionários para avaliar a exposição a maus-tratos e sintomas de depressão e suicidalidade. Adolescentes relataram história de abuso emocional, negligência física, abuso físico, abuso sexual e violência doméstica a partir de perguntas baseadas no *Childhood Trauma Questionnaire*. A suicidalidade foi avaliada com questões extraídas do *Moods and Feelings Questionnaire*, com foco em pensamentos mórbidos e suicidas.

Resultados: Um total de 90 adolescentes (8,5%) relataram ideação suicida, principalmente do sexo feminino (80%). Abuso emocional foi a forma mais comumente relatada de maus-tratos (37,9%). Em análises ajustadas, as mulheres que relataram maus-tratos apresentaram maior probabilidade de apresentar ideação suicida (RP=2,4; IC95%=1,4-3,9). Adolescentes expostos a duas ou mais formas de maus-tratos relataram maior prevalência de suicidalidade (RP=7,3; IC95%=3,9-13,9) em comparação com adolescentes não expostos a maus-tratos.

Conclusões: A prevalência autorrelatada de maus-tratos e tendências suicidas foi alta nesta amostra escolar de adolescentes que vivem em um país de renda média. Maus-tratos e suicidalidade foram associados, com aumento das taxas de prevalência de suicídio entre meninos e meninas que endossaram ter experimentado vários tipos de maus-tratos. Estratégias preventivas para proteger os jovens - especialmente meninas - contra múltiplos tipos de abuso ou negligência são necessárias.

Palavras-chave: maus-tratos, abuso, negligência, adolescente, suicídio, país de renda média

Background: Suicide is one of the main causes of death among adolescents and is considered a global public health concern. Maltreatment in childhood and adolescence has been linked with depression and other mental disorders. However, few studies have investigated the association between maltreatment and suicidality in adolescents living in low- and middle-income countries.

Methods: Participants were 1,070 students, 14 to 16 years of age, who answered questionnaires designed to assess exposure to maltreatment and symptoms of depression and suicidality. Adolescents self-reported history of emotional abuse, physical neglect, physical abuse, sexual abuse, and domestic violence using questions based on the *Childhood Trauma Questionnaire*. Suicidality was assessed with questions extracted from the *Moods and Feelings Questionnaire* focusing on morbid and suicidal thoughts.

Results: A total of 90 adolescents (8.5%) reported suicidal ideation, mostly females (80%). Emotional abuse was the most commonly reported form of maltreatment (37.9%). In adjusted analyses, females who reported maltreatment were more likely to present suicidal ideation (PR=2.4, 95% CI=1.4-3.9). Adolescents exposed to two or more forms of maltreatment reported higher prevalence of suicidality (PR=7.3; 95%CI=3.9-13.9) compared with adolescents not exposed to maltreatment.

Conclusions: Self-reported prevalence of maltreatment and suicidality were high in this school-based sample of adolescents living in a middle-income country. Maltreatment and suicidality were associated, with increased prevalence rates of suicidality among boys and girls who endorsed having experienced multiple types of maltreatment. Preventive strategies to protect youth – especially girls – against multiple types of abuse or neglect are needed.

Keywords: maltreatment, abuse, neglect, adolescent, suicide, middle-income country

LISTA DE ABREVIATURAS

C-CASA	Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale
CDC	Centers for Disease Control
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
MINI-SD	Suicidal Scale of the Mini-International Neuropsychiatric Interview
MFQ	Mood and Feelings Questionnaire
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
SIS	Beck's Suicide Intent Scale
SPS	Suicide Probability Scale
TD	Termo de dissentimento
TDM	Transtorno depressivo maior

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 Depressão e Suicidalidade	15
2.1.1 Avaliação de Suicidalidade.....	19
2.2 Maus-tratos	23
2.2.1 Formas específicas de maus-tratos	27
2.3 Maus-tratos e suicidalidade.....	28
3. OBJETIVOS.....	31
3.1 Geral.....	31
3.2 Específicos	31
4. JUSTIFICATIVA	32
5. HIPÓTESES	33
6. METODOLOGIA.....	34
5.1 Desenho do estudo	34
5.2 Elaboração do protocolo	34
5.3 Recrutamento dos participantes	35
7. ARTIGO	37
CONCLUSÕES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	48
ANEXOS.....	54

1. INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos, fontes de dados e discussões relativos à depressão se voltam para a gravidade dessa doença e suas implicações na vida de adolescentes em todo o mundo (1–5). A depressão, cujo um dos mais graves desfechos é a suicidalidade, é uma das doenças mais incapacitantes (6).

Medir a suicidalidade pode ser uma tarefa difícil (7,8). O método mais comum é utilizar instrumentos que apoiem o diagnóstico, porém, não existe um padrão-ouro para isso (9). A literatura traz uma série de questionários elaborados e validados para identificação de sintomas de suicidalidade, no entanto, muitas vezes a acurácia desses instrumentos não é suficientemente precisa para o fim a que se propõe (8). Fatores como a transculturalidade e especificidade dos itens podem ser outras barreiras na real identificação do comportamento suicida (9).

Os maus-tratos, definidos conceitualmente nesse estudo, podem ocorrer nos âmbitos físico e emocional, de maneira ativa ou passiva, e são perpetrados na maioria das vezes por pessoas próximas à criança (10). Sabe-se que um conjunto de fatores estão relacionados ao desenvolvimento de depressão por adolescentes, dentre eles a ocorrência de experiências de maus-tratos durante a infância (11).

As taxas prevalência globais encontradas para os diferentes tipos de maus-tratos podem conter inconsistências ou estarem subestimadas, visto as diferenças culturais, as formas de relato realizadas pelas vítimas ou ainda por limitação de recursos para estudos (12–14). No Brasil, há mecanismos propostos pelo governo para o registro de violências contra a criança, porém, considera-se que grande parte dos casos acaba por não ser reportados, empobrecendo as estatísticas e conseqüentemente retirando subsídios para políticas de prevenção de maus-tratos (15–17).

A ocorrência de maus-tratos na infância é traduzida em um amplo espectro de conseqüências negativas, de curto e longo prazo (18). Maus-tratos são considerados um dos fatores mais fortemente associados ao desenvolvimento de transtornos depressivos e ansiosos entre crianças e adultos (11). Estudos transversais e longitudinais indicam que cada uma das formas de maus-tratos está significativamente associada a comportamentos suicidas (14). Crianças vítimas de maus-tratos também apresentam aumento do risco futuro de ideação e tentativas suicídio na adolescência (13).

Para tanto, esse estudo tem por objetivo avaliar a associação entre relato de maus-tratos e suicidalidade em uma amostra de adolescentes de sete escolas públicas de

Porto Alegre. Além disso, será estimada a prevalência de suicidalidade na amostra, bem como descrita a prevalência dos diferentes tipos de maus-tratos, estratificados por sexo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Depressão e Suicidalidade

Atualmente, de 10 a 20% das crianças e adolescentes em todo o mundo vivem com transtornos mentais e comportamentais (2). Nesse cenário, o transtorno depressivo maior (TDM) é um dos principais diagnósticos encontrados, sendo responsável por 6,2% dos anos de vida perdidos por incapacidade em jovens entre 10 e 24 anos de idade (2). As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam uma prevalência de depressão de 3,15% em jovens abaixo dos 20 anos, de acordo com dados obtidos através da ferramenta *Global Burden of Disease Compare* (19). Esse diagnóstico é relativamente pouco frequente em crianças - 1,3% em meninos e 0,8% em meninas pré-púberes (20). Porém, ao longo da adolescência, o risco acumulado para a ocorrência de um episódio depressivo aumenta de 5% para 20%, alcançando prevalências equivalentes à da população adulta (4% a 9% ao ano) ao final da adolescência (4,21).

Ainda que os sintomas depressivos possam ser entendidos como um espectro ou *continuum*, com indivíduos mais comprometidos apresentando um maior número de sintomas (22), o diagnóstico de TDM é estabelecido formalmente de forma categórica, com base em sistemas operacionais diagnósticos. Os principais sistemas de classificação diagnóstica – a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (23) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (24) – definem depressão de forma semelhante, caracterizando-a como um transtorno de natureza episódica e recorrente, marcado por sintomas cardinais de tristeza (ou irritabilidade em adolescentes) e/ou redução ou perda de prazer nas atividades do dia a dia. Sentimentos de culpa, pensamentos negativos, fadiga, dificuldade de concentração, alterações de peso ou de apetite e problemas de sono também podem estar presentes. O Quadro 1 apresenta os critérios diagnósticos do TDM na classificação do DSM-5.

QUADRO 1. Critérios Diagnósticos do Transtorno Depressivo Maior de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)

<p>CRITÉRIO A</p> <p>Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p> <p>Nota: Não incluir sintomas nitidamente devidos a outra condição médica.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso). (Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.)2. Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês), ou redução ou aumento do apetite quase todos os dias. (Nota: Em crianças, considerar o insucesso em obter o ganho de peso esperado.)4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
<p>CRITÉRIO B</p> <p>Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>
<p>CRITÉRIO C</p> <p>O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.</p> <p>Nota: Os Critérios A-C representam um episódio depressivo maior.</p> <p>Nota: Respostas a uma perda significativa (p. ex., luto, ruína financeira, perdas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir os sentimentos de tristeza intensos, ruminação acerca da perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observados no Critério A, que podem se assemelhar a um episódio depressivo. Embora tais sintomas possam ser entendidos ou considerados apropriados à perda, a presença de um episódio depressivo maior, além da resposta normal a uma perda significativa, também deve ser cuidadosamente considerada. Essa decisão requer inevitavelmente o exercício do julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais para a expressão de sofrimento no contexto de uma perda.</p>
<p>CRITÉRIO D</p> <p>A ocorrência do episódio depressivo maior não é mais bem explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno delirante, outro transtorno do espectro da esquizofrenia e outro transtorno psicótico especificado ou transtorno da esquizofrenia e outro transtorno psicótico não especificado.</p>
<p>CRITÉRIO E</p> <p>Nunca houve um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.</p> <p>Nota: Essa exclusão não se aplica se todos os episódios do tipo maníaco ou do tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou são atribuíveis aos efeitos psicológicos de outra condição médica.</p>

Adaptado de (25)

Dentre as crianças e adolescentes com transtornos depressivos, 40% a 90% apresentam ao menos uma comorbidade psiquiátrica, sendo que até 50% dos jovens possuem dois ou mais diagnósticos concomitantes, conforme o contexto clínico (5). A ocorrência precoce de depressão na vida do indivíduo está associada a importante morbidade, com déficits no rendimento escolar; abuso de substâncias; prejuízos no

trabalho e nas relações interpessoais (6). Além da alta morbidade, o TDM também acarreta significativa mortalidade entre jovens, uma vez que se estima que pelo menos a metade dos adolescentes com tentativa de suicídio apresentam diagnóstico de depressão unipolar (1).

O suicídio é atualmente considerado um problema global de saúde pública. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, o que representa uma morte a cada 40 segundos (26). Conforme dados da OMS, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 29 anos, ficando atrás apenas dos acidentes de trânsito (27). Entre meninas de 15 a 19 anos, o suicídio é a principal causa de morte no mundo (28). Embora seja um fenômeno global, 78% dos suicídios em 2015 ocorreram em países de baixa e média renda (26).

Apesar das cifras oficiais elevadas, há estudos sugerindo que os registros de suicídio, particularmente em crianças e adolescentes, podem estar subestimados de 10% a 50%, uma vez que óbitos por suicídio são muitas vezes reportados como mortes acidentais ou por causa indeterminada (29–31).

Além disso, para cada suicídio efetivamente consumado, há muitas outras tentativas de suicídio. Dados disponíveis indicam que para cada suicídio consumado em adolescentes existem 50 a 100 tentativas de suicídio (32,33). Dados populacionais norte-americanos (34,35) e ingleses (36) apontam que aproximadamente 7% a 9% dos adolescentes tentaram suicídio num período de 12 meses anterior à pesquisa. As motivações relatadas para tentativa de suicídio variam por sexo e idade e incluem conflitos familiares, brigas com parceiros, problemas escolares, abuso sexual ou estupro, entre outros.

A literatura sobre suicídio utiliza diferentes definições conceituais e apresenta variações terminológicas na análise de fenômenos e comportamentos relacionados ao suicídio (KLONSKY *et al.*, 2016). Assim, por exemplo, a expressão “comportamento suicida” pode ou não incluir atos de autoinjúria deliberada (*deliberate self-harm*), como automutilação e autoenvenenamento, uma vez que a intenção suicida é considerada um fenômeno dimensional, podendo as visões do paciente e do médico diferirem quanto à intencionalidade do ato praticado.

Nos Estados Unidos, o *Centers for Disease Control* (37) inclui o suicídio dentro no espectro da “violência autodirigida”, a qual pode ser classificada como “violência suicida” ou como “violência autodirigida sem intenção suicida” (ou intenção não determinada). No domínio da violência suicida autodirigida, o “suicídio” é definido

como morte causada por uma lesão autodirigida, com intenção de morrer como resultado de um comportamento. Já a “tentativa de suicídio” é definida como um comportamento potencialmente lesivo, não fatal, autodirecionado, com uma intenção de morrer. Já a “ideação suicida” é definida como um pensamento sobre suicídio, podendo manifestar-se como uma consideração ou um plano. O CDC não recomenda a utilização dos termos “suicídio completo”, “tentativa abortada”, “suicídio não fatal”, “suicídio bem-sucedido”, “gesto suicida” e “ameaça de suicídio”, considerados pejorativos e enganadores (37).

Em relação à terminologia para crianças e adolescentes, tradicionalmente os conceitos sobre suicidalidade foram concebidos como um espectro contínuo, abrangendo ideação passiva, intenção ativa e comportamento suicida propriamente dito (38,39). Nesse conceito de espectro, que vai desde pensamentos ou idéias de morte (ideação suicida) até a conclusão fatal do suicídio, a classificação de comportamento suicida pode ser assim delimitada: ideação suicida, cujos pensamentos envolvem o objetivo de acabar com a própria vida; plano de suicídio, o qual pressupõe a formulação de um método específico para sua própria morte; e a tentativa de suicídio, representada pelo engajamento em comportamento auto lesivo no qual há a intenção de morrer. O suicídio, por sua vez, é o ato de terminar intencionalmente com a própria vida (40).

Dados da literatura sugerem que as manifestações de suicidalidade estão interligadas; assim, por exemplo, ideação suicida geralmente precede uma tentativa de suicídio. Uma pesquisa nacionalmente representativa nos Estados Unidos revelou que entre os adolescentes com ideação suicida, 34% efetivamente fizeram uma tentativa de suicídio posteriormente (41). Pensamentos passivos sobre desejar estar morto são considerados de alto risco para o suicídio completo (42). Nesse sentido, Posner e colaboradores publicaram um algoritmo de classificação conhecido como *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)*, cujas definições estão descritas na Tabela 1 (39).

Tabela 1. Classificações e definições de suicídio, conforme a Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)

Classificação ou categoria	Definição
Suicídio completo	Comportamento de autolesão que resulta em fatalidade e foi associada com pelo menos alguma intenção de morrer, como um resultado de um ato.
Tentativa de suicídio	Um comportamento auto lesivo potencial, associado com pelo menos alguma intenção de morrer como resultado de um ato. As evidências de que o indivíduo tentou matar a si próprio, pelo menos em algum grau, podem ser explícitas ou inferidas de um comportamento ou circunstância. Uma tentativa de suicídio pode não resultar em uma lesão efetiva.
Atos preparatórios para um comportamento suicida iminente	O indivíduo toma medidas para machucar-se a si próprio, mas é interrompido por si ou por outras pessoas antes de iniciar o ato auto lesivo ou que um dano potencial tenha começado.
Ideação Suicida	Pensamentos passivos sobre querer morrer ou pensamentos ativos sobre matar a si próprio, não acompanhado por comportamento preparatório.
Comportamento de autolesão, sem intenção suicida	Comportamento de autolesão sem intenção de morrer. O comportamento é tentado puramente por outras razões, quer para aliviar o sofrimento (muitas vezes referido como <i>automutilação</i> através de cortes superficiais, arranhões, contusões ou queimaduras) ou para provocar mudanças nos outros ou no ambiente.
Outros, autolesão deliberada	Nenhuma evidência de suicidalidade ou autolesão deliberada associados ao evento. O evento é caracterizado como proveniente de uma lesão acidental, de sintomas psiquiátricos ou comportamentais, ou de sintomas médicos ou de procedimento.
Autolesão, intenção suicida desconhecida	Comportamento de autolesão em que a intenção de morrer é desconhecida e não pode ser inferida. A lesão ou lesão potencial são claras, mas não é claro o motivo pelo qual o indivíduo envolveu-se neste comportamento.
Sem informação suficiente	Informações insuficientes para determinar se o evento envolveu comportamento suicida deliberado ou ideação. Existem razões para suspeitar da possibilidade de suicidalidade, mas não são suficientes para ter certeza de que o evento não era algo diferente, como um acidente ou um sintoma psiquiátrico. Uma lesão sofrida em um local do corpo consistente com autolesão deliberada ou comportamento suicida (p.ex. pulsos), sem qualquer informação de como a lesão aconteceu, justificaria a colocação nesta categoria.

Adaptado de POSNER et al., 2007.

2.1.1 Avaliação de Suicidalidade

A predição de suicidalidade é tipicamente apoiada na aferição de pensamentos, planos e tentativas de suicídio (7). Instrumentos ou questionários padronizados podem ser utilizados na avaliação de suicidalidade em amostras clínicas ou populacionais; porém, devido à sensibilidade do tema e a preocupações com sigilo e confidencialidade, essas medidas podem estar sujeitas a erros de aferição e vieses (7,8). Há ainda uma preocupação na literatura quanto a um possível risco de iatrogenicidade relacionado à investigação de suicidalidade, ou seja, a ideia de que perguntar acerca de pensamentos ou comportamentos suicidas poderiam induzir os mesmos (43). Uma meta-análise envolvendo 13 artigos sobre a avaliação do risco de suicídio e desfechos negativos não

demonstraram efeitos iatrogênicos significativos, apoiando a adequação da triagem universal para tendências suicidas (43). Além disso, há uma ampla diversidade no conteúdo e na forma de apresentação dessas escalas, não havendo um “padrão-ouro” válido para o estudo de atos ou ideações suicidas (9).

Assim, não há, até o momento, um método ou instrumento único recomendado para avaliação de suicidalidade, seja no cenário clínico ou de pesquisa. Em amostras comunitárias, não há consenso sobre o benefício – considerando-se eficácia e segurança – de realizar triagem para suicidalidade (44). Dados limitados não mostraram efeitos claros positivos ou negativos imediatos (1 a 14 dias) do rastreamento do risco de suicídio na atenção primária (44). Alguns estudos utilizam instrumentos que abordam suicidalidade a partir de uma ou algumas questões sobre ideação suicida (45–47), enquanto outros utilizam avaliações e escalas mais longas, como a Escala de Ideação Suicida de Beck (21 itens) (38) e a Escala de Avaliação da Gravidade do Suicídio de Columbia (18 itens) (39); há também instrumentos breves, como a Escala de Rastreamento de Suicídio de Sheehan (8 itens) (48) e o P4 screener (49). Apesar da relativamente ampla disponibilidade de escalas, mesmo instrumentos de rastreamento com características de desempenho aceitáveis (para adultos) tem valor preditivo positivo inferior a 40% em todos os casos em que a sensibilidade foi de 80% ou superior (44).

No cenário clínico, algumas diretrizes foram desenvolvidas para auxiliar no desafio de mensurar o risco de suicídio, considerando-se que o emprego de instrumentos formais de avaliação pode ser útil como forma de complementar a avaliação clínica (50,51). Pelo menos duas revisões sistemáticas descreveram e analisaram os instrumentos disponíveis. No levantamento de Ghasemi e cols. (9), os 29 instrumentos identificados foram classificados como medidas de “atos” (n=14) ou “ideais” suicidas (n=15), sendo que desses, 14 podem ser empregados em adolescentes e 3 são exclusivos para adolescentes. Foram avaliadas propriedades psicométricas como consistência interna, estabilidade e reprodutibilidade dos instrumentos, além da validade e confiabilidade descritas nos estudos originais. Frente à variedade das medidas para avaliar atos e ideações suicidas, à natureza diversa das atitudes suicidas e às ambiguidades transculturais nas abordagens sobre suicídio e seus fatores contribuintes, os autores ressaltam a ausência de um padrão-ouro na investigação de suicidalidade e a dificuldade na escolha de escalas para fins de pesquisa (9).

Runeson e cols. (2017) encontraram 35 estudos com dados de acurácia diagnóstica (sensibilidade e especificidade) considerando suicídio ou tentativa de

suicídio como desfecho (8). Utilizou-se como padrões de referência taxas reais de suicídio e tentativas de suicídio (8). Destes, 14 apresentavam alto risco de viés e foram excluídos das análises. Do total de 21 estudos analisados, envolvendo 15 diferentes escalas, a meta-análise revelou que nenhuma apresentava acurácia diagnóstica suficiente. Os autores ressaltam que a maioria dos instrumentos de avaliação de risco de suicídio foi apoiada por poucos estudos para permitir a avaliação da precisão das escalas, havendo ainda evidente discrepância entre o risco medido por diferentes instrumentos, conforme o número ou a natureza das perguntas presentes nos questionários (8). Ainda que discussões sobre precisão estejam presentes em diversas discussões, evidências apontam instrumentos com representativa acurácia para a mensuração de suicidalidade, como a Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) (52).

A Tabela 2 apresenta os principais instrumentos analisados para avaliação de suicidalidade:

TABELA 2: Instrumentos analisados para avaliação de suicidalidade

INSTRUMENTO	DESCRIÇÃO	NÚMERO DE QUESTÕES	PÚBLICO-ALVO	APLICAÇÃO	FINALIDADE	SENSIBILIDADE	ESPECIFICIDADE
<i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>	Instrumento para triagem, diagnóstico, monitoramento e medição da gravidade da depressão.	9 itens	Adolescentes e adultos	Auto relatada	Avaliação para risco de suicídio/suicidalidade	80%	70%
<i>Beck's Suicide Intent Scale (SIS)</i>	Escala baseada na avaliação de intenção e método de suicídio.	15 itens	Adolescentes e adultos que tiveram tentativa de suicídio	Entrevista psiquiátrica	Avaliação para gravidade do risco de suicídio	59%	77%
<i>Suicide Probability Scale (SPS)</i>	Escala para medida do risco de suicídio, permitindo a triagem de rotina em ambientes ambulatoriais.	36 questões	Crianças/adolescentes que sofreram abusos ou possuem transtornos comportamentais	Auto relatada	Avaliação de suicidalidade	48%	80%
<i>Suicidal Scale of the Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI-SD)</i>	Entrevista diagnóstica curta e estruturada que acrescenta uma série de módulos para fenótipos de transtorno de suicídio.	12 itens	Todas as idades	Entrevista psiquiátrica	Avaliação de suicidalidade	61%	75%
<i>Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)</i>	Avaliação estruturada que fornece uma medida categórica resumida para potencial risco de suicídio com avaliações separadas para ideação e comportamentos suicidas.	5 itens referentes apenas a ideação suicida mais itens de intensidade e suicidalidade	Todas as idades	Entrevista psiquiátrica	Avaliação de risco de suicídio e sua gravidade	95%	95%
<i>Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)</i>	Instrumento para classificação de os sintomas depressivos recentes em uma escala Likert.	33 itens	Crianças e adolescentes	Auto relatada	Medir sintomas cognitivos e vegetativos da depressão.	68%	88%

Adaptado de (3,8,52–55)

2.2 Maus-tratos

A definição de maus-tratos consiste na exposição prolongada ou repetida a atos ou eventos que geralmente envolvem uma supressão de confiança (56). Caracterizam um problema de saúde pública e bem-estar social, que podem acarretar prejuízos de curto e longo prazo à vida da criança, até a idade adulta, podendo estar associados a injúrias graves ou mesmo óbito (57,58). Os principais tipos de maus-tratos são o abuso sexual, o abuso físico, o abuso emocional e a negligência (13). Alguns autores classificam ainda maus-tratos como ativos e passivos. Formas ativas de maus-tratos referem-se a situações de abuso, nas quais o cuidador intencionalmente falha em cumprir suas funções e responsabilidades de cuidado. Já na forma passiva, ocorrem situações de negligência, nas quais há uma falha não intencional no cuidado devido a conhecimento inadequado, incapacidade ou contestação do valor de determinados cuidados. A Tabela 3 apresenta as definições e categorizações de maus-tratos propostas por Teicher & Samson (2013).

Maus-tratos estão diretamente relacionados com outras formas de violência de maneira causal ou como fatores de risco sociais e ambientais causadores de morte, doença e incapacidade em diversas fases da vida (59,60). Dentre as formas de violência associadas a maus-tratos incluem-se a violência autodirigida (autoagressão e suicídio); a violência interpessoal (contra crianças, entre parceiros e abuso de idosos); e a violência coletiva (social, política e econômica) (10). Há evidências de que os diferentes tipos de abuso e negligência, com frequência, ocorrem simultaneamente e não apenas isoladamente e que a exposição a múltiplos tipos de maus-tratos está associada a piores danos do que a exposição a formas únicas de abuso (58).

O impacto dos maus-tratos na infância pode revelar-se devastador, trazendo consequências psicológicas, somáticas e sociais adversas que afetam as diversas fases do desenvolvimento da criança, sendo observadas ainda na vida adulta e velhice (15). Dentre as consequências mais frequentemente relatadas estão os transtornos mentais (como ansiedade e depressão), baixa autoestima, isolamento social, agressividade, criminalidade, abuso de substâncias e comportamentos hipersexualizados (61).

Os perpetradores de maus-tratos contra crianças geralmente são pais ou outros membros da família e cuidadores, podendo ser também amigos, conhecidos, autoridades (professores, soldados, policiais e clérigos), empregadores, profissionais de saúde, outras crianças ou ainda estranhos/desconhecidos (10). Como uma das formas mais frequentes desse tipo de agressão é realizada por pessoas próximas à criança (pais,

familiares e cuidadores), há reconhecida dificuldade para a detecção e o desenvolvimento de estratégias de prevenção (10). Ser vítima de maus-tratos quando criança pode aumentar o risco de um indivíduo tornar-se vítima e/ou perpetrador de outras formas de violência na adolescência ou na vida adulta (62). Por sua vez, pais de crianças maltratadas frequentemente sofreram maus tratos e apresentam altas taxas de psicopatologia subtratada, sugerindo uma transmissão intergeracional complexa, que envolve uma combinação de estresse precoce, habilidades parentais deficientes, risco genético ou epigenético, e estressores familiares (56).

Estudos apontam uma significativa variação na taxa de prevalência global de maus-tratos na infância, resultante de diferenças nos critérios de definição, nas variáveis utilizadas para medi-los, nas características das amostras envolvidas e das metodologias empregadas na mensuração (12). Assim, parte das disparidades entre as taxas de prevalência relatadas para os diversos tipos de maus-tratos está associada ao método de informação: relato de informante ou auto relato. A maioria dos estudos de informantes é baseada no relato ou notificação feita por profissionais ou membros da comunidade aos serviços de proteção à criança, e assim, capturam apenas parte dos casos, se comparado aos estudos de auto relato (63). O sexo dos indivíduos analisados, os tipos de maus-tratos investigados e a origem geográfica das amostras também influenciam nas prevalências relatadas (63).

As taxas globais de prevalência de maus-tratos na infância variam de 10% a 25% em grandes amostras comunitárias (13,14). Estimativas sobre formas específicas de maus-tratos contra crianças indicam que 22,6% dos adultos em todo o mundo sofreram abusos físicos na infância, 36,3% sofreram abuso emocional e 16,3% sofreram negligência física, sem diferenças significativas entre meninos e meninas. No entanto, a prevalência de abuso sexual na infância indica diferenças mais acentuadas por gênero – 18% para meninas e 7,6% para meninos (62).

Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde indicam que 11,7% das notificações de violência registradas pelo programa no Brasil foram de indivíduos entre 0 a 9 anos e 17,9% entre 10 a 19 anos (64). Ainda são escassas as estimativas globais confiáveis para a prevalência de maus-tratos na infância, pois faltam dados para muitos países – principalmente em países de média e baixa renda – e os dados disponíveis representam apenas uma pequena porcentagem do problema (12). Mesmo dados de países de alta renda, como a Suécia, apontam prevalências em torno de 15%, sendo que metade das crianças vítimas ou expostas a situações de

violência não relata os acontecimentos às autoridades, como escola, serviços de assistência social, serviços de saúde ou polícia (58,65).

Informações sobre o escopo e as características dos maus-tratos na infância são de ampla importância para o avanço na prevenção e redução da violência contra crianças, constituindo a base para a elaboração de políticas específicas de proteção (15). Conforme o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência (2014), a maior parte países vêm adotando planos de ação para enfrentar os maus-tratos contra crianças através de programas de prevenção, como visita domiciliar, educação parental e capacitações para prevenir abusos sexuais em crianças. Porém, em muitos casos, esse esforço não alcança a escala necessária para a efetiva redução do problema (62).

No Brasil, além dos programas de prevenção, também foram formuladas legislações para proteção de crianças contra maus-tratos, como por exemplo, abuso sexual (62). As principais leis relacionadas à proteção de crianças contra maus-tratos são o Artigo 227 da Constituição Federal - que prevê a proteção da criança acerca de adversidades, dentre elas violência e negligência - e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (16,66). O ECA institui a proteção da criança e do adolescente contra qualquer forma de maus-tratos e determina penalidades para os que praticam o ato e para os que não o denunciam (16,67). Ainda podem ser observadas leis mais específicas relacionadas à idade legal para casamento, contra casamento infantil, contra estupro estatutário e mutilação genital feminina (62). Outras políticas também buscam identificar e prevenir maus-tratos perpetrados contra crianças, como é o caso da Portaria nº 1.968 “Notificação de maus-tratos contra criança e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde” ou ainda o “Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil” (16,17,68).

TABELA 3. Categorias de Maus-Tratos

Tipos Maus-tratos	CATEGORIA	
	ATIVO	PASSIVO
Abuso emocional	<p>Agressão verbal (discurso destinado a infligir humilhação intensa, denigrir ou expor a medo extremo);</p> <p>Manipulação emocional (provocar vergonha, culpa ou medo a fim de servir às necessidades emocionais do agressor ou para persuadir a executar ações contra sua vontade ou denegrir ou destruir coisas de valor para a criança);</p> <p>Testemunhar violência doméstica (testemunhar humilhações intencionais entre os adultos da casa, ameaças ativas de prejuízo a própria ou a outra família, ações de ferir fisicamente membros da família empurrando, batendo, chutando, jogando objetos, ou usando armas uns contra os outros).</p>	
Abuso físico	<p>Bater com objetos, infligir intencionalmente agressões que resultem em contusões, equimoses ou necessidade de atenção médica, empurrando, chutando, arrastando pelo cabelo, aproximando uma arma, forçando a criança a remover roupas ou humilhar-se de qualquer outra forma em frente aos outros;</p> <p>Castigo corporal extremo (disciplinar batendo com objetos, infligir intencionalmente agressões que resultem em contusões, equimoses ou necessidade de atenção médica, forçar a criança a remover roupas ou humilhar-se na frente dos outros ostensivamente por disciplina)</p>	
Abuso sexual	<p>Adultos ou crianças mais velhas tocando ou acariciando o corpo da criança de uma forma sexual ou forçando a criança a tocar ou acariciar o corpo do abusador de uma forma sexual, ou forçar a criança a se envolver em outras atividades com conteúdo sexual ou tentativa/consumação de relação sexual (oral, anal ou vaginal).</p>	
Negligência Emocional		<p>Incapacidade de prover as necessidades emocionais básicas da criança, sendo emocionalmente indiferente às angústias da criança, não atendendo ao desenvolvimento social e emocional ou não atendendo ao desempenho escolar da criança, lição de casa, etc., ou esperando que a criança rotineiramente gerencie situações que estão além do seu nível de maturidade ou que não são seguras.</p>
Negligência Física		<p>Falha em suprir as necessidades básicas da criança, tais como comida, roupa, segurança física, supervisão adequada, saúde bucal e saúde física.</p>

Fonte: Teicher; Samson (2013)

2.2.1 Formas específicas de maus-tratos

Abuso físico

O abuso físico infantil é um problema de ampla relevância devido às altas taxas de prevalência globais, com desfechos adversos na saúde e comportamento sociais das vítimas (58). Mundialmente 17,7% das crianças de 0 a 14 anos já foram vítimas de abuso físico (12). Conforme Gilbert (2009), esse tipo de violência se caracteriza pelo uso intencional de força física ou instrumentos contra uma criança, tendo potencialmente ou efetivamente como resultado uma lesão física (57).

Existem fortes indícios de que a exposição ao abuso físico na infância pode estar associado ao abuso de tabaco, álcool e drogas, comportamentos delinquentes e de risco sexual. Em alguns casos também estão relacionados a autoagressão e comportamentos suicidas recorrentes (58).

Abuso sexual

O abuso sexual na infância é um veículo para sérios efeitos adversos no desenvolvimento psicossocial de crianças e adolescentes que se estendem até a vida adulta (69). O abuso sexual pode ser descrito como o envolvimento de crianças e adolescentes dependentes e em desenvolvimento, em atividades sexuais que não são compreendidas completamente por eles, que são incapazes de dar consentimento, ou que violam os tabus sociais dos papéis familiares (70).

Estudos clínicos e estudos comunitários demonstraram que, em geral, crianças abusadas sexualmente apresentam mais dificuldades emocionais como ansiedade, depressão, baixa autoestima e abstinência e comportamentais, caracterizadas como agressividade, comportamento criminoso, abuso de substâncias e comportamentos sexualizados. Indivíduos sexualmente abusados também carregam um risco elevado de comportamento autodestrutivo (61). A taxa de prevalência atualmente apontada é de 11,8% (12).

Abuso emocional

O abuso emocional é o comportamento intencional que transmite a uma criança sentimentos de que ela é inútil, não amada, indesejada, não valorizada apenas para atender às necessidades de outra pessoa. Quanto à frequência, pode ser recorrente ou episódico e tem como propósito culpar, depreciar, degradar, intimidar ou

potencialmente danificar psicologicamente ou emocionalmente a criança através de agressão verbal e manipulação emocional. Presenciar violência entre parceiros íntimos também se classifica a esse tipo de exposição (56,57). A taxa de prevalência mundial para o abuso emocional é de 26,7% (71).

Negligência

Negligência, caracterizada como uma forma passiva de maus-tratos, se subdivide em negligência física e emocional (56). A primeira refere-se à incapacidade de atender às necessidades físicas das crianças e inclui, por exemplo, a falta de fornecimento de nutrição adequada, vestuário, higiene pessoal, supervisão e atenção médica (56,71). Negligência emocional refere-se à falha em atender às necessidades emocionais das crianças (como afeto), exposição à violência doméstica, permissão de comportamento mal-adaptativo, falha em procurar tratamento para problemas emocionais e comportamentais da criança e falha no fornecimento de estrutura adequada (56,71). A estimativa de prevalência global de negligência física é de 16,3%, e de 18,4% para negligência emocional, sem diferenças aparentes entre os sexos (12).

Assim como as outras formas de maus-tratos, há consequências observadas em vítimas de negligência em curto prazo, como comportamentos internalizante e externalizantes e falta de resiliência. Em longo prazo, pode-se observar abuso de substâncias, fragilidade financeira, comportamento sexual de risco, entre outros (57,71).

2.3 Maus-tratos e suicidalidade

A exposição a adversidades significativas na infância é um fator de risco para o desenvolvimento de todos os tipos de psicopatologia ao longo da vida do indivíduo (72). Dentre as possíveis adversidades, a ocorrência de maus-tratos destaca-se pelo amplo espectro de consequências negativas, sejam elas psicológicas, emocionais, sociais e/ou comportamentais de curto e longo prazo, já descritas na literatura (18). Maus-tratos são, em especial, considerados um dos fatores mais fortemente associados ao desenvolvimento de transtornos depressivos e ansiosos entre crianças e adultos (11).

Particularmente em relação ao TDM, estudos prospectivos de longo prazo indicam um risco de desenvolvimento de depressão duas vezes maior nesses indivíduos (56). Dentre as diferentes formas de maus-tratos, o abuso emocional possuiria mais forte associação com depressão, devido a seus efeitos em esquemas cognitivos sobre

inutilidade e perda (73). Evidências sugerem ainda que essa associação é mediada pelo número de exposições a experiências de maus-tratos durante a infância: indivíduos que sofreram cinco ou mais experiências de maus-tratos durante a infância tem 2,9 vezes mais chances de receber uma prescrição de antidepressivos e a exposição a uma ou mais experiências de maus-tratos na infância representaria 54% da fração de risco atribuível à população para os episódios atuais de depressão e 67% para tentativas de suicídio (56).

No que tange à associação entre maus-tratos e suicidalidade, estudos transversais e longitudinais indicam que cada uma das formas de maus-tratos está significativamente associada a comportamentos suicidas (14), com as diferentes formas de abuso e negligência sendo preditoras de tendência suicida em adolescentes (74). Crianças vítimas de maus-tratos também apresentam aumento do risco futuro de ideação e tentativas suicídio na adolescência (13). Nesse contexto, estudos mais específicos sugerem que alguns tipos de violência, como o abuso físico e sexual, possuem maior correlação com episódios depressivos graves e ideação suicida na idade adulta jovem (72).

Alguns estudos sugerem que os comportamentos e os sintomas associados à ocorrência de maus-tratos variam conforme o sexo. Assim, indivíduos do sexo feminino vítimas de maus-tratos tenderiam à internalização, evidenciando um comportamento mais autodestrutivo, relacionado a depressão e ansiedade. Por outro lado, em indivíduos do sexo masculino, haveria a externalização desses sentimentos, com o aparecimento de comportamentos e atos agressivos e impulsivos (18,61). Alguns dados sugerem que, no intervalo entre os 10 e 13 anos de idade, a ideação suicida é mais frequente entre as meninas, com essa proporção se invertendo no decorrer da adolescência e início da idade adulta, quando os homens passariam a manifestar maiores taxas de comportamento suicida (65).

Vítimas masculinas de abuso sexual também já foram identificadas como um grupo particular de risco, apresentando maiores taxas de transtornos mentais, incluindo transtornos de personalidade, transtornos de ansiedade e transtornos afetivos (75). As formas de pedir ajuda (seja ela informal – a família e amigos – ou formal – a autoridades ou profissionais de saúde) também diferem de acordo com o sexo. Para os meninos, o incentivo à autonomia, apoiado pelos padrões sociais de masculinidade, levaria a maior resistência no momento de pedir ajuda. Já para as meninas, haveria maior facilidade de identificar amigos e profissionais como fontes de ajuda para problemas de ordem emocional, possuindo menor dependência da família. Estudos que

investigaram diferenças no auto-relato sobre depressão e comportamento suicida mostram ainda que os meninos mais comumente endossaram itens como “não contar aos outros” (65).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar a associação entre relato de maus-tratos e suicidalidade em uma amostra comunitária de adolescentes de Porto Alegre.

3.2 Específicos

- Estimar a prevalência de suicidalidade na amostra, estratificada por sexo;
- Descrever a prevalência das diferentes formas de maus-tratos na amostra;
- Avaliar a correlação entre medidas de suicidalidade e maus-tratos;
- Analisar a associação entre maus-tratos e suicidalidade;
- Calcular a razão de prevalência de suicidalidade em adolescentes com histórico de maus-tratos.

4. JUSTIFICATIVA

A literatura sugere que os maus-tratos na infância estão significativamente associados à suicidalidade na adolescência, principalmente em meninas. A investigação proposta nesse estudo avaliará essa premissa em uma amostra específica de adolescentes de uma área urbana de um país de renda média. Os resultados poderão servir de base para estratégias preventivas de jovens vítimas de maus-tratos.

5. HIPÓTESES

- Adolescentes de ambos os sexos que relatam histórico de maus-tratos apresentam maior prevalência de suicidalidade, se comparados a adolescentes sem histórico de maus-tratos.
- Em adolescentes do sexo feminino, a prevalência de suicidalidade é maior, independentemente do histórico de maus-tratos.
- A associação entre suicidalidade e abuso sexual é mais forte se comparada à associação com outras formas de abuso.
- Há correlação entre as medidas de maus-tratos e suicidalidade.

6. METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório de caráter transversal. As etapas consistiram em: 1) elaboração de um protocolo voltado à identificação de sintomas depressivos e maus-tratos em adolescentes; 2) contato com escolas e aplicação do instrumento nos participantes e; 3) compilação e análise dos dados obtidos, sendo esses base para a elaboração de artigo para publicação em periódico.

A amostra foi obtida por conveniência em escolas da rede pública localizadas geograficamente no entorno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O critério de inclusão de participantes foi exclusivamente idade entre 14 e 16 anos.

5.2 Elaboração do protocolo

A elaboração do instrumento para aplicação em alunos das escolas selecionadas propõe dimensões para medir sintomas depressivos e maus-tratos. A primeira foi baseada nas questões sobre suicidalidade da versão traduzida e validada para o português do questionário *Mood and Feelings Questionnaire* (MFQ) (76). No que diz respeito à identificação de maus-tratos, foram selecionadas as perguntas relacionadas a esse escopo da escala *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), também traduzida e validada para o português brasileiro (77).

O MFQ (Anexo II) é um instrumento autoaplicável amplamente utilizado para a avaliação de sintomas de Transtorno Depressivo Maior em crianças e adolescentes. A escala se baseia em critérios do DSM e sintomas clinicamente relevantes, contendo 33 itens sobre o próprio sujeito (76).

Conforme a descrição de Grassi-Oliveira (2006), o CTQ (Anexo III) é um instrumento de auto-relato para adolescentes e adultos que investiga a história de abuso e negligência durante a infância. Os 28 itens do questionário contemplam situações de abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional ocorridos na infância.

O protocolo foi elaborado para utilização em diversas análises relacionadas ao projeto maior “Alterações Neurobiológicas em Crianças em Risco para Transtorno Depressivo Maior”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE: 50473015.9.0000.5327). Para o presente estudo, foram extraídas desse instrumento apenas as questões relativas à suicidalidade da escala MFQ

(itens 16 a 19) e maus-tratos da escala CTQ (itens correspondentes aos tipos de maus-tratos), conforme apresentado na Tabela 4.

TABELA 4. Variáveis relacionadas à suicidalidade e maus-tratos

Escala	Pergunta	Variável
MFQ	Eu pensei que a vida não valia a pena ser vivida.	Suicidalidade
MFQ	Eu pensei sobre morte ou morrer.	Suicidalidade
MFQ	Eu pensei que minha família estaria melhor sem mim.	Suicidalidade
MFQ	Eu pensei em me matar.	Suicidalidade
CTQ	Já foi separado dos seus pais para ser cuidado por outra pessoa?	Negligência emocional
CTQ	Já houve brigas com agressão física na sua casa entre adultos ou um adulto que agrediu uma criança ou um adolescente?	Violência doméstica
CTQ	Já aconteceu de você não ter comida suficiente em casa ou vestir roupas sujas ou rasgadas porque não tinha outras?	Negligência física
CTQ	Você já pensou ou sentiu que o seu pai ou a sua mãe não queriam que você tivesse nascido?	Abuso emocional
CTQ	Você já pensou ou sentiu que alguém da sua família te odeia?	Abuso emocional
CTQ	Já aconteceu de um adulto da sua família ou alguém que estava cuidando de você te bater de um jeito que te deixou machucado ou com marcas?	Abuso físico
CTQ	Alguém já tentou fazer coisas sexuais com você contra a sua vontade, te ameaçando ou te machucando?	Abuso sexual

MFQ: *Mood and Feelings Questionnaire*; CTQ: *Childhood Trauma Questionnaire*.

5.3 Recrutamento dos participantes

A seleção da amostra ocorreu a partir de visitas em sete escolas públicas da cidade de Porto Alegre escolhidas por proximidade geográfica ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Inicialmente, para identificação da elegibilidade de participantes, foram analisadas as listas de alunos matriculados nas turmas entre a 8ª série do ensino fundamental e 2º ano do ensino médio, disponibilizadas pelas escolas. Nessa etapa o

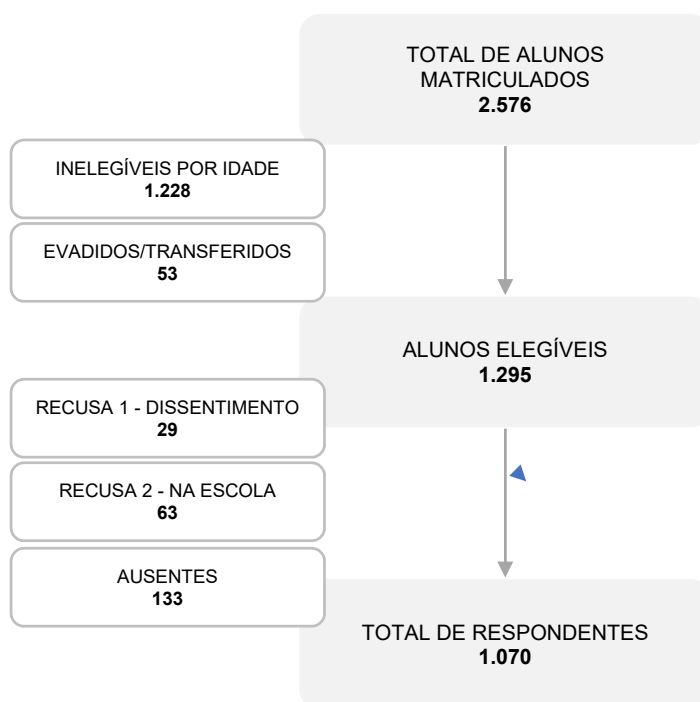
objetivo foi a coleta de dados de adolescentes com idade entre 14 e 16 anos, sendo esse intervalo o critério de inclusão estabelecido.

Após o consentimento do profissional responsável pela da escola, assistentes de pesquisa visitaram as salas de aula que participariam do projeto e expuseram para os alunos o objetivo da investigação, explicando o funcionamento do termo de dissentimento (TD). Caso os pais tivessem alguma restrição quanto à participação do adolescente, o TD deveria retornar preenchido e assinado para a escola no prazo de 7 dias. Após decorrido o prazo, os assistentes de pesquisa retornaram às escolas para recolhimento dos TDs assinados e procederam com a aplicação dos questionários.

Dos 2.576 estudantes oficialmente matriculados, 1.228 eram inelegíveis por não estarem na faixa etária pré-especificada e 53 por evasão ou transferência para outra escola. Dentre os 1.295 estudantes elegíveis, 29 foram excluídos por TD, 63 se recusaram a participar e 133 não compareceram à escola nos dois dias de avaliação. Foram respondidos 1.070 questionários. Desses 55 apresentaram pelo menos um item não preenchido.

Maiores detalhes do processo de elegibilidade dos participantes estão sistematizados na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de elegibilidade de participantes



7. ARTIGO

Maltreatment and suicidality in a school-based sample of Brazilian adolescents

André de Oliveira Lopes, Christian Kieling, Renata Rocha Kieling

Purpose: Suicide is one of the main causes of death among adolescents and is considered a global public health concern. Maltreatment in childhood and adolescence has been linked with depression and other mental disorders. However, a limited number of studies have investigated the association between maltreatment and suicidality in adolescents living in low and middle-income countries.

Methods: Eligible participants were students enrolled in public schools, 14 to 16 years of age, who answered questionnaires designed to assess exposure to maltreatment and symptoms of depression and suicidality. Adolescents self-reported previous history of emotional abuse, physical neglect, physical abuse, sexual abuse, and domestic violence using the respective questions of *Childhood Trauma Questionnaire*. Suicidality was assessed with questions from the *Moods and Feelings Questionnaire* focusing on morbid and suicidal thoughts.

Results: A total of 1,070 adolescents were included in this study – among those, 90 (8.5%) reported suicidal ideation. Emotional abuse was the most commonly reported form of maltreatment (37.9%). In adjusted analyses for sex, females were more likely to endorse morbid thoughts (PR = 2.4; 95%CI = 1.4 to 3.9). Adolescents exposed to two or more forms of maltreatment reported higher prevalence of suicidality (PR = 7.3; 95%CI = 3.9 to 13.9) compared with adolescents not exposed to maltreatment.

Conclusions: Self-reported prevalence of maltreatment and suicidality was identified in this school-based sample of adolescents living in a middle-income country. Maltreatment and suicidality were associated, with increased prevalence rates of suicidality among boys and girls who endorsed having experienced multiple types of maltreatment. Preventive strategies to protect youth – especially girls – against multiple types of abuse or neglect are needed.

Keywords: maltreatment, abuse, neglect, adolescent, suicide, middle-income country

Implications and Contributions:

The study shows that the prevalence of both suicidality and maltreatment in a non-clinical, school-based, sample of adolescents from a middle-income country is high. Girls are particularly vulnerable and there is an additive effect of maltreatment on suicidality rates. Suicide preventive strategies could benefit from targeting youth who report being victim of multiple types of abuse or maltreatment.

INTRODUCTION

Exposure to maltreatment is considered one of the risk factors more strongly associated with the development of depressive and anxiety disorders in children and

adults (1). Studies consistently indicate that multiple forms of maltreatment are associated with suicidality (2), with different forms of abuse and neglect being predictive of a suicidal tendency in adolescents (3). Children who experience maltreatment are at increased risk of suicidal ideation and suicide attempts later in life (4).

Maltreatment is defined as prolonged or repeated exposure to acts or events that usually involve a suppression of confidence (5). Likewise, it represents a serious public health issue, which can cause short- and long-term damage to the child's health and well-being until adulthood. Maltreatment can be characterized as sexual abuse, physical abuse, emotional abuse and neglect and may be associated with serious injuries or even death (4,6,7). Reported prevalence rates of childhood maltreatment vary from 10% to 25% in large community samples, however, the estimates pointed out are unreliable and often scarce, especially in the context of low- and middle-income countries (2,4,8).

The concept of suicidality encompasses a continuous spectrum, ranging from suicidal ideation to the fatal conclusion of suicide. While *suicide* is defined as the act of intentionally ending one's own life, nonfatal suicidal thoughts and behaviors are classified in three categories: *suicide ideation*, which refers to thoughts of engaging in behavior intended to end one's life; *suicide plan*, a specific method through which one intends to die; and *suicide attempt*, the engagement in potentially self-injurious behavior with at least some intent to die (9–11). Suicide is currently considered a global public health problem, representing the second leading cause of death among young people aged 15-29 (9,12,13). Although it is a worldwide phenomenon, 78% of suicides in 2015 occurred in low- and middle-income countries (13).

Some studies suggest that behaviors and symptoms associated with maltreatment vary according to sex (14). Some data suggest that between 10 and 13 years of age, suicidal ideation is more frequent among girls, with this proportion reversing during adolescence and early adulthood, when men would manifest higher rates of suicidal ideation suicidal behavior (15).

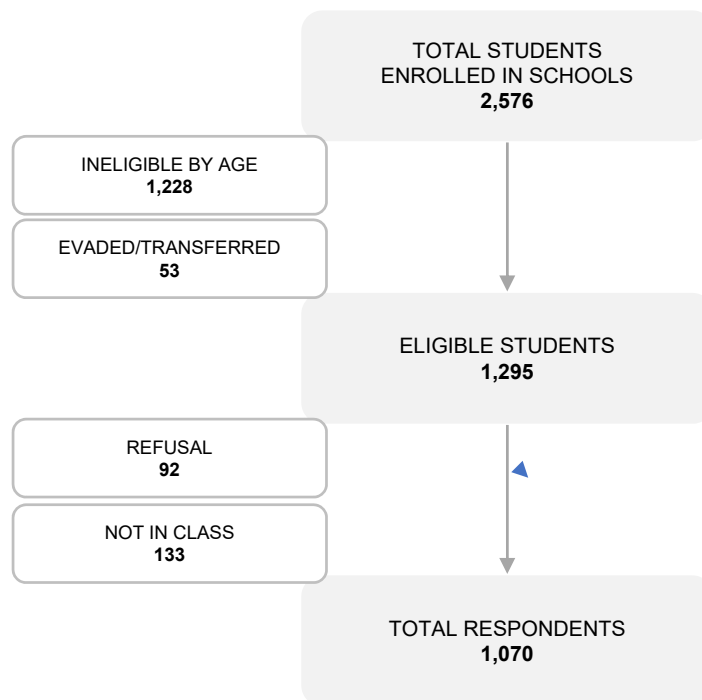
Child maltreatment is significantly associated with suicidality, according to cross-sectional and longitudinal studies (2). The main aim of this study is to assess the association between maltreatment and suicidality in a school-based sample of adolescents from an urban area of a middle-income country.

METHOD

Participants and procedures

The sample was ascertained from seven public schools of the city of Porto Alegre chosen by geographical proximity to the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Initially, to identify the eligibility of participants, the lists of students enrolled in the classes between the 8th and 12th grade, made available by the schools, were analyzed. All enrolled adolescents aged 14 to 16 years were invited to participate. The sample selection flowchart can be visualized in Figure 1.

Figure 1. Sample selection flowchart



Measures

The measures for suicidality and maltreatment were based on the application of a protocol constructed from fragments of two specific self-report questionnaires. Regarding the identification of maltreatment, seven items from the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) relating to abuse and neglect were selected. CTQ has been previously translated and validated for Brazilian Portuguese (16). Students could answer “yes” or “no” for childhood history of emotional abuse, physical neglect, physical abuse, sexual abuse, and domestic violence. The number of occurrences of maltreatment was grouped into three categories, as performed by previous studies (17–19). No occurrence of a positive response (=0) was defined as “no maltreatment”; a single positive response (=1), “probable maltreatment”; and two or more positive answers (≥ 2), “severe maltreatment”.

For the measure on suicidality, items 16-19 of the translated and validated Brazilian Portuguese version of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) – long version were used (20). Answers were coded as “true”, “sometimes” and “not true”. For the categorical analyses, only an affirmative answer (“true”) to the item “I thought about killing myself” was considered positive evidence of suicidal ideation. This project was approved by the Research Ethics Committee of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (50473015.9.0000.5327).

Statistical analyses

Bivariate associations were assessed using the chi-square statistic. To assess the association between maltreatment and suicidality adjusted by sex, Poisson logistic regression with robust error variance was used to calculate prevalence ratios (PRs) with 95% confidence intervals (95% CIs). Correlation between measures of maltreatment and suicidality was calculated using the Spearman correlation coefficient. Significance for all analyses was set at .05. All analyses were conducted using SPSS, version 18.0.

RESULTS

The adolescents in the sample had the mean age of 15.18 years ($SD = 1.72$), were predominantly female (54.38%) and self-declared as having white skin color (60.09%). Regarding maltreatment, of the 1,070 individuals included in the study, 54.8% of the sample reported having already been abused or neglected, most commonly referring emotional abuse (37.9%) and domestic violence (23.6%). Almost half of the adolescent girls reported a history of emotional abuse. Table 1 shows the prevalence of the types of maltreatment, stratified by sex.

Table 1. Prevalence of maltreatment in a school-based sample of Brazilian adolescents

	Total	Male	Female	P
Physical neglect	54 (5.1%)	24 (5.1%)	30 (5.1%)	1.000
Physical abuse	156 (14.7%)	55 (11.6%)	101 (17.1%)	0.014
Emotional neglect	140 (13.1%)	56 (11.8%)	84 (14.2%)	0.278
Emotional abuse*	403 (37.9%)	114 (24.0%)	289 (49.1%)	<0.001
Sexual abuse	50 (4.7%)	7 (1.5%)	43 (7.3%)	<0.001
Domestic violence	252 (23.6%)	81 (17.1%)	171 (28.9%)	<0.001

* The two items related to the emotional abuse of the questionnaire were grouped into only one category.

Table 2 shows the prevalence of suicidality stratified by sex. Considering only the “true” response to any of the suicidal items, 23.8% of the total sample reported morbid thoughts. Suicidal ideation was reported by 8.5% of the sample, according to the affirmative answer to the item “I thought about killing myself”. Suicidality was significantly more frequent among females for each assessed item.

Table 2. Self-reported suicidality in a school-based sample of Brazilian adolescents

		Total	Male	Female
“I thought that life wasn’t worth living”	Sometimes	180 (16.8%)	60 (12.6%)	120 (20.4%)
	True	121 (11.3%)	27 (5.7%)	94 (16.0%)
“I thought about death or dying”	Sometimes	221 (20.7%)	80 (16.8%)	141 (23.8%)
	True	163 (15.3%)	42 (8.8%)	121 (20.4%)
“I thought my family would be better off without me.”	Sometimes	202 (18.9%)	60 (12.6%)	142 (24.0%)
	True	127 (11.9%)	26 (5.5%)	101 (17.1%)
“I thought about killing myself”	Sometimes	117 (11.0%)	29 (6.1%)	88 (14.9%)
	True	90 (8.5%)	18 (3.8%)	72 (12.2%)

The association between suicidality and maltreatment is presented in Table 3, with the intensity of suicidal thinking analyzed according to the number of positive endorsed questions on maltreatment.

Table 3. Association between maltreatment and self-reported suicidality

Maltreatment	Self-reported suicidality		
	Not true	Somewhat true	True
No maltreatment (n=479)	436 (91,0%)	32 (6,7%)	11 (2,3%)
Probable maltreatment (n=244)	195 (79,9%)	35 (14,3%)	14 (5,7%)
Severe maltreatment (n=340)	225 (66,2%)	50 (14,7%)	65 (19,1%)

In regard to the association between specific types of maltreatment and reported suicidality, results show that all forms of maltreatment, except for sexual abuse, were associated with suicidality.

Spearman's rank correlation coefficient indicated a positive correlation between the number of questions on maltreatment positively endorsed by the adolescent and self-reported suicidality ($\rho=0.459$, $p<0.001$). The additive exposure to multiples forms of maltreatment was associated with an increased prevalence of suicidality, with individuals exposed to severe maltreatment, regardless of sex, being approximately seven times more likely to report suicidality (Table 4).

Table 4. Poisson linear regression estimating prevalence ratios for suicidality in adolescents who reported a history of maltreatment

		Prevalence ratio of suicidality (95%CI)	P
Maltreatment	No maltreatment	Ref	
	Probable maltreatment	2.4 (1.1-5.1)	0.026
	Severe maltreatment	7.3 (3.9-13.8)	<0.001
Sex	Male	Ref	
	Female	2.4 (1.4-3.9)	0.001

When stratified by sex, the association between maltreatment and suicidality showed different results for both boys and girls. The prevalence ratio for those who reported severe maltreatment was significantly higher than for individuals who reported no history of maltreatment: among boys, PR = 8.8 (CI 95% (2.9-26.6)); and among girls, PR = 6.9 (CI 95% 3.2-14.8).

DISCUSSION

This study corroborates the association between maltreatment and suicidality among adolescents from a middle-income country. The self-reported occurrence of morbid or death thoughts, ranging from low self-worth to suicidal content, was frequent, with 10%-20% of participants reporting some degree of suicidality. Moreover, 8.5% of the studied sample reported thinking about killing themselves.

A higher number of endorsed questions on maltreatment was associated with increased suicidality. Adolescents with possible maltreatment were 2.4 times more likely to report suicidality, whereas youth reporting severe maltreatment were 7.3 times more likely to do so.

We found that the intensity of these two measures were associated, with greater exposure to maltreatment positively correlating with higher suicidality. While females endorsed more morbid or death thoughts and reported greater exposure to maltreatment, the association between number of types of maltreatment and suicidality was observed among both boys and girls.

Previous studies have shown that specific types of maltreatment may contribute to the development of suicidal behavior, and that being victim of more than one type of maltreatment increases this probability (21). We found a significant association between various forms of abuse and suicidality, with the exception of sexual abuse. This may have been a consequence of the relatively low frequency of this form of maltreatment in this sample.

Results of this study must be interpreted in light of a number of limitations. First, the cross-sectional design of the study limits any inference regarding causative effects between the studied variables. Although the sample was relatively large, this was a convenience sample, chosen by geographic location. Another important limitation refers to the instruments used to assess adolescents and the definitions of maltreatment and suicidality conveyed by them, which may have resulted in an overestimation of these events. To date, there is no single method or instrument

recommended for assessing suicidality, either in the clinical or research setting (22). Despite the relatively wide availability of scales, even screening instruments with acceptable performance characteristics (for adults) have a positive predictive value of less than 40% in all cases where the sensitivity was 80% or higher (2). A recent meta-analysis, for example, revealed that, in the evaluation of 15 different scales, none presented adequate diagnostic accuracy (23).

CONCLUSIONS

In a school-based sample of adolescents in a middle income country, we identified a incidence of maltreatment and suicidality, especially among girls. For both sexes, maltreatment and suicidality were associated, with increased prevalence rates of suicidality among youth who endorsed having experienced multiple types of maltreatment. A deepened understanding of the association between maltreatment and suicidality is key to the future development of preventive strategies.

ACKNOWLEDGMENTS

Dr. Christian Kieling has received support from Brazilian governmental research funding agencies Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico [CNPq] #307066/2015-0, and #445828/2014-5; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior [CAPES] #64/2014; Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul [Fapergs] #17/2551-0001009-4; and Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos – Hospital de Clínicas de Porto Alegre [FIPE/HCPA] #16-0131.

REFERENCES

1. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016 Mar;46(4):717–30.
2. Miller AB, Jenness JL, Oppenheimer CW, Gottlieb ALB, Young JF, Hankin BL. Childhood Emotional Maltreatment as a Robust Predictor of Suicidal Ideation: A 3-Year Multi-Wave, Prospective Investigation. *J Abnorm Child Psychol*. 2017 Jan;45(1):105–16.
3. King CA, Merchant CR. Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2008;12(3):181–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989173/>
4. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismore JT, Renshaw KD. The Relation Between Child Maltreatment and Adolescent Suicidal Behavior: A Systematic Review and Critical Examination of the Literature. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013;16(2):146–72.
5. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes.

- Am J Psychiatry. 2013 Oct;170(10):1114–33.
6. Annerbäck E, Sahlqvist L, Svedin CG, Wingren G, Gustafsson PA. Child Abuse & Neglect Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden — Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2012;36(7–8):585–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.006>
 7. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* (London, England). 2009 Jan;373(9657):68–81.
 8. Mwakanyamale AA, Wande DP, Yizhen Y. Multi-type child maltreatment: prevalence and its relationship with self-esteem among secondary school students in Tanzania. *BMC Psychol*. 2018 Jul;6(1):35.
 9. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133–54.
 10. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979 Apr;47(2):343–52.
 11. 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 Jul;164(7):1035–43.
 12. WHO. LIVE LIFE: Preventing suicide [Internet]. 2018. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/livelifepdf
 13. who. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. 2017 [cited 2018 Jan 29]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
 14. GARNEFSKI N, ARENDS E. Sexual abuse and adolescent maladjustment: differences between male and female victims. *J Adolesc*. 1998;99–107.
 15. Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, et al. *World Journal of Psychiatry*. 2014;4(4):120–32.
 16. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire. 2006;40(2):249–55.
 17. Rocha TB-M, Rohde LA, Kieling C. Response to Plakun: Addressing Differential Susceptibility With Regard to Gene-Environment Interaction in Youth Depression. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2016 Mar 1;173(3):299–300. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15111391r>
 18. Gallo G, Alejandra E, Loret C, Mola D, Wehrmeister F, Gonçalves H, et al. Journal of Affective Disorders Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;217(October 2016):218–24. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.065>

19. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. *Science* (80-) [Internet]. 2003 Jul 18;301(5631):386 LP-389. Available from: <http://science.sciencemag.org/content/301/5631/386.abstract>
20. Rosa M, Metcalf E, Rocha TB-M, Kieling C. Translation and cross-cultural adaptation into Brazilian Portuguese of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) – Long Version. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2018;40(1):72–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892018005002102&lng=en&tlng=en
21. Teicher M, Samson J. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. 2013;(October):1114–33.
22. U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Summary: Suicide Risk in Adolescents, Adults and Older Adults: Screening [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 14]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/evidence-summary20/suicide-risk-in-adolescents-adults-and-older-adults-screening>
23. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180292.

CONCLUSÕES

Conforme os achados desse estudo, há evidências de associação entre maus-tratos e suicidalidade em uma amostra comunitária adolescentes. A literatura nos mostrou que existem tipos de maus-tratos que potencializam o desenvolvimento de comportamento suicida e que ser vítima de mais de um tipo deles aumenta essa probabilidade (56). Nesse estudo foi possível corroborar tal afirmação, confirmando também altos e preocupantes índices de crianças e adolescentes que são vítimas de maus-tratos.

Quando a análise foi estratificada para o sexo observou-se uma relação de confusão, pois nas mulheres há uma maior sensibilidade no desenvolvimento de suicidalidade, mesmo ajustando para a variável de maus-tratos. Um dos prováveis motivos para esse resultado é que esse grupo feminino endossa um maior número de respostas positivas aos itens de suicidalidade em relação ao grupo masculino.

Uma das maiores limitações do presente estudo é seu desenho transversal, pois a coleta foi realizada em apenas um momento temporal. Assim, a análise de prevalência demonstra um momento instantâneo, não sendo possível verificar a evolução do problema na amostra e não sendo possível inferir qualquer causalidade entre os fatores em estudo.

Alguns fatores que potencialmente podem limitar a extrapolação dos achados são o fato de que as escolas foram selecionadas por conveniência de acordo com a proximidade geográfica em relação ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e o contexto de ambiente coletivo de resposta (sala de aula) para a coleta de dados, o que pode promover constrangimento no momento do preenchimento dos questionários.

Ainda, o instrumento empregado, *per se*, pode não aferir com alta acurácia os sintomas de suicidalidade e os relatos sobre maus tratos podem não ser informados integralmente, conforme observado na literatura. Ao responder as alternativas afirmativas, o participante pode estar relatando experiências de suicidalidade menos intensas e que podem não caracterizar suicidalidade propriamente dita.

Abuso físico e abuso sexual, conforme a literatura, são as formas de maus-tratos que possuem maior relação com o desenvolvimento de sintomas depressivos, incluído a suicidalidade (72). Representam também as maiores taxas de prevalência dentro dos tipos de maus-tratos. No presente estudo as respostas ao item relativo ao abuso sexual

não apresentaram a associação esperada, talvez devido à baixa prevalência encontrada em nossa amostra.

Como mencionado, o delineamento transversal deste estudo impede conclusões sobre causalidade. Dito de outro modo, nesse estudo não podemos afirmar que a suicidalidade seja consequência de experiências de maus-tratos, pois há também a possibilidade de indivíduos que apresentam níveis suicidalidade acabarem se expondo mais a ambientes e situações que os levem a ser vítimas de maus-tratos.

Independentemente dessas limitações, os achados deste estudo evidenciam um claro problema de saúde pública em nossa comunidade. Houve um alto índice de relato sobre maus-tratos e suicidalidade na amostra, quando comparado aos achados na literatura, principalmente em indivíduos do sexo feminino. Esses achados são base importante para desenvolvimento de estratégias de proteção para grupos mais vulneráveis.

BIBLIOGRAFIA

1. Bilgiç A, Yılma S, Herguner S. The impact of anxiety sensitivity on suicidality in adolescents with major depressive disorder. *Psychiatr Danub*. 2017;29(4):473–9.
2. WHO. mhGAP intervention guide - Child and adolescent mental and behavioural disorders. 2010;247–90.
3. LARZELERE RE, SMITH GL, BATENHORST LM, KELLY DB. Predictive Validity of the Suicide Probability Scale among Adolescents in Group Home Treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1996;35(2):166–72. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856709663735>
4. Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nat Rev Neurosci*. 2008 Dec;9(12):947–57.
5. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov;46(11):1503–26.
6. Beardslee WR, Gladstone TRG, O'Connor EE. Developmental risk of depression: experience matters. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012 Apr;21(2):261–78, vii.
7. Miller GK, Piscopo KD, Batts K, Han B, Colpe L, Forman-hoffman VL, et al. Measurement of Suicidal Thoughts , Behaviors , and Related Health Outcomes in the United States : Comparison of NSDUH Estimates with Other Data Sources Authors. 2015;(July 2015):1–13.
8. Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik I, Waern M. Instruments for the assessment of suicide risk : A systematic review evaluating the certainty of the evidence. 2017;1–13.
9. Ghasemi P, Shaghghi A, Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. *Tabriz Univ Med Sci* [Internet]. 2015;5(3):156–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.15171/hpp.2015.019>
10. WHO. Preventing Child Maltreatment a guide to taking action and generating evidence. 2006;
11. Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychol Med*. 2016 Mar;46(4):717–30.
12. Mwakanyamale AA, Wande DP, Yizhen Y. Multi-type child maltreatment: prevalence and its relationship with self-esteem among secondary school students in Tanzania. 2018;1–8.
13. Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismoore JT, Renshaw KD. The Relation Between Child Maltreatment and Adolescent Suicidal Behavior: A Systematic Review and Critical Examination of the Literature. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2013;16(2):146–72.
14. Miller AB, Jenness JL, Oppenheimer CW, Gottlieb ALB, Young JF, Hankin BL. Childhood Emotional Maltreatment as a Robust Predictor of Suicidal Ideation: A 3-Year Multi-Wave, Prospective Investigation. *J Abnorm Child Psychol*. 2017 Jan;45(1):105–16.
15. Jud A, Fegert JM, Finkelhor D. On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*.

- 2016;1–5.
16. Martins CB de G, Jorge MHP de M. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção . Vol. 23, Acta Paulista de Enfermagem . scielo ; 2010. p. 417–22.
 17. Brasil. Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. 2000.
 18. Maschi T, Morgen ÆK, Bradley ÆC. Exploring Gender Differences on Internalizing and Externalizing Behavior Among Maltreated Youth : Implications for Social Work Action. 2008;531–47.
 19. WHO. Global Burden of Disease Compare [Internet]. 2018. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
 20. Douglas J, Scott J. A systematic review of gender-specific rates of unipolar and bipolar disorders in community studies of pre-pubertal children. *Bipolar Disord*. 2014 Feb;16(1):5–15.
 21. Ruchkin V, Sukhodolsky DG, Vermeiren R, Koposov RA, Schwab-Stone M. Depressive symptoms and associated psychopathology in urban adolescents: a cross-cultural study of three countries. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Feb;194(2):106–13.
 22. Pickles A, Rowe R, Simonoff E, Foley D, Rutter M, Silberg J. Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: Relationship and prognostic significance. *Br J Psychiatry*. 2001;179(SEPT.):230–5.
 23. CID-10. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993. 352 p.
 24. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição.
 25. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtorno DSM-5. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948 p.
 26. who. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. 2017 [cited 2018 Jan 29]; Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
 27. WHO. LIVE LIFE : Preventing suicide [Internet]. 2018. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/livelifepdf
 28. Rey JM. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health: Extended 2014 edition. 2014;1134.
 29. Gosney H, Hawton K. Inquest verdicts: youth suicides lost. *Psychiatr Bull* [Internet]. 2018/01/02. 2007;31(6):203–5. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/inquest-verdicts-youth-suicides-lost/33836F4EBD1730913D1CEC2653F4B8E2>
 30. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009;374(9693):881–92.
 31. Spicer RS, Miller TR. Suicide acts in 8 states: incidence and case fatality rates by demographics and method. *Am J Public Health*. 2000 Dec;90(12):1885–91.
 32. Centers for Disease Control (CDC). Attempted suicide among high school students--United States, 1990. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1991 Sep;40(37):633–5.
 33. Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE OP. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1992 Jan 1;149(1):41–4. Available from: <https://doi.org/10.1176/ajp.149.1.41>

34. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveill Summ.* 2008 Jun;57(4):1–131.
35. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, et al. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *MMWR Surveill Summ.* 2018 Jun;67(8):1–114.
36. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ.* 2002 Nov;325(7374):1207–11.
37. CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION [Internet]. 2015. Available from: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>
38. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979 Apr;47(2):343–52.
39. 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 Jul;164(7):1035–43.
40. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133–54.
41. D'Angelo EJ, Augenstein TM. Developmentally informed evaluation of depression: evidence-based instruments. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2012 Apr;21(2):279–98, viii.
42. Brown GK, Jeglic E, Henriques GR, Beck AT. Cognitive Therapy, Cognition, and Suicidal Behavior. In: *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2006. p. 53–74.
43. Decou CR, Schumann ME. On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2017;1–13.
44. U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Summary: Suicide Risk in Adolescents, Adults and Older Adults: Screening [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 14]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/evidence-summary20/suicide-risk-in-adolescents-adults-and-older-adults-screening>
45. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, Sheehan D V, Farber L. Suicidal ideation in primary care. *J Gen Intern Med.* 1996 Aug;11(8):447–53.
46. Nutting PA, Dickinson LM, Rubenstein L V, Keeley RD, Smith JL, Elliott CE. Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Ann Fam Med.* 2005;3(6):529–36.
47. Joiner TEJ, Pfaff JJ, Acres JG. A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behav Res Ther.* 2002 Apr;40(4):471–81.
48. Coric V, Stock EG, Pultz J, Marcus R, Sheehan D V. Sheehan Suicidality Tracking Scale (Sheehan-STS): Preliminary Results from a Multicenter Clinical Trial in Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatry (Edgmont).* 2009 Jan;6(1):26–31.
49. Cole S, Raju M, Barrett J, Gerrity M, Dietrich A. The MacArthur Foundation Depression Education Program for Primary Care Physicians: background and rationale. *Gen Hosp Psychiatry.* 2000;22(5):299–358.
50. Bernert RA, Hom MA, Roberts LW. A review of multidisciplinary clinical

- practice guidelines in suicide prevention: toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Acad Psychiatry* [Internet]. 2014;38(5):585–92. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4283785&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
51. APA. Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors [Internet]. 2010. Available from: [Spsychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines//suicidepdf](http://www.psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines//suicidepdf)
 52. Viguera AC, Milano N, Laurel R, Thompson NR, Griffith SD, Baldessarini RJ, et al. Comparison of Electronic Screening for Suicidal Risk With the Patient Health Questionnaire Item 9 and the Columbia Suicide Severity Rating Scale in an Outpatient Psychiatric Clinic. *Psychosomatics* [Internet]. 2015;56(5):460–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318215000791>
 53. Eltz M, Evans AS, Celio M, Dyl J, Hunt J, Armstrong L, et al. Suicide probability scale and its utility with adolescent psychiatric patients. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2007 Jun;38(1):17–29.
 54. Roaldset JO, Linaker OM, Bjørkly S. Predictive Validity of the MINI Suicidal Scale for Self-Harm in Acute Psychiatry: A Prospective Study of the First Year after Discharge. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2012 Oct 1;16(4):287–302. Available from: <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.722052>
 55. Daviss WB, Birmaher B, Melhem NA, Axelson DA, Michaels SM, Brent DA. Criterion validity of the Mood and Feelings Questionnaire for depressive episodes in clinic and non-clinic subjects. 2006;9:927–34.
 56. Teicher M, Samson J. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. 2013;(October):1114–33.
 57. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S, et al. Child Maltreatment 1 Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. 2009;373.
 58. Annerbäck E, Sahlqvist L, Svedin CG, Wingren G, Gustafsson PA. Child Abuse & Neglect Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden — Associations with health and risk behaviors. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2012;36(7–8):585–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.05.006>
 59. Chandraratne NK. Child Abuse & Neglect Physical , sexual and emotional abuse during childhood : Experiences of a sample of Sri Lankan Young adults. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2018;81(5):214–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.004>
 60. Viola T, Abrahão G, Kluwe-schiavon B, Sanvicente-vieira B, Luz M. Child Abuse & Neglect The influence of geographical and economic factors in estimates of childhood abuse and neglect using the Childhood Trauma Questionnaire : A worldwide meta-regression analysis □. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2016;51(305141):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.11.019>
 61. GARNEFSKI N, ARENDS E. Sexual abuse and adolescent maladjustment : differences between male and female victims. *J Adolesc*. 1998;99–107.
 62. WHO. Global status report on violence prevention 2014. 2014; Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

63. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, IJzendoorn MH. The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Rev* [Internet]. 2014 Oct 20;24(1):37–50. Available from: <https://doi.org/10.1002/car.2353>
64. Ministério da Saúde. *Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. 218 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2013_2014.pdf
65. Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor M, Links PS, Tonmyr L, et al. *World Journal of Psychiatry*. 2014;4(4):120–32.
66. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasil; 1988.
67. Brasil. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília; 1990.
68. Brasil. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Portaria 1968 Brasil; 2002.
69. Martin G, Bergen HA, Richardson AS, Roeger L, Allison S. Sexual abuse and suicidality : gender differences in a large community sample of adolescents □. *2004;28:491–503*.
70. Gonzalez D, McCall JD. *Child Abuse and Neglect*. In *Treasure Island (FL)*; 2018.
71. Stoltenborgh M, Bakermans-kranenburg Marian J, Ijzendoorn MH Van. The neglect of child neglect : a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *2013;345–55*.
72. Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, Rosand J, Smoller JW. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depress Anxiety*. 2013 Oct;30(10):955–64.
73. Gallo G, Alejandra E, Loret C, Mola D, Wehrmeister F, Gonçalves H, et al. *Journal of Affective Disorders* Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years : A prospective Brazilian birth cohort study. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;217(October 2016):218–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.065>
74. King CA, Merchant CR. Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. *Arch Suicide Res* [Internet]. 2008;12(3):181–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2989173/>
75. Pompili M, Innamorati M, Lamis DA, Erbuto D, Venturini P, Ricci F, et al. The associations among childhood maltreatment, “male depression” and suicide risk in psychiatric patients. *Psychiatry Res*. 2014;220(1–2):571–8.
76. Rosa M, Metcalf E, Rocha TB-M, Kieling C. Translation and cross-cultural adaptation into Brazilian Portuguese of the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) – Long Version. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet]. 2018;40(1):72–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892018005002102&lng=en&tlng=en
77. Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire. *2006;40(2):249–55*. *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*. [s. l.], [s.d.]. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição. Psychiatric Association Association. Porto Alegre, 2014.

ANEXOS
TERMO DE DISSSENTIMENTO
CAAE: 50473015.9.0000.5327

Prezados pais/responsáveis,

A criança ou adolescente pela(o) qual você é responsável está sendo convidada(o) a participar da pesquisa “Alterações Neurobiológicas em Crianças em Risco para Transtorno Depressivo Maior”. Este estudo está sendo realizado por pesquisadores do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

Sabe-se que problemas emocionais afetam uma parcela significativa da população de jovens em idade escolar. O transtorno depressivo (depressão) é um dos principais problemas emocionais nessa faixa etária, e está associado a diversos prejuízos, como dificuldade no desempenho escolar, dificuldades no relacionamento com colegas, familiares, professores ou outras pessoas do convívio diário. Estudos recentes sugerem que esses problemas podem estar presentes antes mesmo de a depressão se estabelecer. Dessa forma, identificar crianças que estão em maior risco de desenvolver depressão no futuro é muito importante e pode ajudar na elaboração de formas de prevenir o desenvolvimento da doença.

O objetivo deste estudo é avaliar a presença de problemas emocionais em crianças da rede escolar pública de Porto Alegre. Para participar, a criança ou adolescente pela(o) qual você é responsável deverá preencher um questionário com perguntas sobre seus sentimentos, seu comportamento e seu relacionamento com a família e amigos, assim como outros possíveis problemas ou situações de estresse pelos quais ela(e) pode ter passado ou estar passando. O preenchimento do instrumento leva entre 20 e 30 minutos e ocorrerá na escola, durante o período de aula, com acompanhamento dos professores, pesquisadores e autorização prévia da direção da escola. Os questionários respondidos serão mantidos em local seguro, de forma codificada, ou seja, o questionário terá apenas um código de identificação, mas, o nome da criança ou adolescente será mantido em uma lista separada do questionário. Os resultados do estudo poderão ser divulgados em revistas científicas, de maneira agrupada, ou seja, sem que o nome dos participantes apareça.

Após a avaliação dos questionários pela equipe de pesquisadores, você e a criança ou adolescente, mesmo que ela(e) não tenha depressão, poderão ser convidados a participar da segunda etapa do projeto, quando serão realizadas novas avaliações. Não haverá nenhum tipo de compensação financeira, assim como não haverá qualquer custo para participação nessa pesquisa. Não são conhecidos riscos pela participação nesta etapa do estudo, mas poderá haver desconforto durante o preenchimento do questionário, por se tratar de perguntas sobre sentimentos e relações afetivas. Ao participar do estudo o aluno poderá ou não ter benefício, dependendo do resultado da avaliação. Quando verificado algum risco, os participantes serão encaminhados para um Serviço de Atendimento.

Em caso de dúvidas sobre a participação na pesquisa, você poderá contatar a Dra. Angélica Salatino de Oliveira, Dr. Thiago Rocha, Dr. Christian Kieling ou Dr. Luis Augusto Rohde, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, através dos telefones (51) 3359.8094 ou (51) 3359.8983, de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00. Você também poderá contatar o Comitê em Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas pelo telefone: (51) 3359.7640 ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 08:00 às 17:00. Os responsáveis ou as crianças podem optar por não participar do estudo, sem que o(a) aluno(a) sofra qualquer prejuízo com relação a sua avaliação escolar.

Caso você **aceite** que a criança ou adolescente pelo qual você é responsável participe, não há necessidade de enviar nenhum documento ou de tomar nenhuma atitude. **Caso você tenha alguma restrição em relação à participação dela(e) nesta pesquisa**, pedimos que devolva para a escola este termo de dissentimento **preenchido e assinado no período de 7 dias**.

Não autorizo a criança/adolescente _____ a participar da pesquisa intitulada “Alterações Neurobiológicas em Crianças em Risco para Transtorno Depressivo Maior”.

Data: ____ / ____ / ____

Nome do(a) responsável: _____

Assinatura do(a) responsável: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome

Data de nascimento

Nome da escola

Série

Turma

Sexo Masculino Feminino

Tua cor ou raça é

<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Mulata/Parda	<input type="checkbox"/> Preta/Negra
-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Nome da mãe

Idade da mãe anos

Nome do pai

Idade do pai anos

Formas de contato (por favor, preencha o maior número de informações possível)	
Celular	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Telefone de casa	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Celular do pai	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Celular da mãe	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
E-mail	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
E-mail da mãe	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
E-mail do pai	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>
Outras formas de contato	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>

Por favor, confira se nenhum item ficou sem resposta nesta página.

*Se você tiver alguma dúvida, chame o(a) responsável na sala-de-aula no momento.
Ele(a) irá ajudá-lo sem olhar as suas respostas.*

**Por favor, responda a todos os itens a seguir da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza ou que a pergunta pareça estranha. Não há resposta certa ou errada.
Certifique-se de que respondeu a todas as páginas do questionário.**

Para cada pergunta, por favor, marque um (X) sobre como você esteve se sentindo ou agindo **NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS.**

Se a frase não for verdadeira sobre você, marque NÃO É VERDADE.

Se a frase for verdadeira apenas às vezes, marque ÀS VEZES.

Se a frase for verdadeira sobre você na maior parte do tempo, marque VERDADE.

Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.		NÃO É VERDA DE	ÀS VEZES	VERDA DE
01	Eu me senti muito triste ou infeliz.			
02	Eu não consegui me divertir com absolutamente nada.			
03	Eu estive com menos fome do que normalmente.			
04	Eu comi mais do que normalmente.			

05	Eu me senti tão cansado(a) que só ficava sentado(a) sem fazer nada.			
06	Eu estive me movimentando e caminhando mais devagar do que normalmente.			
07	Eu estive muito agitado(a).			
08	Eu senti que eu não valia mais nada.			
09	Eu me culpei por coisas que não eram minha culpa.			
10	Foi difícil me decidir sobre as coisas.			
11	Eu fiquei emburrado(a) e de mal com meus pais.			
12	Eu estive menos a fim de conversar do que normalmente.			
13	Minha fala esteve mais devagar do que normalmente.			
14	Eu chorei muito.			
15	Eu pensei que nada de bom aconteceria comigo no futuro.			
16	Eu pensei que a vida não valia a pena ser vivida.			
17	Eu pensei sobre morte ou morrer.			
18	Eu pensei que minha família estaria melhor sem mim.			
19	Eu pensei em me matar.			
20	Eu não queria ver meus amigos.			

Por favor, confira se nenhuma questão ficou sem resposta nesta página.

Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.		NÃO É VERDADE	ÀS VEZES	VERDADE
21	Eu achei difícil raciocinar ou me concentrar.			
22	Eu pensei que coisas ruins aconteceriam comigo.			
23	Eu me odiei.			
24	Eu me senti uma pessoa ruim.			
25	Eu me senti feio(a).			
26	Eu me preocupei com dores no corpo.			
27	Eu me senti sozinho(a).			
28	Eu pensei que ninguém me amava de verdade.			
29	Eu não me diverti nem um pouco nas minhas atividades.			
30	Eu pensei que eu nunca seria tão bom(boa) quanto os outros da minha idade.			
31	Eu fiz tudo errado.			

32	Eu não dormi tão bem quanto eu normalmente durmo.			
33	Eu dormi muito mais do que normalmente.			

Agora, dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos **ÚLTIMOS SEIS MESES**.
Por favor, nas próximas perguntas, marque um (X) em um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro, ou verdadeiro.

Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.		FALSO	MAIS OU MENOS VERDADEIRO	VERDADEIRO
34	Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo.			
35	Tenho muitas preocupações, muita vezes pareço preocupado com tudo.			
36	Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso.			
37	Fico nervoso quanto tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo.			
38	Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente.			

Por favor, confira se nenhuma questão ficou sem resposta nesta página.

Esta página do questionário é confidencial. Seu nome não aparecerá nela.

Agora gostaríamos de perguntar algumas coisas sobre seus relacionamentos e coisas que podem ter acontecido com você **AO LONGO DE SUA VIDA**.
Leia as perguntas com atenção e marque um (X) na resposta que você achar melhor.

Por favor, responda a todas as afirmações abaixo.		ÓTIMA	MUITO BOA	BOA	REGULAR	RUIM
39	Você acha que sua relação com seu pai é:					
40	Você acha que sua relação com sua mãe é:					
41	Você acha que a relação entre o seu pai e a sua mãe é:					

Por favor, responda a todas as perguntas abaixo.		SIM	NÃO
42	Você repetiu de ano alguma vez?		
43	No último ano, você entrou em alguma briga em que alguém ficou machucado?		
44	Já foi separado dos seus pais para ser cuidado por outra pessoa?		
45	Já houve brigas com agressão física na sua casa entre adultos ou um adulto que agrediu uma criança ou um adolescente?		
46	Já aconteceu de você não ter comida suficiente em casa ou vestir roupas sujas ou rasgadas porque não tinha outras?		
47	Você já pensou ou sentiu que o seu pai ou a sua mãe não queriam que você tivesse nascido?		
48	Você já pensou ou sentiu que alguém da sua família te odeia?		
49	Já aconteceu de um adulto da sua família ou alguém que estava cuidando de você te bater de um jeito que te deixou machucado ou com marcas?		
50	Alguém já tentou fazer coisas sexuais com você contra a sua vontade, te ameaçando ou te machucando?		

SE VOCÊ RESPONDEU **SIM** PARA **PELO MENOS UMA DAS QUESTÕES ENTRE 44 E 50**, por favor, nos conte com as suas palavras o que aconteceu:

Por favor, confira se nenhuma questão ficou sem resposta nesta página.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!