

Relação entre o comportamento suicida, os estigmas e o conhecimento sobre suicídio: um estudo transversal

Relationship between suicidal behavior, stigma and knowledge about suicide: a cross-sectional study

MELISSA ABADÉ GUIMARÃES¹ , GABRIELA LUIZA NOGUEIRA VITRAL¹ , CLÁUDIA NATIVIDADE² , RENATA SALDANHA SILVA¹ 

¹ FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, MG-BRASIL

² FACULDADE ARNALDO JANSSEN E ASSESSORA DO CENTRO ESTADUAL DE APOIO ÀS VÍTIMAS-MPMG-BELO HORIZONTE, MG-BRASIL

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA: RENATA SALDANHA SILVA – ALAMEDA EZEQUIEL DIAS, 275. CENTRO – CEP: 30130-110-BELO HORIZONTE, MG-BRASIL

EMAIL: RENATA.SILVA@CIENCIASMEDICASMG.EDU.BR

RESUMO

Introdução: O suicídio é um fenômeno complexo que representa um problema de saúde pública. Existem grupos que estão em maior risco para o suicídio, mas a estigmatização e o desconhecimento sobre o tema podem interferir na identificação e tratamento. **Objetivo:** verificar possível relação entre o comportamento suicida, os estigmas relacionados e o conhecimento sobre suicídio. **Métodos:** Os 29 participantes foram selecionados em duas cidades do interior de Minas Gerais no segundo semestre de 2019. Eles foram divididos em três grupos de acordo com a presença do comportamento suicida. Foram aplicados quatro instrumentos: entrevista semiestruturada com Questionário Sociodemográfico, Self-Reporting Questionnaire, Stigma of Suicide Scale–Short Form, Literacy of Suicide Scale–Short Form. A comparação de subgrupos de interesse foi realizada através do teste Kruskal-Wallis e o grupo estudado nesta pesquisa foi comparado a amostras mais representativas da população em geral. **Resultados:** Grande parte dos participantes possuía algum diagnóstico de transtorno mental (82,8%). O valor médio da pontuação obtido nos questionários de estigma e conhecimento foi similar entre os subgrupos ($p = 0,945$ e $p = 0,847$, respectivamente). Porém foi identificado que o grupo deste estudo apresentou mais estigmas e glorificação do suicídio do que a amostra normativa. **Conclusão:** O estudo evidenciou pontuação semelhante entre os questionários sobre estigma, isolamento, normalização e conhecimento a respeito do suicídio. A estigmatização do suicídio é um fenômeno social prejudicial, portanto sua compreensão faz-se importante para prevenção e tratamento do comportamento suicida no âmbito da saúde pública.

Palavras-chave: Suicídio; Saúde Pública; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a complex phenomenon that represents a public health problem. There are groups that are at risk for suicide, but stigmatization and lack of knowledge about the topic can interfere with the identification and treatment. **Objective:** To investigate the potential relationship between suicidal behavior, stigma and knowledge about suicide. **Method:** The 29 participants were selected in two cities in the interior of Minas Gerais in the second half of 2019. They were divided into three groups according to the presence

of suicidal behavior. Four instruments were applied: semi-structured interview with sociodemographic questionnaire, Self-Reporting Questionnaire, Stigma of Suicide Scale–Short Form, Literacy of Suicide Scale–Short Form. The comparison of subgroups of interest was conducted using the Kruskal-Wallis test. The group studied in this research was compared to more representative samples of the general population. **Results:** Most participants had some diagnosis of mental disorder (82.8%). The average score obtained in the stigma and knowledge questionnaires was similar between the subgroups ($p = 0.945$ and $p = 0.847$, respectively). However, the group in this study exhibited higher levels of stigma and glorification of suicide compared to the normative sample. **Conclusion:** The study showed similar scores between the questionnaires on stigma, isolation, normalization and knowledge about suicide. The stigmatization of suicide is a harmful social phenomenon, therefore understanding it is important for the prevention and treatment of suicidal behavior within the scope of public health.

Keywords: Suicide; Public Health; Mental Health.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é um fenômeno complexo e representa um grave problema de saúde pública¹. Mais de 97.000 pessoas nas Américas morreram por suicídio em 2019, representando uma taxa padronizada por idade de 9,0 por 100.000 habitantes (14,2 por 100.000 homens e 4,1 por 100.000 mulheres). Em publicação da Organização Panamericana de Saúde², o Brasil se encontra na média comparativa (5,21 a 7,23 por 100.000 habitantes) com outros países da América. As maiores ocorrências de suicídio nas Américas se localizam na Guayana, com 40,8 por 100.000 habitantes e o menor índice em Barbados com 0,362.

Comportamento suicida é qualquer ação ou pensamento que indica uma intenção de causar dano a si mesmo, no intuito de acabar com a própria vida³. Esses comportamentos podem incluir ideação e planejamento de suicídio, automutilação e tentativas de suicídio, ou mesmo comportamentos perigosos ou imprudentes^{3,4}. As populações mais vulneráveis ao suicídio são os jovens entre 15 e 29 anos, de gênero masculino, pessoas idosas com mais de 70 anos e portadores de transtornos psiquiátricos, principalmente depressão e dependência química³. Além disso, são também fatores de risco para o suicídio a sensação de desesperança, a falta de suporte social e de cuidados adequados para a promoção de saúde mental. Sobre este último, um dos principais dificultadores para o tratamento de pessoas em risco e prevenção ao suicídio são os estigmas e tabus que tendem a estar relacionados ao tema⁵⁻⁸.

Estudos têm demonstrado que a estigmatização do comportamento suicida está associada a uma série de consequências individuais e estruturais para as pessoas afetadas e seus familiares^{6,9,10}. Essas consequências incluem um aumento do sofrimento emocional, uma diminuição da autoestima e desvantagens sociais, como a experiência de discriminação. Além disso, a estigmatização pode levar a uma redução no comportamento de busca por ajuda e no uso de serviços⁹. O conceito de estigma foi inicialmente proposto por Irwin Goffman na década de 1980, que definiu o termo como uma espécie de rótulo ou marca social que desqualifica um indivíduo ou grupo, concebendo-os como indignos de estima e aceitação social. As características que serão consideradas para o estigma podem ser físicas (como deformidades ou marcas de nascença), morais (como comportamentos considerados inadequados socialmente, como vícios) ou tribais (como pertencer a um grupo minoritário). Goffman enfatizou que o estigma pode levar a consequências

negativas, como exclusão, marginalização e restrições de oportunidades¹¹.

O comportamento suicida, ao longo da história, já assumiu diferentes posições como, por exemplo, a glorificação que, na cultura japonesa, concebia a morte auto provocada de samurais para restituição da sua honra. Ainda na cultura japonesa, o comportamento suicida já figurou como tática de guerra, especialmente na II Guerra Mundial em que pilotos se lançavam contra navios americanos e ficaram conhecidos como Kamikases. Na cultura oriental há também expressões de glorificação ligadas a ataques extremistas violentos como, por exemplo, às torres gêmeas do World Trade Center em 2001. Dessa forma percepção do suicídio estará sempre conectada a sistemas culturais amplos¹⁰.

A falta de conhecimento sobre adoecimento mental, bem como sobre as motivações e formas de prevenção ao suicídio, têm sido apontadas na literatura como um importante motivador para atitudes preconceituosas, tanto da parte de profissionais de saúde e população em geral, quanto dos próprios indivíduos que apresentam tais comportamentos^{6,7,12}. Alguns estudos tem identificado correlações entre o nível de conhecimento e os estigmas relacionados ao suicídio. Por exemplo, um estudo conduzido com adultos na Austrália que buscou identificar fatores associados ao estigma e conhecimento sobre suicídio⁶. O estudo identificou que aspectos culturais e sociodemográficos estão associados ao estigma e ao conhecimento sobre suicídio e que pessoas com mais conhecimento sobre o tema tendem a apresentar menos atitudes estigmatizantes. No Brasil, foi identificado apenas um estudo de tradução e adaptação de escalas que podem ser utilizadas para acessar o nível de conhecimento e atitude estigmatizante na população¹³. Dessa forma, é preciso identificar estigmas e aprofundar discussões sobre o suicídio, como uma ferramenta para auxiliar na criação de políticas de prevenção e educação em saúde.

Assim, pois, o presente estudo teve como objetivo verificar possíveis correlações entre comportamentos suicidas, conhecimento e estigmas relacionados ao tema, em um grupo de pessoas identificadas como estando em risco de suicídio, residentes em duas cidades do interior de Minas Gerais. Especificamente, este estudo buscou identificar se há diferença nos níveis de conhecimento e de atitudes estigmatizantes na população considerando a presença ou não do comportamento suicida e analisar a diferença entre os estigmas e o conhecimento da população estudada e da população avaliada em diferentes estudos de normatização.

MÉTODO

Desenho de estudo

Trata-se de um estudo transversal, que é parte de um projeto sobre esquemas desadaptativos e percepção de suicídio em adultos jovens, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 80070017.3.0000.5134).

Amostra e critérios de elegibilidade

A amostra foi selecionada em duas cidades no centro-oeste de Minas Gerais, no segundo semestre de 2019. Tais cidades têm características similares, sendo de pequeno porte e com extensa área rural. Possuem os equipamentos de atenção primária, secundária e terciária de saúde, mas não têm serviços especializados de saúde mental, como os Centros de Atenção psicossocial—CAPS. Assim, casos de ideação suicida são tratados na atenção básica e/ou secundária, e as tentativas de suicídio se apresentam de forma mais direta para a atenção terciária.

Os critérios de elegibilidade dos sujeitos de pesquisa foram pessoas em risco de suicídio, identificado por ideação e planejamento, com histórico de tentativas ou presença de membros da família mortos por suicídio. Os participantes foram indicados pela Estratégia de Saúde da Família—ESF—e convidados a participarem da pesquisa. Participaram do estudo 29 pacientes do

serviço de atenção primária à saúde de dois municípios do estado de Minas Gerais. Do total, oito foram excluídos por não terem respondido a todos os instrumentos da pesquisa (n=21).

Instrumentos

Entrevista semi-estruturada com questionário sociodemográfico: a entrevista e o questionário foram produzidos pela equipe de pesquisa. Contém itens associados a aspectos sociodemográficos, de saúde e comportamentos de risco para o suicídio.

*Stigma of Suicide Scale–Short Form (SOSS-SF)*¹²: escala do tipo likert de cinco pontos composta por 16 itens distribuídos em três subescalas: estigma, isolamento/depressão e glorificação. Tem o objetivo de avaliar a percepção que as pessoas têm do indivíduo suicida e que tipos de comportamentos são atribuídos a eles.

*Literacy of Suicide Scale–Short Form (LOSS-SF)*¹²: instrumento composto por 12 itens que tem o objetivo de avaliar o conhecimento a respeito do suicídio. O respondente caracteriza o item em “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”. O escore é obtido atribuindo um ponto para cada resposta correta e zero pontos para incorretas e “não sei”, ao final soma-se as respostas corretas.

*Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*¹³: instrumento de autorrelato composto por 20 itens do tipo sim/não que tem o objetivo de avaliar a presença de transtornos mentais comuns. Cada resposta sim é computada como um oferecendo o escore final que pode ser classificado em “típico”, “sintomas clínicos” e “sintomas graves”.

Procedimentos

Aqueles que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao colaborar com o estudo, o participante foi submetido a entrevistas individuais e a questionários realizados pelos membros da equipe de pesquisa. A abordagem durou cerca de uma hora e ocorreu nas unidades básicas de saúde em que cada participante frequentava, ou em visitas domiciliares.

Análise estatística

As variáveis numéricas foram descritas em termos de média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil, dependendo da natureza de sua distribuição normal ou não normal. As variáveis categóricas foram descritas por sua frequência absoluta e relativa. A comparação de subgrupos de interesse foi realizada através do teste Kruskal-Wallis por se tratar de mais de um grupo, independente e que apresentou distribuição não-paramétrica.

Foram utilizados estudos de validação das escalas SOSS-SF e LOSS-SF de diferentes países, com o objetivo de realizar análise comparativa do desempenho dos participantes do presente estudo com as amostras dos estudos base. Foi calculada uma média geral incluindo os estudos de validação e foi utilizado o d de Cohen como medida para acessar a diferença entre as médias dos grupos. As informações sobre os estudos estão descritas no quadro abaixo:

Quadro 1- Características dos estudos utilizados para comparação de médias

Estudos	Tamanho Amostra	País	Estigma		Isolamento		Normalização		Conhecimento	
			Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Batterham et al., 2013	1.405	Australia	2.19	0.83	4.11	0.83	2.45	0.82	7.65	2.47
Ludwig et al., 2021	2.002	Alemanha	-	-	-	-	-	-	7	2.14
Ludwig et al., 2020	2.002	Alemanha	1.95	0.69	3.6	0.84	2.76	0.87	-	-
Aldalaykeh et al., 2020	160	Jordania	3.12	0.77	3.65	0.77	2.24	0.73	5.63	1.85
Jahan et al., 2023	616	India	25.15	6.16	14.48	2.91	9.04	2.69	3.86	1.94

Legenda: DP = desvio padrão

Fonte: Produzido pelos autores, 2023

RESULTADOS

As características dos participantes do estudo encontram-se na Tabela 1. A maioria era do sexo feminino (95,2%), se autodeclararam branco (47,6%), com média de idade de 42,8 anos (Desvio-padrão–DP = 13,0). Grande parte dos participantes possuía algum diagnóstico de transtorno mental (81%) e pontuação no SRQ-20 classificada como “sintomas graves” (42,9%). Os pacientes foram divididos em três sub-grupos: 1) nunca se mutilou e não tentou suicídio; 2) não se mutilou, mas já tentou suicídio; 3) já se mutilou e tentou suicídio.

Tabela 1 – Tabela descritiva com o perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Características	n (%)
Idade (anos) média (DP)	42,8 (13,0)
Sexo feminino	20 (95,2)
Raça branca	10 (47,6)
Religião católica	14 (66,7)
Escolaridade ensino fundamental	11 (52,4)
Diagnóstico sim	17 (81,0)
SRQ-20 sintomas graves	9 (42,9)
Grupo 1: nunca se mutilou e não tentou suicídio	6 (28,6)
Grupo 2: não se mutilou, mas já tentou suicídio	7 (33,3)
Grupo 3: já se mutilou e tentou suicídio	8 (38,1)
Total	21

Legenda: DP: desvio padrão; SRQ-20: *Self-Reporting Questionnaire*

O valor médio da pontuação obtido no questionário estigma foi similar entre os subgrupos ($p=0,945$). Da mesma forma, não houve diferença no valor médio da pontuação para os questionários sobre isolamento ($p=0,900$), normalização ($p=0,740$) e conhecimento ($0,847$).

A Tabela 3 apresenta o tamanho da diferença entre os resultados médios da presente amostra e os resultados médios dos estudos de padronização (descritos no tópico “Método”). Os resultados indicaram, como pode ser observado na tabela, que a amostra estudada no presente estudo se diferencia da amostra geral, demonstrando nível mais baixo de conhecimento e mais alto em todas as medidas de estigma. Os tamanhos de efeito foram grandes o bastante em todas as médias de estigma.

Tabela 2–Questionários aplicados em relação aos grupos de estudo

	Estigma		Isolamento		Normalização		Conhecimento	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Grupo 1–Nunca se mutilou e não tentou suicídio	10,67	8,73	7,50	4,32	6,50	5,17	5,50	1,87
Grupo 2–Não se mutilou, mas tentou suicídio	11,43	5,47	8,43	4,20	8,14	5,21	6,00	1,63
Grupo 3–Já se mutilou e tentou suicídio	11,88	6,40	8,25	3,01	8,25	3,15	6,13	2,75
Total	11,38	6,53	8,10	3,65	7,71	4,35	5,90	2,10
p-valor	0,986*		0,869*		0,780*		0,881*	

Legenda: DP = desvio padrão

*Teste Kruskal-Wallis

Tabela 3–Comparação entre a média ponderada dos estudos de normatização e média da amostra do presente estudo

	Conhecimento		Estigma		Isolamento		Glorificação	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Artigos de Normatização (n= 4.183)	6,22	1,99	5,25	1,49	5,18	1,14	3,43	1,11
Amostra total (n=21)	5,9	2,1	11,38	6,53	8,1	3,65	7,71	4,35
d Cohen	0,22		3,06		1,89		2,59	

Legenda: DP = desvio padrão

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo verificar possível relação entre o comportamento suicida, os estigmas e o conhecimento sobre suicídio através de entrevista semiestruturada e questionários estruturados. Comportamentos de risco, como automutilação, uso de substâncias e tentativas de suicídio foram comuns nos participantes do estudo. A análise descritiva realizada evidenciou a presença de sintomas psiquiátricos em grande parte dos participantes. Assim, observou-se uma relação entre os casos de tentativas de suicídio e automutilação com psicopatologias, como previamente identificado na literatura^{15,16,17}.

Tanto o conhecimento quanto os estigmas sobre o suicídio estiveram em níveis semelhantes entre todos os participantes, independentemente do tipo de comportamento suicida. Assim, comportamentos como

automutilação ou tentativas prévias não diferenciaram os níveis de conhecimento e estigma, quando se considera um grupo de risco. Dentre a lista de adjetivos desse questionário estruturado figuram os seguintes atributos a serem designados a pessoas que retiram a própria vida: corajosas, covardes, dedicadas, desapegadas, um constrangimento, imorais, irresponsáveis, isoladas, solitárias, perdidas, nobres, patéticas, superficiais, fortes, estúpidas, vingativas. Esses adjetivos estigmatizadores são amplamente designados a pessoas que apresentam ideação suicida e afeta não apenas o sujeito, mas todos os familiares, e está diretamente associado a novas tentativas de automutilação^{18,19}.

Por outro lado, quando o grupo estudado nesta pesquisa foi comparado a amostras maiores e mais representativas da população em geral (ou seja, sem, ne-

cessariamente, ser sobrevivente ou estar em risco), os resultados foram diferentes, com o grupo deste estudo apresentando mais estigmas e glorificação do suicídio do que a amostra normativa. Assim, é importante levar em conta as evidências de sintomas psiquiátricos em grande parte dos participantes, o que pode ser causa do isolamento social. Segundo autores prévios, o isolamento social é elemento facilitador para o surgimento de transtornos, principalmente as relacionadas ao sofrimento psíquico provocado pelo suicídio^{20,21}. Além disso, o isolamento social e suas manifestações podem aparecer de diversas maneiras, em algumas falas ou por meio do apego ao ambiente físico onde se consumou o suicídio ou o ato de automutilação²².

A pontuação em normalização foi a menor entre as subescalas e semelhante entre os participantes. Tentar entender o comportamento suicida está associado com uma percepção normalizadora¹². No entanto, o que se observa é que os estigmas sociais associados e auto percebidos do suicídio têm viés mais negativo²³. Assim, é comum que aspectos que normalizam ou glorificam o suicídio sejam menos endossados^{6,10,24}.

A pontuação da amostra no questionário de conhecimento não apresentou diferença relevante do grupo normativo, diferente do que seria esperado. Estudos prévios identificaram que o desconhecimento acerca do tema está associado ao comportamento de estigmatização e, também, à escolaridade e idade^{7,8}. Além disso, o conhecimento a respeito das dimensões do suicídio, tais como fatores de risco e proteção, auxiliam na busca por tratamento adequado e na outra medida interfere na prestação de serviço e apoio adequados^{7,21,22}. Porém estudos com profissionais de saúde, também mostram conhecimento inferior ao esperado^{1,25,26}. Sendo assim, a falta de conhecimento não parece ser característica específica dos indivíduos com risco, mas da população/cultura no geral.

Os fatores associados ao suicídio podem ser classificados em 4 níveis²⁴: políticos, sociais, culturais e econômicos. Para os dados dessa pesquisa interessantes os aspectos culturais—comportamento midiático, cultura de armas, cultura de uso de álcool e drogas e socialização de gênero—e os sociais—status marital, relações familiares, integração comunitária e religião. Compreendemos que os estigmas relacionados a pessoas que tiram a própria vida, frequentemente negativos, circulam com reforço social e cultural e interferem na estima social e autoestima delas. Esses aspectos parecem se retroalimentar com outros fatores levantados nessa pesquisa como, por exemplo, o isolamento e a normalização que diz respeito a aceitabilidade do comportamento suicida.

Ainda que este estudo se apresente como o primeiro a verificar relações entre a presença do comportamento suicida e a estigmatização e conhecimento a respeito do suicídio, existem limitações que precisam ser pontuadas. A amostra foi selecionada por conveniência em prática de extensão acadêmica, em um curto período de tempo, portanto o risco de viés de seleção é aumentado. Além disso, trabalhou-se com uma amostra relativamente pequena, pouco representativa, o que não permite generalização dos resultados. No entanto, esse estudo dá abertura para análises futuras a respeito do comportamento de estigmatização do suicídio, permitindo a elaboração de programas de capacitação e conscientização sobre o suicídio mais próximos da realidade do público alvo.

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou verificar a provável relação entre o comportamento suicida, os estigmas e o conhecimento sobre suicídio através de entrevista semiestruturada e questionários estruturados. O estudo evidenciou pontuação semelhante entre os questionários sobre estigma, isolamento, normalização e conhecimento a respeito do suicídio, quando avaliado

em subgrupos que já tentaram suicídio e automutilação e subgrupos que nunca tentaram. Esse resultado evidencia a estigmatização como fenômeno social e aponta caminho para planejamento de intervenção preventiva ao suicídio na saúde pública.

Uma boa medida de ação preventiva dentro da saúde pública seria a promoção de grupos psicoeducativos tanto para pessoas com histórico de tentativas de suicídio quanto para aquelas que apresentam ideação e automutilação. Apesar da complexidade de manejo de um grupo com essas características, por serem casos complexos, o espaço de compartilhamento e a possibilidade de se quebrar estigmas individuais e coletivos é transformador, pois se trata de uma prática inclusiva e reflexiva. Outra medida seria a implementação de grupos de sobreviventes, ou seja, parentes que perderam pessoas que retiraram as próprias vidas. Da mesma forma, o espaço de compartilhamento e trocas grupais pode promover a ressignificação de estigmas negativos, a promoção de conhecimentos adequados sobre o tema e o rebaixamento da concepção normalizadora sobre esse fenômeno.

O tamanho limitado e a diversidade da amostra estão entre as limitações do presente estudo. Dessa forma, ainda são necessários mais estudos para explorar essas questões com mais profundidade, para que seja possível identificar mais profundamente o efeito que esses fatores têm na saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. De Alcântara Müller S, Silveira Pereira G, Basso Zanon R. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED*. 2018;9(2):6-23.
2. Suicide Mortality in the Americas – Regional Report 2015-2019. Pan American Health Organization; 2021.
3. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Chen I-Ming, Liao SC, Lee MB, Wu CY, Lin PH, Chen WJ. Risk factors of suicide mortality among multiple attempters: A national registry study in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2016;115(5):364–71.
5. Finkelstein Y, Macdonald EM, Hollands S, Sivilotti MLA, Hutson JR, Mamdani MM, et al. Risk of Suicide Following Deliberate Self-poisoning. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(6):570-75.
6. Batterham PJ, Calear AL, Christensen H. Correlates of Suicide Stigma and Suicide Literacy in the Community. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2013;43(4):406–17
7. Ludwig J, Dreier M, Liebherz S, Härter M, von dem Knesebeck O. Suicide literacy and suicide stigma – results of a population survey from Germany. *Journal of Mental Health*. 2021;1–7.
8. Aldalaykeh M, Dalky H, Shahrour G, Rababa M. Psychometric properties of two Arabic Suicide Scales: stigma and literacy. *Heliyon*. 2020;6(4):e03877.
9. Reynders A, Kerkhof AJFM, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;49(2):231–9.
10. Kennedy AJ, Brumby SA, Versace VL, Brumby-Rendell T. Online assessment of suicide stigma, literacy and effect in Australia's rural farming community. *BMC Public Health*. 2018;18:846.
11. Erving Goffman. *Estigma : notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
12. Guilherme J, de A, Amanda, Saldanha-Silva R. Tradução e adaptação da “Stigma Of Suicide Scale – Short Form” e da “Literacy Of Suicide Scale – Short Form”: evidências preliminares. 2020;4(2):36–43.
13. Oliveira Bernardes Santos K, Araújo TM de, Sousa Pinho PD, Conceição Silva AC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do self-reporting questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2010;34(3):544-60.

14. Ludwig J, Liebherz S, Dreier M, Härter M, von. Die Stigma of Suicide Scale: psychometrische Überprüfung der deutschen Kurzversion (SOSS-SF-D). *Psychiatrische Praxis*. 2020;47(08):433–9.
15. Teixeira E, Feitoza Siqueira A, Sousa Ferreira D, Ferreira Monteiro W, Pedro Bento Barbosa I. Validação de manual sobre prevenção do suicídio para universitários: falar é a melhor solução. *Rev Rene*. 2020;21:e42241.
16. Large M, Corderoy A, McHugh C. Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2021; 55(3):254-67.
17. Dyregrov K. What Do We Know About Needs for Help After Suicide in Different Parts of the World? *Crisis*. 2011;32(6):310–8.
18. Buus N, Caspersen J, Hansen R, Stenager E, Fleischer E. Experiences of parents whose sons or daughters have (had) attempted suicide. *Journal of Advanced Nursing*. 2013;70(4):823–32.
19. Andrade ICS de, Gomes NP, Correia CM, Lírio JG, Virgens IR das, Gomes NP, et al. Suporte social de familiares e amigos: discurso de pessoas com comportamento suicida. *Cogitare Enfermagem*. 2019;24: e64230.
20. Tassara IG, Okabayashi NYT, Casaca MCG, Veronez F de S. Prevalência de sintomas psicológicos em tempos de isolamento social / Prevalence of psychological symptoms in times of social isolation. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021;4(1):1295–309.
21. Dos Santos AJ, Ferreira D, Ribeiro O, Freitas M, Correia JV, Rubin K. Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes. *Análise Psicológica*. 2014;31(2):117–27.
22. Braga LDL, Dell’Aglío DD. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*. 2013;6(1):2-14.
23. Silva T de ps da, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética [Internet]*. 2015;23:419–26.
24. Stack S. Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive Medicine*. 2021;152:106498
25. Ferreira ML, Vargas MADO, Rodrigues J, Trentin D, Brehmer LC de F, Lino MM. Comportamento suicida e atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*. 2018;9(4):50-54.
26. Boukouvalas E, El-Den S, Murphy AL, Salvador-Carulla L, O’Reilly CL. Exploring Health Care Professionals’ Knowledge of, Attitudes Towards, and Confidence in Caring for People at Risk of Suicide: a Systematic Review. *Archives of Suicide Research*. 2019;24(sup2):S1–31.

OS AUTORES DECLARAM NÃO HAVER CONFLITO DE INTERESSE.