

IRIS: Um novo índice de avaliação do risco de suicídio

IRIS: A new tool for suicide risk assessment

FRANCISCO ALTE DA VEIGA⁽¹⁾, JOANA ANDRADE⁽²⁾, PAULA GARRIDO⁽³⁾, SANDRA NEVES⁽⁴⁾, NUNO MADEIRA⁽⁵⁾, ADELAIDE CRAVEIRO⁽⁶⁾, JOSÉ CARLOS SANTOS⁽⁷⁾, CARLOS BRAZ SARAIVA⁽⁸⁾

Resumo

Na introdução os autores procedem a uma revisão histórica e conceptual dos instrumentos psicométricos que têm como objectivo a avaliação do risco de suicídio em indivíduos que apenas verbalizam ideação suicida. Nas secções seguintes é apresentado todo o processo de desenvolvimento do IRIS (Índice de Risco de Suicídio) - um novo índice com o mesmo objectivo de avaliação mas construído utilizando metodologias que proporcionam avanços qualitativos em relação aos índices existentes, bem como uma melhor adequação a contingências e características da realidade portuguesa.

Palavras-chave:

suicídio, risco, avaliação, psicométrica

Abstract

The introduction contains a historical and conceptual review of psychometric tools that aim at assessing the risk of suicide in individuals presenting suicidal ideation. In the following sections the whole process of development of IRIS ("Índice de Risco de Suicídio" – Suicide Risk Index) is presented - a new tool with the same objective but built using methods that provide qualitative advances over existing indexes, while better accounting for the contingencies and characteristics of the Portuguese reality.

Key Words:

suicide, risk, assessment, psychometrics

Recebido em
13-10-2014
Aprovado em
17-10-2014

- (1) Médico Psiquiatra, CHUC. Doutorado em Bioestatística pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
(2) Médica Psiquiatra, CHUC
(3) Médica Interna de Psiquiatria, CHUC
(4) Médica Interna de Psiquiatria, CHUC
(5) Médico Psiquiatra, CHUC
(6) Médica Psiquiatra, CHUC
(7) Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
(8) Médico Psiquiatra, CHUC. Professor de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Autor correspondente:

Francisco Alte da Veiga
Serviço de Psiquiatria - CHUC
Tel.: 967038041
E-mail: fmaveiga@sapo.pt

INTRODUÇÃO

A avaliação psicométrica do risco de suicídio em indivíduos que apenas verbalizam ideação suicida, ou seja, que não tenham protagonizado um comportamento suicidário recente, tem como primeira referência histórica a SSI - Escala de Ideação Suicida de Beck¹.

Sendo uma verdadeira escala no sentido estrito do termo, muito itens são redundantes entre si. O próprio Beck² identificou 2 dimensões na escala, com 8 itens exprimindo “motivação” e 9 itens exprimindo “preparação”. Estando focada na caracterização da ideação suicida em si, não tem em consideração outros factores de risco, como por exemplo de natureza sociodemográfica, psíquica ou clínica.

Algum grau de redundância entre itens é fundamental para a construção de escalas com boa consistência interna (medida normalmente através do coeficiente α de Cronbach). Numa escala com boa consistência interna, diversos itens que visam medir o mesmo construto deverão produzir scores similares.

Existe consenso no sentido de que escalas como a SSI são particularmente úteis em contextos de investigação, onde as exigências ao nível da consistência interna são determinantes, sendo mesmo frequente o uso de várias escalas em paralelo para avaliar diferentes aspectos em estudo (multiplicando o elevado número de itens que cada uma já contém).

Exemplos de outras escalas “SSI-like” frequentemente utilizadas e citadas:

- REASONS FOR LIVING INVENTORY³
 - contém 48 itens e 6 sub-escalas; adopta uma abordagem oposta à normalmente utilizada, avaliando essencialmente factores protectores numa perspectiva cognitivo-comportamental
- COLUMBIA – SUICIDE SEVERITY RATING SCALE⁴
 - contempla factores de natureza psicossocial para além da ideação suicida em si, mantendo-se contudo longa e de aplicação algo complexa
- INDEX OF POTENTIAL SUICIDE⁵
 - características semelhantes às da escala anterior
- SUICIDE PROBABILITY SCALE⁶
 - contém 36 itens 4 sub-escalas; essencialmente orientada para adolescentes

Patterson *et al.*⁷ vêm sugerir pela primeira vez que, em contraste com as escalas clássicas, instru-

mentos de apoio directo e sistematizado à prática clínica deverão conter o menor número de itens abrangendo o maior número de factores de risco major identificados. Esta eliminação da redundância representa a maximização do conceito de aditividade⁸, sacrificando-se a consistência interna de um instrumento psicométrico em benefício da sua aplicabilidade prática. Para os distinguir das escalas clássicas, alguns autores utilizam designações como *índices* ou *indicadores* para instrumentos com estas características.

Patterson *et al.*⁷ constroem o primeiro índice – SAD PERSONS - de acordo com as premissas anteriores, incluindo a avaliação de factores de risco para além da caracterização da ideação suicida.

Trata-se de um instrumento essencialmente orientado para profissionais de saúde não-autónomos em termos de avaliação clínica do risco de suicídio, em contextos de triagem (com apoio especializado disponível) ou de formação em Suicidologia:

- Médicos de família ou de outra especialidade que não a Psiquiatria
- Internos de Psiquiatria (particularmente em início de formação)
- Psicólogos clínicos
- Enfermeiros
- Assistentes Sociais
- Outros

SAD PERSONS é um acrónimo formado a partir de iniciais do seguinte conjunto de itens:

- | | |
|-----------------------------------|---------------|
| • S: Sexo | Masculino → 1 |
| • A: Idade (“Age”) | >45 → 1 |
| • D: Depressão | Sim → 1 |
| • P: Tentativa Prévia | Sim → 1 |
| • E: Abuso Etílico | Sim → 1 |
| • R: Perda de pensamento Racional | Sim → 1 |
| • S: Falta de suporte Social | Sim → 1 |
| • O: Plano Organizado | Sim → 1 |
| • N: Solteiro (“No spouse”) | Sim → 1 |
| • S: Doença (“Sickness”) | Sim → 1 |

A cotação é feita atribuindo 1 ponto a cada item nos casos de a respectiva resposta ser a acima indicada à frente de cada um, e 0 no caso contrário. O principal problema de um índice deste tipo pode ser exemplificado com a seguinte situação hipotética: um indivíduo do sexo masculino, com 50 anos de idade e solteiro (score total = 3) pontua mais do que uma mulher de 40 anos deprimida e com um plano suicida organizado (score total = 2).

Reconhecendo assim que factores puramente sociodemográficos são pouco específicos e inflacionam a taxa de falsos positivos, Hockberger e Rothstein⁹ desenvolveram uma versão modificada do SAD PERSONS, incorporando um sistema de ponderação de itens. Nesta versão, são atribuídos 2 pontos a itens como “Depressão” ou “Plano Organizado” no caso de estarem presentes, enquanto os itens de natureza sociodemográfica continuam a pontuar apenas 1.

Outros exemplos de índices incorporando sistemas de ponderação de itens são o NURSES’ GLOBAL ASSESSMENT OF SUICIDE RISK¹⁰ e o TASSR - TOOL FOR ASSESSMENT OF SUICIDE RISK¹¹. Este último agrupa os itens em 3 categorias, daí resultando uma melhor estruturação do instrumento: (i) Perfil de Risco Individual, com factor de ponderação 1; (ii) Perfil Sintomático, com factor de ponderação 2; (iii) Perfil Específico da Entrevista, com factor de ponderação 3.

No âmbito do trabalho e experiência da Consulta de Prevenção do Suicídio (CPS), criada em 1992 no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (na altura Hospitais da Universidade de Coimbra), vínhamos recebendo desde há longa data múltiplas solicitações por parte da comunidade trabalhando em Portugal na área da Suicidologia ou em Cuidados de Saúde Primários, no sentido do desenvolvimento de um novo instrumento de avaliação do risco de suicídio. Sentimos duas principais motivações subjacentes a essas solicitações: (i) dificuldades na utilização dos índices existentes, com frequentes inconsistências entre scores globais e avaliação clínica; (ii) necessidade de um instrumento melhor adaptado a contingências e características da realidade portuguesa.

O objectivo do nosso trabalho consistiu precisamente na construção e desenvolvimento de um novo índice de avaliação do risco em indivíduos com ideação suicida, reunindo as seguintes características:

- dar resposta às motivações expostas no parágrafo anterior;
- ser fundamentalmente orientado para contextos de utilização semelhantes aos propostos para os índices anteriormente referidos (triagem ou formação);
- incorporar propriedades importantes dos índices mais recentes, nomeadamente a ponderação de itens e o agrupamento destes em categorias.

Passamos então a apresentar nas próximas sec-

ções o processo de desenvolvimento do IRIS - Índice de Risco de Suicídio.

MÉTODOS

Ao que conhecemos, em nenhum dos índices desenvolvidos anteriormente a escolha dos itens e factores de ponderação foi guiada por parâmetros obtidos a partir de dados específicos. Trataram-se sempre de opções estritamente empíricas.

A CPS dispõe de uma base de dados contendo cerca de 1300 doentes avaliados desde 1992 utilizando a EACOS – Entrevista de Avaliação de Comportamentos Suicidários¹². Este instrumento contém (para além de muitos outros) a globalidade dos itens considerados nos índices de risco de suicídio anteriormente descritos, de uma forma até mais completa do ponto de vista qualitativo. Tendo esta base de dados sido já utilizada em múltiplos contextos e trabalhos^{13,14,15}, surgiu a ideia de a utilizar agora como ponto de partida para a selecção dos itens a integrar o IRIS e determinação dos respectivos factores de ponderação.

Da amostra global isolámos então um grupo de casos que considerámos como potenciais candidatos a configurar o conceito de “suicídio frustrado”, mediante o cumprimento simultâneo dos dois seguintes critérios:

- existência de intenção suicida segundo a avaliação do médico;
- ter havido recurso a método “violento” (ex: arma de fogo, enforcamento, precipitação, afogamento) ou necessidade de cuidados intensivos.

Após revisão minuciosa de cada um destes casos por 3 psiquiatras da CPS, o grupo final de “suicídios frustrados” ficou constituído por 5% da amostra global, ou seja, sobreviventes de acto com muito presumível intenção letal que não culminou em suicídio por factores alheios à vontade do próprio.

Definida uma variável dependente dicotómica a partir dos dois grupos (“suicídios frustrados” vs. “outros”), foi utilizada a maior parte dos itens da EACOS como variáveis independentes em processos de análise estatística univariada (tabelas de contingência) e multivariada (regressão logística).

Com base nos respectivos valores do Odds Ratio, procedemos finalmente à escolha dos itens a integrar o IRIS bem como os respectivos factores de ponderação. Estes últimos foram obtidos por arredondamento dos valores de Odds Ratio, tendo em vista a aplicabilidade prática do instrumento.

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0
- **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0
- **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0

Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto ?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social ?
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto
- **Doença física** - incapacitante ou terminal
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão major unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade
- **História de internamento psiquiátrico**
- **História familiar de suicídio**

ESFERA SUICIDA

- **História pessoal de comportamentos suicidários**

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos prévios ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos)

- **Plano suicida**

Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível ?

- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)

Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice

RESULTADOS

O IRIS ficou constituído com o formato final acima representado.

Temos assim um índice composto por 12 itens, de rápida e simples execução. Basta cotar cada item de acordo com as respectivas indicações e somar os scores parciais. O score total máximo possível será $(3 \times 1) + (7 \times 2) + 3 = 20$. Note-se que o item relativo ao plano suicida, em caso de resposta “Sim”, remete sempre para a atribuição directa do score total máximo independentemente dos valores obtidos para os itens anteriores, dispensando assim a respectiva soma.

Optámos por este procedimento por dois moti-

vos. Em primeiro lugar, o Odds Ratio respectivo era claramente mais elevado do que os relativos aos restantes itens, mas a elevada multicolinearidade torna-o algo instável. Por outro lado, há um consenso empírico em torno da necessidade de lidar de uma forma especial com todo e qualquer caso em que se apure a existência de um plano suicida estruturado, independentemente do que tenha sido apurado em relação a todos os restantes itens.

Finalmente, havia que proceder a uma estimação das validades de construto e de conteúdo, bem como ao estabelecimento de pontos de corte. Utilizamos o termo *estimação* por ser dificilmente exequível aplicar com rigor as metodologias clássicas de determi-

nação de validades de construto e de conteúdo a um instrumento com as características de um índice ou indicador. No entanto, entendemos que um passo poderia ser dado nesse sentido, acrescentando que não temos conhecimento de que tal tenha sido feito em relação a qualquer dos índices anteriormente desenvolvidos.

Esta estimação baseou-se no estudo da concordância entre o score do IRIS e a avaliação clínica executada pelo psiquiatra da CPS que tinha o doente a cargo, utilizando uma amostra independente de 100 indivíduos com ideação suicida.

Esta avaliação clínica classificou cada caso num de 3 grupos possíveis:

Grupo 1 - Risco inexistente ou reduzido

Grupo 2 - Risco intermédio

Grupo 3 - Risco elevado

Para a concordância global IRIS / Avaliação Clínica, medida através do Coeficiente tau-c de Kendall-Stuart, obtivemos um valor de 0.91, com um intervalo de confiança de 95% [0.87 – 0.94]. Atendendo a que este coeficiente varia entre -1 e +1, estamos perante um valor normalmente considerado como indicando uma concordância elevada e plenamente satisfatória¹⁶.

Para o estabelecimento dos pontos de corte, começámos por testar a maximização do coeficiente Kappa, tendo sido obtidos os seguintes resultados:

Grupo 1 vs 2+3 - IRIS < 6 Kappa = 0.89

Grupo 1+2 vs 3 - IRIS < 12 Kappa = 0.90

Um procedimento adicional frequente consiste no ajustamento dos pontos de corte assim obtidos com o objectivo de reduzir a taxa de falsos negativos (FN) sem inflacionar excessivamente os falsos positivos:

Grupo 1 vs 2+3 - IRIS < 5 (3 FN em n=100)

Grupo 1+2 vs 3 - IRIS < 10 (2 FN em n=100)

DISCUSSÃO

Os pontos de corte finais sugeridos para o IRIS são então os seguintes:

- Score total < 5 → Risco reduzido
- Score total ≥ 5 e < 10 → Risco intermédio
- Score total ≥ 10 → Risco elevado

Estes pontos de corte e riscos associados devem ser objecto de interpretação cautelosa. Alguns dos autores de índices anteriormente desenvolvidos^{10,11} fornecem indicações práticas que incluem, por exemplo, manter em observação ou vigilância um caso de risco reduzido, referenciar a consulta especializada um caso de risco intermédio, ou considerar internamento imediato num caso de risco elevado.

Preferimos não fornecer indicações específicas para cada categoria de risco a que corresponde o score total do IRIS, uma vez que tal dependerá do contexto de utilização. Recordamos que o índice foi essencialmente concebido como instrumento de apoio a profissionais de saúde não-autónomos, em contextos de triagem (com apoio especializado disponível) ou de formação em Suicidologia, admitindo que nalguns casos específicos possa ser também utilizado em investigação.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento do IRIS resultou de um trabalho de equipa longo mas progressivamente amadurecido. Passo-a-passo, fomos integrando e interligando o conhecimento produzido por autores que nos antecederam, a nossa experiência clínica e a análise estatística de informação, não de forma sequencial mas antes em espiral, questionando e revendo recorrentemente os processos utilizados e os resultados que íamos obtendo.

Os resultados indicam que foi produzido um instrumento psicométrico com características e capacidades que vão plenamente ao encontro das solicitações e dos desafios lançados.

No entanto, há que ter sempre presente que a possibilidade de ocorrência de falsos negativos é incontornável no uso de qualquer instrumento psicométrico. A orientação final a dar a cada caso *nunca* dispensa a avaliação clínica especializada por profissionais de saúde autónomos na área da Suicidologia.

A folha de preenchimento do índice, bem como as respectivas instruções e condições de utilização, encontram-se em anexo.

IRIS - Índice de Risco de Suicídio

F. A. Veiga, J. Andrade, P. Garrido, S. Neves, N. Madeira, A. Craveiro, J.C. Santos, C.B. Saraiva

Identificação: _____

SOCIODEMOGRAFIA - Ponderação 1

- **Sexo** Masculino → 1 Feminino → 0
 - **Idade** ≥ 45 → 1 < 45 → 0
 - **Religiosidade** Não → 1 Sim → 0
- Existem factores de natureza religiosa ou espiritual suscetíveis de frenar a passagem ao acto ?

CONTEXTOS - Ponderação 2 Não → 0 Sim → 2

- **Isolamento** - vive só, sem apoio familiar ou social ?
- **Perda recente marcante** - luto, desemprego, perda material ou de estatuto
- **Doença física** - incapacitante ou terminal
- **Abuso actual** de álcool ou substâncias
- **Doença psiquiátrica grave** - descompensação actual de psicose, depressão major unipolar ou bipolar, perturbação grave da personalidade
- **História de internamento psiquiátrico**
- **História familiar de suicídio**

ESFERA SUICIDA• **História pessoal de comportamentos suicidários**

Ponderação 3 Não → 0 Sim → 3

Considerar Sim em caso de 2 ou mais comportamentos prévios ou apenas 1 se grave (método violento ou tendo justificado cuidados intensivos) • **Plano suicida**Apura-se a existência de plano organizado, consistente, letal e exequível ?
- valorizar actos preparatórios recentes (exs: carta de despedida, testamento), bem como o acesso a meios letais (exs: arma de fogo, pesticidas / herbicidas)Não → 0 Sim → Atribuir directamente o valor 20 ao Score Total do Índice **SCORE TOTAL**

IRIS - Instruções e Condições de Utilização

1 - Este índice tem como objectivo a avaliação psicométrica do risco de suicídio em indivíduos que apenas verbalizam ideação suicida, ou seja, que não tenham protagonizado um comportamento suicidário recente.

2 - Cotar cada item de acordo com as respectivas indicações e somar os scores.

3 - O score total máximo possível = $(3 \times 1) + (7 \times 2) + 3 = 20$. Notar que o item relativo ao plano suicida, em caso de resposta "Sim", remete sempre para a atribuição directa do score total máximo independentemente dos valores obtidos para os itens anteriores, dispensando assim a respectiva soma.

4 - Os pontos de corte sugeridos são os seguintes:

- Score total < 5 → Risco reduzido
- Score total ≥ 5 e < 10 → Risco intermédio
- Score total ≥ 10 → Risco elevado

5 - Estes pontos de corte e riscos associados devem ser objecto de interpretação cautelosa e como mera sugestão geral, dependendo do contexto de utilização do IRIS. A possibilidade de ocorrência de falsos negativos é incontornável em qualquer instrumento psicométrico. A orientação final a dar a cada caso NUNCA dispensa a avaliação clínica especializada por profissionais de saúde autónomos na área da Suicidologia.

6 - O IRIS foi concebido no âmbito do trabalho e experiência da Consulta de Prevenção do Suicídio, criada em 1992 no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (na altura Hospitais da Universidade de Coimbra). O seu desenvolvimento visou dar resposta a solicitações de longa data por parte da comunidade trabalhando na área da Suicidologia ou em Cuidados de Saúde Primários, com objectivos clínicos, de formação, investigação ou outros. Assim sendo, a sua utilização é livre e gratuita. Os autores exigem, no entanto, a devida referência em qualquer trabalho que seja objecto de apresentação sob a forma de comunicação oral, publicação, poster ou outra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BECK AT. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979; 47: 343-352.
- 2 BECK AT, BROWN GK, STEER RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicidal Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour research and Therapy*. 1997; 35: 1039-1046.
- 3 LINEHAN MM, GOODSTEIN JL, NIELSEN SL *et al*. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983; 51: 276-286.
- 4 POSNER K, BROWN GK, STANLEY B *et al*. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*. 2011; 168: 1266-1277.
- 5 ZUNG WW. Index of Potential Suicide: A rating scale for suicide prevention. In: Beck AT, Resnick HL, Lettieri DJ, editors. *The prediction of suicide*. Charles Press; 1974. p. 221-249.
- 6 CULL JG, GILL WS. *Suicide probability scale*. ed. Los Angeles: Western Psychological Services; 1988.
- 7 PATTERSON WM, DOHN HH, PATTERSON J, PATTERSON, GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*. 1983; 24 (4): 343-5, 348-9.
- 8 FARAVELLI C. Assessment of psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004; 73: 139-141.
- 9 HOCKBERGER RS, ROTHSTEIN RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. *The Journal of Emergency Medicine*. 1998; 6: 99-107.
- 10 CUTCLIFFE JR, BARKER PJ. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004; 11(4): 393-400.
- 11 KUTCHER S, CHEHIL S. *Suicide risk management: A manual for health professionals*. ed. Malden: Blackwell; 2007.
- 12 SARAIVA CB. *Para-Suicídio: Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes [dissertação]*. Coimbra: Faculdade de Medicina; 1997.
- 13 VEIGA FA, SARAIVA CB. Age patterns of suicide: identification and characterization of European clusters and trends. *Crisis*. 2003; 24: 56-67.
- 14 SARAIVA CB *et al*. *Depressão e Suicídio: Um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. ed. Lisboa: Lidel; 2014.
- 15 VEIGA FA. *Psicometria do risco de suicídio*. In: Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D, editors. *Suicídio e Comportamentos Autolesivos: dos conceitos à prática clínica*. Lidel; 2014. p. 127-133.
- 16 LEGENDRE P. Species Associations: The Kendall Coefficient of Concordance Revisited. *Journal of Agricultural, Biological and Environmental Statistics*. 2005; 10(2): 226-245.