

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

JHOANNE MERLYN LUIZ

**INFLUÊNCIAS DAS MUDANÇAS NO STATUS OCUPACIONAL
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE DESFECHOS
SUICIDAS NO BRASIL**

**CRICIÚMA
NOVEMBRO, 2023**

JHOANNE MERLYN LUIZ

**INFLUÊNCIAS DAS MUDANÇAS NO STATUS OCUPACIONAL
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE DESFECHOS
SUICIDAS NO BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Samira da Silva Valvassori

**CRICIÚMA
NOVEMBRO, 2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

L953i Luiz, Jhoanne Merlyn.
Influências das mudanças no status
ocupacional durante a pandemia de COVID-19
sobre desfechos suicidas no Brasil / Jhoanne
Merlyn Luiz. - 2023.
88 p. : il.

Tese (Doutorado) - Universidade do Extremo
Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde, Criciúma, 2023.

Orientação: Samira da Silva Valvassori.

1. Status ocupacional. 2. Saúde mental. 3.
Ideação suicida. 4. Narrativa suicida. 5.
Síndrome da crise de suicídio. I. Título.

CDD 23. ed. 616.858445

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



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

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado de Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado) reuniram-se para realizar a arguição da Tese de **DOUTORADO** apresentada pela candidata **JHOANNE MERLYN LUIZ**, sob o título “**INFLUÊNCIAS DAS MUDANÇAS NO STATUS OCUPACIONAL DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE DESFECHOS SUICIDAS NO BRASIL**” do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Após haver analisado o referido trabalho e arguido a candidata, os membros são de parecer pela “**APROVAÇÃO**” da Tese.

Criciúma, SC, 22 de novembro de 2023.

Jaqueline Generoso

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

Josiane Budni

Profa. Dra. JOSIANE BUDNI
Membro Interno – UNESC

Luciane Bisognin Ceretta

Profa. Dra. LUCIANE BISOGNIN CERETTA
Membro Externo – UNESC

Gisele Lovatel

Profa. Dra. GISELE AGUSTINI LOVATEL
Membro Externo – UFSC

Samira S. Valvassori

Profa. Dra. Samira da Silva Valvassori
Orientadora

Emilio Luiz Streck

Prof. Dr. Emilio Luiz Streck
Coordenador Titular do PPGCS

A tese foi elaborada seguindo o estilo Vancouver 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.

Dedico esse trabalho aos meus pais, **Maria Goretti** e **Jovenil (in memoriam)**, meus maiores motivadores a buscar uma vida melhor através do estudo, toda gratidão avocês mãe e pai, além de me dar a vida, me ensinam todo dia a como viver....

Dedico também com todo meu amor e saudade, a minha filha de coração **Joelle Camile Luiz (in memoriam)**, que com sua forma angelical me inspirou, me modificou, me conduziu para esse caminho, e me tornou alguém. Não há palavras para descrever tudo que você é para mim, e tudo que você transformou em minha vida.

“Eu amo vocês meus anjos”.

AGRADECIMENTOS

Lembro-me, primeiramente de **Deus** e **Nossa Senhora** que acompanharam meus passos, me guiaram nesse caminho, e que me deram força e coragem para lutar e enfrentar as batalhas para chegar até aqui.

Quero com muito carinho agradecer minha orientadora, **Prof.^a Samira da Silva Valvassori**, demonstrando aqui, em singelas palavras, o meu especial e sincero obrigada por todos os momentos que enriqueceram o meu conhecimento profissional e pessoal. Agradeço imensamente pela ajuda na realização deste trabalho, mas especialmente pela possibilidade de sermos amigas, sem dúvidas com suas palavras você soube me estimular a vencer as grandes batalhas emocionais que vivi nestes últimos anos.

Sá você soube ser um grande porto seguro, um colo e um acalento a quem enfrentava uma grande tempestade. Obrigada de todo meu coração, em muitos dias você foi um raio de sol.

Precisei adiar muitas coisas, inclusive a finalização desse trabalho, precisei estar ausente para estar presente ao lado do meu pai, juntos enfrentamos uma grande batalha contra o câncer, e a poucos meses, meu paizinho partiu desse mundo, um pedaço meu foi com ele, é como algo se quebrasse em mim, hoje tentando honrar seu amor e seu legado vou dando continuidade aos nossos sonhos, enfim findou seu sofrimento físico. Meu Pai lutou imensamente pela sua vida, ele queria tanto viver, queria tanto a cura, Deus o escutou pai, a cura veio, mas infelizmente não foi como esperávamos, a sua cura foi divina e espiritual, hoje o senhor descansa no paraíso!!! Eu lutei com o senhor meu pai, queria você aqui, queria que tudo tivesse sido diferente, obrigada por tudo, Meu Pai enfrentou seu diagnóstico sem que fosse uma sentença, escreveu sua história, não aceitou um ponto final, ressignificou o viver, e ressignificou o nosso olhar para vida, lutamos juntos por 3 anos e 5 meses, esse tempo foi de um querer viver imenso, intenso, meu pai o senhor partiu para outro plano, seu corpo físico lutou bravamente, mas sua casquinha se foi, seu espírito continua vivo, segue vivo em mim, segue vivo nas minhas memórias, e seguirá vivo em meu coração. Todos os meus sonhos também foram sonhados pelo senhor meu pai, e finalizar esse trabalho é uma forma de realizar mais esse sonho dele!!!

Que antes de partir sempre expressou seu orgulho de ter sua filha uma

doutora, a filha do pedreiro se formou doutora, sem seu amor e ensino meu pai, eu não estaria aqui e nem seria o que eu sou.

Com meu imenso amor, agradeço aos meus pais, **Jovenil dos Santos Luize Maria Goretti Santos Luiz**, pois sem vocês nada seria possível. Obrigado por me incentivarem a seguir o caminho do conhecimento, e principalmente por sempre me fazerem acreditar que não há limites para os sonhos, que é preciso acreditar em si mesmo, ter fé, e dar o seu melhor sempre em tudo que faz. E assim então, eu poderia realizar meus sonhos. Obrigada por superarem o medo, e me estimular a abrir minhas asas e voar, assim aos meus 16 anos de idade fui buscar realizar meus sonhos na cidade grande, para ter uma formação e aprendizado de qualidade. **Pai e Mãe**, hoje estou muito perto de me tornar Doutora, e tudo de maravilhoso que estamos por viver, vem de um esforço em conjunto, sem vocês não seria possível. Obrigada por serem o pilar de fé que me sustentava dia a dia, e que em dias difíceis, sem dúvida a oração da senhora minha mãe renovou as minhas forças. **Mãe e Pai** obrigada por me ouvir e me compreender, por me incentivarem em tudo e por não medirem esforços para me ajudar a continuar. Obrigada por entenderem minhas ausências, por aceitarem a distância física, e por nunca deixarem de acreditar em mim “Obrigada por tudo” hoje mais uma vitória se aproxima, e ela é tão minha, quanto é de vocês ... Amém.

Em especial quero agradecer ao meu melhor amigo, meu companheiro detodas as horas, meu Amor **Alex da Silva de Luca**, obrigada por todo tempo dedicado a mim, pela imensa paciência, pelos incentivos diários e por tentar solucionar meus problemas como se fossem seus. Obrigada por sonhar comigo, e por sempre me amparar quando eu caí, sem sua ajuda e seu amor nada disso estaria se realizando “Ao infinito e além eu te amarei”.

Não poderia deixar de agradecer aos amigos que conquistei ao longo do caminho, presentes que Deus coloca para facilitar a caminhada. A elas Fisioterapeutas maravilhosas, **Larissa de Souza da Silveira e Kyanne Alano de Moura**, quero agradecer por toda ajuda, por muitas conversas, incentivos, empurrões do bem, abraços, sorrisos e lágrimas, obrigada por me ajudarem em muitos momentos, principalmente por não soltarem minha mão, e não deixarem de acreditar que eu conseguiria, mesmo em meio a tantas tempestades que me viram passar, e a outras tantas que passaram comigo.

Obrigada por me incentivarem na docência, e por vocês me inspirarem a ser uma

pessoa e profissional melhor, gratidão a vocês, por me ajudarem a chegar a esse momento. Deus sabe de todas as coisas e une as pessoas certas para que juntas possam fazer mais, minhas preferidas, obrigada pelo amor, acolhimento, amizade e companheirismo. Amo vocês!!!

Aos meus queridos pacientes que sempre foram compreensivos e grandes incentivadores, para que eu seguisse estudando e seguindo o caminho do conhecimento e do saber. Em especial agradeço a meus grandes amigos **Marisa Meister Sommer e Willy Arno Sommer**, que em muitos momentos foram o conselho sensato e a ajuda que precisava para continuar. Família também é aquela que a gente escolhe, amo vocês!!!

Gostaria de agradecer a meus irmãos, **John Alisson Luiz e Dienne Aparecida Luiz**, por sempre estarem comigo, por entenderem minha ausência, e principalmente por me amarem. Irmãos são nossos primeiros amigos, e sem dúvida, eu não seria quem eu sou se eu não tivesse vocês. Sou um pedacinho de cada um de vocês, e espero que nossa união seja eterna. Amo vocês.

Em especial a minha amiga de infância. Obrigada por me mostrar o quanto grande pode ser o amor por outra pessoa e que família também é aquela que a gente escolhe. Minha amiga irmã **Evellyn Emerichs**, obrigada por todo incentivo, por sempre me animar e sempre se fazer presente mesmo com a distância física. Sem sua amizade eu não seria quem sou e não teria chegado aonde cheguei.

A todas as colegas e amigos do **Laboratório de Psiquiatria Translacional, e laboratório de pesquisa em Transtorno Bipolar**, pela Família que criamos, pelo empenho em realizar toda a pesquisa. Em especial quero agradecer imensamente os colegas de pesquisa, que foram fundamentais para que eu pudesse concluir essa tese, gratidão, **Taise Possamai Della, Jorge Machado de Aguiar Geraldo, Jefte Peper do Nascimento e Samira Menegas**, vocês sem dúvida são um presente desse percurso, nossa amizade é algo que quero levar para toda a vida, de todo meu coração obrigada por toda ajuda, dedicação, paciência e todo companheirismo.

Agradeço a oportunidade de realizar este estudo, a parceria com os laboratórios internacionais, gratidão ao **Prof. Dr. Igor Galynker**, que é Presidente Associado e Diretor de Pesquisa do Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina Icahn no Monte Sinai, com muito carinho a **Jenelle Richards**, por nos permitir construir um trabalho tão importante durante a pandemia mundial...

Meu muito, muito obrigada a **Universidade do Extremo Sul Catarinense**,

ao **Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde- PPGCS da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC** pela oportunidade de uma formação de qualidade, meu muito obrigada a **meus Professores** por todo conhecimento compartilhado. Obrigada por transformar alguém tão simples em uma Doutora.

Aos **Queridos Participantes** desse trabalho que compuseram a amostra deste estudo, gratidão. Sem vocês este trabalho não teria se concretizado, muito obrigada de todo coração. Desejo infinitas bênção na vida de todos vocês.

“O nosso cérebro é o melhor brinquedo já criado: nele se encontram todos os segredos, inclusive o da felicidade.” – Charles Chaplin

RESUMO

O *status* ocupacional é um importante fator associado à saúde mental do indivíduo, com possível impacto para o risco de suicídio. Considerando os efeitos econômicos da pandemia de Doença de Coronavírus-19 (COVID-19), o *status* ocupacional foi influenciado diretamente ou indiretamente por esse contexto no Brasil. Portanto, o objetivo do presente estudo foi examinar as diferenças nos sintomas da narrativa suicida e da síndrome de crise de suicídio e ideação suicida entre aqueles que mantiveram, perderam e ganharam emprego ou *status* educacional durante a pandemia de COVID-19. O presente estudo trata-se de um estudo transversal baseado em um questionário *online*. Os indivíduos foram recrutados por meio de plataformas de mídia social entre novembro de 2020 e outubro de 2021. As mudanças no *status* ocupacional foram avaliadas em 2.259 indivíduos. A amostra foi dividida em grupos de acordo com as mudanças do *status* ocupacional (emprego e/ou estudo); (1) aqueles que mantiveram, (2) aqueles que perderam, (3) aqueles que ganharam e (4) desempregados. Os desfechos suicidas foram avaliados através do Inventário da Narrativa Suicida, Inventário da Crise Suicida e da Escala de Classificação da Gravidade do suicídio (Columbia). A partir dos dados encontrados no presente estudo, as mudanças no *status* ocupacional influenciaram sintomas da síndrome de crise de suicídio e da narrativa suicida, mas não a ideação suicida. Aqueles que mantiveram seu emprego apresentaram menos sintomas de narrativa suicida e síndrome de crise de suicídio, comparado àqueles que perderam o emprego e aos desempregados. Esses achados sugerem que é apropriado considerar mudanças no *status* ocupacional como fator associado à piora da saúde mental durante pandemias.

Palavras-chave: Mudanças no status ocupacional; Saúde Mental; Ideação Suicida; Narrativa Suicida; Síndrome da Crise de suicídio.

ABSTRACT

Occupational status is an important factor associated with an individual's mental health, with a possible impact on the risk of suicide. Considering the economic effects of the Coronavirus Disease-19 (COVID-19) pandemic, occupational status was directly or indirectly influenced by this context in Brazil. Therefore, the aim of the present study was to examine differences in suicidal narrative and suicide crisis syndrome symptoms, and suicidal ideation among those who maintained, lost, and gained employment or student status during the COVID-19 pandemic. It is a cross-sectional study based on an online and anonymous self-report questionnaire. Participants were recruited through social media platforms between November 2020 and October 2021. Changes in occupational status were assessed in 2,259 individuals. The sample was divided into four groups according to work (full-time/part-time) and study status (1) maintained, (2) lost, (3) gained, and (4) unemployed. Suicide outcomes were investigated by the Suicidal Narrative Inventory, Suicide Crisis Inventory, and Columbia - Suicide Severity Rating Scale Screener version. From the data found here, changes in occupational status influenced symptoms of the suicide crisis syndrome and suicidal narrative, but not suicidal ideation. Those who maintained their work, such as full-time/part-time scored lower on the total scores of the Suicidal Narrative Inventory and Suicide Crisis Inventory-2 compared to those who lost their employed status and unemployed. Our findings suggest that it is appropriate to consider changes in employed status as a mental health risk factor during pandemics.

Keywords: Changes in Occupation; Mental Health; Suicidal Ideation; Suicidal Narrative; Suicide Crisis Syndrome.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas dos participantes-----	29
Tabela 2 – Pontuações do SCI-2, SNI e C-SSRS dos participantes-----	30
Tabela 3 – Situação ocupacional dos participantes antes e durante a implementação da pandemia de COVID-19 no Brasil_____	31
Tabela 4 – Efeitos das mudanças no status ocupacional durante a pandemia de COVID-19 em SNI, SCI-2 e C-SSRS -----	33
Tabela Suplementar 1 - Efeitos das mudanças no status ocupacional durante a pandemia de COVID-19 em subescalas do SNI-----	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA – Análise de Variância

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos

COVID-19 – Doença de Coronavírus 19 (do inglês, *Corona virus disease*)

CoVs – Coronavírus

C-SSRS – Escala de Avaliação de Severidade de Suicídio de Columbia (do inglês, *Columbia – Suicide Severity Rating Scale*)

CVV – Centro de Valorização da Vida

DP – Desvio Padrão

DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EUA – Estados Unidos da América

GISAID – Iniciativa Global de Compartilhamento de Todos os Dados da Influenza (do inglês, *Global Initiative on Sharing All Influenza Data*)

ISPARC – Pesquisa Internacional para Avaliação da Prevenção de Suicídio para COVID-19 (do inglês, *International Suicide Prevention Assessment Research for COVID-19*)

MERS-CoV: Síndrome Respiratória do Oriente Médio

NCM – Modelo Narrativa-Crise (do inglês *Narrative Crisis-Model*)

NUPREVIPS – Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV: Corona Vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave

SARS-CoV-2: Corona Vírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave

SCI-2 – Inventário da Crise Suicida (do inglês, *Suicide Crisis Inventory-2*)

SNI – Inventário da Crise Suicida Abreviado (do inglês, *Abbreviated Suicidal Narrative Inventory*)

SPSS – Pacote Estatístico para Ciências Sociais (do inglês, *Statistical Package for the Social Sciences*)

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 SUICÍDIO: DEFINIÇÕES GERAIS, EPIDEMIOLOGIA E TEORIAS.....	14
1.2 MODELO NARRATIVA-CRISE DO SUICÍDIO	15
1.3 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19.....	17
1.4 STATUS OCUPACIONAL E SUICÍDIO NA COVID-19	20
1.5 JUSTIFICATIVA.....	21
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3 MATERIAIS E MÉTODOS	24
3.1 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	24
3.2 PARTICIPANTES.....	25
3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	26
3.3.1 Status ocupacional e informações sociodemográficas	26
3.3.2 Abbreviated Suicidal Narrative Inventory (SNI)	26
3.3.3 Suicide Crisis Inventory-2 (SCI-2).	27
3.3.4 Columbia - Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)	27
3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	27
4 RESULTADOS	29
5 DISCUSSÃO	34
6 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	50
ANEXO A – Autorização do autor para tradução, adaptação e validação das escalas.....	51
ANEXO B – Parecer substanciado do CEP	52
ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido	57
ANEXO D – Abbreviated Suicidal Narrative Inventory (SNI)	63
ANEXO E – Suicide Crisis Inventory (SCI-2)	66
ANEXO F – Columbia - Suicide Severity Rating Scale	80
APÊNDICES	81
APÊNDICE A – Material de divulgação nas mídias sociais.....	82

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico online.....	83
APÊNDICE C – Tabela Suplementar 1 - Efeitos das mudanças no status ocupacional durante a pandemia de COVID-19 em subescalas do SNI	87

1 INTRODUÇÃO

1.1 SUICÍDIO: DEFINIÇÕES GERAIS, EPIDEMIOLOGIA E TEORIAS

A palavra suicídio é derivada do latim *sui-*, que significa “auto” ou “si mesmo”, e *caedere-*, que significa cortar, reduzir ou matar (Turecki e Brent, 2016). De uma forma geral, o suicídio pode ser definido como um ato destrutivo infringido a si mesmo, com alguma intenção do indivíduo de acabar com a própria vida (Sher e Oquendo, 2023). Derivado desta definição inicial, surgem dois desfechos associados. O primeiro deles é o comportamento suicida, que é muitas vezes utilizado para se referir a morte induzida pelo suicídio; entretanto, pode ser também aplicado para se referir a qualquer tentativa de suicídio (Turecki et al., 2019). O segundo é a ideação suicida, definido como todos os pensamentos, desejos e preocupações com o suicídio, com um grau de severidade variado. Além disso, alguns autores ainda incluem na definição de ideação suicida, os pensamentos de planejamentos para a execução do suicídio (Sher e Oquendo, 2023).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que mais de 700 mil pessoas morrem de suicídio por ano, sendo considerada como a 4ª principal causa de morte entre indivíduos com 15-29 anos (WHO, 2021). No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde (2020), a taxa bruta de mortalidade por suicídio é de 7 óbitos por 100 mil habitantes. Entretanto, é importante pontuar que alguns autores afirmam que esse dado pode estar mascarado devido a altas taxas de não notificação (Marcolan e da Silva, 2019; Silva e Marcolan, 2021). Além disso, alguns autores demonstram que o número de suicídios tem aumentado com o passar dos anos. Nos Estados Unidos, por exemplo, entre o ano de 1999 e 2018 houve um aumento de 35% na mortalidade ocasionada pelo suicídio, sendo considerada a 10ª principal causa de morte nesta população (Hedegaard et al., 2020). Ademais, a OMS define a prevenção do suicídio como uma grande prioridade para a agenda global de saúde pública (WHO, 2021). Como comentado por Caine (2013) um dos focos para prevenção seria o entendimento das causas do suicídio. Para isso, diversos autores teorizaram sobre esse tópico ao longo da história.

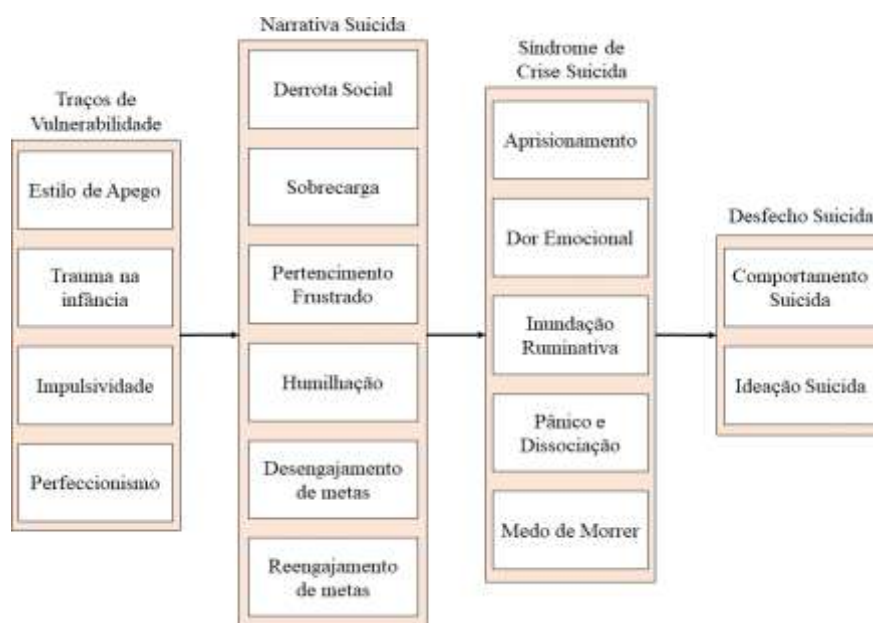
O suicídio não é um problema novo na humanidade, mas as primeiras teorias surgem com os estudos de Durkheim (Taylor, 1982), que dividia o suicídio em tipos: o suicídio altruísta, fatalista e anômico. Entretanto, com o passar dos anos, diversas teorias e modelos surgem (Banerjee et al., 2021) para explicar as possíveis causas do suicídio como a teoria interpessoal de Joiner (2009), a teoria do estresse social (Rubenstein, 1986) e as teorias biológicas (DeCatanzaro, 1980). Porém, nenhuma foi capaz de entender totalmente a complexidade das causas do suicídio. Desta forma, não houve uma redução significativa nas taxas de suicídio ao longo dos últimos anos (Nock et al., 2008; Franklin et al., 2017). Recentemente, um novo modelo foi teorizado, relacionando os fatores de risco de curto e de longo prazo, denominado Modelo Narrativa-Crise (NCM, do inglês *Narrative Crisis-Model*) do suicídio (Galynker, 2017).

1.2 MODELO NARRATIVA-CRISE DO SUICÍDIO

Postulado inicialmente por Galynker (2017) o NCM surge da necessidade de um diagnóstico específico para o suicídio. Atualmente, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) não define os critérios para o diagnóstico de comportamentos pré-suicidas, dificultando a identificação precoce dessa condição (American Psychiatric Association, 2014). As estratégias atuais utilizadas pela clínica médica se baseiam na ideação suicida autorrelatada, além do histórico do paciente com tentativas anteriores. Entretanto, alguns autores destacam que essas estratégias são ineficazes na redução da taxa de suicídio (Schuck et al., 2019). Isso se deve ao fato de que os pacientes em um estado mental pré-suicida tendem a ocultar as suas ideações, o que dificulta a identificação precoce dessa condição e subsequente encaminhamento para o tratamento adequado (Busch et al., 2003).

Ao contrário da estratégia atual, o NCM se baseia na interação de três componentes distintos que interagem entre si: os traços de vulnerabilidade, a narrativa suicida e a síndrome de crise de suicídio, exemplificado na **Figura 1** (Li et al., 2017; Li et al., 2018; Schuck et al., 2019; Calati et al., 2020). Primeiramente, os traços de vulnerabilidade dizem respeito aos fatores de riscos inerentes ou adquiridos do indivíduo, não necessariamente diretamente relacionados com o estado atual do

paciente. Alguns exemplos desses fatores de riscos incluem o histórico de traumas e os traços de personalidade como o perfeccionismo, o apego inseguro e desespero (Li et al., 2017; Van Mens et al., 2020). Já a narrativa suicida está relacionada com um sofrimento psicológico, associados ao risco agudo de suicídio. A narrativa surge inicialmente de um gatilho psicológico que desencadeia no indivíduo, principalmente, os sentimentos de inutilidade associados ao passado e de desesperança quanto ao futuro (Cohen et al., 2019). Por fim, o NCM traz a síndrome de crise de suicídio, sendo definida pelo sentimento de necessidade aguda de escapar de uma situação estressante, onde o indivíduo entende que a única saída é a morte. Outra característica da síndrome de crise de suicídio é a perturbação afetiva, onde há uma perda de controle cognitivo, hiperexcitação e retraimento social (Schuck et al., 2019).



A partir do sofrimento gerado pela síndrome de crise de suicídio, há um surgimento da ideação e comportamentos suicidas no paciente (Galynker et al., 2017; Cohen et al., 2019).

Figura 1 – O Modelo Narrativa-Crise do suicídio. Adaptado de Bloch-Elkouby e colaboradores (2020a).

Para avaliar as diferentes facetas do NCM, algumas escalas foram desenvolvidas. Por exemplo o Inventário da Narrativa Suicida, que na sua versão

abreviada leva em consideração o peso/sobrecarga percebido, o pertencimento frustrado, a derrota social, a humilhação, o desengajamento de metas e o reengajamento de metas. Já para a avaliação da síndrome de crise de suicídio, o Inventário da Crise Suicida foi desenvolvido, avaliando o aprisionamento, a inundação ruminativa, a perturbação afetiva, a perda do controle cognitivo, a hiperexcitação e o retraimento social (Galynker et al., 2017; Cohen et al., 2019).

Situações estressantes ao longo da vida, como o desenvolvimento de doenças, alterações na renda e no contexto socioeconômico, e o sentimento de inutilidade e desesperança podem levar a uma piora na saúde mental dos indivíduos (Parrish et al, 2020). Essa questão é ainda mais verdadeira e preocupante na presença de grandes eventos estressores de impacto mundial, como a pandemia da Doença de Coronavírus 19 (COVID-19), iniciada em março de 2020 (Rothan e Byrareddy, 2020).

1.3 SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

Desde os primeiros relatos de um vírus potencialmente letal notificados pela primeira vez no final de 2019 em indivíduos da cidade de Wuhan (província de Hubei, na China), o mundo viveu o medo e o pânico de enfrentar uma possível pandemia (Rothan e Byrareddy, 2020). O novo vírus identificado nos pacientes contaminados pertence à família dos Coronavírus (CoVs), um grupo de vírus envelopados e com material genético constituído por RNA de fita positiva. Os CoVs são divididos em quatro gêneros: alfacoronavírus, betacoronavírus, gammacoronavírus e deltacoronavírus, e são responsáveis por causarem doenças em uma ampla variedade de espécies, que incluem aves e mamíferos (Bchethnia et al., 2020). Segundo a análise filogenética feita pela *Global Initiative on Sharing All Influenza Data* (GISAID), o novo vírus está relacionado à síndrome respiratória agudagrave (SARS) (Du Toit, 2020).

Em surtos anteriores, os CoVs foram caracterizados como agentes altamente contagiosos, se tornando uma ameaça à saúde pública mundial (Rothan e Byrareddy, 2020). Três grandes surtos de vírus pertencentes a família dos CoVs atingiram a população humana. Em 2002 houve o surto de coronavírus da síndrome

respiratória aguda grave (SARS-CoV). No ano de 2011, ocorreu o surto de coronavírus síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV). Por fim, em 2019, houve a incidência mundial de COVID-19, doença causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), o qual foi responsável pela pandemia mundial (Rothan e Byrareddy, 2020).

O SARS-CoV-2 foi detectado pela primeira vez no final de 2019 na China, sendo então declarado Emergência Internacional de Saúde Pública em 30 de janeiro de 2020. Semanas após a declaração de emergência, em 11 de março de 2020, foi declarado o estado de pandemia pela OMS (OMS, 2020; Gómez-Carballa et al., 2020). A rápida transmissão do vírus se deu pela efetividade das formas de contaminação, que ocorre de pessoa para pessoa por meio de rotas comuns, como transmissão direta, transmissão por contato e transmissões por meio de aerossóis. Tosse, espirro, inalação de gotículas, contato com a mucosa oral, nasal e ocular são os meios de propagação do vírus (Huang et al., 2020).

Com o intuito de reunir o maior número de informações epidemiológicas sobre ação e propagação do vírus, diversos relatórios em saúde foram disponibilizados para permitir rastrear a pandemia de SARS-CoV-2, e contribuir com melhores formas de manejo da doença que se espalhava rapidamente (Esterwood e Saeed, 2020). Em 1º de dezembro de 2019 o primeiro relatório sobre a COVID-19 foi publicado, este com o objetivo de esclarecer o caso de um indivíduo de Wuhan que apresentou sintomas da doença e rapidamente foi hospitalizado (Gómez-Carballa et al., 2020). Logo, outros relatórios públicos indicaram um crescente no número de casos diagnosticados e o pânico sobre o desconhecido se espalhou pelo mundo.

Em janeiro de 2020, 41 pacientes já haviam sido internados no hospital em Wuhan, com a infecção confirmada por exame laboratorial. Um fato bastante alarmante foi que menos da metade desses pacientes tinham doenças subjacentes, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares e/ou neurológicas (Huang et al., 2020). Além disso, indivíduos jovens apresentavam quadros graves e de difícil manejo, tornando o seu tratamento um grande desafio para a equipe hospitalar. Ainda no mês de janeiro, um total de 571 casos do novo coronavírus já haviam sido relatados em 25 províncias (distritos e cidades) na China (Huang et al., 2020; Anka et al., 2020).

Com o crescente número de casos, a Comissão Nacional de Saúde da China emitiu um relatório com os detalhes das primeiras 56 mortes registradas em janeiro de 2020. Além disso, um total de 1.975 casos de infecção pelo novo vírus já haviam sido confirmados (Wang et al., 2020). A COVID-19 estava se espalhando para outras províncias e países rapidamente, o que colocou o mundo em alerta (Ochani et al., 2021). A Ásia se tornou o primeiro continente com surtos da doença, enquanto a China possuía o maior número dos casos confirmados de COVID-19 e mortes em todo o mundo (Wang et al., 2020). Com as rotas de transmissão variáveis do vírus, incluindo transmissão internacional por navio, avião, transmissão local e transmissão comunitária, outros locais, como Europa e Estados Unidos da América (EUA) começaram a relatar casos de COVID-19 em uma grande crescente (Tsang et al., 2020).

Em março de 2020, os dados da OMS já mostravam que o número total de mortes confirmadas na Itália superava os notificados na China. Além disso, no mesmo mês, o número de casos confirmados de COVID-19 nos EUA superava os dados da Itália e da China juntos. Todo esse cenário pandêmico, instaurou o medo e o pânico, colapsando sistemas de saúde e exigindo a necessidade de estratégias globais para tentar frear a pandemia que estava em andamento e que assolava o mundo (Tsai et al., 2020).

Em 29 de fevereiro de 2020 o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado no Brasil. Pouco tempo depois, a OMS declarou a América do Sul o novo epicentro da pandemia da COVID-19 (Urban e Nakada., 2021). Rapidamente o Brasil passou a ser um dos países mais afetados, com o número de casos em constante aumento (Muraro et al., 2023). Até 17 de outubro de 2022, o Brasil registrou mais de 4,6 milhões de casos e 687.144 óbitos pela COVID-19 (Muraro et al., 2023; Wasserman et al., 2020; Luo et al., 2020). Em 02 de junho de 2023, 702.970 óbitos foram registrados pela COVID-19, e 37.601.257 casos confirmados da doença (Ministério da Saúde, 2023).

Além dos pacientes infectados pelo vírus, a população em geral também foi impactada. Relatos de sintomas de ansiedade, depressão, pânico e indignação se tornaram cada vez mais frequentes (Anjum et al., 2020). Entre os principais estressores que contribuíram para o sofrimento emocional generalizado e risco

aumentado de doença psiquiátrica associada a COVID-19 estavam prognósticos incertos, escassez de recursos para testes em massa, tratamentos controversos, grandes e crescentes perdas financeiras (Pfefferbaum e North, 2020).

Segundo Parrish et al. (2020) e Pfefferbaum e North (2020) os sentimentos de tristeza, isolamento, preocupação, dificuldades financeiras e medo, podem levar à depressão, aumento do uso de álcool, drogas ilícitas, medicamentos prescritos, e violência contra si mesmo ou contra terceiros. Nesse contexto, o estado de pandemia pode ter favorecido o desencadeamento ou fortalecimento de emoções negativas, tendo o potencial de levar a desfechos críticos, como o suicídio. De fato, foram relatados casos de tentativas de suicídio que talvez estivessem relacionados, ou tenham sido executados, devido ao cenário pandêmico (Mamun e Griffiths, 2020; Maqballi et al., 2021). Entretanto, embora a literatura traga uma possível emergência no risco de suicídio durante a pandemia de COVID-19, poucos trazem dados esclarecedores quanto aos fatores que possam estar relacionados a esse desfecho, ou favorecer a ele. Dentre os possíveis fatores que possam ter contribuído para o aumento de sentimentos negativos e que foram fortemente afetados pela pandemia, está a mudança no *status* ocupacional e a insegurança econômica.

1.4 STATUS OCUPACIONAL E SUICÍDIO NA COVID-19

No Brasil, a pandemia de COVID-19 exacerbou problemas de saúde, políticos, econômicos e sociais existentes (Sott et al., 2022). No primeiro trimestre da pandemia, havia 14.805 milhões de desempregados no Brasil (Paiva CCD e Paiva SCFD, 2021). Além disso, estima-se que até 1,7 milhão de postos de trabalho foram reduzidos, com os estratos socioeconômicos mais baixos da população sofrendo as consequências mais problemáticas (Barros, 2021). Indivíduos que perderam seus empregos e sofreram redução de renda tiveram que lidar com recursos limitados e alterar suas rotinas devido aos inúmeros novos desafios (Clemens et al., 2020; Wei et al., 2021).

Esta relação entre os fatores econômicos e suicídio foi inicialmente proposta por Morselli (1881). Recentemente, o interesse por esse tópico foi retomado com a Grande Recessão de 2008, com o enfoque, principalmente, na incerteza

econômica e saúde mental da população afetada (Claveria, 2022). Bruin e colaboradores (2020) demonstraram que a incerteza econômica, juntamente com baixo nível de empoderamento social e transparência governamental, está associada ao risco de suicídio. Entretanto, a incerteza econômica não parece ser a única causa do suicídio. Assim, outros fatores relacionados com a economia ou não também podem estar correlacionados com o risco de suicídio (Vandoros e Kawachi, 2021).

O *status* ocupacional e o nível educacional são marcadores críticos de sucesso na vida adulta (Slominski et al., 2011). Em estudos anteriores, o *status* ocupacional foi um determinante de pior auto-avaliação de saúde, vícios e desfechos ruins de saúde mental (Blanquet et al., 2017). Além disso, a incerteza econômica foi associada com o sentimento de desesperança, parte essencial da narrativa suicida do NCM (Bruin et al., 2020). Castelpietra et al. (2019) mostraram que o trabalho é um fator de proteção para internações psiquiátricas e diagnóstico de transtornos mentais graves. Independentemente disso, certos grupos ocupacionais correm risco elevado de suicídio em comparação com a população empregada em geral (por exemplo, faxineiros, operadores de máquinas e trabalhadores agrícolas) (Milner et al., 2013). No entanto, a maioria dos estudos ainda não investigou se as mudanças no *status* ocupacional podem estar associadas à ideação suicida na população em geral. Compreender os impactos das mudanças no *status* ocupacional (por exemplo, trabalho e estudo) por meio de uma estrutura teórica pode ajudar a elucidar a relação entre mudanças no trabalho/educação e desfechos relacionados ao suicídio.

1.5 JUSTIFICATIVA

O *status* ocupacional é um importante fator associado à saúde mental do indivíduo, possivelmente impactando o risco de suicídio. Considerando os efeitos econômicos da pandemia de COVID-19, o *status* ocupacional foi influenciado diretamente ou indiretamente por esse contexto. Desta forma, se faz necessário compreender o nível de severidade entre as mudanças no *status* ocupacional e o bem-estar emocional, e se esses fatores poderiam ser gatilhos para desfechos críticos como o suicídio. Por fim, a síndrome de crise de suicídio como diagnóstico específico do suicídio pode ser útil, levando em consideração a falta de protocolo específico e

detalhado para o diagnóstico dessa condição clínica. Portanto, mais estudos que analisem a sua eficácia se fazem necessários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Examinar as diferenças nos sintomas da narrativa suicida, síndrome de crise de suicídio e ideação suicida entre indivíduos que mantiveram, perderam e ganharam emprego ou *status* educacional durante a pandemia COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as mudanças no *status* ocupacional antes e durante a pandemia de COVID-19;
- Determinar as pontuações totais do inventário da narrativa suicida dos participantes;
- Determinar as pontuações totais do inventário da crise de suicídio dos participantes;
- Determinar as pontuações totais da escala de classificação de gravidade de suicídio de Columbia dos participantes;
- Comparar os sintomas da narrativa suicida, síndrome de crise de suicídio e ideação suicida entre indivíduos empregados e indivíduos desempregados durante a pandemia de COVID-19;
- Comparar as pontuações totais e subescalas do inventário da narrativa suicida entre aqueles que mantiveram, perderam ou obtiveram trabalho em tempo integral e/ou meio período e estudo;
- Comparar as pontuações totais e subescalas do inventário da crise de suicídio entre aqueles que mantiveram, perderam ou obtiveram trabalho em tempo integral e/ou meio período e estudo;
- Comparar as pontuações totais e subescalas escala de classificação de gravidade de suicídio de Columbia entre aqueles que mantiveram, perderam ou obtiveram trabalho em tempo integral e/ou meio período e estudo.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC aprovou este estudo, protocolo número 4.275.326 (Anexo B). Os participantes só iniciaram o preenchimento dos questionários após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), que aparecia na primeira página da plataforma online desenvolvida para a realização deste estudo.

Este é um estudo transversal *on-line* sobre mudanças no *status* ocupacional devido à implementação da pandemia de COVID-19 no Brasil. Este estudo é parte de uma pesquisa internacional intitulada *International Suicide Prevention Assessment Research for COVID-19* (ISPARC), sendo uma coleta *online* e anônima de medidas de autorrelato durante a pandemia de COVID-19. Vale ressaltar que, os dados aqui apresentados se referem apenas à população brasileira. A equipe de pesquisa usou perfis pessoais de mídia social como *Facebook*®, *Instagram*®, *Twitter*®, *WhatsApp*® e sites de Universidades para recrutar os participantes (Apêndice A). Para que a pesquisa permanecesse anônima, nenhuma informação de identificação foi solicitada. Todas as propagandas feitas nas redes sociais continham o *link* da pesquisa. Este sistema de pesquisa foi baseado em estudos anteriores (Spriggs et al., 2018; Cohen et al., 2018). Várias recomendações para pesquisas *online* de saúde mental foram implementadas para garantir a segurança dos participantes (Cramer et al., 2015; Michaels et al., 2015).

Antes de iniciar o preenchimento dos questionários, os recursos nacionais e locais para possíveis crises foram fornecidos na página de informações do participante no início e no final deste estudo. Especificamente, foram apresentados contato e *link* para o programa 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 brasileira, que oferece apoio emocional e prevenção ao suicídio de forma voluntária e gratuita, atendendo pessoas que querem

e precisam conversar. Além disso, o CVV oferece suporte por telefone, *e-mail* e *chat* todos os dias da semana por 24 horas.

O NUPREVIPS é um serviço prestado pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) para atender vítimas de qualquer tipo de violência: sexual, psicológica/moral, financeira/econômica, institucional, negligência, física, trabalho infantil, tortura, tráfico de pessoas, suicídio e *bullying*. O NUPREVIPS atende de forma interdisciplinar e multiprofissional, buscando o cuidado integral.

Além disso, a pesquisa foi programada para que o *Suicide Crisis Inventory-2* fosse automaticamente pontuado à medida que os participantes iam completando os questionários. Uma janela *pop-up* na pesquisa foi apresentada aos participantes que indicaram enfrentar um nível de risco de suicídio clinicamente significativo. A janela *pop-up* fornecia informações para que os participantes em crise fossem imediatamente encaminhados para o apoio do CVV e do NUPREVIPS.

As escalas *Suicidal Narrative Inventory* e *Suicide Crisis Inventory* foram traduzidas e adaptadas transculturalmente do inglês para o português de acordo com as diretrizes de *Beaton* e colaboradores (Anexo A) (*Beaton et al.*, 2000).

3.2 PARTICIPANTES

A coleta de dados do presente estudo ocorreu entre novembro de 2020 e outubro de 2021. Os critérios de elegibilidade incluíam indivíduos com mais de 18 anos de idade que pudessem preencher o formulário de pesquisa. A amostra do presente estudo foi composta por 2.259 indivíduos que foram divididos em grupos: (1) aqueles que mantiveram trabalho em tempo integral ($n = 844$), trabalho em meio período ($n = 161$) ou estudantes ($n = 1.153$) antes e durante a pandemia; (2) aqueles que tinham trabalho em tempo integral ($n = 134$) e meio período ($n = 108$) ou estudantes ($n = 73$) antes da pandemia, mas que perderam esse *status* de emprego/educação durante a pandemia; (3) aqueles que não tinham trabalho em período integral ($n = 95$), meio período ($n = 147$) ou *status* de estudante ($n = 122$) antes da pandemia, mas que obtiveram esse *status* de emprego/educação durante a pandemia; e (4) os que não são trabalhadores ou que estiveram desempregados

antes e durante a pandemia (n = 129). A mesma pessoa pode trabalhar (tempo integral/meio período) e/ou estudar.

3.3 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

3.3.1 Status ocupacional e informações sociodemográficas

Foram coletadas informações sociodemográficas sobre idade, sexo, região de residência, escolaridade, estado civil e teste positivo para COVID-19 (Apêndice B). As mudanças no *status* ocupacional foram investigadas com base no *status* atual de emprego/educação (no momento da pesquisa) e antes da implementação da pandemia de COVID-19. Para isso, os participantes responderam: “Qual era a sua ocupação antes do da pandemia de COVID-19?” e “Qual é a sua ocupação atual?”. Os participantes poderiam responder a essas duas perguntas, selecionando opções como desempregado, estudante, dona de casa em tempo integral, trabalho voluntário, trabalho em meio período, trabalho em tempo integral e aposentado (Apêndice B).

Para avaliação da narrativa suicida e da síndrome de crise de suicídio, foram utilizadas as seguintes escalas: *Suicidal Narrative Inventory* (Anexo D) e *Suicide Crisis Inventory* (Anexo E), respectivamente (Galynker et al., 2017; Cohen et al., 2019; Bloch-Elkouby et al., 2021). Além disso, foi aplicada uma escala considerada padrão ouro para avaliação da severidade do fenômeno suicida, a *Columbia - Suicide Severity Rating Scale* (C-SSRS) (Anexo F) (Posner et al., 2011).

3.3.2 Abbreviated Suicidal Narrative Inventory (SNI).

O SNI abreviado mede os seis componentes da narrativa suicida, usando uma escala *Likert* que varia de 1 (nada verdadeiro) a 5 (extremamente verdadeiro) (Cohen et al., 2019). O SNI abreviado inclui 38 questões agrupadas em seis subescalas: sobrecarga percebida, pertencimento frustrado, derrota social, humilhação, desengajamento de metas e reengajamento de metas. Neste estudo, o escore total do SNI foi utilizado em todas as análises. Como a narrativa suicida combina fatores coletados de outras teorias do suicídio (por exemplo, a teoria

interpessoal e a teoria motivacional-volitiva integrada) também foi realizada uma análise de todas as subescalas da narrativa suicida (Apêndice C).

3.3.3 Suicide Crisis Inventory-2 (SCI-2).

O SCI-2 é um questionário de autorrelato de 61 itens, que avalia os sintomas da síndrome de crise de suicídio utilizando uma escala Likert que foi revisada a partir do SCI original (Galynker et al., 2017; Bloch-Elkouby et al., 2021). A escala é composta por cinco subescalas: aprisionamento (10 itens), perturbação afetiva (18 itens), perda de controle cognitivo (15 itens), hiperexcitação (13 itens) e retraimento social (5 itens) (Bloch-Elkouby et al., 2021). O SCI e suas iterações anteriores foram associados a pensamentos e comportamentos suicidas (Cohen et al., 2019). Portanto, o escore total do SCI-2 foi utilizado em todas as análises (Anexo E).

3.3.4 Columbia - Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

O C-SSRS é uma entrevista semiestruturada considerada o padrão-ouro para avaliar a gravidade dos fenômenos suicidas (Posner et al., 2011). Na versão de autorrelato, uma escala de classificação de 0 a 5 mede a gravidade da ideação suicida, variando entre ideação de morte, ideação suicida, consideração de um método, intenção suicida e presença de ideação suicida com um plano e intenções de agir neste plano. No presente estudo, para os dados descritivos foram considerados como tendo ideação suicida atual os indivíduos que relataram escores maiores que 2. Além disso, o escore total do C-SSRS foi usado para analisar as diferenças nas mudanças no status ocupacional. Assim, a ideação suicida variou entre o desejo passivo de morrer até um plano de ação (Anexo F).

3.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A base de dados utilizou o IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 (IBM Corp., 2012). Foi realizada análise descritiva das variáveis com medidas de frequência e percentual para variáveis categóricas e média e desvio

padrão para variáveis quantitativas. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para avaliar a distribuição de todas as variáveis quanto à normalidade. Para a avaliação das mudanças no *status* ocupacional (antes e depois da pandemia de COVID-19), foi utilizado o teste de McNemar. Para comparação das diferenças entre mudanças no status ocupacional, o teste de Levene foi realizado para avaliar a homogeneidade das variâncias em todos os grupos de mudança (grupos mantidos, perdidos, ganhos, desempregados). As diferenças médias nas pontuações SCI-2, SNI e C-SSRS foram comparadas entre os grupos (mudanças no status ocupacional) com um teste ANOVA de uma via, seguido por comparações *post-hoc* de Tukey HSD pareadas, quando significativas. Os dados ausentes foram mínimos e manipulados por exclusão de listwise após a aplicação do Teste MCAR de Little $\chi^2 = 156.431$ DF = 2, $p < 0,001$. Todas as análises inferenciais foram realizadas com nível de significância $\alpha = 0,05$.

4 RESULTADOS

A amostra total do presente estudo incluiu 2259 participantes com média de idade de 31,14 anos (DP = 10,94), 70,2% (n = 1592) eram do sexo feminino, 42,2% (n = 934) residiam na região Sul, 35,7% (n = 789) na região Sudeste, 13,3% (n = 294) no Nordeste, 6,4% (n = 141) no Centro-Oeste e 2,5% (n = 55) no Norte do Brasil. A escolaridade dos indivíduos da pesquisa foi de 35,5% (n = 803) com a graduação em andamento, 29,3% (n = 661) eram graduados e 20,8% (n = 469) eram mestres. Quanto ao estado civil, 38,6% (n = 872) eram solteiros, 23,9% (n = 539) casados e 20,6% (n = 461) namoravam. Apenas 3,54% (n = 80) de todos os participantes foram diagnosticados com COVID-19. De acordo com o C-SSRS, 10,93% (n = 247) tiveram ideação suicida. Em relação às tentativas de suicídio, 12,57% (n = 283) dos participantes tentaram se matar em algum momento na vida, sendo que 1,32 (n = 30) destas, no último mês (Tabela 1).

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas dos participantes

	n	%
Idade (anos) <i>média ± DP</i>	2259	31.14 ± 10.94
Gênero		
Feminino	1592	70.2
Masculino	641	29.0
Outros	18	0.8
Região do Brasil		
Sul	934	42.2
Sudeste	789	35.7
Nordeste	294	13.3
Centro oeste	141	6.4
Norte	55	2.5
Escolaridade		
Ensino médio	84	3.7
Curso técnico	15	0.7
Graduação em andamento	803	35.5
Graduação completa	661	29.3
Mestrado	469	20.8
Doutorado	225	10.0
Estado civil		

Continuação tabela 1

	n	%
Solteiro	872	38.6
Casado	539	23.9
Namorando	461	20.6
Vivendo junto	298	13.2
Divorciado ou separado	76	3.4
Viúvo	8	0.4
Teste positivo para COVID-19	80	3.54
Diagnóstico clínico sugestivo	9	0.39
Ideação suicida	247	10.93
Tentativa de suicídio		
Ao longo da vida	283	12.57
No último mês	30	1.32

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A média do escore total do SNI foi de 111,42 (DP = 18,00), do SCI-2 foi de 160,05 (DP = 58,65) e do C-SSRS foi de 2,40 (DP = 1,45). Além disso, o alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a consistência da amostra. Os resultados mostraram que o SNI e o SCI-2 obtiveram consistência interna excelente nesta amostra (alfa SNI de Cronbach foi de 0,85 e SCI-2 foi de 0,99) (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Pontuações do SCI-2, SNI e C-SSRS dos participantes

	n	Média ± DP	IC 95%
SCI-2 total	2259	160.05 ± 58.65	160.36 – 162.78
SNI total	2259	111.42 ± 18.00	111.42 – 112.16
C-SSRS total	613	2.40 ± 1.45	2.29 – 2.52

Abreviações: DP, Desvio Padrão; IC, Intervalo de Confiança; SCI-2 Inventário da Crise de Suicídio – 2; SNI, Inventário da Narrativa Suicida; C-SSRS, Escala de Classificação de Risco de Suicídio de Columbia. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A **Tabela 3** mostra a situação ocupacional dos participantes antes e durante a implantação da COVID-19 no Brasil. De acordo com o teste de McNemar, houve aumento significativo na frequência de desempregados ($\chi^2(1) = 14,124$; $p < 0,001$), de estudantes ($\chi^2(1) = 11,815$; $p < 0,001$), de donas de casa em tempo integral ($\chi^2(1) = 35,864$; $p < 0,001$), trabalho em tempo parcial ($\chi^2(1) = 5,663$; $p = 0,017$),

aposentados ($\chi^2(1) 8,100$; $p = 0,002$) e uma diminuição no trabalho em tempo integral ($\chi^2(1) = 6,306$; $p = 0,012$) durante a pandemia de COVID-19.

Tabela 3 – Situação ocupacional dos participantes antes e durante a implementação da pandemia de COVID-19 no Brasil

	n (%)		χ^2	Valor p
	Antes n = 2259	Durante n = 2259		
Desempregado				
Sim	192 (8.5)	243 (10.8)	14.12	< 0.001
Não	2067 (91.5)	2016 (89.2)		
Estudante				
Sim	1226 (54.3)	1275 (56.4)	11.81	0.001
Não	1033 (45.7)	984 (43.6)		
Dona de casa em tempo integral				
Sim	58 (2.6)	105 (4.6)	35.86	< 0.001
Não	2201 (97.4)	2154 (95.4)		
Trabalho em tempo integral				
Sim	978 (43.3)	939 (41.6)	6.30	0.012
Não	1281 (56.7)	1320 (58.4)		
Trabalho em meio período				
Sim	271 (12.0)	310 (13.7)	5.66	0.017
Não	1988 (88.0)	1949 (86.3)		
Trabalho voluntário				
Sim	64 (2.8)	77 (3.4)	3.06	0.80
Não	2195 (97.2)	2182 (96.6)		
Aposentado				
Sim	34 (1.5)	44 (1.9)	8.10	0.002
Não	2225 (98.5)	2215 (98.1)		

Valores obtidos após aplicação do teste McNemar. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A **Tabela 4** mostra os efeitos das mudanças no *status* ocupacional antes e durante a pandemia de COVID-19 nos escores totais de SNI, de SCI-2 e de C-SSRS. De acordo com o teste de ANOVA de uma via, o grupo de indivíduos com trabalho em tempo integral apresentou diferença estatisticamente significativa no escore total do SNI quando comparado ao *status* ocupacional dos participantes ($F(3,1198) = 34,925$; $p < 0,001$). Quando aplicado o *post hoc* de Tukey foi demonstrado que a pontuação total do SNI foi maior naqueles que perderam o emprego em comparação com aqueles que mantiveram seus empregos. Além disso, os participantes que estavam desempregados tiveram o escore total do SNI maior do que aqueles que mantiveram, perderam ou ganharam seu trabalho. A ANOVA também revelou diferenças significativas no SNI ao comparar o *status* ocupacional dos indivíduos com trabalho em tempo parcial ($F(3,541) = 9,434$; $p < 0,001$), sendo que a análise *post hoc* mostrou que os desempregados tinham uma pontuação total do SNI mais elevada do que aqueles que mantiveram, perderam ou ganharam seu trabalho. Entretanto, a situação ocupacional não alterou significativamente o escore do SNI no grupo de Estudantes.

O teste ANOVA também demonstrou que a pontuação total do SCI-2 alterou de acordo com a situação ocupacional no grupo de trabalho em tempo integral ($F(3,1198) = 29,090$; $p < 0,001$), e os indivíduos desempregados (antes e durante a pandemia) apresentaram uma pontuação total do SCI-2 mais elevada do que aqueles que mantiveram, perderam ou ganharam seu trabalho durante a pandemia. É importante ressaltar que os participantes que perderam o emprego tiveram SCI-2 superior aos que mantiveram o cargo. O grupo que possuía trabalho em tempo parcial também demonstrou diferenças no SCI-2 ($F(3,541) = 7,257$; $p < 0,001$), sendo que as correções com o *post hoc* de Tukey mostrou que os desempregados tinham SCI-2 mais alto do que aqueles que mantiveram, perderam ou ganharam trabalho.

Não houve diferenças estatísticas entre os *status* ocupacionais no escore do SNI no grupo de Estudantes. Além disso, também não houve diferenças estatisticamente significativas entre as mudanças no *status* de ocupação para trabalho em período integral, trabalho em meio período e grupos de estudantes na pontuação total do C-SSRS.

Tabela 4 – Efeitos das mudanças no status ocupacional durante a pandemia de COVID-19 em SNI, SCI-2 e C-SSRS

Variáveis	Status ocupacional	Trabalho em tempo integral			Trabalho em meio período			Estudante		
		n	Média ± DP	<i>p</i>	n	Média ± DP	<i>p</i>	n	Média ± DP	<i>p</i>
SNI Total										
	Manteve	844	106.07 ± 16.92 ^a	< 0.001	161	112.98 ± 17.69 ^a	< 0.001	1153	115.83 ± 17.61	0.163
	Perdeu	134	112.31 ± 17.47 ^b		108	113.56 ± 19.99 ^a		73	115.06 ± 17.50	
	Ganhou	95	110.87 ± 17.58 ^{a,b}		147	112.31 ± 15.84 ^a		122	112.64 ± 18.36	
	Desempregado	129	121.97 ± 17.41 ^c		129	121.97 ± 17.41 ^b		-	-	
	Total	1189	108.85 ± 17.83		545	114.81 ± 18.04		1348	115.36 ± 17.69	
SCI-2 Total										
	Manteve	844	145.28 ± 56.07 ^a	< 0.001	161	162.95 ± 57.68 ^a	< 0.001	1153	173.44 ± 57.54	0.167
	Perdeu	134	166.77 ± 57.58 ^b		108	171.75 ± 61.51 ^a		73	170.28 ± 60.15	
	Ganhou	95	157.87 ± 57.36 ^{a,b}		147	165.81 ± 55.68 ^a		122	163.21 ± 56.24	
	Desempregado	129	192.42 ± 56.67 ^c		129	192.42 ± 56.67 ^b		-	-	
	Total	1202	153.73 ± 58.35		545	172.44 ± 58.70		1348	172.35 ± 57.60	
C-SSRS										
	Manteve	170	2.25 ± 1.42	0.099	45	2.40 ± 1.61	0.334	388	2.46 ± 1.44	0.838
	Perdeu	37	2.35 ± 1.41		32	2.28 ± 1.41		18	2.66 ± 1.23	
	Ganhou	19	1.78 ± 1.31		40	2.87 ± 1.47		33	2.45 ± 1.50	
	Desempregado	65	2.66 ± 1.61		65	2.66 ± 1.61		-	-	
	Total	291	2.33 ± 1.47		182	2.57 ± 1.55		439	2.46 ± 1.43	

Valores obtidos após aplicação do teste ANOVA de uma via. ^{a,b,c} Letras diferentes representam diferenças estatisticamente significativas após a aplicação das correções post hoc de Tukey HSD ($p \leq 0,05$). Abreviações: SCI-2 Inventário da Crise de Suicídio – 2; SNI, Inventário da Narrativa Suicida; C-SSRS, Escala de Classificação de Risco de Suicídio de Columbia. Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

5 DISCUSSÃO

Cohen et al., (p. 414) (2018) conceituaram a narrativa suicida como uma "estrutura cognitiva na qual a representação do eu sobre os outros torna-se suficientemente angustiante para que o suicídio se torne uma opção viável". Os componentes da narrativa suicida são extraídos de construções psicológicas derivadas da Teoria Interpessoal do Comportamento Suicida de Joiner - como pertencimento frustrado e sobrecarga percebida (Chu et al., 2017; Van Orden et al., 2010) e do O Modelo Integrado Volitivo-Motivacional de comportamento suicida de O'Connor - como derrota social, humilhação e falha em se desvencilhar de metas inatingíveis (O'Connor, 2011; Dhingra et al., 2016). Quando indivíduos com vulnerabilidades de traço suicida experimentam estressores (ou seja, eventos estressantes da vida, problemas sociais), eles podem se tornar suscetíveis à narrativa suicida (Wang et al., 2015; Lengvenyte et al., 2016). Então, quando a narrativa suicida é ativada, o indivíduo perde o senso de valor próprio e o vínculo emocional percebido com outras pessoas (Cohen et al., 2018). Essa representação distorcida de si mesmo faz com que os indivíduos se apeguem a objetivos de vida irrealistas, sentindo-se humilhados e derrotados. Ao mesmo tempo, isso resulta na percepção de sobrecarga, falta de pertencimento e percepções de nenhum futuro (Cohen et al., 2018; Bloch-Elkouby et al., 2020a). Cohen et al. (2018) propõem que a narrativa suicida, por si só, é insuficiente para precipitar o comportamento suicida; em vez disso, a narrativa suicida fornece conteúdo cognitivo negativo que aumenta o risco de comportamento suicida de curto prazo, desencadeando a síndrome de crise de suicídio.

Estudos recentes introduziram a síndrome de crise de suicídio como um estado mental pré-suicida relacionado ao comportamento suicida iminente (Galynker, 2017; Cohen et al., 2018; Bloch-Elkouby et al., 2020b). A síndrome de crise de suicídio foi desenvolvida com base em preditores empíricos de risco iminente de comportamento suicida e inclui características cognitivas e afetivas que precedem uma tentativa de suicídio (Yaseen et al., 2010; Galynker et al., 2017). Este estado mental é marcado por um sentimento de desesperança frenética ou aprisionamento (Critério A), em combinação com distúrbios afetivos,

perda de controle cognitivo, hiperexcitabilidade e retraimento social (Critério B) (Galyunker et al., 2017; Schuck et al., 2019; Yaseen et al., 2019; Bloch-Elkouby et al., 2020a). Notavelmente, a formulação mais recente da síndrome de crise de suicídio constitui a base de um diagnóstico específico de suicídio proposto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (Yaseen et al., 2019; Bloch-Elkouby et al., 2021).

O principal objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos das mudanças no *status* de ocupação sobre os sintomas da narrativa suicida, da síndrome de crise de suicídio e a presença de ideação suicida, avaliados aqui através da SNI, SCI-2 e C-SSRS, respectivamente. Os resultados do presente estudo mostraram que, durante a pandemia de COVID-19, houve um aumento de desemprego, de estudantes, de donas de casa, de trabalhadores em meio período e de aposentados. Além disso, foi encontrada aqui uma diminuição de trabalhadores em tempo integral. Esses achados também mostraram que as mudanças no status ocupacional influenciaram nos sintomas da narrativa suicida e da síndrome de crise de suicídio, mas não na ideação suicida. Em particular, os indivíduos que perderam o trabalho em tempo integral apresentam sintomas da síndrome de crise de suicídio elevados em comparação com aqueles que mantiveram o trabalho em tempo integral. Por outro lado, não houve diferença significativa entre os que ganharam e os que mantiveram o emprego quando avaliada a narrativa suicida e os sintomas da síndrome de crise de suicídio. Da mesma forma, não houve diferenças significativas entre todas as mudanças no *status* educacional sobre a narrativa suicida, os sintomas da síndrome de crise de suicídio e a narrativa suicida. Os desempregados apresentaram maiores sintomas da narrativa suicida e síndrome de crise de suicídio do que os indivíduos que possuíam emprego.

Estudos anteriores mostraram que mudanças na ocupação estão relacionadas a alterações na saúde física e mental (Fujishiro et al., 2010; Halleröd e Gustafsson, 2011; Lopes et al., 2019). De fato, os dados apresentados neste estudo demonstraram que os indivíduos que mantiveram o trabalho em tempo integral apresentaram menos sintomas da narrativa suicida e da síndrome de crise de suicídio do que aqueles que perderam o trabalho em tempo integral.

Da mesma forma, Marck et al. relatam que a perda de emprego foi associada prospectivamente com pior saúde mental (March et al., 2020). Um estudo prévio também demonstrou que o emprego temporário foi associado à ideação suicida persistente, mas não à ideação suicida desenvolvida recentemente (Sasaki et al., 2022). Isso pode ser explicado pela relação entre a perda de emprego e a diminuição da renda (Kiernan, 2019). A tensão financeira pode levar à depressão, ansiedade, problemas de saúde mental, vergonha e culpa em grupos de alto status social (Davalos e French, 2011; Córdoba-Doña et al., 2016; Kiernan, 2019). A partir disso, pode ser sugerido que as pessoas que perderam o trabalho em tempo integral podem precisar de avaliação e apoio adicional de saúde mental durante mudanças econômicas, incluindo futuras pandemias (Yao e Wu, 2022).

As mudanças no *status* ocupacional do grupo que possuía trabalho em meio período não demonstraram diferenças significativas na narrativa suicida, nos sintomas da síndrome de crise de suicídio e na ideação suicida. Além disso, é importante notar que o número de indivíduos no grupo de trabalho a tempo parcial aumentou. Não foi encontrado outros estudos que avaliassem o impacto das mudanças no trabalho de meio período (perda, ganho) nos resultados de saúde mental. No entanto, Owens et al. (2020) mostraram que a perda de trabalho em meio período previu insegurança alimentar. Por outro lado, quando comparado ao trabalho em tempo integral, modalidades de trabalho fora do padrão (trabalho em tempo parcial, trabalho temporário e trabalho diário) foi associado à depressão/ideação suicida para mulheres e ideação suicida para homens (Kim et al., 2006). Além disso, outro estudo prévio mostrou que os indivíduos do grupo que trabalhavam meio período relataram as maiores taxas de saúde regular/ruim (Donnelly e Schoenbachler, 2021). No presente estudo, é possível que o trabalho em tempo parcial não tenha sido a única fonte de renda para esses indivíduos; dessa forma, explicando a discrepância entre os resultados.

Em comparação com os desempregados, os resultados do presente estudo mostraram que tanto os trabalhadores de tempo integral quanto os de meio período apresentaram menos sintomas da narrativa suicida e síndrome de

crise de suicídio. Isso está de acordo com um estudo de coorte que constatou que indivíduos que trabalhavam tinham menor risco de internação psiquiátrica urgente e involuntária quando comparados aos desempregados (Castelpietra et al., 2019). Da mesma forma, o emprego de meio período foi associado a níveis mais baixos de depressão em comparação com o desemprego (Chiu et al., 2015). Além disso, os desempregados apresentaram menor qualidade de vida e saúde mental e maior risco de ideação suicida do que os empregados (Kwak e Kim, 2017). No entanto, é possível que o desemprego e o emprego precário sejam riscos para a saúde mental. Por exemplo, Yoon et al. (2017) mostraram que os indivíduos que se tornaram trabalhadores de meio período eram mais propensos a ter ideação suicida do que aqueles que permaneceram em trabalhos em tempo integral (Yoon et al., 2017). Neste ponto, os achados do presente estudo replicam dados da literatura sobre o desemprego como um dos fatores preditivos de saúde mental precária.

Os dados do presente estudo mostraram que as mudanças no nível educacional não influenciaram significativamente a narrativa suicida e os sintomas da síndrome de crise de suicídio. Também não foram encontrados estudos que examinaram o impacto das mudanças no *status* educacional na saúde dos acadêmicos. Este é o primeiro estudo a mostrar esta questão. No entanto, os estudantes universitários podem experimentar vários problemas de saúde mental associados às suas experiências individuais, de estudo e sociais (Lei et al., 2021). Em contraste, um estudo anterior demonstrou que os estudantes do ensino superior tinham menor sofrimento psicológico do que indivíduos que não possuíam graduação (Tabor et al., 2021). Em parte, isso pode ser explicado pelas melhores condições socioeconômicas da maioria dos estudantes do ensino superior (Montez e Friedman, 2015). Além disso, a literatura mostra que os jovens com transtornos mentais pré-existentes são menos propensos a frequentar o ensino superior (Auerbach et al., 2016).

Apesar da narrativa suicida e da síndrome de crise de suicídio demonstrarem diferenças importantes entre os *status* ocupacionais, a ideação suicida entre trabalhadores, desempregados ou estudantes não se alterou por mudanças no status ocupacional. Recentemente, um estudo demonstrou que o

escore total do SCI teve uma relação positiva com o comportamento suicida (Flint et al., 2021). Assim, a síndrome de crise de suicídio foi proposta como um modelo alternativo de detecção de risco de suicídio eminente (Schuck et al., 2019; Bloch-Elkouby et al., 2021; Voros et al., 2021). De fato, a combinação do SCI-2 e da C-SSRS, ou seja, a avaliação da síndrome de crise de suicídio com a ideação suicida foi associada a taxas mais altas de tentativas de suicídio, as quais foram acompanhadas durante um mês (Rogers et al., 2022a). Portanto, juntas, a síndrome de crise de suicídio com a ideação suicida são mais informativas na identificação de quem pode estar em risco de desenvolver o comportamento suicida (Rogers et al., 2022a; Rogers et al., 2022b). A sugestão para os resultados aqui encontrados é que a ideação suicida é um desfecho mais extremo; no entanto, as mudanças no *status* de emprego podem levar a mudanças sutis na saúde mental, que, combinadas com outros fatores associados, podem levar a fenômenos suicidas (Klonsky et al., 2016a; Parker, 2019). Corroborando essa hipótese, a ideação suicida foi associada a funcionários com condições de saúde mental pré-existentes (Sasaki et al., 2021). É importante pontuar que os indivíduos aqui avaliados faziam parte de um grupo heterogêneo da comunidade brasileira. Assim, a falta de alteração da ideação suicida de acordo com as mudanças no *status* ocupacional pode ser explicada pelo fato de a ideação suicida ser uma ocorrência menos comum em indivíduos não psiquiátricos (Klonsky et al., 2016b; Rasouli et al., 2019).

No geral, é aceito que a pandemia de COVID-19 afetou desproporcionalmente a população (Kirby, 2020). Famílias com dificuldades econômicas e mudanças de trabalho experimentaram modificações na dinâmica do relacionamento pais-filhos que influenciaram o bem-estar emocional (Martin et al., 2022). Uma metanálise não encontrou evidências de que o isolamento social durante a pandemia reduzissem o funcionamento psicológico positivo, como bem-estar, satisfação com a vida ou bem-estar (Prati e Mancini, 2021). A capacidade inata de resiliência psicológica, combinada com sentimentos de apoio por meio de mensagens de texto, mídia social e videoconferência, pode ter sido um fator crítico no pequeno efeito da “prevenção” nos sintomas de saúde mental (Williams et al., 2021).

Várias limitações podem ser consideradas neste estudo: (1) a avaliação foi baseada em autorrelato *online*, implicando várias formas de vieses *per se*; (2) a natureza transversal da análise limitou as informações retrospectivas; (3) como a categoria ocupacional dos participantes não foi diferenciada, não foi possível realizar testes mais detalhados da condição de trabalho; (4) este estudo examinou especificamente os efeitos das mudanças no *status* ocupacional sem considerar fatores associados que poderiam influenciar o resultado da ideação suicida; (5) a história psiquiátrica dos participantes não foi investigada; (6) embora a pesquisa tenha sido aberta, a técnica de amostragem aqui adotada favoreceu a participação de universitários; assim, a validade externa de nossos resultados pode estar limitada às mudanças de ocupação que ocorrem no ambiente universitário; (7) o tamanho da amostra dos grupos de mudança de *status* ocupacional é desigual. Embora a literatura seja inconclusiva, o poder de detectar efeitos significativos pode ser limitado.

6 CONCLUSÃO

Em suma, foi demonstrado que durante a pandemia de COVID-19, houve um aumento de desemprego, de estudantes, de donas de casa, de trabalhadores em meio período e de aposentados. Além disso, foi encontrada aqui uma diminuição de trabalhadores em tempo integral. Estes achados também mostraram que as mudanças no status ocupacional influenciaram na narrativa suicida e nos sintomas da síndrome de crise de suicídio, mas não na ideação suicida. Da mesma forma, não houve diferenças significativas entre as mudanças no *status* educacional sobre a narrativa suicida, os sintomas da síndrome de crise de suicídio e a narrativa suicida. Os desempregados apresentaram maiores sintomas da narrativa suicida e síndrome de crise de suicídio do que os indivíduos que possuíam emprego.

Embora sejam necessárias mais pesquisas para confirmar a generalização dos resultados encontrados aqui, os dados sugerem que as mudanças no status ocupacional durante a pandemia de COVID-19 influenciaram os sintomas da narrativa suicida e da síndrome de crise de suicídio, especificamente no trabalho em tempo integral. Portanto, os profissionais de saúde primária fariam bem em considerar as mudanças no status ocupacional como um fator de risco para a saúde mental durante as pandemias.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed (Artmed). Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Anjum S, Ullah R, Rana MS, Khan HA, Memon FS, Ahmed Y, Jabeen S, Faryal R. COVID-19 Pandemic: A Serious Threat for Public Mental Health Globally. *Psychiatr Danub*. 2020;32(2):245-250.
- Anka AU, Tahir MI, Abubakar SD, Alsabbagh M, Zian Z, Hamedifar H, Sabzevari A, Azizi G. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): An overview of the immunopathology, serological diagnosis and management. *Scand J Immunol*. 2021;93(4):e12998.
- Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG, Cuijpers P, Ebert DD, Green JG, Hwang I, Kessler RC, Liu H, Mortier P, Nock MK, Pinder-Amaker S, Sampson NA, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Andrade LH, Benjet C, Caldas-de-Almeida JM, Demyttenaere K, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, Karam EG, Kiejna A, Kovess-Masfety V, Lee S, McGrath JJ, O'Neill S, Pennell BE, Scott K, Ten Have M, Torres Y, Zaslavsky AM, Zarkov Z, Bruffaerts R. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2016;46(14):2955–70.
- Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyanarayana Rao TS. 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Res*. 2021; 295:113577.
- Barros, A. Com pandemia, 20 estados têm taxa média de desemprego recorde em 2020. 2021. Agência de Notícias IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30235-com-pandemia-20-estados-tem-taxa-media-de-desemprego-recorde-em-2020>
- Bchetnia M, Girard C, Duchaine C, Laprise C. The outbreak of the novel severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): A review of the current global status. *J Infect Public Health*. 2020;13(11):1601-1610.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24), 3186–3191.
- Blanquet M, Labbe-Lobertreau E, Sass C, Berger D, Gerbaud L. Occupational status as a determinant of mental health inequities in French young people: is fairness needed? Results of a cross-sectional multicentre observational survey. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):142.
- Bloch-Elkouby S, Barzilay S, Gorman BS, Lawrence OC, Rogers ML, Richards J, et al. The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *J Affect Disord*. 2021;295:1280–91.

Bloch-Elkouby S, Gorman B, Lloveras L, Wilkerson T, Schuck A, Barzilay S, Calati R, Schnur D, Galynker I. How do distal and proximal risk factors combine to predict suicidal ideation and behaviors? A prospective study of the narrative crisis model of suicide. *J Affect Disord.* 2020a;277:914-926.

Bloch-Elkouby S, Gorman B, Schuck A, Barzilay S, Calati R, Cohen L J, Begum F, Galynker I. The suicide crisis syndrome: A network analysis. *J. Couns. Psychol.*, 2020b; 67(5):595–607.

Bruin A, Agyemang A, Chowdhury MIH. New insights on suicide: uncertainty and political conditions. *Appl. Econ. Lett.* 2020;27(17)1424-1429.

Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(1):14-19.

Caine ED. Forging an agenda for suicide prevention in the United States. *Am J Public Health.* 2013;103(5):822-9.

Calati R, Nemeroff CB, Lopez-Castroman J, Cohen LJ, Galynker I. Candidate Biomarkers of Suicide Crisis Syndrome: What to Test Next? A Concept Paper. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2020;23(3):192-205.

Castelpietra G, Balestrieri M, Bovenzi M. Occupational status and hospitalisation for mental disorders: findings from Friuli Venezia Giulia region, Italy, 2008-2017. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2019;23(4):265–72.

Chiu C-Y, Chan F, Edward Sharp S, Dutta A, Hartman E, Bezyak J. Employment as a health promotion intervention for persons with multiple sclerosis. *Work.* 2015;52(4):749–56.

Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, Rogers ML, Podlogar MC, Chiurliza B, Ringer FB, Michaels MS, Patros CHG, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin,* 2017;143(12), 1313–1345.

Claveria O. Global economic uncertainty and suicide: Worldwide evidence. *Soc Sci Med.* 2022;305:115041.

Clemens V, Deschamps P, Fegert JM, Anagnostopoulos D, Bailey S, Doyle M, Eliez S, Hansen AS, Hebebrand J, Hillegers M, Jacobs B, Karwautz A, Kiss E, Kotsis K, Kumperscak HG, Pejovic-Milovancevic M, Christensen AMR, Raynaud JP, Westerinen H, Visnapuu-Bernadt P. Potential effects of "social" distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29(6):739-742.

Cohen LJ, Ardalán F, Yaseen Z, Galynker I. Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide Life Threat Behav.* 2018;48(5):613–23.

Cohen LJ, Gorman B, Briggs J, Jeon ME, Ginsburg T, Galynker I. The Suicidal Narrative and Its Relationship to the Suicide Crisis Syndrome and Recent Suicidal Behavior. *Suicide Life Threat Behav.* 2019;49(2):413-422.

Córdoba-Doña JA, Escolar-Pujolar A, San Sebastián M, Gustafsson PE. How are the employed and unemployed affected by the economic crisis in Spain? Educational inequalities, life conditions and mental health in a context of high unemployment. *BMC Public Health.* 2016;16(1).

Cramer RJ, Rasmussen S, Tucker RP. An examination of the Entrapment Scale: Factor structure, correlates, and implications for suicide prevention. *Psychiatry research,* 2019;282:112550.

Davalos ME, French MT. This recession is wearing me out! Health-related quality of life and economic downturns. *The journal of mental health policy and economics.* 2011.14(2), 61–72.

DeCatanzaro D. Human suicide: A biological perspective. *Behav. Brain Sci.* 1980;3(2),265–272.

Dhingra K, Boduszek D, O'Connor RC. A structural test of the Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behaviour. *Psychiatry Res.* 2016;239:169–178.

Donnelly R, Schoenbachler A. Part-time work and health in the United States: The role of state policies. *SSM Popul Health.* 2021;15(100891):100891.

Du Toit A. Outbreak of a novel coronavirus. *Nat Rev Microbiol.* 2020;18(3):123.

Esterwood E, Saeed SA. Past Epidemics, Natural Disasters, COVID19, and Mental Health: Learning from History as we Deal with the Present and Prepare for the Future. *Psychiatr Q.* 2020;91(4):1121-1133.

Flint J, Cohen L, Nath D, Habib Z, Guo X, Galynker I, Calati R. The association between the suicide crisis syndrome and suicidal behaviors: The moderating role of personality traits. *Eur Psychiatry.* 2021;1–30.

Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, Musacchio K M, Jaroszewski AC, Chang BP, Nock MK. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin,* 2017;143(2), 187–232.

Fujishiro K, Xu J, Gong F. What does “occupation” represent as an indicator of socioeconomic status?: Exploring occupational prestige and health. *Soc Sci Med.* 2010;71(12):2100–7.

Galynker I, Yaseen ZS, Cohen A, Benhamou O, Hawes M, Briggs J. Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: Th suicide crisis inventory. *Depress Anxiety.* 2017b;34(2):147-158.

Galynker, I. *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk.* Oxford (UK): Oxford University Press, 2017a. 344p.

- Gómez-Carballa A, Bello X, Pardo-Seco J, Martínón-Torres F, Salas A. Mapping genome variation of SARS-CoV-2 worldwide highlights the impact of COVID-19 super-spreaders. *Genome Res.* 2020;30(10):1434-1448.
- Halleröd B, Gustafsson J-E. A longitudinal analysis of the relationship between changes in socio-economic status and changes in health. *Soc Sci Med.* 2011;72(1):116–23.
- Hedegaard H, Curtin SC, Warner M. Increase in Suicide Mortality in the United States, 1999-2018. *NCHS Data Brief.* 2020;(362):1-8.
- Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497-506.
- Joiner Jr TE, Van Orden KA, Witte TK, Rudd MD. *The Interpersonal Theory Of Suicide: Guidance For Working With Suicidal Clients.* Washington (DC): American Psychological Association; 2009. 246p.
- Kiernan FM. Income loss and the mental health of young mothers: evidence from the recession in Ireland. *J. Ment. Health Policy Econ.* 2019; 22:131–49.
- Kim I-H, Muntaner C, Khang Y-H, Paek D, Cho S-I. The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Soc Sci Med.* 2006;63(3):566–74.
- Kirby T. Evidence mounts on the disproportionate effect of COVID-19 on ethnic minorities. *Lancet Respir Med.* 2020;8(6):547–8.
- Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016b;12(1):307–30.
- Kwak Y, Kim Y. Health-related Quality of Life and Mental Health of Elderly by Occupational Status. *Iran. J. Public Health.* 2017;46(8):1028–37.
- Lei X, Liu C, Jiang H. Mental health of college students and associated factors in Hubei of China. *PLoS One.* 2021;16(7):e0254183.
- Lengvenyte A, Conejero I, Courtet P, Olié E. Biological bases of suicidal behaviours: A narrative review. *Eur. J. Neurosci,* 2021;53(1):330–351.
- Li S, Galynker I, Briggs J, Duffy M, Frechette-Hagan A, Kim H-J, Cohen L, Yaseen Z: Attachment style and suicide behaviors in high risk psychiatric inpatients following hospital discharge: The mediating role of entrapment. *Psychiatry Res.* 2017;257:309-314.
- Li S, Yaseen ZS, Kim HJ, Briggs J, Duffy M, Frechette-Hagan A, Cohen LJ, Galynker II. Entrapment as a mediator of suicide crises. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):4.

- Lopes B, Kamau C, Jaspal R. The roles of socioeconomic status, occupational health and job rank on the epidemiology of different psychiatric symptoms in a sample of UK workers. *Community Ment Health J.* 2019;55(2):336–49.
- Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;291:113190.
- Mamun MA, Griffiths MD. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102073.
- Maqbali MA, Al-Huseini S, Eltanahy AM, Elawdy M. The Psychological Impact and suicidal behaviour in the context of COVID-19 pandemic, A Four Case report from Oman. *Research Square*, 2021:1-7.
- Marck CH, Aitken Z, Simpson S Jr, Weiland TJ, Kavanagh A, Jelinek GA. Predictors of change in employment status and associations with quality of life: A prospective international study of people with multiple sclerosis. *J Occup Rehabil.* 2020;30(1):105–14.
- Martin MA, Lennon RP, Smith RA, Myrick JG, Small ML, Van Scoy LJ; Data4Action Research Group. Essential and non-essential US workers' health behaviors during the COVID-19 pandemic. *Prev Med Rep.* 2022;29(101889):101889.
- Michaels MS, Chu C, Silva C, Schulman BE, Joiner T. Considerations regarding online methods for suicide-related research and suicide risk assessment. *Suicide & life-threatening behavior*, 2015;45(1):10–17.
- Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2013;203(6):409–16.
- Ministério da Saúde (BR). Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
- Ministério da Saúde (BR). Taxa de mortalidade por suicídio por ano, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação - Brasil - 2000-2020. 2020. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/8183#resultado>.
- Montez JK, Friedman EM. Educational attainment and adult health: Under what conditions is the association causal? *Soc Sci Med.* 2015;127:1–7.
- Morselli, EA. *Suicide: an essay on comparative moral statistics.* London: C. Kegan Paul & Co; 1881. 32p
- Muraro AP, Rocha R, Boing AC, Oliveira LR, Melanda, FN, Andrade, ACS. Óbitos por condições de saúde posteriores à COVID-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2023;28(2):331-336.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic reviews*, 2008;30(1), 133–154.

- Ochani R, Asad A, Yasmin F, Shaikh S, Khalid H, Batra S, Sohail MR, Mahmood SF, Ochani R, Hussham Arshad M, Kumar A, Surani S. COVID-19 pandemic: from origins to outcomes. A comprehensive review of viral pathogenesis, clinical manifestations, diagnostic evaluation, and management. *Infez Med*. 2021;29(1):20-36.
- O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*. 2011;32(6):295-8.
- Owens MR, Brito-Silva F, Kirkland T, Moore CE, Davis KE, Patterson MA, Miketinas DC, Tucker WJ. Prevalence and social determinants of food insecurity among college students during the COVID-19 pandemic. *Nutrients*. 2020;12(9):2515.
- Paiva CCD, Paiva SCFD. No Brasil, impacto econômico da pandemia será forte e duradouro. *Jornal da UNESP*. 2021. Disponível em: <https://jornal.unesp.br/2021/07/02/no-brasil-impacto-economico-da-pandemia-sera-forte-e-duradouro/>
- Parker G. Do changes in employment status induce or “harvest” suicides? *J Nerv Ment Dis*. 2019;207(12):1039–44.
- Parrish E. The next pandemic: COVID-19 mental health pandemic. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(3):485.
- Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;383(6):510-512.
- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, Mann JJ. The Columbia–suicide severity rating scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266–77.
- Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychol Med*. 2021;51(2):201–11.
- Rasouli N, Malakouti SK, Rezaeian M, Saberi SM, Nojomi M, De Leo D, Ramezani-Farani A. Risk Factors of Suicide Death Based on Psychological Autopsy Method; a Case-Control Study. *Archives of Acad Emer Med*. 2019; 7(1), e50.
- Rogers ML, Bafna A, Galyunker I. Comparative clinical utility of screening for Suicide Crisis Syndrome versus suicidal ideation in relation to suicidal ideation and attempts at one-month follow-up. *Suicide Life Threat Behav*. 2022a;52(5):866–75.
- Rogers ML, Bloch-Elkouby S, Galyunker I. Differential disclosure of suicidal intent to clinicians versus researchers: Associations with concurrent suicide crisis syndrome and prospective suicidal ideation and attempts. *Psychiatry Res*. 2022b;312(114522):114522.

Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020;109:102433.

Rubinstein, D. A stress-Diathesis Theory of Suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1986;16(2):182-197.

Sasaki N, Kuroda R, Tsuno K, Imamura K, Kawakami N. Increased suicidal ideation in the COVID-19 pandemic: an employee cohort in Japan. *BJPsych Open.* 2021;7(6).

Sasaki N, Tabuchi T, Okubo R, Ishimaru T, Kataoka M, Nishi D. Temporary employment and suicidal ideation in COVID-19 pandemic in Japan: A cross-sectional nationwide survey. *J Occup Health.* 2022;64(1) e12319.

Schuck A, Calati R, Barzilay S, Bloch-Elkouby S, Galynker I. Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law.* 2019;37(3):223-239.

Sher L, Oquendo MA. Suicide: An Overview for Clinicians. *Med Clin North Am.* 2023;107(1):119-130.

Silva DA, Marcolan JF. Suicide Attempts and Suicide in Brazil: An Epidemiological Analysis. *FNJN,* 2021;29(3), 294–302.

Slominski L, Sameroff A, Rosenblum K, Kasser T. Longitudinal predictors of adult socioeconomic attainment: the roles of socioeconomic status, academic competence, and mental health. *Dev Psychopathol.* 2011;23(1):315–24.

Sott MK, Bender MS, da Silva Baum K. Covid-19 outbreak in Brazil: Health, social, political, and economic implications. *Int J Health Serv.* 2022;52(4):442–54.

Spriggs SA, Cohen LJ, Valencia A, Yaseen ZS, Galynker I. Qualitative Analysis of Attitudes Toward Adult-Child Sexual Activity Among Minor-Attracted Persons. *J Sex Marital Ther.* 2018;44(8):787-799.

Tabor E, Patalay P, Bann D. Mental health in higher education students and non-students: evidence from a nationally representative panel study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021;56(5):879–82.

Taylor S. Durkheim's suicide Durkheim and the Study of Suicide. 1982 London: Red Globe Press London; 1982. 249p.

Tsai SC, Lu CC, Bau DT, Chiu YJ, Yen YT, Hsu YM, Fu CW, Kuo SC, Lo YS, Chiu HY, Juan YN, Tsai FJ, Yang JS. Approaches towards fighting the COVID-19 pandemic (Review). *Int J Mol Med.* 2020;47(1):3–22.

Tsang HF, Chan LWC, Cho WCS, Yu ACS, Yim AKY, Chan AKC, Ng LPW, Wong YKE, Pei XM, Li MJW, Wong SC. An update on COVID-19 pandemic: The epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2020;19(7):877-888.

Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley, BH. Suicide and suicide risk. *Nat. Rev. Dis. Primers*. 2019;5(1):74.

Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227-1239.

Urban RC, Nakada LYK. COVID-19 pandemic: Solid waste and environmental impacts in Brazil. *Sci Total Environ*. 2021;755:142471.

Van Mens K, de Schepper C, Wijnen B, Koldijk SJ, Schnack H, de Looft P, Lokkerbol J, Wetherall K, Cleare S, C O'Connor R, de Beurs D. Predicting future suicidal behaviour in young adults, with different machine learning techniques: A population-based longitudinal study. *J Affect Disord*. 2020;271:169-177.

Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE, Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*. 2010;117(2): 575–600.

Vandoros S, Kawachi I. Economic uncertainty and suicide in the United States. *Eur. J. Epidemiol*. 2021;36:641-647.

Voros V, Tenyi T, Nagy A, Fekete S, Osvath P. Crisis concept re-loaded?—the recently described suicide-specific syndromes may help to better understand suicidal behavior and assess imminent suicide risk more effectively. *Front Psychiatry*. 2021;12.

Wang S, Wen X, Dong Y, Liu B, Cui M. Psychological Influence of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic on the General Public, Medical Workers, and Patients With Mental Disorders and its Countermeasures. *Psychosomatics*. 2020;61(6):616-624.

Wang Y, Sareen J, Afifi TO, Bolton SL, Johnson EA, Bolton JM. A population-based longitudinal study of recent stressful life events as risk factors for suicidal behavior in major depressive disorder *Arch Suicide Res*, 2015;19(2):202–217.

Wasserman D, Iosue M, Wuestefeld A, Carli V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*. 2020;19(3):294-306.

Wei X, Li L, Zhang F. The impact of the COVID-19 pandemic on socio-economic and sustainability. *Environ Sci Pollut Res Int*. 2021;28(48):68251–60.

Williams CYK, Townson AT, Kapur M, Ferreira AF, Nunn R, Galante J, Phillips V, Gentry S, Usher-Smith JA. Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review. *PLoS One*. 2021;16(2):e0247139.

World Health Organization. Suicide. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Yao R, Wu W. Mental disorders associated with COVID-19 related unemployment. *Appl Res Qual Life*. 2022;17(2):949–70.

Yaseen Z, Katz C, Johnson MS, Eisenberg D, Cohen LJ, Galynker II. Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC psychiatry*, 2010;10:110.

Yaseen ZS, Hawes M, Barzilay S, Galynker I. Predictive Validity of Proposed Diagnostic Criteria for the Suicide Crisis Syndrome: An Acute Presuicidal State. *Suicide Life Threat Behav*, 2019;49(4):1124–1135.

Yoon S, Kim JY, Park J, Kim S-S. Loss of permanent employment and its association with suicidal ideation: a cohort study in South Korea. *Scand J Work Environ Health*. 2017;43(5):457–64.

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do autor para tradução, adaptação e validação das escalas



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: 212.420.4555
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,

Thank you,

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

Igor Galynker, PhD, MD

ANEXO B – Parecer substanciado do CEP

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

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa quantitativo, transversal, com amostragem por conveniência, que pretende avaliar o impacto do isolamento social e as implicações que essa situação pode ocasionar sobre a saúde mental e física da população. A população do presente estudo envolve pessoas com idade igual ou acima de 18 anos, que aceitem participar da pesquisa e respondam o instrumento proposto. Ressalta-se que é uma pesquisa de abrangência nacional, utilizando mídia digital para captação do participante da pesquisa, com um número mínimo amostral desejado de 2500 participante. Como metodologia de divulgação do projeto e convite à participação na pesquisa, será utilizado perfis pessoais de mídia social em plataformas como Facebook, Instagram, e-mail, Twitter, universidades, organizações e associações de profissionais médicos, canais de hospitais entre outros. O link da pesquisa será divulgado nessas mídias sociais e aqueles que manifestarem interesse, aceitem os termos da pesquisa e concluírem o preenchimento do instrumento proposto, através do link fornecido, farão parte da amostra. Os instrumentos de coleta de dados, na forma de questionário com acesso remoto, inclui 6 protocolos: -Inventário de Crise Suicida (SCI), -Inventário de Crise Suicida-2 (SCI-2), Questionário de Eventos de Vida Estressante (SLEQ), Inventário de Narrativa Suicida Abreviado (SNI), Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) para estudos de Transtorno de Ideação Suicida 7.0.2., Bateria COVID-19. A coleta de dados

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC **Município:** CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

prevista no projeto tem início em setembro de 2020 a 03 de junho de 2022. Projeto com financiamento próprio (dos pesquisadores).

Objetivo da Pesquisa:

Geral: 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 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.

Específicos: 1: Para determinar se durante o atual surto da COVID-19, os SLE medidos pelas pontuações totais do Questionário de Eventos de Vida Estressante (SLEQ) e suas sub-pontuações específicas se correlacionarão com as pontuações totais do Inventário de Narrativa Suicida (SNI), Estudos do MINI para Distúrbios da Suicidalidade 7.0.2, e o Inventário de Crise de Suicídio (SCI) em grupos comunitários de alto risco comparados.

2: Para determinar se durante o atual surto de COVID-19, a medida dos principais componentes de desesperança frenética / inundação ruminativa do SCS será maior naqueles que sofreram aprisionamento interno devido a perdas percebidas como irreversíveis (perda de negócios, perda de emprego, perda de casa perdida do ente querido) vs. com aprisionamento externo potencialmente reversível, como quarentena, abrigo e distanciamento social, e se essas relações serão diferentes nos grupos de alto risco e comunidade

3: Avaliar durante o atual surto de COVID-19, a natureza temporal do SCS e sua co-variação com o SLE, SCI, SNI e se o padrão de covariância difere no grupo de alto risco versus controle. 4: Realizar a adaptação transcultural e validação dos instrumentos: Inventário de Crise Suicida2 (SCI-2) Questionário de Eventos de Vida Estressante (SLEQ) Inventário de Narrativa Suicida Abreviado (SNI) e a Bateria COVID-19 no Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos destes procedimentos serão baixos, podendo envolver desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas dos questionários. Caso haja algum desconforto, a qualquer momento as avaliações poderão ser interrompidas.

Vários procedimentos de gerenciamento de riscos serão utilizados para garantir a minimização dos riscos. Várias recomendações de Michaels e colegas (2014) sobre a

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 4.275.326

garantia da segurança dos participantes durante a participação na pesquisa on-line serão implementadas. Primeiro, os 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: Conhecimento do impacto das medidas pandêmicas e da quarentena causada pela COVID-19 sobre a saúde física e mental dos indivíduos.

Identificação da auto percepção 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

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC **Município:** CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 4.275.326

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.

OS RISCOS E BENEFÍCIOS CONSTANTES NO TCLE DIFEREM DO APRESENTADO NAS INFORMAÇÕES BÁSICAS: INCLUIR OS MESMOS RISCOS E BENEFÍCIOS DO TCLE NAS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pela temática abordada, tendo em vista o impacto psicológico que o isolamento decorrente de pandemia potencialmente pode acarretar em indivíduos susceptíveis ao suicídio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente postados, mas os riscos e benefícios constantes no TCLE devem estar também no projeto completo e nas informações básicas.

Recomendações:

OS RISCOS E BENEFÍCIOS CONSTANTES NO TCLE DIFEREM DO APRESENTADO NAS INFORMAÇÕES BÁSICAS: INCLUIR OS MESMOS RISCOS E BENEFÍCIOS DO TCLE NAS INFORMAÇÕES BÁSICAS E NO PROJETO COMPLETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado, em consonância com o II INFORME AOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA PROTOCOLOS DE PESQUISA RELATIVOS À COVID-19.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 4.275.326

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1615023.pdf	07/09/2020 17:46:01		Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	07/09/2020 17:45:11	Jhoanne Merlyn Luiz	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	07/09/2020 17:41:47	Jhoanne Merlyn Luiz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCOVIDSUICIDIOok.pdf	07/09/2020 17:40:39	Jhoanne Merlyn Luiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEOK.pdf	07/09/2020 17:40:02	Jhoanne Merlyn Luiz	Aceito
Outros	PermissionLetter.pdf	25/08/2020 14:09:14	Jhoanne Merlyn Luiz	Aceito
Outros	versaoinglesescalas.pdf	25/08/2020 14:02:22	Jhoanne Merlyn Luiz	Aceito
Outros	traducaot1t2pt.pdf	25/08/2020 14:01:30	Jhoanne Merlyn Luiz	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostook.pdf	25/08/2020 13:58:06	Jhoanne Merlyn Luiz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 14 de Setembro de 2020

Assinado por:

Marco Antônio da Silva

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título da Pesquisa

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.

Período da coleta de dados: 01/ 10 /2020 à 01/12/2022

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

Pesquisador/Orientador: Samira S. Valvassori
2643

Telefone: (48) 3431-

Pesquisadoe/Aluno: Jhoanne Merlyn Luiz
996324625

Telefone: (48)

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos

relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

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 online, 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 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?</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.</p>

No Brasil, o projeto estará sendo coordenado pela Profa. 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 podem 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.

BENEFÍCIOS

- ✓ Conhecimento do impacto das medidas pandêmicas e da quarentena causada pela COVID-19 sobre a saúde física e mental dos indivíduos.
- ✓ Identificação da auto percepção 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 UNESCO 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.

RISCOS

Os riscos destes procedimentos serão baixos, podendo envolver desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas dos questionários. Caso haja algum desconforto, a qualquer momento as avaliações poderão ser interrompidas.

Vários procedimentos de gerenciamento de riscos serão utilizados para garantir a minimização dos riscos. Várias recomendações de Michaels e colegas (2014) sobre a garantia da segurança dos participantes durante a participação na pesquisa on-line serão implementadas.

Primeiro, os 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.

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, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao (à) pesquisador (a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal). Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o (a) pesquisador (a) Samira da Silva Valvassori pelo telefone (48) 3431-2643 e/ou pelo e-mail samiravalvassori@unesc.net. Ou ainda com Jhoanne Merlyn Luiz jhoanne_luiz@unesc.net

Nenhuma das informações que você fornecer será vinculada a você como pessoa. Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com os líderes do projeto.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC Av. Universitária, 1.105 – Bairro Universitário – CEP: 88.806-000 – Criciúma / SC

Bloco Administrativo – Sala 31 | Fone (48) 3431 2606 | cetica@unesc.net www.unesc.net/cep. Horário de funcionamento do CEP: de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/>
Assinatura	Assinatura
Nome:	Nome:
<hr/> <hr/>	<hr/> <hr/>
CPF: _____ - _____	CPF: _____ - _____

ANEXO D – Abbreviated Suicidal Narrative Inventory (SNI)

Por favor, leia as seguintes declarações e avalie a veracidade das afirmações para você **no último mês**.

	1.	2.	3.	4.	5.
Hoje em dia, acho que minha morte seria um alívio para as pessoas que fazem parte da minha vida					
Se eu tiver que parar de perseguir um objetivo importante em minha vida, digo a mim mesmo que tenho vários outros novos objetivos para seguir					
Hoje em dia, as pessoas em minha vida seriam mais felizes sem mim					
Hoje em dia, acho que as pessoas em minha vida gostariam de poder se livrar de mim					
Se eu tiver que parar de perseguir um objetivo importante em minha vida, começo a trabalhar em outros novos objetivos					
Hoje em dia, as pessoas em minha vida ficariam melhor se eu fosse embora					
Eu acho difícil desistir de alcançar um objetivo					
Eu me esforço para ser tão perfeito quanto eu posso ser					
Hoje em dia, eu sinto que há pessoas às quais posso recorrer em momentos de necessidade					
Eu fico preocupado em ser chamado de nomes ou de termos depreciativos					
Se eu tiver que desistir de alcançar um objetivo importante em minha vida, penso em outros novos objetivos para alcançar					
Eu me sinto completamente fora de ação					
Eu exijo nada menos que a perfeição de mim mesmo					
Eu me sinto para baixo e deslocado					

Hoje em dia eu tenho pelo menos uma interação satisfatória todos os dias					
Muitas vezes eu tenho a sensação como se quisesse fugir					
Eu me sinto impotente para mudar a mim mesmo					
Não vejo saída para minha situação atual					
Devo trabalhar com todo o meu potencial o tempo todo					
Hoje em dia, eu tenho a sorte de ter muitos amigos cuidadosos e solidários					
Se eu tenho que desistir de um objetivo importante em minha vida, eu procuro outros objetivos significativos					
Um dos meus objetivos é ser perfeito em tudo que faço					
Eu tenho medo de ser assediado					
Se eu tiver que desistir de um objetivo importante em minha vida, convenço a mim mesmo que tenho outros objetivos significativos para perseguir					
Sinto que eu estou em um buraco profundo do qual não consigo sair					
Eu sinto que desisti					
Eu sinto que minha confiança foi tirada de mim					
Eu me sinto derrotado pela vida					
Eu tenho medo de ser ridicularizado					
Eu tenho medo de sofrer <i>bullying</i>					
Hoje em dia, eu acho que eu pioro as coisas para as pessoas que fazem parte da minha vida					
É muito importante que eu seja perfeito em tudo que eu tento					
Hoje em dia, outras pessoas se importam comigo					
Eu não posso desistir dos meus objetivos					
Hoje em dia, estou próximo a outras pessoas					
Eu tenho medo das pessoas rirem de mim					

Eu permaneço comprometido com um objetivo por bastante tempo					
Eu me sinto impotente para mudar as coisas					

ANEXO E – Suicide Crisis Inventory (SCI-2)

Inventário da Crise de Suicídio-2 Revisado (SCI-2)

Por favor, responda às seguintes perguntas sobre como você se sentiu nos últimos dias.

Nos últimos dias, no momento em que você estava se sentindo pior:

1. Você acordou do sono cansado e não revigorado?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você sentiu que seus pensamentos estavam confusos?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você teve muitos pensamentos em sua cabeça?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você sentiu que não havia saída?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você ficou com medo de morrer?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você sentiu sensações físicas incomuns que nunca sentiu antes?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você teve uma sensação de dor emocional que era demais para suportar?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que sua cabeça poderia explodir por causa de muitos pensamentos?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que as coisas comuns pareciam estranhas ou distorcidas?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você se preocupou com a possibilidade de muitas coisas ruins acontecerem com você?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que era difícil parar de se preocupar?
0=De modo nenhum
1=Um pouco

2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu sem esperança?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que não havia saída?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você teve redução na sua capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões devido a muitos pensamentos?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você teve problemas para pegar no sono porque estava tendo pensamentos que não podia controlar?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você temeu por sua vida?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que estava em um beco sem saída?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu que o mundo ao seu redor era diferente?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu agoniado?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu subitamente angustiado a tal ponto que teve desconfortos físicos ou um ataque de pânico?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você esperava o pior?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você teve sensações estranhas no corpo ou na pele?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu que havia algo de errado com uma parte ou em partes do seu corpo?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu que seus pensamentos estavam acelerados?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu que perdeu o controle?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você se sentiu incomodado por pensamentos que não faziam sentido?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu medo de que as coisas nunca voltassem ao normal novamente?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você teve sensações que não consegue descrever?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos

3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu incapaz de mudar?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu preso?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. O desejo de parar a dor emocional dominou todos os outros pensamentos?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu como se estivesse com os nervos à flor da pele?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu extremamente preocupado?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu que as ideias continuavam girando e revirando sua mente e elas não desapareciam?
0=De modo nenhum

1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu condenado?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu que havia algo errado com você fisicamente?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você pensou que algo, como um ataque cardíaco ou acidente, de repente o mataria?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu uma sensação de dor interior que precisava ser interrompida?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2= Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você queria que seus pensamentos perturbadores desaparecessem, mas isso não acontecia?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2= Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu impotente para parar pensamentos que o perturbavam?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2= Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que sua dor emocional era insuportável?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você se percebeu pensando que as coisas nunca mudariam?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que algo horrível iria acontecer?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que não havia escapatória?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu um peso na cabeça por pensar demais?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu que havia perdido a capacidade de melhorar as coisas?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você sentiu que estava com dor de cabeça devido a muitos pensamentos?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você sentiu que o desejo de escapar da dor era muito difícil de controlar?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você sentiu que não havia boas soluções para seus problemas?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Enquanto você estava tendo esses sentimentos e experiências, também sabia que eles eram temporários e acabariam passando?

0=De modo nenhum

1=Um pouco

2=Mais ou menos

3=Bastante

4=Extremamente

0. Você sentiu algo extraordinariamente intenso ou sentimentos negativos profundos em relação a si mesmo?

0=De modo nenhum

- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu algo extraordinariamente intenso ou sentimentos negativos profundos direcionadas a outra pessoa?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu nervosismo ou tremores por dentro?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2= Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você se sentiu insatisfeito ou entediado com tudo?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu que havia perdido o interesse por outras pessoas?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você encontrou prazer em seus *hobbies* e passatempos?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você gostou de estar com sua família ou amigos íntimos?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu tenso ou no seu limite?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2= Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu tão inquieto que não conseguia ficar parado?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu que queria sair de dentro de si?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu tão agitado por dentro que queria gritar?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você sentiu um desconforto em seu intestino desencadeado pelo seu estado emocional?

0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você mudou de ideia frequentemente?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu que poderia facilmente mudar de ideia sobre coisas que o incomodam?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2= Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu que poderia mudar de ideia quando chegasse a uma conclusão?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2= Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu que suas opiniões eram muito consistentes ao longo do tempo?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2= Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu que, se não ficasse alerta e vigilante, algo ruim aconteceria?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2= Mais ou menos
- 3=Bastante
- 4=Extremamente

0. Você sentiu que estava constantemente procurando sinais de problemas?

- 0=De modo nenhum
- 1=Um pouco
- 2=Mais ou menos
- 3=Bastante

4=Extremamente

0. Você sentiu que a maioria das pessoas não era confiável?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você teve episódios de perda de controle?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você entrou em discussões frequentes?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você se sentiu facilmente irritado?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você interage menos com as pessoas que se preocupam com você?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você sentiu que não se abriu para membros da sua família/amigos?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

0. Você se sentiu isolado dos outros?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você evitou a comunicação com pessoas que se preocupam com você?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente
0. Você afastou as pessoas que se preocupam com você?
0=De modo nenhum
1=Um pouco
2=Mais ou menos
3=Bastante
4=Extremamente

ANEXO F – Columbia - Suicide Severity Rating Scale

Você já experimentou algum dos seguintes itens no mês passado?

	Sim	Não
Você já pensou (ainda que momentaneamente) que estaria melhor morto, desejou que você estivesse morto, ou sentiu que precisava morrer?		
Você já pensou (mesmo que momentaneamente) em prejudicar-se, machucar-se, ou ferir-se com pelo menos alguma intenção ou consciência de que você poderia morrer como resultado?		
Você já teve algum método de suicídio em mente?		
Você já teve a intenção de colocar em prática esses pensamentos de se matar?		
Você já teve um plano (isto é, um local/data/período) em mente para tentativa de suicídio?		

APÊNDICES

APÊNDICE A – Material de divulgação nas mídias sociais

saudemental.brasil

Seguindo

Enviar mensagem

8 publicações 112 seguidores 57 seguindo

Saúde Mental Brasil
A pandemia introduziu incertezas, mudanças, estresse a vida da população. Nesse sentido queremos entender como a saúde mental pode estar sendo afetada unesc.net/saudementalbrasil

Seguido(a) por psiquiatra.thaisebonetti, neuro.evolutiv, adrianasimondc e outras 4 pessoas

PUBLICAÇÕES

MARCADOS

A pandemia do COVID-19 tem afetado sua Saúde Mental?

PREVENÇÃO DE SINTOMAS NO PERÍODO DE QUARENTENA DA COVID-19

O quanto o longo período da pandemia da COVID-19 tem afetado sua saúde mental?

PREVENÇÃO DE SINTOMAS NO PERÍODO DE QUARENTENA DA COVID-19

PREVENÇÃO DE SINTOMAS NO PERÍODO DE QUARENTENA DA COVID-19

PREVENÇÃO DE SINTOMAS NO PERÍODO DE QUARENTENA DA COVID-19

<https://www.instagram.com/saudemental.brasil/>

APÊNDICE B – Questionário sociodemográfico online

A pandemia da COVID-19 introduziu incertezas, mudanças, estresse e sofrimento na vida da população Brasileira. Essa experiência longa e desafiadora pode ter um impacto importante na saúde mental, incluindo sintomas aumentados de angústia, ansiedade ou ideação suicida. Nesse contexto, é essencial entender os efeitos da pandemia da COVID-19 sobre a saúde mental para fornecer as medidas necessárias para a população e profissionais da saúde, com o intuito de minimizar esses efeitos. Sua participação nos ajudaria muito a alcançar este objetivo!

A aprovação deste estudo foi concedida pelo CEP

Todas as respostas à pesquisa permanecerão anônimas.

Por favor, analise o seguinte formulário de consentimento.

Se você tiver alguma dúvida sobre o consentimento, por favor envie um e-mail para saudemental.covid19.brasil@gmail.com e aguarde uma resposta antes de continuar com o estudo.

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

I. 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 atualmente reside? (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

7. Qual é a sua ocupação? (Se for o caso, selecione mais de uma opção)

- Desempregado
- Estudante
- Dona de casa em tempo integral
- Trabalho voluntário
- Trabalho em meio período
- Trabalho em tempo integral
- Aposentado por invalidez
- Aposentado por tempo de contribuição ou por idade

8. Qual era a sua ocupação antes de seu Estado ser afetado pela pandemia da COVID-19?

- Desempregado
- Estudante
- Dona de casa em tempo integral
- Trabalho voluntário
- Trabalho em meio período
- Trabalho em tempo integral
- Aposentado por invalidez
- Aposentado por tempo de contribuição ou por idade

9. Atualmente, você está recebendo algum tipo de tratamento para saúde mental? (Se for o caso, selecione mais de uma opção)

- Psicoterapia ambulatorial
- Psicoterapia online
- Psicoterapia de grupo
- Programa de internação parcial
- Medicamento
- Nenhuma das alternativas acima

10. Você já foi hospitalizado em uma unidade de internação psiquiátrica?

- Sim
- Não

11. Você já negou ou escondeu pensamentos de suicídio de um profissional de saúde?

- Sim
- Não

12. Se sim, por quê.

APÊNDICE C – **Tabela Suplementar 1** - Efeitos das mudanças no status ocupacional durante a pandemia de COVID-19 em subescalas do SNI

Variáveis	Status ocupacional	Trabalho em tempo integral			Trabalho em meio período			Estudante		
		n	Média ± DP	<i>p</i>	n	Média ± DP	<i>p</i>	n	Média ± DP	<i>p</i>
Sobrecarga percebida	Manteve	844	13.99 ± 3.23 ^a	< 0.001	161	14.79 ± 3.50 ^a	< 0.001	1153	15.54 ± 3.43 ^a	0.020
	Perdeu	134	14.93 ± 3.29 ^a		108	14.92 ± 3.77 ^a		73	15.15 ± 3.04 ^a	
	Ganhou	95	14.48 ± 3.12 ^a		147	14.90 ± 3.28 ^a		122	14.67 ± 3.50 ^b	
	Desempregado	129	16.64 ± 3.45 ^b		129	16.64 ± 3.45 ^b		-	-	
	Total	1189	14.42 ± 3.35		545	15.28 ± 3.56		1348	15.44 ± 3.42	
Pertencimento frustrado	Manteve	844	10.70 ± 4.05 ^a	< 0.001	161	12.78 ± 4.46 ^a	< 0.001	1153	13.61 ± 4.55 ^a	0.003
	Perdeu	134	12.51 ± 4.52 ^b		108	12.93 ± 4.75 ^a		73	12.71 ± 5.07 ^{a,b}	
	Ganhou	95	12.16 ± 4.60 ^b		147	12.82 ± 4.53 ^a		122	12.26 ± 4.14 ^b	
	Desempregado	129	15.89 ± 4.35 ^c		129	15.89 ± 4.35 ^b		-	-	
	Total	1189	11.58 ± 4.49		545	13.56 ± 4.69		1348	13.44 ± 4.56	
Derrota social	Manteve	844	14.51 ± 2.87 ^a	< 0.001	161	15.23 ± 2.86 ^a	< 0.001	1153	15.75 ± 2.93	0.713
	Perdeu	134	15.00 ± 2.73 ^a		108	15.64 ± 3.10 ^{a,b}		73	15.86 ± 2.99	
	Ganhou	95	15.23 ± 3.02 ^a		147	14.96 ± 2.76 ^a		122	15.54 ± 2.76	
	Desempregado	129	16.38 ± 2.96 ^b		129	16.38 ± 2.96 ^b		-	-	
	Total	1202	14.82 ± 2.93		545	15.51 ± 2.95		1348	15.74 ± 2.91	

Continuação Tabela Suplementar 1

Variáveis	Status ocupacional	Trabalho em tempo integral			Trabalho em meio período			Estudante		
		n	Média ± DP	p	n	Média ± DP	p	n	Média ± DP	p
Humilhação	Manteve	844	14.93 ± 2.49	0.044	161	15.06 ± 2.39	0.600	1153	15.22 ± 2.56	0.456
	Perdeu	134	15.41 ± 2.18		108	15.24 ± 2.91		73	15.52 ± 2.41	
	Ganhou	95	15.24 ± 2.73		147	15.08 ± 2.16		122	15.04 ± 2.34	
	Desempregado	129	15.41 ± 2.46		129	15.41 ± 2.46		-	-	
	Total	1202	15.06 ± 2.48		545	15.18 ± 2.46		1348	15.22 ± 2.54	
Desengajamento de metas	Manteve	844	8.63 ± 2.26 ^a	< 0.001	161	9.34 ± 2.46 ^a	0.002	1153	9.90 ± 2.41 ^a	0.013
	Perdeu	134	9.24 ± 2.37 ^a		108	9.62 ± 2.22 ^a		73	9.57 ± 2.39 ^a	
	Ganhou	95	9.25 ± 2.31 ^a		147	9.58 ± 2.42 ^a		122	9.26 ± 2.46 ^b	
	Desempregado	129	10.38 ± 2.30 ^b		129	10.38 ± 2.30 ^b		-	-	
	Total	1202	8.93 ± 2.34		545	9.71 ± 2.39		1348	9.83 ± 2.42	
Reengajamento de metas	Manteve	170	15.45 ± 2.80	0.099	161	16.06 ± 2.60	0.400	1153	15.84 ± 2.80	0.606
	Perdeu	37	15.79 ± 2.78		108	15.65 ± 2.43		73	16.12 ± 2.73	
	Ganhou	19	15.56 ± 2.52		147	15.97 ± 2.61		122	16.01 ± 3.00	
	Desempregado	65	15.59 ± 3.12		129	15.59 ± 3.12		-	-	
	Total	291	15.51 ± 2.81		545	15.84 ± 2.71		1348	15.87 ± 2.81	

Valor obtidos após aplicação do teste ANOVA de uma via. ^{a,b,c} Letras diferentes representam diferenças estatisticamente significativas após a aplicação das correções post hoc de Tukey HSD ($p \leq 0,05$). Abreviações: SCI-2 Inventário da Crise de Suicídio – 2; SNI, Inventário da Narrativa Suicida; C-SSRS, Escala de Classificação de Risco de Suicídio de Columbia. Fonte: Dados da pesquisa, 2021.