

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – PPGCS
DOUTORADO**

JEFTÉ PEPPER DO NASCIMENTO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INVENTÁRIO
DA NARRATIVA SUICIDA E DO INVENTÁRIO DA CRISE DE
SUICÍDIO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO**

**CRICIÚMA
ABRIL, 2026**

JEFTÉ PEPER DO NASCIMENTO

**ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INVENTÁRIO
DA NARRATIVA SUICIDA E DO INVENTÁRIO DA CRISE DE
SUICÍDIO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Samira S. Valvassori

**CRICIÚMA
ABRIL, 2026**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

N244a Nascimento, Jefté Peper do.

Adaptação transcultural e validação do Inventário da Narrativa Suicida e do Inventário da Crise de Suicídio para o português brasileiro / Jefté Peper do Nascimento. - 2026.

64 p. : il.

Tese (Doutorado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2026.

Orientação: Samira da Silva Valvassori.

1. Suicídio - Fatores de risco. 2. Modelo Narrativa-Crise. 3. Síndrome de crise de suicídio. 4. Comportamento suicida. 5. Suicídio - Prevenção. 6. Suicídio - Avaliação. I. Título.

CDD 23. ed. 616.858445

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO, INOVAÇÃO E EXTENSÃO
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 609 de 14.03.2019

PARECER


No dia 15 (quinze) do mês de abril de 2026, às 10 (dez) horas na Sala 224 do Bloco S, após o cumprimento legal de conclusão das disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado), realizaram-se a apresentação e a consequente defesa da tese intitulada: **“ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INVENTÁRIO DA NARRATIVA SUICIDA E DO INVENTÁRIO DA CRISE DE SUICÍDIO PARA O PORTUGUÊS BRASILEIRO”**, do candidato **Jefté Peper do Nascimento**. A Banca examinadora foi composta pelos(as) professores(as): **Dra. Jaqueline da Silva Generoso** (Membro Relator – UNESC), **Dra. Carla de Oliveira Bernardo** (Membro Interno – UNESC), **Dra. Fernanda de Oliveira Meller** (Membro Externo – UNESC) e **Dr. Bruno Kluwe Schiavon** (Membro Externo – UTHealth). Após a apresentação, o candidato foi arguido pela Banca Examinadora, que assim expressou o resultado final da tese:

Trabalho aprovado


Trabalho não aprovado

Observações:


Criciúma, SC, 15 de abril de 2026.

Documento assinado digitalmente
 **JAQUELINE DA SILVA GENEROSO**
Data: 05/05/2026 16:00:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Profa. Dra. JAQUELINE DA SILVA GENEROSO
Membro Relator – UNESC

Documento assinado digitalmente
 **CARLA DE OLIVEIRA BERNARDO**
Data: 08/05/2026 10:35:56-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Profa. Dra. CARLA DE OLIVEIRA BERNARDO
Membro Interno – UNESC

Documento assinado digitalmente
 **FERNANDA DE OLIVEIRA MELLER**
Data: 08/05/2026 16:10:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


Profa. Dra. FERNANDA DE OLIVEIRA MELLER
Membro Externo – UNESC

Documento assinado digitalmente
 **BRUNO KLUWE SCHIAVON**
Data: 10/05/2026 20:01:35-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. BRUNO KLUWE SCHIAVON
Membro Externo – UTHealth

Documento assinado digitalmente
 **SAMIRA DA SILVA VALVASSORI**
Data: 30/04/2026 15:55:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. SAMIRA DA SILVA VALVASSORI
Orientadora

Documento assinado digitalmente
 **JOSIANE BUDNI**
Data: 11/05/2026 14:47:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. JOSIANE BUDNI
Coordenadora Titular do PPGCS

A tese foi elaborada seguindo o estilo ABNT e será apresentada no formato tradicional. Este trabalho foi realizado nas instalações do Laboratório de Psiquiatria Translacional do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, com a colaboração do *Suicide Research and Prevention Laboratory*, da *Icahn School of Medicine at Mount Sinai*.

A Pedro Henrique, Davi e Levi.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por seu amor e sua bondade.

Agradeço à Patricia, minha amada esposa, por seu amor, parceria nos momentos bons e ruins e dedicação diária. Agradeço aos meus filhos por suas risadas e pureza, que aquecem a alma.

Agradeço à minha mãe por me ensinar o caminho da vida e por me ter sempre presente em suas orações. Agradeço aos meus irmãos por tudo suporte e apoio.

Agradeço à professora Samira Valvassori por todos os ensinamentos, por trilhar esta jornada comigo, por ser fundamental na minha carreira acadêmica e por fazer parte da minha vida.

Agradeço aos colegas de laboratório, Jorge e Taise, com quem compartilhei aprendizados, desafios e alegrias durante a jornada acadêmica.

Agradeço aos professores Kristian Madeira e Eduardo Pacheco Rico pelas trocas de experiências que proporcionam crescimento acadêmico e profissional.

Agradeço aos professores João Quevedo, Igor Galynker, Megan Rogers, Gabriela Serafim Keller e Alexandre Paim Diaz por terem desempenhado papel essencial no desenvolvimento desta tese.

Agradeço à Universidade do Extremo Sul Catarinense e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde por fornecerem oportunidades de aperfeiçoamento acadêmico.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo incentivo financeiro.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram de forma significativa para a elaboração desta tese.

RESUMO

Identificar o risco de suicídio em tempo oportuno é um dos maiores desafios da prática clínica. Estruturas teóricas, como o Modelo Narrativa-Crise do suicídio, contribuem significativamente para a compreensão e a prevenção do suicídio. Segundo esse modelo, o comportamento suicida evolui por meio de estágios distintos, nos quais se destacam a narrativa suicida e a síndrome de crise de suicídio (SCS). A narrativa suicida refere-se à história de vida do indivíduo, o qual desenvolve uma percepção distorcida sobre si mesmo, enxergando-se como um fardo para os outros e sem perspectiva de futuro. Por sua vez, a SCS, cujo elemento central é o sentimento de aprisionamento, descreve um estado mental agudo que antecede a tentativa de suicídio. Por esse motivo, a SCS vem sendo considerada como um diagnóstico específico do suicídio, com proposta de inclusão em edições futuras do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Apesar da validação internacional dos instrumentos destinados à avaliação da narrativa suicida e da SCS, sua eficácia e aplicabilidade ainda não foram testadas no Brasil. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a estrutura fatorial, a confiabilidade e a validade da versão brasileira do Inventário da Crise de Suicídio (SCI-2) e do Inventário da Narrativa Suicida (SNI-38) em uma amostra de adultos brasileiros. Foi realizada adaptação transcultural de ambos os instrumentos do inglês para o português do Brasil e aplicados *online* a 2.265 participantes. A análise fatorial confirmatória (AFC) foi utilizada para examinar se a estrutura fatorial, a consistência interna, a validade convergente e de critério de ambos os instrumentos seriam replicadas nas versões brasileiras. Considerou-se um bom ajuste do modelo quando a estatística χ^2 foi não significativa, o índice de ajuste comparativo [CFI] $\geq 0,95$, o índice de Tucker-Lewis [TLI] $\geq 0,95$, o erro quadrático médio de aproximação [RMSEA] $\leq 0,08$ e o resíduo médio padronizado [SRMR] $\leq 0,08$. A amostra apresentou idade média de 31,27 ($\pm 10,90$) anos e foi composta predominantemente por mulheres (70,7%), indivíduos solteiros (38,9%) e com nível educacional superior (94,3%). A ideação suicida ao longo da vida foi relatada por 57,8% dos participantes. A AFC demonstrou que modelo de oito fatores do SNI-38 apresentou bom ajuste ($\chi^2 [637] = 7.473,98, p < 0,001$; CFI = 0,99; TLI = 0,99; RMSEA = 0,07; SRMR = 0,06). Todos os itens do SNI-38 apresentaram cargas fatoriais significativas e positivas em seus respectivos fatores. A confiabilidade das subescalas variou de alta a boa, exceto para a subescala de desengajamento de metas. De forma semelhante, todas as subescalas do SNI-38, exceto “desengajamento de metas”, correlacionaram-se positivamente com a SCS, eventos de vida estressantes, ideação suicida (ao longo da vida/último mês) e tentativas de suicídio ao longo da vida. Em relação ao SCI-2, o modelo revisado unifatorial demonstrou um ajuste adequado, embora não ótimo ($\chi^2 [1539] = 31.442,79, p < 0,001$; CFI = 0,99; TLI = 0,99; RMSEA = 0,09; SRMR = 0,05). Por outro lado, o modelo revisado de cinco fatores demonstrou um bom ajuste ($\chi^2 [1529] = 14.174,86, p < 0,001$; CFI = 1,00; TLI = 1,00; RMSEA = 0,06; SRMR = 0,04). A comparação entre os dois modelos indicou que a estrutura de cinco fatores apresentou melhor qualidade de ajuste em relação ao modelo unifatorial. Tanto a pontuação total quanto as subescalas do SCI-2 apresentaram alta consistência interna, além de boa validade convergente e de critério por meio de associações significativas com eventos de vida estressantes, narrativa suicida (exceto com a subescala de desengajamento de metas), ideação suicida e tentativas de suicídio. Esses achados fornecem evidências de validade para a versão brasileira do SNI-38 e do SCI-2, indicando que são instrumentos apropriados e válidos para a avaliação dos sintomas da narrativa suicida e da SCS, respectivamente. Além disso, a validação desses instrumentos contribui para aprimorar a prática clínica na avaliação do risco de suicídio e abre portas para novas pesquisas no campo da suicidologia no Brasil.

Palavras-chave: NCM; SCS; narrativa suicida; avaliação do suicídio; validação psicométrica; risco de suicídio.

ABSTRACT

Timely identification of suicide risk is one of the greatest challenges in clinical practice. Theoretical frameworks, such as the Suicide-Crisis Narrative Model, contribute significantly to understanding and preventing suicide. According to this model, suicidal behavior evolves through distinct stages, most notably the suicidal narrative and suicide crisis syndrome (SCS). The suicidal narrative refers to the individual's life story, which develops a distorted self-perception, seeing themselves as a burden to others and with no future prospects. In turn, SCS, whose central element is the feeling of entrapment—an urgent need to escape a situation perceived as unbearable, describes an acute mental state that precedes a suicide attempt. For this reason, SCS has been considered a specific diagnosis for suicide, with a proposal for inclusion in future editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Despite the international validation of instruments designed to assess suicide narratives and the SCS, their efficacy and applicability have not yet been tested in Brazil. Therefore, the objective of this study was to evaluate the factor structure, reliability, and validity of the Brazilian versions of the Suicide Crisis Inventory (SCI-2) and the Suicide Narrative Inventory (SNI-38) in a sample of Brazilian adults. A cross-cultural adaptation of both instruments from English to Brazilian Portuguese was carried out, and they were applied online to 2,265 participants. Confirmatory factor analysis (CFA) was used to examine whether the factor structure, internal consistency, convergent validity, and criterion validity of both instruments would be replicated in the Brazilian versions. Good model fit was considered when the χ^2 statistic was non-significant, the comparative fit index [CFI] ≥ 0.95 , the Tucker–Lewis index [TLI] ≥ 0.95 , the root mean square error of approximation [RMSEA] ≤ 0.08 , and the standardized root mean square residual [SRMR] ≤ 0.08 . The sample had a mean age of 31.27 (± 10.90) years and was predominantly composed of women (70.7%), single individuals (38.9%), and participants with a higher education level (94.3%). Lifetime suicidal ideation was reported by 57.8% of the participants. The CFA showed that the eight-factor model of the SNI-38 presented good fit ($\chi^2 [637] = 7,473.98$, $p < 0.001$; CFI = 0.99; TLI = 0.99; RMSEA = 0.07; SRMR = 0.06). All SNI-38 items presented significant and positive factor loadings on their respective factors. Subscale reliability ranged from high to good, except for the goal disengagement subscale. Similarly, all SNI-38 subscales, except “goal disengagement,” correlated positively with SCS, stressful life events, suicidal ideation (lifetime/past month), and lifetime suicide attempts. Regarding the SCI-2, the revised unifactorial model demonstrated an adequate, although not optimal, fit ($\chi^2 [1539] = 31,442.79$, $p < 0.001$; CFI = 0.99; TLI = 0.99; RMSEA = 0.09; SRMR = 0.05). On the other hand, the revised five-factor model demonstrated a good fit ($\chi^2 [1529] = 14,174.86$, $p < 0.001$; CFI = 1.00; TLI = 1.00; RMSEA = 0.06; SRMR = 0.04). The comparison between the two models indicated that the five-factor structure presented better quality of fit compared to the unifactorial model. Both the SCI-2 total score and subscales showed high internal consistency, as well as good convergent and criterion validity, through significant associations with stressful life events, suicidal narrative (except for the goal disengagement subscale), suicidal ideation, and suicide attempts. These findings provide validity evidence for the Brazilian versions of the SNI-38 and SCI-2, indicating that they are appropriate and valid instruments for assessing suicidal narrative symptoms and CSS, respectively. Furthermore, validating these instruments contributes to enhancing clinical practice in suicide risk assessment and facilitates the advancement of research in the field of suicidology in Brazil.

Keywords: NCM; SCS; suicide narrative; suicide assessment; psychometric validation; suicide risk.

SUMUÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. DEFINIÇÃO DO SUICÍDIO.....	11
1.2. EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO.....	11
1.3. FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO	13
1.4. MODELO NARRATIVA-CRISE DO SUICÍDIO (NCM)	14
1.5. INVENTÁRIO DA NARRATIVA SUICIDA (SNI)	17
1.6. INVENTÁRIO DA CRISE DE SUICÍDIO (SCI)	18
1.7. JUSTIFICATIVA	19
2. OBJETIVOS	20
2.1. OBJETIVO GERAL	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3. MATERIAIS E MÉTODOS	21
3.1. ASPECTOS ÉTICOS	21
3.2. DESENHO DO ESTUDO	21
3.3. PARTICIPANTES	21
3.4. PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO.....	22
3.5. PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL.....	22
3.6. MEDIDAS AVALIADAS	23
3.6.1. Questionário sociodemográfico	23
3.6.2. Inventário da Narrativa Suicida Abreviado (SNI-38)	23
3.6.3. Inventário da Crise de Suicídio (SCI-2)	23
3.6.4. Questionário de eventos de vida estressantes (SLEQ)	24
3.6.5. Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS)	24
3.7. PROCEDIMENTOS PARA MINIMIZAÇÃO DE RISCOS	24
3.8. ANÁLISE DE DADOS	25
4. RESULTADOS	27
4.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA.....	27
4.2. ESTRUTURA FATORIAL DO SNI-38.....	28
4.3. VALIDADE CONVERGENTE E DE CRITÉRIO DO SNI-38	30
4.4. ESTRUTURA FATORIAL DO SCI-2.....	31
4.5. MODELO UNIFATORIAL DO SCI-2	31
4.6. MODELO DE CINCO FATORES DO SCI-2	33
4.7. VALIDADE CONVERGENTE E DE CRITÉRIO DO SCI-2.....	33

5. DISCUSSÃO	35
5.1. SUMARIZAÇÃO DOS ACHADOS	35
5.2. SNI-38: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, VALIDADE E RELEVÂNCIA CLÍNICA	36
5.3. SCI-2: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, VALIDADE E RELEVÂNCIA CLÍNICA	39
5.4. LIMITAÇÕES E DIREÇÕES FUTURAS	42
6. CONCLUSÕES	44
REFERÊNCIAS	45
ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa e Humanos da UNESC	54
ANEXO B – Autorização para tradução, adaptação e validação do SNI-38 e SCI-2	55
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	56
APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico	58
APÊNDICE C – Inventário da Narrativa Suicida Abreviado	59
APÊNDICE D – Inventário da Crise de Suicídio	60
APÊNDICE E – Questionário de Eventos de Vida Estressantes	61
APÊNDICE F – Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia	62

1. INTRODUÇÃO

1.1. DEFINIÇÃO DO SUICÍDIO

Edwin S. Shneidman (1918 – 2009) é reconhecido como uma figura central da suicidologia contemporânea. Seus estudos sobre o suicídio têm sido essenciais para a compreensão aprofundada do ser humano (Berman; Silverman; Joiner, 2010). Em seu livro intitulado “*Definition of Suicide*” (1985), Shneidman define o suicídio como um ato consciente de aniquilação autoinduzida, que reflete um mal-estar multidimensional de um indivíduo que o percebe como a única ou a melhor solução para um problema (Leenaars, 2010). Em sua essência, o suicídio é uma manifestação da dor psicológica (Berman; Silverman; Joiner, 2010), resultante da lógica distorcida de um indivíduo em um estado de emoção intolerável (Leenaars, 2010). Nessa perspectiva, o suicídio constitui um fenômeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre elementos psicológicos, cognitivos, sociais e eventos de vida adversos (O’Connor; Nock, 2014), conforme sistematizado no Modelo de Crise Narrativa (NCM – do inglês, *Narrative Crisis Model*).

1.2. EPIDEMIOLOGIA DO SUICÍDIO

O suicídio é um grave problema de saúde pública, podendo ocorrer em qualquer fase da vida e em todas as regiões do mundo. Estima-se que mais de 720 mil pessoas tiram a própria vida todos os anos, e que o número de tentativas é de 10 a 20 vezes maior (Organização Mundial da Saúde, 2025). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2021, o suicídio foi a terceira principal causa de morte entre jovens/adultos de 15 a 29 anos (Organização Mundial da Saúde, [S.d.]). Além disso, aproximadamente 73% a 75 % dos suicídios no mundo ocorrem em países de baixa e média renda (Bachmann, 2018; Organização Mundial da Saúde, 2025), como o Brasil.

Entre 2010 e 2019, a taxa de suicídio no Brasil aumentou de 5,2 para 6,6 óbitos por 100 mil habitantes (McDonald *et al.*, 2021; Soares; Stahnke; Levandowski, 2022), totalizando 112.230 suicídios nesse período (Ministério da Saúde, 2021). Segundo o Ministério da Saúde, em 2021, aproximadamente 15.507 pessoas morreram por suicídio, o que representa um aumento de 42% entre 2010 e 2021 (Ministério da Saúde, 2024). Quanto às taxas de suicídio padronizadas por gênero, observou-se um aumento de 75% entre o sexo masculino (de 6,5 para 11,3 óbitos por 100 mil habitantes) e 85% entre o sexo feminino (1,6 para 3,0 óbitos por 100

mil habitantes), no intervalo de 2000 a 2017 (Palma; Oliveira; Ignotti, 2021). Em relação às regiões, no ano de 2021 a região sul apresentou a maior taxa de mortalidade por suicídio (11,22/100 mil), seguido das regiões Centro-Oeste (8,91/100 mil), Norte (6,97/100 mil), Nordeste (6,80/100mil) e Sudeste (6,34/100 mil) (Ministério da Saúde, 2021). Em 2025, a OMS estimou a taxa nacional em 7,6 óbitos por 100 mil habitantes, considerando ambos os sexos.

A pandemia de doença do coronavírus (COVID-19 - do inglês, *coronavirus disease 19*) impôs desafios sem precedentes aos sistemas de saúde e agravou o sofrimento psíquico da população. No contexto do suicídio, evidências preliminares indicaram que as taxas gerais permaneceram estáveis no Brasil após o início da pandemia, em comparação ao que seria esperado (Orellana; De Souza, 2022; Ornell *et al.*, 2022). Por sua vez, Cabral e colaboradores (2023) ao compararem as taxas médias de suicídio entre o período pré-COVID-19 (2015 a < 2020) e o período pandêmico (2020 a abril 2021), identificaram uma diminuição nas taxas de suicídio durante a pandemia. Por outro lado, Melo *et al.* (2025) ao avaliarem períodos de acompanhamento mais longos (até dezembro de 2022) observaram um aumento na mediana da mortalidade mensal de 0,4 para 0,6 por 100 mil habitantes, com uma tendência de crescimento de 0,8% ao mês. Segundo Meira *et al.* (2025) o impacto da pandemia variou significativamente entre homens e mulheres. Houve uma queda imediata nas taxas de suicídio entre homens (especialmente jovens, brancos e das regiões Norte, Sudeste e Sul), enquanto homens negros, adolescentes e idosos apresentaram um aumento abrupto no início da pandemia (Meira *et al.* 2025). No público feminino em geral, não houve mudança imediata significativa. Em geral, uma tendência progressiva de aumento das taxas de suicídio foi observada ao longo da pandemia, com um incremento pronunciado entre 2020 e 2021, quando houve um aumento de 11,4% na variação percentual anual (Ministério da Saúde, 2024).

É importante considerar que as estatísticas oficiais podem não refletir fielmente o cenário do suicídio no Brasil. Alguns autores indicam que os dados oficiais disponíveis estão possivelmente subestimados, devido às elevadas taxas de subnotificação e não notificação (Da Silva; Marcolan, 2021; Marcolan; Silva, 2019). A ausência de um sistema adequado para o monitoramento das mortes por suicídio pode mascarar os registros, especialmente em atendimentos de urgência em prontos-socorros (Marcolan, 2018). Mesmo em países com dados de registros vitais de boa qualidade, o suicídio pode, por vezes, ser erroneamente classificado como acidente ou outra causa de morte (Scaini; Quevedo, 2018). Nesse contexto, equipes de pesquisa independentes vêm identificando e documentando fatores de risco para o suicídio, buscando subsidiar intervenções preventivas mais eficazes.

1.3. FATORES DE RISCO PARA O SUICÍDIO

Nas últimas décadas, os fatores de risco de longo prazo têm se destacado como um dos principais focos de investigação na suicidologia. Esses fatores, também conhecidos como fatores crônicos ou distais, correspondem a vulnerabilidades pré-existentes que podem facilitar o suicídio (Cohen *et al.*, 2019a; Jobes; Joiner, 2019; Tucker *et al.*, 2015). Por exemplo, o histórico de tentativa de suicídio, hospitalizações psiquiátricas e ideação suicida estão entre os três preditores mais fortes da morte por suicídio (Bowers *et al.*, 2005; Chang; Gitlin; Patel, 2011; Franklin *et al.*, 2017). Além disso, uma série de fatores interpessoais, sociais e psicológicos está relacionada ao risco de suicídio a longo prazo, incluindo transtornos psiquiátricos pré-existentes, história de abuso infantil, transtorno mental parental, morte parental por suicídio, apego inseguro, perfeccionismo, automutilação, impulsividade e déficits na resolução de problemas, incluindo estilos cognitivos desadaptativos (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a; Chan *et al.*, 2016; Hewitt *et al.*, 2006; King; Merchant, 2008; Nock *et al.*, 2008; Palitsky *et al.*, 2013; Wenzel; Beck, 2008). Apesar dos avanços no conhecimento sobre os fatores de risco de longo prazo, estudos indicam que eles não são bons preditores do risco de suicídio a curto prazo (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a; Cassells *et al.*, 2005; Franklin *et al.*, 2017; Tucker *et al.*, 2015).

Com base nessas descobertas, estudos têm concentrado esforços na identificação de fatores de risco proximais e marcadores psicológicos indicativos do risco iminente de suicídio (Cassells *et al.*, 2005; Franklin *et al.*, 2017; Olfson *et al.*, 2016). Verificou-se que o abuso de álcool e outras drogas, eventos de vida estressantes como conflitos interpessoais, rejeição romântica e disputas legais, bem como processos psicológicos, tais como sentimentos de desesperança, raiva, ansiedade e solidão, foram relatados com maior frequência por pacientes que se envolveram em comportamentos suicidas após a terapia (Baryshnikov; Rosenstrom; Isometsa, 2024; Berg *et al.*, 2018; Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a). Tais fatores têm sido, portanto, considerados preditores proximais do suicídio.

Visto que cerca de 45% a 80% das pessoas que morreram por suicídio consultaram um profissional de saúde no mês anterior ao ato (Hauge *et al.*, 2018; Luoma; Martin; Pearson, 2002; Stene-Larsen; Reneflot, 2019), surge a preocupação quanto à eficácia das avaliações clínicas (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a). Evidências indicam que muitas pessoas (75%) com ideação suicida optam por não revelar seus pensamentos, mesmo quando questionadas diretamente (Berman, 2018; Podlogar *et al.*, 2016; Ribeiro *et al.*, 2016). Essa omissão está frequentemente associada ao estigma, ao constrangimento, à confusão, à vergonha e ao medo

de hospitalizações involuntárias (Blanchard; Farber, 2020; Jobes; Joiner, 2019; Richards *et al.*, 2019). Por esses motivos, a ideiação suicida autorrelatada é um indicador pouco confiável do comportamento suicida iminente (Galynker; Bloch-Elkouby; Cohen, 2024).

A avaliação do risco de suicídio pode ser mais eficaz quando baseada em um modelo que englobe fatores de risco teóricos, sustentados por evidências, tanto de longo quanto de curto prazo (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a). Nesse contexto, Galynker e colaboradores desenvolveram um modelo da progressão psicológica do suicídio (Cohen *et al.*, 2018, 2019a; Galynker *et al.*, 2017). O Modelo Narrativa-Crise de Suicídio (NCM) é uma estrutura teórica que busca compreender não apenas os fatores de risco tradicionais, mas também a forma como os indivíduos interpretam e processam essas experiências em suas narrativas pessoais (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a; Galynker *et al.*, 2017).

1.4. MODELO NARRATIVA-CRISE DO SUICÍDIO (NCM)

O NCM descreve uma estrutura conceitual de múltiplos estágios, que busca compreender a relação entre fatores de risco distais e proximais do suicídio (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a; Cohen *et al.*, 2019a; Galynker *et al.*, 2017). É importante destacar que o NCM não se baseia na ideiação suicida autorrelatada como critério central em sua abordagem. Segundo esse modelo, quando indivíduos com elevados traços de vulnerabilidade enfrentam eventos de vida estressantes, eles podem desenvolver uma percepção distorcida de si mesmos, denominada narrativa suicida (Cohen *et al.*, 2019a, 2022). Em outras palavras, pessoas com fatores de risco crônico de suicídio, ao vivenciarem situações estressantes, podem construir uma narrativa suicida que, por sua vez, precipita um estado mental agudo pré-suicida denominado síndrome de crise de suicídio (SCS – do inglês, *Suicide Crisis Syndrome*) (Cohen *et al.*, 2022b; Galynker, 2023a). Assim, o NCM propõe uma progressão gradual do risco suicida composta por quatro etapas principais: (1) traços de vulnerabilidades (fatores de risco crônicos), (2) eventos de vida estressantes, (3) narrativa suicida e (4) SCS. Essa estrutura é ilustrada na Figura 1.

Eventos de vida estressantes são geralmente definidos como ocorrências objetivas prováveis ao longo da vida, associadas ao comportamento adaptativo de um indivíduo (Holmes; Rahe, 1967; Liu; Miller, 2014). A literatura aponta que tais eventos podem prever o agravamento e a progressão de diversas condições de saúde física e mental, como depressão, doenças cardiovasculares, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, asma e doenças autoimunes (Cohen; Murphy; Prather, 2019), bem como o surgimento de pensamentos e comportamentos suicidas (Cohen *et al.*, 2019a; Howarth *et al.*, 2020). De fato, adultos jovens

expostos a eventos estressantes apresentam maior risco de desenvolver ideação e comportamentos suicidas (Howarth *et al.*, 2020). Além disso, eventos de vida estressantes e ideação suicida frequentemente ocorrem de forma concomitante (Brailovskaia; Teismann; Margraf, 2020).

Figura 1 - O Modelo Narrativa-Crise do Suicídio.



Fonte: Adaptado de Bloch-Elkouby *et al.* (2020a).

A narrativa suicida é definida como uma “estrutura cognitiva coerente na qual a representação do *self* em relação ao outro se torna suficientemente angustiante para que o suicídio se torne uma opção viável” (Cohen *et al.*, 2019a, p. 414, tradução própria). Os elementos que compõe a narrativa suicida foram extraídos de construções psicológicas provenientes de dois modelos teóricos amplamente reconhecidos na suicidologia: a teoria Interpessoal do Comportamento Suicida, de Joiner, e o Modelo Motivacional-Volitivo Integrado, de O'Connor. Da teoria de Joiner, destacam-se os elementos de “pertencimento frustrado” (i.e., a sensação de estar privado de apoio social e comunitário) e “sobrecarga percebida” (i.e., a percepção de que se é um peso/fardo para os outros) (Chu *et al.*, 2017; Van Orden *et al.*, 2010). Por sua vez, do modelo de O'Connor, são incorporados elementos como “derrota social”, “humilhação” e a “incapacidade de se desvencilhar de metas inatingíveis” (Dhingra; Boduszek; O'Connor, 2016; O'Connor *et al.*, 2012). Estudos anteriores indicam que indivíduos com vulnerabilidades pré-existentes ao suicídio podem desenvolver a narrativa suicida diante da exposição a eventos estressantes da vida (Lengvenyte *et al.*, 2021; Wang *et al.*, 2015). Uma vez ativada, essa narrativa contribui para a perda do senso de autoestima e para o enfraquecimento dos vínculos emocionais com outras pessoas (Cohen *et al.*, 2019a). Esse estado emocional leva o indivíduo a se apegar a objetivos de vida irreais, gerando sentimentos

de derrota e humilhação, devido ao fracasso em alcançá-los. Além disso, promove a percepção de ser um fardo para os outros, uma sensação de não pertencimento e a ausência de esperança quanto ao futuro (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a; Cohen *et al.*, 2019a).

Já a SCS descreve um estado mental pré-suicida caracterizado por alterações afetivo-cognitivas que antecedem a tentativa de suicídio (Barzilay *et al.*, 2020; Cohen *et al.*, 2019a; Galynker, 2023). Esse constructo foi desenvolvido com base em preditores empíricos do comportamento suicida e busca identificar um padrão sintomático que precede de forma imediata o ato suicida (Galynker *et al.*, 2017; Yaseen *et al.*, 2010). Essa síndrome compreende cinco dimensões sintomáticas organizadas em dois critérios diagnósticos principais: A e B. O Critério A é definido pela presença de um sentimento persistente ou recorrente de aprisionamento psicológico, caracterizado por uma intensa urgência de escapar ou evitar uma situação percebida como insuportável, inaceitável ou sem solução (Galynker *et al.*, 2017; Yaseen *et al.*, 2019). Esse estado é considerado o constructo afetivo central da SCS (Galynker *et al.*, 2017). O Critério B engloba sintomas associados a sentimentos de aprisionamento e se subdivide em quatro domínios: (B1) perturbação afetiva, (B2) perda do controle cognitivo, (B3) hiperalerta e (B4) retraimento social (Galynker *et al.*, 2017; Melzer; Forkmann; Teismann, 2024). A perturbação afetiva é o componente afetivo da SCS, e inclui sintomas como dor emocional (referente a sentimentos intensos de mágoa), labilidade emocional (picos rápidos de emoções negativas), ansiedade extrema e anedonia aguda (Melzer; Forkmann; Teismann, 2024; Schuck *et al.*, 2019). A perda do controle cognitivo é o componente cognitivo da SCS, representada por quatro sintomas: ruminação (pensamentos persistentes sobre a própria angústia), rigidez cognitiva (fixação em pensamentos negativos), inundação ruminativa (sensação de sobrecarga mental por pensamentos negativos) e falhas nas tentativas de eliminar esses pensamentos (Melzer; Forkmann; Teismann, 2024; Schuck *et al.*, 2019; Yaseen *et al.*, 2019). A hiperalerta refere-se à hiperexcitação somática, incluindo agitação físico-mental, hipervigilância, irritabilidade e insônia. Por fim, o retraimento social concentra-se em aspectos sociais, como isolamento e à evitação de interações sociais (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020b; Melzer; Forkmann; Teismann, 2024). Para ser diagnosticado com SCS, o paciente deve obrigatoriamente atender ao critério A e apresentar pelo menos um sintoma de cada um dos critérios B1-B4 (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020b; Cohen *et al.*, 2023; Yaseen *et al.*, 2019).

Um aumento agudo na intensidade da SCS é considerado um marcador crítico do agravamento do sofrimento emocional, contribuindo significativamente para o aumento do risco geral de suicídio (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020b). Notavelmente, a SCS representa uma abordagem promissora para a avaliação do risco de suicídio, sobretudo por não depender da

autorrevelação da ideação suicida por parte do indivíduo (Galynker, 2023; McMullen *et al.*, 2021). Essa característica possibilita a identificação de pessoas em risco que, por diversos motivos, não expressam verbalmente sua intenção suicida (Cohen *et al.*, 2023). Atualmente, a SCS vem sendo considerada como um possível diagnóstico específico relacionado ao suicídio, com propostas de sua futura inclusão no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – do inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (Cohen *et al.*, 2023; Yaseen *et al.*, 2019). Visto que nem o DSM nem a Classificação Internacional de Doenças (CID) apresentam um diagnóstico referente a estados mentais agudos que antecedem o suicídio, a SCS visa preencher essa lacuna da nosologia psiquiátrica (Galynker; Bloch-Elkouby; Cohen, 2024).

Estudos demonstraram que o NCM apresenta evidências de validade concorrente (Lloveras; Lawrence; Galynker, 2024; Peper-Nascimento *et al.*, 2024a; Pia *et al.*, 2020) e validade preditiva para pensamentos e comportamentos suicidas em curto prazo (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020b; Cohen *et al.*, 2022). Num estudo longitudinal com acompanhamento de 4 a 8 semanas, o NCM explicou 13% da variância nos desfechos potenciais de suicídio após a alta hospitalar (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a). Quando considerados separadamente, os componentes do modelo explicaram aproximadamente 10,8% da variância na ideação suicida e 40,7% da variância nas tentativas de suicídio (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a).

Em geral, a avaliação do risco de suicídio tem sido uma tarefa altamente desafiadora para os profissionais de saúde (Rothes *et al.*, 2014). Com base nos avanços teóricos e empíricos proporcionados pelo NCM, equipes de pesquisa desenvolveram e aperfeiçoaram novos instrumentos voltados à identificação de risco iminente. Atualmente, essas ferramentas estão disponíveis e vêm sendo testadas em diferentes contextos clínicos e populacionais, destacando-se o Inventário da Narrativa Suicida (SNI – do inglês, *Suicide Narrative Inventory*) e o Inventário da Crise de Suicídio (SCI – do inglês, *Suicide Crisis Inventory*) (Bloch-Elkouby *et al.*, 2021b; Cohen *et al.*, 2019a, 2022; Galynker *et al.*, 2017).

1.5. INVENTÁRIO DA NARRATIVA SUICIDA (SNI)

O SNI é uma ferramenta destinada a avaliar a narrativa suicida, combinando a fatores de risco psicossociais e cognitivos como, pertencimento frustrado, sobrecarga percebida, medo de humilhação, derrota social, desengajamento e reengajamento de metas, aprisionamento e perfeccionismo (Cohen *et al.*, 2019a). Inicialmente o SNI era composto por 132 itens (Cohen

et al., 2019a). Contudo, com o objetivo de torná-lo mais viável para uso clínico, foi desenvolvido o SNI-38, uma versão condensada em 38 itens (SNI-38) (Cohen *et al.*, 2022a).

O SNI-38 já foi validado em uma amostra psiquiátrica dos Estados Unidos (Cohen *et al.*, 2022a) e em uma amostra da população geral na Índia (Menon *et al.*, 2023a). No entanto, ainda são escassas as investigações sobre as propriedades psicométricas em diferentes culturas e idiomas, incluindo o português brasileiro. Estabelecer a confiabilidade e a validade do SNI-38 no contexto brasileiro pode auxiliar profissionais de saúde na identificação de indivíduos com maior propensão a pensamentos e comportamentos suicidas — principalmente aqueles em risco de desenvolver uma crise suicida. Além disso, esse instrumento pode contribuir para a formulação de estratégias de intervenção mais precisas e personalizadas, voltadas à prevenção do suicídio (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020a; Cohen *et al.*, 2022a).

1.6. INVENTÁRIO DA CRISE DE SUICÍDIO (SCI)

O SCI é um instrumento desenvolvido para avaliar os sintomas da SCS, sendo uma versão aprimorada da *Suicide Trigger Scale* (Galynker *et al.*, 2017; Yaseen *et al.*, 2014). Diversos estudos já investigaram as propriedades psicométricas do SCI, incluindo sua estrutura interna, confiabilidade e validade convergente e divergente (Barzilay *et al.*, 2020b; Cohen *et al.*, 2019a; Galynker *et al.*, 2017). Evidências anteriores demonstraram que o SCI previu o comportamento suicida em pacientes psiquiátricos de alto risco nas primeiras semanas após a alta hospitalar (Galynker *et al.*, 2017). Além disso, abordagens de *machine learning* também identificaram o SCI como um preditor eficaz do comportamento suicida a curto prazo (Parghi *et al.*, 2021).

Com base em revisões estruturais e empíricas, foi desenvolvida a versão mais recente do instrumento: o *Suicide Crisis Inventory-2* (SCI-2) (Bloch-Elkouby *et al.*, 2021). O SCI-2 apresentou excelente consistência interna e boa validade convergente e discriminante. Estudos demonstraram que o SCI-2 foi um preditor significativo de tentativas de suicídio entre 1 a 2 meses após a alta hospitalar, com área sob a curva de 0,88 e sensibilidade/especificidade de 1,0/0,8, respectivamente (Bloch-Elkouby *et al.*, 2021). Replicar esses achados é essencial para determinar a generalização do SCI-2 em diferentes contextos culturais e linguísticos. O instrumento já foi testado em diversos países, incluindo Alemanha (Melzer *et al.*, 2025), Coreia do Sul (Park *et al.*, 2023), China (Liu *et al.*, 2025), Estados Unidos (Bloch-Elkouby *et al.*, 2021), Índia (Menon *et al.*, 2022), Rússia (Чистопольская *et al.*, 2022), Taiwan (Wu *et al.*, 2022) e Turquia (Ferzan Ergün *et al.*, 2024); contudo, ainda não foi testado na população brasileira.

1.7. JUSTIFICATIVA

A identificação oportuna de indivíduos em risco de suicídio é fundamental para estratégias eficazes de prevenção. O NCM oferece um referencial teórico para direcionar intervenções específicas para cada etapa da progressão do comportamento suicida. Nesse contexto, o SNI-38 tem se mostrado eficaz na avaliação da intensidade da narrativa suicida, enquanto o SCI-2 tem se destacado como uma ferramenta valiosa na identificação do risco iminente de suicídio. Embora ambos os instrumentos já tenham sido validados em diversos países, suas propriedades psicométricas ainda não foram determinadas na população brasileira. Assim, destaca-se a necessidade de ampliar a validade transcultural e clínica desses instrumentos no Brasil. A validação dessas escalas contribui para a ampliação de novas perspectivas de pesquisa em saúde mental e fortalece a prática clínica na identificação de indivíduos em risco de suicídio.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a estrutura fatorial, a confiabilidade e a validade do SNI-38 e do SCI-2 em uma amostra de adultos brasileiros.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar adaptação transcultural do SNI-38 e do SCI-2 do inglês para o português brasileiro;
- Realizar análise fatorial confirmatória da versão brasileira do SNI-38;
- Examinar a estrutura fatorial da versão brasileira do SNI-38;
- Examinar a consistência interna da versão brasileira do SNI-38;
- Examinar a validade convergente e de critério da versão brasileira do SNI-38;
- Realizar análise fatorial confirmatória da versão brasileira do SCI-2;
- Examinar a estrutura fatorial da versão brasileira do SCI-2;
- Examinar a consistência interna da versão brasileira do SCI-2;
- Examinar a validade convergente e de critério da versão brasileira do SCI-2.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos deste estudo foram conduzidos em conformidade com os princípios éticos estabelecidos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o parecer 4.275.326 (Anexo A).

3.2. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, metodológico de validação, conduzido por meio de uma pesquisa *online* não probabilística (amostragem por conveniência), utilizando a plataforma Qualtrics® para coleta de dados. Este estudo fez parte da colaboração internacional “*International Suicide Prevention Assessment Research for COVID-19 (ISPARC)*” (Rogers *et al.*, 2023), sob liderança do pesquisador Igor Galynker (*Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Mount Sinai Beth Israel Hospital, New York, NY, EUA*).

3.3. PARTICIPANTES

Este estudo foi conduzido com indivíduos da comunidade (população geral) brasileira que responderam anonimamente a medidas de autorrelato entre novembro de 2020 e outubro de 2021. Os critérios de inclusão foram: (a) idade ≥ 18 anos; (b) fluência em língua portuguesa; e (c) residência no território brasileiro. Os participantes interessados forneceram consentimento livre e esclarecido antes de iniciar a pesquisa, por meio de formulário eletrônico (Apêndice A). Do total inicial de participantes ($n = 4.646$), foram excluídos 2.381 por não completarem toda a pesquisa ($n = 2.300$) ou por não atenderem ao critério etário ($n = 81$). A amostra final foi composta por 2.265 participantes.

3.4. PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

A divulgação da pesquisa ocorreu através de três principais canais: os perfis da equipe em redes sociais (principalmente *Instagram* e *WhatsApp*), listas de e-mail e os *websites* de universidades, abrangendo as cinco regiões geográficas brasileiras. Em todas as publicações/e-mails, foi disponibilizado o *link* de acesso à pesquisa, permitindo a participação voluntária e anônima. O tempo médio para o preenchimento dos questionários foi de 45 minutos. Por se tratar de uma colaboração internacional, todos os instrumentos da pesquisa foram traduzidos e adaptados transculturalmente do inglês para o português do Brasil antes do início da coleta de dados, conforme detalhado na seção seguinte. É importante destacar que a validação desses instrumentos contou com a autorização formal do autor original (Anexo B).

3.5. PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL

A adaptação transcultural do SNI-38 e do SCI-2 foi conduzida conforme as diretrizes de Beaton *et al.* (2000). Inicialmente, duas traduções independentes (T1 e T2) do inglês para o português foram realizadas por tradutores bilíngues com formações acadêmicas distintas, ambos tendo o português como língua materna. Em seguida, os dois tradutores e um observador independente sintetizaram as versões T1 e T2, comparando e conciliando as discrepâncias identificadas. Com base na versão consensual (T1-2) e sem acesso ao instrumento original, um terceiro tradutor, fluente em inglês e nativo em português, realizou a retrotradução dos instrumentos para o inglês. A versão retrotraduzida foi então enviada ao autor original para aprovação, com o intuito de verificar se a tradução preservava o conteúdo da versão original. Posteriormente, um comitê de especialistas — composto por médicos/psiquiatras, profissionais de saúde, metodologistas e tradutores — consolidou a versão do SCI-2 e do SNI-38, buscando assegurar a equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual, com ênfase na equivalência transcultural em vez da literal. Para essa etapa, o comitê teve acesso a: (1) a versão original em inglês, (2) a retrotradução corrigida pelo autor original e (3) todas as versões em português. Após a consolidação da versão final, um estudo piloto foi conduzido para avaliar a aceitabilidade e a compreensibilidade das versões brasileiras. As versões finais resultantes desse processo foram utilizadas nas análises psicométricas deste estudo.

3.6. MEDIDAS AVALIADAS

3.6.1. Questionário sociodemográfico

As variáveis demográficas foram obtidas por meio de um questionário estruturado, aplicado antes do início das medidas de autorrelato. As informações obtidas foram idade, sexo, estado de residência, nível de escolaridade e estado civil (Apêndice B).

3.6.2. Inventário da Narrativa Suicida Abreviado (SNI-38)

A versão abreviada de 38 itens do SNI é derivada de uma análise fatorial aplicada à versão original composta por 132 itens (Cohen *et al.*, 2019a). O SNI-38 é organizado em oito subescalas; I) pertencimento frustrado (5 itens), II) sobrecarga percebida (5 itens), III) medo de humilhação (5 itens), IV) derrota (5 itens), V) desengajamento de metas (3 itens), VI) reengajamento de metas (5 itens), VII) aprisionamento (5 itens) e VIII) perfeccionismo (5 itens) (Apêndice C). Os itens de cada subescala são avaliados em uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 1 (nada verdadeiro) a 5 (extremamente verdadeiro). As pontuações individuais de cada subescala foram calculadas e analisadas separadamente para avaliar a validade convergente com outras medidas relevantes, conforme realizado em estudos transculturais (Menon *et al.*, 2023; Чистопольская *et al.*, 2020).

3.6.3. Inventário da Crise de Suicídio (SCI-2)

O SCI-2 é um instrumento de autorrelato de 61 itens que avalia a presença dos sintomas da SCS (Bloch-Elkouby *et al.*, 2021), originalmente desenvolvido por Galynker e colaboradores (2017). Os itens são avaliados por meio de uma escala *Likert* de 5 pontos, variando de 0 (nada verdadeiro) a 4 (extremamente verdadeiro) distribuídos em cinco subescalas: I) aprisionamento (10 itens), II) perturbação afetiva (18 itens), III) perda de controle cognitivo (15 itens), IV) hiperalerta (13 itens) e V) retraimento social (5 itens) (Apêndice D). As pontuações totais e das subescalas do SCI-2 foram utilizadas para avaliar sua consistência interna e validade convergente (Galynker *et al.*, 2017; Bloch-Elkouby *et al.*, 2021).

3.6.4. Questionário de eventos de vida estressantes (SLEQ)

O SLEQ (do inglês – *Stressful Life Events Questionnaire*) é um questionário de autorrelato composto por 22 itens, desenvolvido por Cohen *et al.* (2022), a partir da adaptação de diversas escalas anteriores (Brugha *et al.*, 1985; Goodman *et al.*, 1998; Kendler; Karkowski; Prescott, 1999; Spurgeon, 2001). O instrumento lista 22 eventos de vida proximais que podem ter ocorrido nos últimos três meses ou na última semana (sem sobreposição entre os períodos). Estressores contínuos ou crônicos não são considerados. O questionário organiza os eventos estressores em cinco categorias: I) dano a uma pessoa próxima ou animal de estimação (3 itens), II) estressores relacionados a relacionamentos (5 itens), III) ameaças à identidade pessoal (5 itens), IV) ameaças à segurança pessoal (8 itens) e V) outros tipos de eventos (1 item) (Apêndice E). Com base em estudos anteriores (Buchman-Schmitt *et al.*, 2017; Pompili *et al.*, 2011), os eventos estressantes vivenciados na última semana e nos últimos três meses foram utilizados para avaliar a validade convergente com o SNI-38 e o SCI-2.

3.6.5. Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS)

A escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia (C-SSRS – do inglês *Columbia Suicide Severity Rating Scale*) é um instrumento utilizado para avaliar a gravidade dos fenômenos suicidas (Posner *et al.*, 2011). A escala classifica a ideação suicida por meio de 5 itens variando de 0 a 5 (respostas dicotômicas: sim/não), abrangendo desde pensamentos de morte até a presença de plano e intenção de agir conforme esse plano (Apêndice F). Os participantes que obtiveram pontuação diferente de zero nessas medidas foram considerados como apresentando ideação suicida. A tentativa de suicídio foi avaliada por meio da pergunta: "Você já tentou suicídio/tentou se matar?" com opções de respostas sim/não. Para a verificação da validade de critério com o SNI-38 e o SCI-2, foram utilizados os escores totais referentes a intensidade de ideação suicida e à presença de tentativa de suicídio.

3.7. PROCEDIMENTOS PARA MINIMIZAÇÃO DE RISCOS

O principal risco deste estudo foi a possibilidade de alguns participantes experimentarem desconforto psicológico durante a coleta de dados. Para minimizar esse risco, foram adotados procedimentos de gerenciamento conforme recomendações de Michaels *et al.*

(2015), visando garantir a segurança dos participantes em pesquisas conduzidas no ambiente *online*. Primeiramente, recursos nacionais e locais de apoio em situações de crises foram disponibilizados na ficha de informações dos participantes, tanto no início quanto no final do formulário. Especificamente, foram fornecidos números de telefone, e-mail e o *link* para o programa de atendimento via *chat* do Centro de Valorização da Vida (CVV) e do Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS).

O CVV é uma associação civil que oferece apoio emocional e atua na prevenção de suicídios de forma voluntária e gratuita, atendendo pessoas que desejam e precisam conversar. O serviço é disponibilizado por meio de postos espalhados por todo o Brasil e funciona 24 h por dia, todos os dias, via telefone, e-mail e *chat*. Já o NUPREVIPS, é um serviço da UNESCO que oferece atendimento interdisciplinar e multiprofissional a vítimas de diferentes formas de violência, incluindo violência sexual, psicológica/moral, financeira/econômica, institucional, negligência, física, trabalho infantil, tortura, tráfico de seres humanos, suicídio e *bullying*.

3.8. ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, foram utilizadas a medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett para verificar a adequação dos dados quanto à realização de análises fatoriais (Bartlett, 1951; Kaiser; Rice, 1974). Em seguida, foi conduzido uma análise fatorial confirmatória (AFC) para testar se o modelo proposto de oito fatores do SNI-38 seria replicado na amostra do presente estudo. Nesse modelo todos os itens foram especificados para serem carregados em suas respectivas subescalas (ou seja, pertencimento frustrado, sobrecarga percebida, medo de humilhação, derrota, desengajamento de metas, reengajamento de metas, aprisionamento e perfeccionismo). De forma semelhante, também foram conduzidas AFCs para testar os modelos de um fator e de cinco fatores do SCI-2. No modelo unifatorial, todos os itens foram especificados para carregar em um único fator. Já no modelo de cinco fatores, os itens foram alocados em seus respectivos domínios de subescala: I) aprisionamento, II) perturbação afetiva, III) perda de controle cognitivo, IV) hiperexcitação e V) retraimento social. A comparação entre os dois modelos foi realizada por meio do teste qui-quadrado de independência. A estimativa por mínimos quadrados ponderados diagonalmente (WLSMV) foi utilizada, considerando que todos os itens eram ordinais. A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada utilizando diretrizes previamente estabelecidas (Hu; Bentler, 1999; Vandenberg; Lance, 2000), incluindo a estatística qui-quadrado (χ^2), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), raiz do erro quadrático médio de

aproximação (RMSEA) e padronizado raiz média residual (SRMR). Considerou-se um bom ajuste do modelo quando a estatística χ^2 foi não significativa, $CFI \geq 0,95$, $TLI \geq 0,95$, $RMSEA \leq 0,08$ e $SRMR \leq 0,08$. Devido à sensibilidade do teste de qui-quadrado ao tamanho amostral, que frequentemente infla o valor da estatística e leva à rejeição de modelos bem ajustados, foram adotados índices de ajuste adicionais para uma avaliação mais robusta.

A confiabilidade de ambos os instrumentos foi avaliada por meio do Alfa de Cronbach. A validade convergente e de critério foi avaliada por meio de correlações bivariadas entre as pontuações totais e das subescalas do SNI-38 e SCI-2 com outras medidas relevantes (ideação suicida, tentativa de suicídio e eventos de vida estressantes). Os dados ausentes foram tratados pelo método de exclusão *listwise*. Todas as análises foram realizadas no software R, utilizando os pacotes *lavaan* (Rosseel, 2012), *semTools* (Jorgensen *et al.*, 2021) e *psych* (Revelle, 2017).

4. RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

O presente estudo inclui uma amostra não clínica de 2.265 indivíduos da população brasileira, com predominância do sexo feminino (70%) (Tabela 1). A idade média dos participantes foi de 31,27 anos (desvio padrão 10,9), com a maioria apresentando escolaridade de nível superior (94,3%). Quanto ao estado civil, 38,9% declararam-se solteiros e 23,7% casados. A ideação suicida ao longo da vida foi relatada por 57,8% dos participantes, enquanto 12,3% relataram ter realizado ao menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.

	n (%)
	n = 2.265
Gênero	
Mulher cisgênero	1.601 (70,7)
Homem cisgênero	637 (28,1)
Não binário	11 (0,5)
Mulher transgênero	2 (0,1)
Homem transgênero	1 (0,1)
Não tem certeza	6 (0,3)
Recusa-se a declarar	7 (0,3)
Idade (M = 31,27, DP = 10,90, amplitude = 18 – 70)	
Estado civil	
Solteiro	882 (38,9)
Casado	536 (23,7)
Namorando	464 (20,5)
Morando junto	298 (13,2)
Divorciado	59 (2,6)
Separados	18 (0,8)
Viúva	8 (0,4)
Nível educacional	
Não concluiu o ensino médio	6 (0,3)
Ensino médio	106 (4,7)
Ensino técnico	16 (0,7)
Cursando graduação	783 (34,6)
Graduação	662 (29,2)
Mestrado	467 (20,6)
Doutorado	225 (9,9)
Região (n = 2258)	
Norte	57 (2,5)
Nordeste	302 (13,4)
Centro-oeste	142 (6,3)
Sudeste	805 (35,7)

Sul	952 (42,2)
Ideação suicida ao longo da vida (C-SSRS)	1.281 (57,8)
Ideação suicida no mês anterior (C-SSRS)	597 (27,0)
Tentativa de suicídio ao longo da vida	272 (12,3)

Abreviações: M = média, DP = desvio padrão. Fonte: Do Autor, 2025.

4.2. ESTRUTURA FATORIAL DO SNI-38

Tanto a estatística KMO (0,96) quanto o teste de esfericidade de Bartlett (χ^2 [703] = 65.936,66, $p < 0,001$) indicaram que os dados apresentavam correlações suficientes e significativas, sendo adequados para análise fatorial.

O modelo de oito fatores do SNI-38 apresentou um bom ajuste (χ^2 [637] = 7.473,98, $p < 0,001$, CFI = 0,99, TLI = 0,99, RMSEA = 0,07, SRMR = 0,06). Todas as cargas fatoriais padronizadas foram significativas e positivas em seus respectivos fatores, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Cargas fatoriais padronizadas de todos os itens do SNI-38.

Fator/item	Carga fatorial
1. Sobrecarga percebida	
Item 19	0,93
Item 24	0,96
Item 28	0,93
Item 36	0,92
Item 38	0,94
2. Pertencimento frustrado	
Item 3 (R)	0,75
Item 6 (R)	0,82
Item 16 (R)	0,74
Item 23 (R)	0,71
Item 30 (R)	0,84
3. Medo de humilhação	
Item 5	0,97
Item 7	0,88
Item 12	0,56
Item 21	0,69
Item 26	0,92
4. Derrota	
Item 14	0,91
Item 15	0,91
Item 22	0,89
Item 31	0,95
Item 37	0,86
5. Reengajamento de metas	
Item 1 (R)	0,96

Item 13 (R)	0,87
Item 20 (R)	0,86
Item 33 (R)	0,94
Item 35 (R)	0,90
6. Desengajamento de metas	
Item 9	0,79
Item 27	0,45
Item 29	0,67
7. Aprisionamento	
Item 11	0,82
Item 17	0,81
Item 25	0,89
Item 32	0,95
Item 34	0,84
8. Perfeccionismo	
Item 2	0,90
Item 4	0,63
Item 8	0,88
Item 10	0,56
Item 18	0,95

Nota: R = itens com pontuação reversa. Fonte: Do Autor, 2025.

As covariâncias entre os fatores latentes estão detalhadas na Tabela 3. As correlações entre os fatores foram estatisticamente significativas, com diferenças no tamanho de efeito, que variou de pequeno a grande. Como as subescalas de pertencimento frustrado e reengajamento com metas são compostas exclusivamente por itens com codificação reversa, esperavam-se correlações negativas entre esses fatores e outros construtos da narrativa suicida. No entanto, o fator desengajamento de metas apresentou padrões de associação inconsistentes com os demais fatores. Especificamente, as correlações com o fator de desengajamento de metas apresentaram direção oposta ao que foi previsto (relações negativas com sobrecarga percebida, medo de humilhação, derrota, aprisionamento e perfeccionismo, e relações positivas com os fatores de pertencimento frustrado e reengajamento de metas codificados inversamente).

Tabela 3 - Covariâncias padronizadas entre todos os fatores latentes do SNI-38.

Fator	2	3	4	5	6	7	8
1. Sobrecarga percebida	-0,63***	0,55***	0,81***	-0,58***	-0,29***	0,81***	0,28***
2. Pertencimento frustrado	---	-0,29***	-0,59***	0,60***	0,48***	-0,56***	-0,05*
3. Medo de humilhação		---	0,70***	-0,5***	-0,11***	-0,67***	0,37***
4. Derrota			---	-0,62***	-0,33***	0,97***	0,29***
5. Desengajamento de metas				---	0,46***	-0,61***	-0,04*
6. Reengajamento de metas					---	-0,28***	0,43***
7. Aprisionamento						---	0,33***
8. Perfeccionismo							---

Nota: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Fonte: Do Autor, 2025.

4.3. VALIDADE CONVERGENTE E DE CRITÉRIO DO SNI-38

As estatísticas descritivas, as consistências internas das subescalas do SNI-38 e as correlações com as outras medidas relevantes são apresentadas na Tabela 4. Conforme esperado, todas as subescalas do SNI-38 — com exceção do fator desengajamento de metas — apresentaram correlações positivas e estatisticamente significativas com eventos de vida estressantes na última semana e nos últimos três meses, ideação suicida ao longo da vida e no último mês e tentativa de suicídio ao longo da vida. Já a subescala de desengajamento de metas apresentou associações negativas e de pequena magnitude com esses construtos.

Todas as subescalas apresentaram consistência interna entre boa e elevada, com coeficientes Alfa de Cronbach variando de 0,83 a 0,93 (Tabela 4). A exceção foi a subescala desengajamento de metas, cuja consistência interna foi considerada questionável ($\alpha = 0,62$).

Tabela 4 - Correlações entre pontuações das subescalas do SNI-38 e outros constructos relevantes.

	Subescalas SNI-38							
	1	2	3	4	5	6	7	8
SCI-2	0,60***	0,41***	0,53***	0,75***	0,44***	-0,13***	0,77***	0,27***
Eventos de vida estressantes								
Semana anterior	0,31***	0,18***	0,21***	0,33***	0,21***	-0,04	0,33***	0,12***
Últimos três meses	0,31***	0,20***	0,25***	0,36***	0,23***	-0,06**	0,36***	0,11***
Ideação suicida (C-SSRS)								
Ao longo da vida	0,49***	0,28***	0,32***	0,49***	0,32***	-0,11***	0,50***	0,17***
No mês passado	0,61***	0,35***	0,28***	0,54***	0,39***	-0,14***	0,54***	0,14***
Tentativa de suicídio ao longo da vida	0,34***	0,18***	0,20***	0,29***	0,21***	-0,08***	0,29***	0,14***
Média	8,36	11,29	14,65	11,71	11,51	10,83	12,87	15,98
Desvio padrão	4,65	4,27	5,81	5,82	5,11	2,53	5,68	4,95
Amplitude	5 – 25	5 – 25	5 – 25	5 – 25	5 – 25	3 – 15	5 – 25	5 – 25
Assimetria	1,61	0,67	-0,02	0,55	0,69	-0,45	0,35	-0,12
Curtose	2,06	0,15	-1,09	-0,83	-0,09	0,03	-0,86	-0,69
α	0,93	0,83	0,88	0,93	0,93	0,62	0,90	0,87

Nota: Foi realizada correlação ponto-bisserial para examinar tentativa de suicídio ao longo da vida, visto que essa variável era dicotômica. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. Abreviações: SCI-2 = Inventário da Síndrome de Crise de Suicídio; 1 = Sobrecarga percebida; 2 = Pertencimento frustrado; 3 = Medo de humilhação; 4 = Derrota; 5 = Reengajamento de metas; 6 = Desengajamento de metas; 7 = Aprisionamento; 8 = Perfeccionismo. Fonte: Do Autor, 2025.

4.4. ESTRUTURA FATORIAL DO SCI-2

A estatística KMO (0,99) e o teste de esfericidade de Bartlett (χ^2 [1830] = 120,297.04, $p < 0.001$) indicaram que os dados apresentaram correlações substanciais e estatisticamente significativas, sendo, portanto, adequados para a realização da análise fatorial.

4.5. MODELO UNIFATORIAL DO SCI-2

A AFC inicial do modelo unifatorial do SCI-2 indicou um ajuste que variou de ruim a adequado (χ^2 [1769] = 41.101,16, $p < 0,001$, CFI = 0,99, TLI = 0,99, RMSEA = 0,10, SRMR = 0,06). A análise das cargas fatoriais revelou que os quatro itens relacionados à rigidez cognitiva apresentaram cargas significativas no fator, conforme esperado (ou seja, um item apresentou carga negativa [-0,49] e três itens exibiram cargas não significativas [-0,15 a 0,05]). Diante disso, foi conduzida uma AFC revisada, excluindo esses quatro itens. O novo modelo apresentou um ajuste melhorado, embora ainda não ideal (χ^2 [1539] = 31.442,79, $p < 0,001$, CFI = 0,99, TLI = 0,99, RMSEA = 0,09, SRMR = 0,05). Nesse modelo, todos os itens carregaram significativamente ($\geq 0,35$) no fator latente. As cargas fatoriais padronizadas são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Cargas fatoriais padronizadas de todos os itens do SCI-2.

Fator/item	Modelo de um fator	Modelo de cinco fatores
1. Aprisionamento		
Item 2	0,88	0,91
Item 4	0,85	0,89
Item 15	0,77	0,81
Item 19	0,87	0,91
Item 25	0,84	0,88
Item 27	0,84	0,87
Item 35	0,87	0,90
Item 39	0,91	0,94
Item 56	0,89	0,92
Item 58	0,86	0,90
2. Perturbação afetiva		
Item 1	0,88	0,89
Item 3 (R)	0,36	0,37
Item 6	0,82	0,84
Item 8	0,75	0,76
Item 10	0,75	0,77
Item 12	0,85	0,87

Item 13	0,83	0,85
Item 18	0,55	0,56
Item 22	0,78	0,79
Item 28 (R)	0,42	0,43
Item 30	0,80	0,82
Item 38	0,80	0,82
Item 43	0,90	0,91
Item 44	0,85	0,86
Item 45	0,87	0,88
Item 46	0,90	0,92
Item 50	0,70	0,72
Item 54	0,92	0,93
3. Perda do controle cognitivo		
Item 5	0,83	0,86
Item 11	0,84	0,86
Item 14	0,87	0,89
Item 17	0,84	0,87
Item 26	0,92	0,94
Item 33	0,89	0,92
Item 48	0,92	0,94
Item 51	0,86	0,89
Item 57	0,82	0,84
Item 59	0,86	0,89
Item 61	0,82	0,84
4. Hiperalerta		
Item 7	0,77	0,80
Item 16	0,85	0,88
Item 20	0,67	0,69
Item 21	0,70	0,73
Item 29	0,77	0,80
Item 32	0,66	0,69
Item 36	0,70	0,73
Item 41	0,77	0,80
Item 42	0,64	0,67
Item 47	0,79	0,83
Item 49	0,68	0,71
Item 53	0,80	0,83
Item 60	0,82	0,86
5. Retraimento social		
Item 23	0,75	0,91
Item 31	0,73	0,87
Item 40	0,80	0,91
Item 52	0,74	0,88
Item 55	0,81	0,92

Nota: Quatro itens da subescala perda do controle cognitivo foram excluídos: Item 9 - Você sentiu que suas opiniões eram muito consistentes ao longo do tempo? Item 24 (R) - Você mudou de ideia frequentemente? Item 34 (R) - Você sentiu que poderia mudar de ideia quando chegasse a uma conclusão? Item 37 (R) - Você sentiu que poderia facilmente mudar de ideia sobre coisas que o incomodam? Fonte: Do Autor, 2025.

4.6. MODELO DE CINCO FATORES DO SCI-2

A AFC de cinco fatores do SCI-2 indicou um bom ajuste do modelo ($\chi^2 [1759] = 23.717,62, p < 0,001, CFI = 1,00, TLI = 0,99, RMSEA = 0,07, SRMR = 0,05$). No entanto, os quatro itens de rigidez cognitiva, novamente, não apresentaram cargas fatoriais significativas no fator perda do controle cognitivo, contrariando expectativas teóricas (ou seja, um item apresentou carga negativa [-0,51] e três exibiram cargas não significativas [-0,16 a 0,06]). Portanto, foi conduzida uma AFC revisada de cinco fatores, excluindo os quatro itens problemáticos. O modelo resultante apresentou um ajuste melhorado e considerado bom ($\chi^2 [1529] = 14.174,86, p < 0,001, CFI = 1,00, TLI = 1,00, RMSEA = 0,06, SRMR = 0,04$). Além disso, todos os fatores latentes no modelo de cinco fatores apresentaram associações estatisticamente significativas entre si ($p < 0,001$). As Tabelas 5 e 6 apresentam, respectivamente, as cargas fatoriais padronizadas e as covariâncias entre os fatores latentes.

A comparação dos modelos de um e cinco fatores indicou que o modelo de cinco fatores apresentou ajuste superior ao modelo de um fator ($\Delta\chi^2_{10} = 17.267,93, p < 0,001$).

Tabela 6 - Covariâncias entre todos os fatores latentes do SCI-2.

	2	3	4	5
1. Aprisionamento	0,82*	0,69*	0,69*	0,61*
2. Perturbação afetiva	-	0,79*	0,81*	0,70*
3. Perda do controle cognitivo		-	0,69*	0,57*
4. Hiperalerta			-	0,62*
5. Retraimento social				-

* $p < 0,001$. Fonte: Do Autor, 2025.

4.7. VALIDADE CONVERGENTE E DE CRITÉRIO DO SCI-2

A Tabela 7 apresenta as estatísticas descritivas, os coeficientes de consistências internas e as correlações das pontuações totais e de subescala do SCI-2 com outros construtos relevantes. As pontuações do SCI-2 (total e subescalas) foram significativamente e positivamente correlacionadas com narrativas suicidas, eventos de vida estressantes na última semana e nos últimos 3 meses, ideação suicida ao longo da vida e no último mês e tentativas de suicídio ao longo da vida. A magnitude dessas correlações variou de moderada a forte ($r = 0,21$ a $0,78$), indicando associações relevantes entre os construtos. No entanto, observou-se uma correlação negativa entre a subescala desengajamento de metas da narrativa suicida e as pontuações total e subescalas do SCI-2. Além disso, as pontuações totais e das subescalas do SCI-2

demonstraram alta consistência interna, com coeficientes α de Cronbach variando de 0,92 a 0,99 (Tabela 7).

Tabela 7 - Correlações entre os escores totais e de subescala do SCI-2 e outros construtos.

	SCI-2*					
	Total	1	2	3	4	5
SNI-38						
Pertencimento Frustrado	0,41	0,40	0,42	0,33	0,36	0,45
Sobrecarga Percebida	0,60	0,60	0,59	0,51	0,55	0,50
Derrota	0,75	0,76	0,72	0,67	0,68	0,63
Aprisionamento	0,77	0,78	0,74	0,70	0,70	0,63
Humilhação	0,53	0,50	0,49	0,51	0,52	0,42
Perfeccionismo	0,27	0,25	0,24	0,27	0,28	0,21
Desengajamento de Metas	-0,13	-0,14	-0,15	-0,10	-0,09	-0,13
Reengajamento de Metas	0,44	0,45	0,44	0,37	0,39	0,37
Eventos de vida estressantes						
Semana anterior	0,40	0,37	0,41	0,36	0,39	0,29
Últimos 3 meses	0,44	0,39	0,44	0,40	0,43	0,33
Ideação Suicida (C-SSRS)						
Ao longo da vida	0,50	0,49	0,47	0,46	0,47	0,42
No mês passado	0,54	0,56	0,55	0,48	0,48	0,39
Tentativa de suicídio ao longo da vida	0,32	0,32	0,32	0,28	0,31	0,25
Média	92,76	15,03	26,44	20,71	21,89	8,70
Desvio Padrão	59,46	12,24	18,49	13,47	13,26	6,08
Amplitude	0 – 228	0 – 40	0 – 72	0 – 44	0 – 52	0 – 20
Assimetria	0,28	0,46	0,46	0,10	0,22	0,23
Curtose	-1,07	-1,03	-0,94	-1,25	-1,00	-1,10
α	0,99	0,96	0,95	0,96	0,93	0,92

Nota: Foi realizada correlação ponto-biserial para examinar tentativa de suicídio ao longo da vida, visto que essa variável era dicotômica. *Todas as correlações foram estatisticamente significativas a nível $p < 0,001$. Abreviações: DP = Desvio Padrão; SNI-38 = Inventário da Narrativa Suicida—38; SCI-2 = Inventário da Crise de Suicídio—2; EVE = Eventos de Vida Estressantes. Correlações bisseriais pontuais foram conduzidas ao examinar tentativas de suicídio ao longo da vida e no mês anterior, visto que essa variável era dicotômica. 1 = Aprisionamento; 2 = Perturbação afetiva; 3 = Perda do controle cognitivo; 4 = Hiperalerta; 5 = Retraimento social. Fonte: Do Autor, 2025.

5. DISCUSSÃO

5.1. SUMARIZAÇÃO DOS ACHADOS

A compreensão do suicídio avançou significativamente nas últimas décadas. Contudo, prever o comportamento suicida ainda é um grande desafio na prática clínica. O aumento das mortes por suicídio no país evidencia a necessidade de desenvolver e aprimorar estratégias de prevenção, sobretudo no que se refere à avaliação de risco. Contudo, no Brasil ainda há escassez de instrumentos que identifiquem de maneira confiável estados mentais pré-suicidas. Portanto, o propósito deste estudo foi examinar as propriedades psicométricas da versão brasileira dos instrumentos SNI-38 e SCI-2. É importante destacar que a validação foi realizada em uma amostra composta por indivíduos sem diagnóstico de transtornos psiquiátricos, abrangendo diferentes características demográficas. Considerando que ambos os instrumentos possuem fundamentação teórica consolidada e evidências de validade previamente estabelecidas em língua inglesa, foram conduzidas AFCs com o intuito de verificar se a estrutura fatorial e os índices de confiabilidade seriam replicados em uma amostra brasileira.

Os resultados relacionados ao SNI-38 indicaram que o modelo de oito fatores apresentou um bom ajuste. Verificou-se excelente consistência interna na maioria das subescalas, e todos os itens apresentaram cargas fatoriais significativas e positivas em seus respectivos fatores. A exceção foi a subescala de desengajamento de metas, que demonstrou baixa consistência interna e correlações negativas com os constructos avaliados. Adicionalmente, os fatores sobrecarga percebida, pertencimento frustrado, medo de humilhação, derrota, reengajamento de metas, aprisionamento e perfeccionismo foram significativamente correlacionados com a SCS, eventos de vida estressantes (tanto na última semana quanto nos últimos três meses), ideação suicida (ao longo da vida e no último mês), assim como tentativa de suicídio ao longo da vida. Estes resultados destacam a confiabilidade e validade do SNI-38 no contexto brasileiro.

A respeito do SCI-2, os resultados da AFC indicaram que a estrutura unifatorial não apresentou um bom ajuste do modelo, divergindo de estudos anteriores (Barzilay *et al.*, 2020b; Bloch-Elkouby *et al.*, 2021). Por outro lado, o instrumento demonstrou melhor adequação à estrutura de cinco fatores, com um ajuste de modelo superior ao modelo unifatorial, principalmente após a reconfiguração da subescala de perda do controle cognitivo. Observou-se forte consistência interna em todas as subescalas. Além disso, obteve-se evidências de validade convergente e de critério com os fatores da narrativa suicida (exceto com o fator

desengajamento de metas), eventos de vida estressantes, ideação suicida e tentativas de suicídio ao longo da vida.

Esses achados sustentam a confiabilidade e validade da versão brasileira do SCI-2. Também indicam que tanto o SNI-38 quanto o SCI-2 são válidos para serem utilizados em contextos clínicos e em pesquisas científicas. O uso combinado desses instrumentos, tem o potencial de auxiliar na tomada de decisões clínicas para intervenção psiquiátricas agudas e ajuda a prevenir a alta hospitalar de forma prematura de pacientes com risco de suicídio.

5.2. SNI-38: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, VALIDADE E RELEVÂNCIA CLÍNICA

Os resultados relacionados à validação do SNI-38, apresentados nesta tese, estão publicados no artigo intitulado “*Abbreviated Suicidal Narrative Inventory: factor structure, internal consistency, and validity in a Brazilian sample*” na *Brazilian Journal of Psychiatry*, DOI: 10.47626/1516-4446-2023-3270 (Peper-Nascimento et al., 2024b).

Apesar da baixa consistência interna do fator desengajamento de metas, as subescalas do SNI-38 apresentaram excelente confiabilidade. Isso foi evidenciado pelos altos valores de α de Cronbach (0,83 a 0,93), indicando que os itens de cada subescala medem de forma coesa o mesmo constructo subjacente. Como esperado, esses resultados são similares aos reportados em estudos de validação do SNI nos Estados Unidos e na Índia (Cohen *et al.*, 2019a; Menon *et al.*, 2022, 2024). Além da baixa consistência interna, o fator desengajamento de metas também exibiu padrões de associação inconsistentes com os demais fatores do SNI-38 e correlações negativas com a SCS e ideação suicida, divergindo de expectativas teóricas. Segundo Wrosch *et al.* (2007), a capacidade de se desvencilhar de metas inatingíveis (desengajamento de metas), e de redirecionar a atenção para outros objetivos alcançáveis (reengajamento de metas), melhora a saúde física e o bem-estar autorrelatado. O'Connor e colaboradores (2012) demonstraram que o desengajamento de metas, isoladamente, não foi capaz de prever a repetição de automutilação, ao contrário do reengajamento de metas. De forma independente, a redução do reengajamento de metas foi relacionada a uma maior probabilidade de automutilação (O'Connor *et al.*, 2012). Em conjunto, esses dois constructos atuam de forma interativa e podem estar associados ao sentimento de derrota quando a pessoa não consegue encontrar um novo objetivo/propósito. Por exemplo, participantes que relataram altos níveis de desengajamento de metas apresentaram mais comportamentos suicidas quando também demonstraram dificuldade de reengajar-se em novos propósitos ou objetivos (O'Connor *et al.*,

2009, 2012). Esse efeito interativo, pode ainda, variar com a idade. Quando comparados a jovens, adultos mais velhos tendem a ter poucas metas alternativas, o que indica que continuar a perseguir uma meta inatingível é melhor do que não ter nenhuma busca ativa por um objetivo (O'Connor *et al.*, 2012). À luz da narrativa suicida, Cohen e colaboradores (2019), sugeriram que as subescalas do fator orientação de metas (desengajamento de metas e reengajamento de metas) podem não ser suficientemente sensíveis para avaliar esse constructo. Portanto, uma explicação para os resultados do presente estudo, é que ao avaliar esses fatores de forma independente e em uma amostra não psiquiátrica, é possível que o efeito interativo não tenha sido detectado, ou percebido pelos participantes. Outrossim, questões culturais ou de adaptação transcultural dos itens dessas subescalas também podem ter influenciado os resultados deste estudo.

Cohen *et al.* (2019) destaca que o fator orientação de metas da narrativa suicida reflete a tendência dos indivíduos em comprometer-se com mudanças construtivas, mesmo diante de obstáculos. Curiosamente, os resultados inconsistentes da subescala de desengajamento de metas aqui são coerentes com os de estudos anteriores. Bloch-Elkouby e colaboradores (2020b) demonstraram que o fator de orientação de metas, quando avaliado na admissão hospitalar, não previu significativamente sintomas da SCS na alta. Do mesmo modo, esse fator também não apresentou correlação com fenômenos suicidas (Cohen *et al.*, 2019).

No presente estudo, as subescalas de sobrecarga percebida, pertencimento frustrado, medo de humilhação, derrota, reengajamento de metas, aprisionamento e perfeccionismo apresentaram correlações significativas e positivas com eventos de vida estressantes (tanto aqueles ocorridos na última semana quanto nos últimos três meses). Esses resultados são consistentes com a literatura prévia que associa eventos estressantes a desfechos suicidas (López-Fernández *et al.*, 2024; Panesar *et al.*, 2021). Comportamentos suicidas são frequentemente precedidos por eventos adversos, tais como perdas, conflitos familiares, amorosos e interpessoais, bem como problemas financeiros e legais (Coope *et al.*, 2015; Díaz-Oliván *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2019; Nock *et al.*, 2008b; Wang *et al.*, 2015). À luz do NCM, eventos de vida estressantes recentes podem atuar como gatilhos para a ativação da narrativa suicida em indivíduos com traços de vulnerabilidade para o suicídio (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020b; Cohen *et al.*, 2018; Peper-Nascimento *et al.*, 2024a), o que é corroborado pelos achados do presente estudo.

Com exceção da subescala de desengajamento de metas, todas as subescalas do SNI-38 apresentaram correlações consistentes com desfechos relacionados ao suicídio (ou seja, ideação suicida ao longo da vida e no último mês, bem como tentativa de suicídio ao longo da vida) e

com sintomas da SCS. Esses achados são consistentes com estudos anteriores (Cohen *et al.*, 2019a; Menon *et al.*, 2023, 2024). Cohen *et al.* (2019) demonstram que as subescalas que constituem o componente interpessoal (i.e., pertencimento frustrado, sobrecarga percebida, medo de humilhação e derrota social) foram significativamente associadas a SCS e a fenômenos suicidas (aqueles ocorridos no último mês e ao longo da vida). Adicionalmente, Bloch-Elkouby *et al.* (2020b) demonstraram que pacientes psiquiátricos adultos internados que apresentaram altas pontuações no componente interpessoal da narrativa suicida na admissão hospitalar eram mais propensos a manifestar sintomas da SCS no momento da alta.

É importante ressaltar as implicações da validação do SNI-38 no Brasil. Evidências empíricas anteriores sugerem que indivíduos com traços de vulnerabilidade ao suicídio, ao vivenciarem eventos de vida estressantes, tendem a desenvolver a narrativa suicida que pode constituir um caminho relevante para o surgimento da crise suicida (Bloch-Elkouby *et al.*, 2020b, 2021; Galynker, 2023b). Cohen e colegas (2019) argumentam que a narrativa suicida, por si só, é insuficiente para precipitar o comportamento suicida. Em vez disso, ela atua como um gerador de conteúdo cognitivo negativo que aumenta o risco de comportamento suicida em curto prazo ao desencadear a SCS. Nesse sentido, a identificação de indivíduos com ativação da narrativa suicida pode viabilizar ações de intervenção precoce e prevenção de comportamentos suicidas. Por exemplo, Gay (2025) sugere que a integração da narrativa suicida em práticas de enfermagem melhora a qualidade das avaliações de risco de suicídio, proporcionando uma abordagem mais sutil e empática, com foco nas histórias individuais. Uma abordagem na narrativa do indivíduo promove uma conexão genuína, transmitindo empatia e interesse, que são fundamentais para construir confiança e abertura na relação entre terapeuta e paciente (Galynker, 2023). Esse *rapport* terapêutico possibilita a implementação de estratégias clínicas voltadas à promoção da reintegração social e do fortalecimento de vínculos emocionais. Além disso, intervenções cognitivas que desafiem a rigidez da narrativa suicida, bem como abordagens específicas, como a terapia cognitivo-comportamental voltada para o suicídio, podem ser úteis, conforme sugerido por Cohen e colegas (2019). Portanto, a validação do SNI-38 no contexto brasileiro beneficia profissionais de saúde mental ao promover *insights* sobre pensamentos que podem indicar um risco aumentado para o comportamento suicida. Adicionalmente, a validação do SNI-38 abre portas para pesquisadores desenvolverem pesquisas focadas em intervenções que trazem benefício para a saúde mental de indivíduos com pensamentos suicidas.

5.3. SCI-2: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS, VALIDADE E RELEVÂNCIA CLÍNICA

Primeiramente, vale ressaltar que os resultados desta tese relacionados à validação do SCI-2 estão publicados no artigo intitulado “*Suicide Crisis Inventory-2: factor structure, internal consistency, and validity in a Brazilian sample*” na *Brazilian Journal of Psychiatry*, DOI: 10.47626/1516-4446-2023-3366 (Peper-Nascimento et al., 2024c).

O presente estudo replica os principais achados de estudos anteriores nos quais foram examinadas a estrutura fatorial, a confiabilidade, a validade convergente e de critério do SCI-2 (Barzilay et al., 2020b; Bloch-Elkouby et al., 2021). No entanto, é importante observar que a AFC do modelo unifatorial revisado não apresentou um ajuste satisfatório. Isso indica que a versão brasileira SCI-2 não pode avaliar a SCS como um constructo unidimensional. Esse resultado diverge de estudos anteriores nos quais o modelo unifatorial apresentou índices de ajustes apropriados (Bloch-Elkouby et al., 2021; Menon et al., 2022; Park et al., 2023). A estrutura unifatorial do SCI pressupõe que a SCS pode ser concebida como um diagnóstico unidimensional, avaliado por meio de uma escala contínua (Bafna; Rogers; Galynker, 2022; Galynker et al., 2017). Uma explicação para a discrepância entre esses resultados, é que os dados aqui analisados foram extraídos de uma amostra da comunidade brasileira, contrastando com as amostras clínicas de pacientes psiquiátricos utilizados na validação original. Essa diferença populacional/amostral pode, em parte, explicar a discrepância observada entre os achados do presente estudo e as evidências prévias.

Por sua vez, o modelo de cinco fatores do SCI-2 demonstrou ser superior ao modelo unifatorial, tanto no presente estudo quanto em estudos anteriores (Bafna; Rogers; Galynker, 2022; Bloch-Elkouby et al., 2021; Menon et al., 2022). Esses achados oferecem suporte aos critérios diagnósticos propostos para a SCS, os quais incluem aprisionamento/desesperança frenética, distúrbio afetivo, perda do controle cognitivo, hiperexcitação e retraimento social. Tais componentes visam capturar de maneira abrangente os estados mentais, emocionais e comportamentais que precedem tentativas de suicídio em curto prazo (Barzilay et al., 2020; Bloch-Elkouby et al., 2021; Schuck et al., 2019). Para ser diagnosticado com SCS, é necessário que o paciente atenda ao Critério A e a pelo menos um sintoma dos quatro componentes do Critério B (Bafna; Rogers; Galynker, 2022; Bloch-Elkouby et al., 2020a). Esses critérios diagnósticos foram propostos com base no formato nosológico do DSM. Galynker, Bloch-Elkouby e Cohen, (2024) argumentam que, como um diagnóstico categórico, a SCS pode ajudar profissionais de saúde a simplificar a tomada de decisão clínica em salas de emergência, unidades de internação e consultórios ambulatoriais. Além disso, os benefícios de um

diagnóstico específico para suicídio incluem melhorar a qualidade do atendimento e reduzir o ônus pessoal, social e a responsabilidade legal dos médicos (Galynker; Bloch-Elkouby; Cohen, 2024; Joiner *et al.*, 2018; Schuck *et al.*, 2019). Em contrapartida, outros pesquisadores discordam da formulação de um diagnóstico para o suicídio e são contra à inclusão da SCS no DSM (Berman; Silverman, 2023; Silverman; Berman, 2020). Seus argumentos baseiam-se principalmente em: a) ausência de uma fisiopatologia da SCS como ‘doença’; b) potencial de medicalização excessiva dos comportamentos suicidas; e c) falta de valor preditivo positivo da SCS para morte por suicídio (Berman; Silverman, 2023; Silverman; Berman, 2020). Os autores ressaltam que a SCS ainda não foi avaliada retrospectivamente em indivíduos que morreram por suicídio, o que consideram uma limitação grave. Em sua análise, afirmam que “há pouco valor em rotular esses pensamentos e comportamentos como doenças, distúrbios ou síndromes” (Silverman; Berman, 2020, *p.* 247). Em vez disso, propõem que uma avaliação específica do suicídio seja uma extensão do exame de estado mental, e não como um diagnóstico independente (Silverman; Berman, 2020). No que diz respeito ao presente estudo, os achados mostram que a versão brasileira do SCI-2, estruturada em cinco fatores, abrange os critérios diagnósticos da SCS. Portanto, constitui-se uma ferramenta clínica válida e confiável para avaliar o risco de suicídio com potencial de caracterizar o estado/crise suicida de uma pessoa em risco.

Em concordância com a literatura, os resultados do presente estudo demonstraram que o SCI-2 obteve excelente consistência interna, com α de cronbach variando entre 0,92 e 0,99. Esses achados corroboram as evidências obtidas em diferentes contextos culturais, incluindo amostras psiquiátricas dos Estados Unidos (Bloch-Elkouby *et al.*, 2021), amostras da população geral da Índia (Menon *et al.*, 2022), em pacientes psiquiátricos na Coreia do Sul (Park *et al.*, 2023), e amostras da população geral da Alemanha (Otte *et al.*, 2020), além de outros estudos anteriores (Barzilay *et al.*, 2020b; Galynker *et al.*, 2017). Portanto, os achados deste estudo reforçam e sustentam que os itens da versão brasileira do SCI-2 avaliam de forma coesa os sintomas da SCS.

Em concordância com estudos anteriores, todas as subescalas do SCI-2 apresentaram fortes inter-relações. Esses achados reforçam a concepção de que o SCI-2 avalia um construto coerente e coeso, a SCS, composta por processos psicológicos inter-relacionados (Cohen *et al.*, 2018; Galynker *et al.*, 2017; Melzer *et al.*, 2025).

Adicionalmente, verificou-se que o SCI-2 apresentou forte validade convergente em relação à narrativa suicida (com exceção para a subescala de desengajamento de metas), eventos de vida estressantes, ideação suicida e tentativa de suicídio. Esses achados estão em

consonância com a literatura anterior (Bafna; Rogers; Galynker, 2022; Barzilay *et al.*, 2020b; Bloch-Elkouby *et al.*, 2021; Galynker *et al.*, 2017). Curiosamente, como já discutido, a subescala de desengajamento de metas do SNI-38 demonstrou correlações fracas e negativas tanto com o escore total quanto com as subescalas do SCI-2. Esse padrão de resultado se sobrepõe parcialmente a um estudo prévio, que também observou uma fraca correlação entre o fator de orientação de metas e fenômenos suicidas (Cohen *et al.*, 2019a). De forma semelhante, um estudo conduzido na Índia observou que a subescala de reengajamento de metas do SNI-38 não se correlacionou de maneira significativa com nenhuma das subescalas do SCI-2 (Menon *et al.*, 2022). A ausência de correlações positivas entre o SCI-2 e a subescala de desengajamento de metas pode sugerir que os itens dessa subescala não são sensíveis ao construto subjacente. Isso indica a necessidade de investigações futuras para melhorar a compreensão da relação entre desengajamento de metas e a SCS.

Por fim, quatro itens referentes à rigidez cognitiva não foram incluídos na subescala de perda do controle cognitivo do SCI-2. De modo semelhante, análises fatoriais transculturais recentes também observaram que itens de rigidez cognitiva com codificação reversa não se agruparam em seus respectivos fatores (Menon *et al.*, 2022; Park *et al.*, 2023; Rogers *et al.*, 2023). Em contraste, Bloch-Elkouby e colaboradores (2021) demonstraram que os itens associados à perda de controle cognitivo apresentaram elevada capacidade preditiva para tentativas de suicídio em curto prazo, com área sob a curva de 0,90. Embora a real causalidade dos achados do presente estudo não possa ser estabelecida, é possível supor que a rigidez cognitiva tenha menor centralidade na manifestação da SCS na população estudada, possivelmente devido a fatores culturais. Ou seja, a amostra estudada não apresentou incapacidade de se adaptar a mudanças de opiniões ou pensamentos. Outra hipótese plausível é que a perda de controle cognitivo e a tomada de decisão prejudicada estejam mais fortemente associadas a indivíduos que já realizaram tentativas de suicídio (Clark *et al.*, 2011; Jollant *et al.*, 2010). Considerando que os resultados do presente estudo foram extraídos de uma amostra comunitária, é plausível que esses indivíduos apresentem a ausência desses padrões e comportamentos. Adicionalmente, sugere-se que a adaptação transcultural desses quatro itens da subescala de perda do controle cognitivo seja revisada em estudos futuros conduzidos no Brasil.

As implicações clínicas deste estudo são significativas. Os resultados sustentam que a versão revisada do SCI-2 apresenta validade transcultural, incluindo o contexto brasileiro. Do ponto de vista clínico, o SCI-2 pode ser útil para a identificação de pacientes que apresentam ambivalência ou consciência limitada acerca de suas tendências suicidas (Rogers *et al.*, 2023).

Isso oferece uma alternativa eficaz às avaliações de risco tradicionais excessivamente centradas na ideação suicida (Yaseen *et al.*, 2019). Um instrumento padronizado, como o SCI-2, pode fornecer uma maneira sistemática de identificar os indivíduos que podem estar em risco iminente de suicídio. Isso pode auxiliar o planejamento do tratamento e ajudar clínicos a adotar recursos apropriados, como internação em uma unidade psiquiátrica (Schuck *et al.*, 2019). Além disso, o SCI-2 pode ser utilizado para avaliar a eficácia de estratégias de prevenção ao mensurar o risco de suicídio. Estudos anteriores relatam o poder preditivo do SCI-2 para comportamento suicida após a alta hospitalar. Os autores destacam ainda sua validade preditiva e incremental em relação a fatores de risco tradicionais, como ideação suicida e histórico de tentativa de suicídio (Bafna; Rogers; Galynker, 2022; Barzilay *et al.*, 2020b; Bloch-Elkouby *et al.*, 2021; Galynker *et al.*, 2017). Dessa forma, recomenda-se que pesquisas futuras investiguem a validade preditiva da versão brasileira do SCI-2 na previsão de comportamentos suicidas de curto prazo em populações de alto risco, comparando seu desempenho com instrumentos de avaliação tradicionais.

5.4. LIMITAÇÕES E DIREÇÕES FUTURAS

O presente estudo apresenta algumas limitações importantes. Primeiramente, a utilização de uma pesquisa *online* baseada em medidas de autorrelato pode introduzir diferentes formas de viés. Além disso, devido à amostragem não probabilística, somente pessoas com conhecimento de informática e acesso à internet puderam participar. Em segundo lugar, a coleta de dados ocorreu durante a pandemia COVID-19. Assim, os participantes podem ter sido influenciados pelo sofrimento vivenciado durante esse período; entretanto, não é possível mensurar com precisão o impacto dessa situação nos resultados obtidos. Em terceiro lugar, o delineamento transversal e a coleta retrospectiva de dados, não permite a formulação de conclusões sobre a validade preditiva do SCI-2 para o comportamento suicida subsequente. Da mesma forma, tal delineamento não permite determinar a direção causal entre a narrativa suicida e a SCS, tampouco a temporalidade das associações com eventos de vida estressantes e desfechos relacionados ao suicídio. Em quarto lugar, a versão brasileira dos instrumentos foi desenvolvida e testada em português brasileiro. Portanto, essas versões podem produzir resultados diferentes em outros países de língua portuguesa. Da mesma forma, os dados foram avaliados em uma população mista, principalmente mulheres jovens e com ensino superior. É possível que os resultados sejam diferentes em populações menos escolarizadas. A faixa etária variou entre 18 e 70 anos, o que poderia ser preocupante quanto à manutenção do ajuste do

modelo de AFC em diferentes faixas etárias. No entanto, a mediana de idade foi de 28 anos, o que, juntamente com a assimetria positiva e a distribuição etária geral da amostra deste estudo, sugere que houve um número relativamente menor de idosos que concluíram o estudo. Portanto, optou-se por não realizar análises de invariância de medida por idade nesta amostra, embora se recomende que pesquisas futuras examinem a versão brasileira do SNI-38 e do SCI-2 em populações mais idosas. Estudos futuros são necessários para aprofundar a investigação da validade da versão brasileira do SNI-38 e do SCI-2 em populações de alto risco e estabelecer a generalização dos achados. Por outro lado, é crucial que esses instrumentos funcionem de forma eficaz em diferentes condições e contextos, tanto na população de baixo risco quanto em subgrupos com alto risco de suicídio. Uma vez que ambos os instrumentos foram validados na população geral, e não em grupos específicos, eles podem ser utilizados em estudos populacionais para rastreamento da narrativa suicida e SCS, ou mesmo em contextos clínicos que não especificamente psiquiátricos.

Destaca-se ainda que, como medida de autorrelato, é necessário desenvolver um ponto de corte ideal para o SCI-2 que identifique o risco aumentado de comportamento suicida em amostras no Brasil. Em pacientes psiquiátricos internados nos Estados Unidos, um escore > 163 no SCI-2 demonstrou valor preditivo para tentativas de suicídio (Bloch-Elkouby et al., 2021). A definição desses parâmetros facilitaria a triagem clínica dos sintomas da SCS no Brasil. Complementarmente, o uso de ferramentas breves de itens binários avaliadas pelo profissional de saúde, como a *Suicide Crisis Syndrome Checklist* (SCS-C), apresenta-se como uma estratégia eficaz para mitigar as limitações inerentes ao autorrelato e otimizar a prevenção do suicídio em ambientes hospitalares (Bloch-Elkouby et al., 2026).

6. CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo replicam e estendem achados anteriores ao contexto brasileiro, oferecendo evidências de propriedades psicométricas adequadas para a aplicabilidade do SNI-38 e do SCI-2. O modelo de oito fatores do SNI-38 demonstrou validade estrutural e convergente consistente. Isso reforça sua utilidade na avaliação da narrativa suicida. Da mesma forma, os achados indicam que a versão brasileira do modelo de cinco fatores do SCI-2 é uma ferramenta válida e confiável para a avaliação do risco de suicídio. Além disso, este estudo contribui para o crescente corpo de evidências que apoia a SCS como uma condição discreta e específica do comportamento suicida. Para aprofundar esses achados, recomenda-se que estudos futuros explorem a validade preditiva do SCI-2 e do SNI-38 em populações clínicas e de alto risco.

Em síntese, a validação do SNI-38 enriquece tanto a prática clínica quanto pesquisas voltadas ao entendimento e manejo de pensamentos suicidas. Em termos de aplicação prática, a detecção da presença de uma narrativa suicida pode favorecer intervenções psicossociais orientadas à reconstrução do vínculo emocional e à reintegração social dos indivíduos em risco. Paralelamente, a validação do SCI-2, por não depender da ideação suicida autorrelatada, contribui significativamente para a identificação clínica de indivíduos que precisam de ajuda. Essa abordagem favorece a segurança do paciente e reduz a negligência médica não intencional. Adicionalmente, a validação desses instrumentos amplia o escopo para pesquisas no âmbito da suicidologia no Brasil.

REFERÊNCIAS

- BACHMANN, Silke. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 7, p. 1425, 6 jul. 2018.
- BAFNA, Anokhi; ROGERS, Megan L.; GALYNKER, Igor I. Predictive validity and symptom configuration of proposed diagnostic criteria for the Suicide Crisis Syndrome: A replication study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 156, p. 228–235, 1 dez. 2022.
- BARTLETT, M. S. THE EFFECT OF STANDARDIZATION ON A χ^2 APPROXIMATION IN FACTOR ANALYSIS. **Biometrika**, v. 38, n. 3–4, p. 337–344, 1951.
- BARYSHNIKOV, Ilya; ROSENSTRÖM, Tom; ISOMETSA, Erkki. Predicting a short-term change of suicidal ideation in inpatients with depression: An ecological momentary assessment. **Journal of Affective Disorders**, v. 350, p. 1–6, abr. 2024.
- BARZILAY, Shira *et al.* Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory. **Journal of Affective Disorders**, v. 276, p. 183–190, nov. 2020a.
- BARZILAY, Shira *et al.* Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory. **Journal of Affective Disorders**, v. 276, p. 183–190, nov. 2020b.
- BEATON, Dorcas E. *et al.* Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–3191, dez. 2000.
- BERG, Joanna M. *et al.* Medical Records Flag for Suicide Risk: Predictors and Subsequent Use of Care Among Veterans With Substance Use Disorders. **Psychiatric Services**, v. 69, n. 9, p. 993–1000, 1 set. 2018.
- BERMAN, Alan L. Risk Factors Proximate to Suicide and Suicide Risk Assessment in the Context of Denied Suicide Ideation. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 48, n. 3, p. 340–352, 21 jun. 2018.
- BERMAN, Alan L.; SILVERMAN, Morton M. A Suicide-Specific Diagnosis - The Case Against. **Crisis**, v. 44, n. 3, p. 183–188, 1 maio 2023.
- BERMAN, Lanny; SILVERMAN, Morton; JOINER, Thomas. Edwin S. Shneidman (1918–2009). **American Psychologist**, v. 65, n. 1, p. 50–51, 2010.
- BLANCHARD, Matt; FARBER, Barry A. “It is never okay to talk about suicide”: Patients’ reasons for concealing suicidal ideation in psychotherapy. **Psychotherapy Research**, v. 30, n. 1, p. 124–136, 2 jan. 2020.
- BLOCH-ELKOUBY, Sarah *et al.* The suicide crisis syndrome: A network analysis. **Journal of Counseling Psychology**, v. 67, n. 5, p. 595–607, out. 2020a.
- BLOCH-ELKOUBY, Sarah *et al.* How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 914–926, dez. 2020b.

BLOCH-ELKOUBY, Sarah *et al.* The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. **Journal of Affective Disorders**, v. 295, p. 1280–1291, dez. 2021.

BLOCH-ELKOUBY, Sarah *et al.* The clinician rated suicide crisis syndrome checklist (SCS-C): structure, reliability, and concurrent validity among adult psychiatric inpatients. **Journal of Affective Disorders**, [S. 1.], v. 402, art. 121341, p. 1-10, 1 jun. 2026.

BOWERS, Len *et al.* Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 40, n. 10, p. 822–828, 22 out. 2005.

BRAILOVSKAIA, Julia; TEISMANN, Tobias; MARGRAF, Jürgen. Positive Mental Health, Stressful Life Events, and Suicide Ideation. **Crisis**, v. 41, n. 5, p. 383–388, set. 2020.

BRUGHA, Traolach *et al.* The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. **Psychological Medicine**, v. 15, n. 1, p. 189–194, 9 fev. 1985.

BUCHMAN-SCHMITT, Jennifer M. *et al.* The role of stressful life events preceding death by suicide: Evidence from two samples of suicide decedents. **Psychiatry Research**, v. 256, p. 345–352, out. 2017.

CABRAL, S. *et al.* Decrease in suicide rates in Brazil during the COVID-19 pandemic. **Psychiatry research**, v. 329, p. 115443, nov. 2023.

CASSELLS, Clare *et al.* Long- and Short-Term Risk Factors in the Prediction of Inpatient Suicide. **Crisis**, v. 26, n. 2, p. 53–63, mar. 2005.

CHANG, Bernard; GITLIN, David; PATEL, Ronak. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. **Emergency medicine practice**, v. 13, n. 9, p. 1–23; quiz 23–4, set. 2011.

CHAN, Melissa K. Y. *et al.* Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. **British Journal of Psychiatry**, v. 209, n. 4, p. 277–283, 2 out. 2016.

CHU, Carol *et al.* The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. **Psychological Bulletin**, v. 143, n. 12, p. 1313–1345, dez. 2017.

CLARK, Luke *et al.* Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. **Psychology and aging**, v. 26, n. 2, p. 321, 2011.

COHEN, Lisa J. *et al.* A Suicide-Specific Diagnosis – The Case For. **Crisis**, v. 44, n. 3, p. 175–182, maio 2023.

COHEN, Lisa Janet *et al.* Suicide Crisis Syndrome Mediates the Relationship Between Long-term Risk Factors and Lifetime Suicidal Phenomena. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 48, n. 5, p. 613–623, 22 out. 2018.

COHEN, Lisa Janet *et al.* The Suicidal Narrative and Its Relationship to the Suicide Crisis Syndrome and Recent Suicidal Behavior. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 49, n. 2, p. 413–422, 4 abr. 2019a.

COHEN, Lisa Janet *et al.* The Narrative-Crisis Model of suicide and its prediction of near-term suicide risk. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 52, n. 2, p. 231–243, 11 abr. 2022.

COHEN, Sheldon; MURPHY, Michael L. M.; PRATHER, Aric A. Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. **Annual Review of Psychology**, v. 70, n. 1, p. 577–597, 4 jan. 2019b.

COOPE, Caroline *et al.* Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010-2011): A review of coroners' records. **Journal of affective disorders**, v. 183, p. 98–105, 1 set. 2015.

DA SILVA, Daniel Augusto; MARCOLAN, João Fernando. Suicide Attempts and Suicide in Brazil: An Epidemiological Analysis. **Florence Nightingale Journal of Nursing**, v. 29, n. 3, p. 294–302, 29 set. 2021.

DHINGRA, Katie; BODUSZEK, Daniel; O'CONNOR, Rory C. A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. **Psychiatry Research**, v. 239, p. 169–178, maio 2016.

DÍAZ-OLIVÁN, Isaac *et al.* Stressful life events as proximal risk factors for a suicide crisis: Case-control study. **Actas espanolas de psiquiatria**, v. 49, n. 3, p. 88–95, maio 2021.

FERZAN ERGÜN, Fikret *et al.* Validity, Reliability, and Factor Structure of the Suicide Crisis Scale in Turkish. **Alpha psychiatry**, v. 25, n. 4, p. 502–512, ago. 2024.

FRANKLIN, Joseph C. *et al.* Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. **Psychological Bulletin**, v. 143, n. 2, p. 187–232, 2017.

GALYNKER, Igor *et al.* Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: The suicide crisis inventory. **Depression and Anxiety**, v. 34, n. 2, p. 147–158, fev. 2017.

GALYNKER, Igor. **The suicidal crisis: clinical guide to the assessment of imminent suicide risk**. 2^o ed. Oxford University Press, abr. 2023.

GALYNKER, Igor; BLOCH-ELKOUBY, Sarah; COHEN, Lisa J. Suicide crisis syndrome: a specific diagnosis to aid suicide prevention. **World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)**, v. 23, n. 3, p. 362–363, out. 2024.

GAY, Matias. Storytelling in Care: Leveraging Narrative Identity and Suicide Narratives for Advanced Suicide Risk Assessments. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, p. 10783903251321502, 12 mar. 2025.

GOODMAN, Lisa A. *et al.* Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. **Journal of Traumatic Stress**, v. 11, n. 3, p. 521–542, 30 jul. 1998.

HAUGE, Lars Johan *et al.* Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006–2015. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 619, 8 dez. 2018.

HEWITT, Paul L. *et al.* Trait Perfectionism Dimensions and Suicidal Behavior. *In: Cognition and suicide: Theory, research, and therapy*. Washington: American Psychological Association, 2006. p. 215–235.

HOLMES, Thomas H.; RAHE, Richard H. The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 11, n. 2, p. 213–218, ago. 1967.

HOWARTH, Emma J. *et al.* Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour? A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 266, p. 731–742, abr. 2020.

HU, Li-tze; BENTLER, Peter M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**, v. 6, n. 1, p. 1–55, jan. 1999.

JOBES, David A.; JOINER, Thomas E. Reflections on Suicidal Ideation. **Crisis**, v. 40, n. 4, p. 227–230, jul. 2019.

JOINER, Thomas E. *et al.* Whether Called Acute Suicidal Affective Disturbance or Suicide Crisis Syndrome, a Suicide-specific Diagnosis Would Enhance Clinical Care, Increase Patient Safety, and Mitigate Clinician Liability. **Journal of Psychiatric Practice**, v. 24, n. 4, p. 274–278, 1 jul. 2018.

JOLLANT, Fabrice *et al.* Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. **NeuroImage**, v. 51, n. 3, p. 1275–1281, 1 jul. 2010.

JORGENSEN, Terrence D. *et al.* **SemTools: Useful tools for structural equation modeling**. R package version 0.5-4. 2021 <https://CRAN.R-project.org/package=semTools>

KAISER, Henry F.; RICE, John. Little Jiffy, Mark Iv. **Educational and Psychological Measurement**, v. 34, n. 1, p. 111–117, 1 abr. 1974.

KENDLER, Kenneth S.; KARKOWSKI, Laura M.; PRESCOTT, Carol A. Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. **American Journal of Psychiatry**, v. 156, n. 6, p. 837–841, 1 jun. 1999.

KING, Cheryl A.; MERCHANT, Christopher R. Social and Interpersonal Factors Relating to Adolescent Suicidality: A Review of the Literature. **Archives of Suicide Research**, v. 12, n. 3, p. 181–196, 11 jun. 2008.

LEENAARS, Antoon A. Lives and Deaths: Biographical Notes on Selections from the Works of Edwin S. Shneidman. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 40, n. 5, p. 476–491, out. 2010.

LENGVENYTE, Aiste *et al.* Biological bases of suicidal behaviours: A narrative review. **European Journal of Neuroscience**, v. 53, n. 1, p. 330–351, 16 jan. 2021.

LIU, Bao-Peng *et al.* Stressful life events, insomnia and suicidality in a large sample of Chinese adolescents. **Journal of affective disorders**, v. 249, p. 404–409, 15 abr. 2019.

LIU, Luming *et al.* The revised Suicide Crisis Inventory-2 (SCI-2) in Chinese college students: Examining factor structure and validity. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 111, 104672, set. 2025.

LIU, Richard T.; MILLER, Ivan. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. **Clinical Psychology Review**, v. 34, n. 3, p. 181–192, abr. 2014.

LLOVERAS, Lauren B.; LAWRENCE, Olivia C.; GALYNKER, Igor. A conditional process analysis of suicidal thoughts and behaviors in outpatient parents: Examining the Narrative Crisis Model by parenthood status. **Family Process**, v. 63, n. 3, p. 1429–1445, 7 set. 2024.

LÓPEZ-FERNÁNDEZ, Francisco J. *et al.* Suicidal Behavior, Mental Health, and Stressful Life Events Among Adolescents. **Psicothema**, v. 36, n. 4, p. 351–360, jan. 2024.

LUOMA, Jason B.; MARTIN, Catherine E.; PEARSON, Jane L. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. **American Journal of Psychiatry**, v. 159, n. 6, p. 909–916, 1 jun. 2002.

MARCOLAN, João Fernando. For a public policy of surveillance of suicidal behavior. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 5, p. 2343–2347, 2018.

MARCOLAN, João Fernando; SILVA, Daniel Augusto da. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. **Revista M. Estudos sobre a morte, os mortos e o morrer**, v. 4, n. 7, p. 31, 1 set. 2019.

MCDONALD, Keltie *et al.* Trends in method-specific suicide in Brazil from 2000 to 2017. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 56, n. 10, p. 1779–1790, 29 out. 2021.

MCMULLEN, Lauren *et al.* The role of suicide ideation in assessing near-term suicide risk: A machine learning approach. **Psychiatry Research**, v. 304, p. 114118, out. 2021.

MEIRA, Karina Cardoso *et al.* Effect of the COVID-19 Pandemic on Suicide Mortality in Brazil: An Interrupted Time Series Analysis. **International journal of environmental research and public health**, v. 22, n. 2, 21 jan. 2025.

MELO, Matheus Santos *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on suicide mortality in Brazil: an interrupted time series analysis. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, 14 abr. 2025.

MELZER, Laura *et al.* Psychometric Evaluation of the Revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2) in Germany: Factor Structure, Reliability, and Validity in an Online and Outpatient Sample. **Clinical psychology & psychotherapy**, v. 32, n. 3, p. e70106, 2025.

MELZER, Laura; FORKMANN, Thomas; TEISMANN, Tobias. Suicide Crisis Syndrome: A systematic review. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 54, n. 3, p. 556–574, 27 jun. 2024.

MENON, Vikas *et al.* Factor structure and validity of the Revised Suicide Crisis Inventory (SCI-2) among Indian adults. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 73, p. 103119, jul. 2022.

MENON, Vikas *et al.* Factor Structure and Validity of the Suicidal Narrative Inventory Among Indian Adults. **Crisis**, v. 44, n. 5, p. 371–379, set. 2023.

MENON, Vikas *et al.* Psychometric properties and factor structure of the suicidal narrative inventory in major depression: A multicentric evaluation. **Asian journal of psychiatry**, v. 95, p. 104002, maio 2024.

MICHAELS, Matthew S. *et al.* Considerations Regarding Online Methods for Suicide-Related Research and Suicide Risk Assessment. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 45, n. 1, p. 10–17, 27 fev. 2015.

NOCK, M. K. *et al.* Suicide and Suicidal Behavior. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, n. 1, p. 133–154, 14 maio 2008a.

NOCK, M. K. *et al.* Suicide and Suicidal Behavior. **Epidemiologic Reviews**, v. 30, n. 1, p. 133–154, 14 maio 2008b.

O'CONNOR, Rory C. *et al.* Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: the relationship between goal disengagement, goal reengagement and suicidal ideation. **Behaviour research and therapy**, v. 47, n. 2, p. 164–9, fev. 2009.

O'CONNOR, Rory C. *et al.* Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: a two year prospective study. **Journal of affective disorders**, v. 142, n. 1–3, p. 248–55, 15 dez. 2012.

O'CONNOR, Rory C.; NOCK, Matthew K. The psychology of suicidal behaviour. **The Lancet Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 73–85, jun. 2014.

OLFSON, Mark *et al.* Short-term Suicide Risk After Psychiatric Hospital Discharge. **JAMA Psychiatry**, v. 73, n. 11, p. 1119, 1 nov. 2016.

ORELLANA, Jesem Douglas Yamall; DE SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte. Excess suicides in Brazil: Inequalities according to age groups and regions during the COVID-19 pandemic. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 68, n. 5, p. 997–1009, 27 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>>. Acesso em: 15 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicide rates**. Disponível em: <<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>>. Acesso em: 15 jul. 2025.

ORNELL, Felipe *et al.* Differential impact in suicide mortality during the COVID-19 pandemic in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 2022.

OTTE, Stefanie *et al.* Analyzing suicidality in German forensic patients by means of the German version of the suicide crisis inventory (SCI-G). **Journal of Forensic Psychiatry and Psychology**, v. 31, n. 5, p. 731–746, 2 set. 2020.

PALITSKY, Daniel *et al.* The Association Between Adult Attachment Style, Mental Disorders, and Suicidality. **Journal of Nervous & Mental Disease**, v. 201, n. 7, p. 579–586, jul. 2013.

PALMA, Danielly Cristina de Andrade; OLIVEIRA, Beatriz Fátima Alves de; IGNOTTI, Eliane. Suicide rates between men and women in Brazil, 2000-2017. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021.

PANESAR, Balpreet *et al.* The Role of Perceived Social Support in the Association Between Stressful Life Events and Suicidal Behavior. **Frontiers in psychiatry**, v. 12, p. 699682, 2021.

PARGHI, Neelang *et al.* Assessing the predictive ability of the Suicide Crisis Inventory for near-term suicidal behavior using machine learning approaches. **International journal of methods in psychiatric research**, v. 30, n. 1, p. e1863, mar. 2021.

PARK, Ji Yoon *et al.* Factor Structure and Validation of the Revised Suicide Crisis Inventory in a Korean Population. **Psychiatry Investigation**, v. 20, n. 2, p. 162–173, 25 fev. 2023.

PEPER-NASCIMENTO, Jefte *et al.* Suicide Risk Moderates the Relationship Between Stressful Life Events, the Suicidal Narrative, and the Suicide Crisis Syndrome: A Brazilian Cross-Sectional Study. **Archives of Suicide Research**, v. 28, n. 4, p. 1186–1199, 9 out. 2024a.

PEPER-NASCIMENTO, Jefte *et al.* Suicide Crisis Inventory-2: factor structure, internal consistency, and validity in a Brazilian sample. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 46, e20233366, 2024b.

PEPER-NASCIMENTO, Jefte. *et al.* Abbreviated Suicidal Narrative Inventory: factor structure, internal consistency, and validity in a Brazilian sample. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 46, e20233270, 11 mar. 2024c.

PIA, Tyler *et al.* Perfectionism and Prospective Near-Term Suicidal Thoughts and Behaviors: The Mediation of Fear of Humiliation and Suicide Crisis Syndrome. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 4, p. 1424, 22 fev. 2020.

PODLOGAR, Matthew C. *et al.* Who are we missing? Nondisclosure in online suicide risk screening questionnaires. **Psychological Assessment**, v. 28, n. 8, p. 963–974, ago. 2016.

POMPILI, Maurizio *et al.* Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. **Psychiatry Research**, v. 186, n. 2–3, p. 300–305, abr. 2011.

POSNER, Kelly *et al.* The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. **American Journal of Psychiatry**, v. 168, n. 12, p. 1266–1277, dez. 2011.

REVELLE, William. psych: **Procedures for Personality and Psychological Research**. 2017. <https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/psych-procedures-for-personality-and-psychological-research>

RIBEIRO, J. D. *et al.* Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 2, p. 225–236, 15 jan. 2016.

RICHARDS, Julie E. *et al.* Understanding Why Patients May Not Report Suicidal Ideation at a Health Care Visit Prior to a Suicide Attempt: A Qualitative Study. **Psychiatric Services**, v. 70, n. 1, p. 40–45, 1 jan. 2019.

ROGERS, Megan L. *et al.* Cross-national presence and sociodemographic correlates of the suicide crisis syndrome. **Journal of Affective Disorders**, v. 329, p. 1–8, maio 2023.

ROSSEEL, Yves. **lavaan** : An R Package for Structural Equation Modeling. **Journal of Statistical Software**, v. 48, n. 2, 2012.

ROTHES, Inês Areal *et al.* Facing a Patient Who Seeks Help After a Suicide Attempt. **Crisis**, v. 35, n. 2, p. 110–122, 1 mar. 2014.

SCAINI, Giselli; QUEVEDO, João. Suicide rates in the United States continue to rise. Are rates in Brazil underestimated? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 4, p. 347–348, dez. 2018.

SCHUCK, Allison *et al.* Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. **Behavioral Sciences & the Law**, v. 37, n. 3, p. 223–239, 21 maio 2019a.

SCHUCK, Allison *et al.* Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. **Behavioral Sciences & the Law**, v. 37, n. 3, p. 223–239, 21 maio 2019b.

SILVERMAN, Morton M.; BERMAN, Alan L. Feeling Ill at Ease with a New Disease: Labeling Suicide-Related Behaviors as a DSM-5 Diagnosis. **Crisis**, v. 41, n. 4, p. 241–247, 1 jul. 2020.

SOARES, Fernanda Cunha; STAHNKE, Douglas Nunes; LEVANDOWSKI, Mateus Luz. Tendência de suicídio no Brasil de 2011 a 2020: foco especial na pandemia de covid-19. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, p. 1, 20 dez. 2022.

SPURGEON, A. The Life Events Inventory: re-scaling based on an occupational sample. **Occupational Medicine**, v. 51, n. 4, p. 287–293, 1 jun. 2001.

STENE-LARSEN, Kim; RENEFLLOT, Anne. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 47, n. 1, p. 9–17, 5 fev. 2019.

TUCKER, Raymond P. *et al.* Risk Factors, Warning Signs, and Drivers of Suicide: What Are They, How Do They Differ, and Why Does It Matter? **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 45, n. 6, p. 679–689, 8 dez. 2015.

VANDENBERG, Robert J.; LANCE, Charles E. A Review and Synthesis of the Measurement Invariance Literature: Suggestions, Practices, and Recommendations for Organizational Research. **Organizational Research Methods**, v. 3, n. 1, p. 4–70, 1 jan. 2000.

VAN ORDEN, Kimberly A. *et al.* The interpersonal theory of suicide. **Psychological Review**, v. 117, n. 2, p. 575–600, 2010.

WANG, Yunqiao *et al.* A Population-Based Longitudinal Study of Recent Stressful Life Events as Risk Factors for Suicidal Behavior in Major Depressive Disorder. **Archives of Suicide Research**, v. 19, n. 2, p. 202–217, 3 abr. 2015a.

WENZEL, Amy; BECK, Aaron T. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. **Applied and Preventive Psychology**, v. 12, n. 4, p. 189–201, out. 2008.

WROSCH, Carsten *et al.* Giving Up on Unattainable Goals: Benefits for Health? **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 33, n. 2, p. 251–265, 1 fev. 2007.

WU, Chia-Yi *et al.* A Validation Study of the Taiwanese Suicide Crisis Inventory Version 2 to Detect Suicidality in an Online Population Survey. **Journal of Suicidology**, v. 17, p. 124–133, 2022.

YASEEN, Zimri *et al.* Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. **BMC Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 110, 14 dez. 2010.

YASEEN, Zimri S. *et al.* Predictive Validity of the Suicide Trigger Scale (STS-3) for Post-Discharge Suicide Attempt in High-Risk Psychiatric Inpatients. **PLoS ONE**, v. 9, n. 1, p. e86768, 21 jan. 2014.

YASEEN, Zimri S. *et al.* Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 49, n. 4, p. 1124–1135, 2 ago. 2019.

ЧИСТОПОЛЬСКАЯ, К. А. *et al.* Адаптация «Опросника суицидального нарратива» на российской выборке. **Суицидология**, v. 11, n. 04(41), p. 76–90, 30 dez. 2020.

ЧИСТОПОЛЬСКАЯ, К. А. *et al.* Адаптация «Опросника суицидального кризиса» (SCI-2) на российской интернет-выборке во время эпидемии COVID-19. **Суицидология**, v. 13, n. 01(46), 18 jun. 2022.

**ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa e Humanos da
UNESC**

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DE SUICÍDIOS NO PERÍODO DE QUARENTENA DA
COVID-19

Pesquisador: Samira da Silva Valvassori

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37216620.6.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.275.326

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

ANEXO B – Autorização para tradução, adaptação e validação do SNI-38 e SCI-2

Igor Galynker, MD, PhD
Associate Chairman for Research
Department of Psychiatry
Director, Richard and Cynthia Zirinsky Center
for Bipolar
Director, Suicide Research and Prevention
Laboratory at Mount Sinai
Professor, Icahn School of Medicine at Mount
Sinai

Phone: 212.420.4535
Fax: 212.420.3442
Email: igalynke@chpnet.org
igor.galynker@mountsinai.org

To whom it may concern:

It is with great pleasure that we permit Dr. Samira S. Valvassori to translate, adapt, and utilize the following lab-developed scales:

- Suicide Narrative Inventory-SNI
- Suicide Crisis Inventory-2 SCI-2
- Stressful Life Events Questionnaire -SLEQ

Thank you,

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Igor Galynker".

Igor Galynker, PhD, MD

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

PREVENÇÃO DE SUICÍDIOS NO PERÍODO DE QUARENTENA DA COVID-19

Objetivo: Conhecer e caracterizar os efeitos que a pandemia da COVID -19 pode desencadear e identificar se este evento realiza ação estressantes na vida dos indivíduos saudáveis e aqueles vulneráveis psicologicamente, podendo então, correlacionam-se com a intensidade da Síndrome de Crise Suicida e outras medidas de ideação e comportamento suicida entre a comunidade e a população psiquiátrica.

Tempo estimado para responder ao questionário: de 30 a 35 minutos.

Pesquisadores responsáveis:

Profa. Dr^a. Samira S. Valvassori.

MsC. Jhoanne Merlyn Luiz.

Jefté Peper do Nascimento.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e está registrada no

CAAE: 37216620.6.0000.0119

Convidamos você para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que: Poderei desistir a qualquer momento da pesquisa. Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
--

<p>Essa pesquisa será realizada através de um link on-line, onde os participantes responderão um questionário com o objetivo de conhecer e caracterizar os efeitos que o surto da COVID-19 pode desencadear e identificar se este evento realiza ação estressantes na vida dos indivíduos saudáveis e aqueles vulneráveis psicologicamente, podendo então, se correlacionar com a intensidade da Síndrome de Crise Suicida e outras medidas de ideação e comportamento suicida entre a comunidade e a população psiquiátrica.</p>

<p>Este estudo trata-se de um estudo colaborativo internacional, liderado pelo Prof. PhD Igor Galynker, que é Presidente Associado e Diretor de Pesquisa do Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina Icahn no Monte Sinai, e coordenado por Jenelle Richards. No Brasil, o projeto estará sendo coordenado pela Profa. PhD Samira Valvassori da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Este estudo justifica-se pela relevância do tema, pois faz se necessário discutir medidas para a prevenção de suicídios nesse período de pandemia da COVID-19. Desta forma também é fundamental avaliar o impacto do isolamento social e as implicações que essa situação pode ocasionar sobre a saúde mental e física da população. Visto que algumas pessoas podem estar em situações vulneráveis emocionalmente e que podem ser agravadas pelo impacto do isolamento e condições atuais. O que pode comprometer a saúde do indivíduo como um todo, impactando diretamente a sua qualidade de vida e condição de saúde, refletindo ainda na produtividade e diretamente na autopercepção de saúde e vida.</p>

Recursos nacionais e locais para crises serão fornecidos na ficha de informações dos participantes no início e no final do estudo, medidas relacionadas ao suicídio concluídas durante o estudo e na ficha de esclarecimento ao final de cada ponto de coleta de dados.

Especificamente, serão apresentados números de telefone e um link para programas de bate-papo on-line, como a Linha de Vida Nacional para a Prevenção do Suicídio, o link estará disponível <https://www.cvv.org.br/> na página da pesquisa. Os recursos também aparecerão para que os participantes em crise possam ser imediatamente desviados para suporte através do **Centro de Valorização da Vida (CVV)** e também com o **Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS)**.

O Centro de Valorização da Vida (CVV) realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat **24 horas todos os dias. Acesso pelo telefone 188.**

O Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), é um programa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) o qual fornece o serviço de assistência às vítimas de qualquer tipo de violência: sexual, psicológica/moral, financeira/econômica, institucional, negligência, física, trabalho infantil, tortura, tráfico de seres humanos, suicídio e bullying. **O NUPREVIPS atende de forma interdisciplinar e multiprofissional**, buscando a integralidade da atenção. O indivíduo receberá total ajuda que necessite sob total sigilo **por telefone (48) 3431-2764 e/ou whatsApp (48) 99644-1887.**

BENEFÍCIOS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecimento do impacto das medidas pandêmicas e da quarentena causada pela COVID-19 sobre a saúde física e mental dos indivíduos. ✓ Identificação da autopercepção de saúde física e mental, anterior, durante e após o isolamento social. ✓ Contribuir com dados científicos de qualidade sobre os efeitos do isolamento social causado pela pandemia da COVID-19 sobre as dimensões de saúde dos indivíduos. ✓ Contribuir para a criação de estratégias que possam minimizar os efeitos das medidas de isolamento social sobre a saúde psíquica da população e contribuir para a criação de estratégias a serem empregadas em momentos pandêmicos. ✓ Pode haver algum benefício psicológico, ou seja, alívio causado pela discussão detalhada dos sintomas e revisão objetiva da história passada. Bem como a disponibilidade de informações e contatos com centros especializados e orientações sobre a importância da saúde mental. ✓ Encaminhamento para o Centro de Valorização da Vida – CVV quando for necessário para os participantes. Encaminhamento e assistência pelo Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS) da UNESC que promove atendimento as vítimas de qualquer tipo de violência psicológica/moral, financeira/econômica, institucional, negligência, física, trabalho infantil, tortura, tráfico de seres humanos, suicídio e bullying.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, aceito participar da pesquisa.

Ao clicar em "Avançar", você está fornecendo consentimento virtual e concordando em participar do estudo a seguir.

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico

Dados demográficos

1. Idade:
2. Qual é seu gênero?
 - Masculino
 - Feminino
 - Transgênero, Masculino para o Feminino (MF)
 - Transgênero, Feminino para o Masculino (FM)
 - Transgênero, não se identifica como homem ou mulher
 - Não tenho certeza
 - Recuso declarar
3. Qual a sua identidade racial ou étnica?
 - Masculino
 - Branco
 - Pardo
 - Negro
 - Indígena
 - Amarelo
 - Outro
4. Em qual Estado você reside atualmente? (Por favor, use a abreviação de duas letras)
5. Qual o seu estado civil atual?
 - Solteiro(a)
 - Namorando
 - Morando junto sem estar casado
 - Casado(a)
 - Separado(a)
 - Divorciado(a)
 - Viúvo(a)
6. Qual a sua escolaridade?
 - Ensino Fundamental
 - Ensino médio
 - Ensino técnico
 - Graduação incompleta
 - Graduação completa
 - Mestrado
 - Doutorado

APÊNDICE C – Inventário da Narrativa Suicida Abreviado

Restrição de publicação.

APÊNDICE D – Inventário da Crise de Suicídio

Restrição de publicação.

APÊNDICE E – Questionário de Eventos de Vida Estressantes

Restrição de publicação.

APÊNDICE F – Escala de Avaliação de Gravidade de Suicídio de Columbia

Restrição de publicação.