



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC - SP

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do
Comportamento

Maria Vanesse Andrade

**O Acolhimento a demandas relacionadas ao comportamento suicida na Atenção
Primária à Saúde sob o enfoque analítico-comportamental**

São Paulo

2022

Maria Vanesse Andrade

**O Acolhimento a demandas relacionadas ao comportamento suicida na Atenção
Primária à Saúde sob o enfoque analítico-comportamental**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, sob orientação da Prof.^a Dra. Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni.

São Paulo

2022

Banca Examinadora

O presente trabalho foi realizado com apoio parcial da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 88887.161615/2017-00.

The present work was carried out with partial support from the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Financing Code 88887.161615/2017-00.

Dedicatória

*Aos que sofrem em silêncio.
Aos que acolhem com humanidade.*

Agradecimentos

Como escrever uma seção de agradecimentos sem esquecer nenhum detalhe, sem esquecer todos que de alguma forma colaboraram para que esse momento fosse possível? Certamente essas duas páginas não alcançaram o que eu gostaria de ter apontado, seja pelo momento em que elas foram escritas, seja pelo momento em que particularmente me encontro. Foram muitos anos! Muitos pedidos de prorrogação de curso! Muitos, muitos e-mails mesmo! Muitas idas e vindas, muitos quilômetros e muitos desafios pelo caminho.

Primeiramente preciso agradecer a todo o corpo docente do Programa de Psicologia Experimental da PUC-SP, cada professora e professor, cada aula, cada chamada de atenção (sim, algumas vezes foi preciso), cada indicação bibliográfica, cada momento de aprendizado. Sem dúvidas as levarei como modelos comportamentais de competência, dedicação e comprometimento com a Análise do Comportamento. Dentre o corpo docente, um agradecimento especial a Nilza Micheletto que ajudou e muito no desenvolvimento do projeto de pesquisa. Nilza, a você meu muito obrigada!

Agradeço imensamente a minha orientadora, Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni, pela parceria nesses longos anos – que em meio a uma pandemia e a várias mudanças na pesquisa – esteve paciente a escuta das minhas ideias, sempre perguntando como eu estava. Algumas vezes confiante demais na minha escrita, outras vezes buscando junto comigo entendê-la e melhorá-la. Mônica, a você meu muito obrigada!

Agradeço aos colegas de Doutorado, que por pouquinho ou por mais tempo estiveram comigo, com os quais pude aprender, trocar confidências, chorar quando o desespero batia. Em especial ao Samir Mussi, que levarei no coração, não somente como um colega e psicólogo excepcional, mas um amigo, com quem quero ainda dividir muitas histórias e memórias. Aos colegas e a você Samir, meu muito obrigada!

Agradeço demais ao Carlos e aos demais funcionários do Laboratório, que de forma muito ativa atenderam a todas as minhas solicitações e fizeram sempre o possível para que os procedimentos necessários fossem realizados. Sem vocês, eu não teria conseguido estar aqui, por isso, o meu muito obrigada!

Preciso agradecer a minha família por ter acreditado e entendido minhas ausências, minha necessidade de descanso, minhas idas e vindas sempre tão apressadas e

cansadas. Eu não saberia como teria sido se não tivesse tido vocês nessa caminhada. Cada telefonema, cada encontro, foram maneiras de lidar com saudade, com a distância. E vocês estiveram sempre lá, sempre comigo, sempre acreditando – muito mais do que eu – que esse dia chegaria. Minha querida Mãe Anália, meus irmãos e irmãs, meus sobrinhos e sobrinhas, a vocês o meu muito obrigada!

Agradeço ainda a minha família de Guarulhos, que embora formalmente não estejamos mais juntos, estiveram comigo durante os passos talvez mais árduos dessa caminhada. Sempre pacientes, sempre gentis em me acolher e entender que eu precisava estar ausente para estudar. E em especial ao Willian, que um dia foi meu esposo, que foi e sempre será um grande amigo, meu muito obrigada!

Agradeço aos meus amigos, que por questões geográficas se encontram distantes de mim, mas residem em meu coração: meus amigos de Fortaleza e minha grande amiga – minha pessoa – Tailândia Ribeiro, pelos puxões de orelha, pelos momentos de lazer, pelas palavras sempre cheias de doçura; ao Edivaldo pelo sorriso amigo e olhar cativante que o tempo longe nunca apagaram. Meus amigos de Sobral e meu amigo Josimar, pelas visitas, por estar sempre presente nos meus momentos de alegria e também nos momentos de dor. Aos meus amigos de Cruz e a Tatinha que sempre insistiu para que eu ficasse um pouco mais. Aos meus amigos de Guarulhos, a Sol e Sônia pelos raros, mas calorosos momentos. A todos vocês e a vários que não citei o nome aqui, meu muito obrigada!

As pessoas que conheci ao longo dos mais de 04 anos na Saúde Pública de Guarulhos. Às minhas chefias generosas, que permitiram que eu pagasse as horas de ausência para frequentar as aulas presenciais durante os três anos do curso no PEXP; as minhas colegas psicólogas, amigas, guerreiras, companheiras; minhas colegas assistentes sociais e colegas de NASF-AB, a todos vocês, meu muito obrigada.

As pessoas que conheci mais recentemente e que têm enchido meus dias de sentido e alegria, que nessa reta final estiveram ao comigo, trazendo motivos para eu sorrir e seguir. A vocês meu muito obrigada.

A cada pessoa que eu atendi ao longo dos meus quase 10 anos de clínica, que confiou a mim seu relato sobre a dor de estar vivo, seu desejo de não mais existir, seus pensamentos e planos sobre acabar com tudo. Suas histórias foram contexto para o tema desse trabalho e para que eu continuasse a escrever embora por vezes quisesse esmorecer.

Andrade, M. V. (2022). *O Acolhimento a demandas relacionadas ao comportamento suicida na Atenção Primária à Saúde sob o enfoque analítico-comportamental*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni.

Linha de pesquisa: Desenvolvimento de Metodologias e Tecnologias de Intervenção

Resumo

O comportamento suicida é um fenômeno complexo e multifatorial. Diferentes áreas do conhecimento têm empreendido esforços no sentido de aprimorar intervenções em saúde para a prevenção do suicídio. Pesquisas a respeito da temática têm buscado identificar fatores de risco e proteção, bem como aspectos epidemiológicos, sociais e comportamentais desencadeantes, especialmente após a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontar o suicídio como um problema de saúde pública e indicar a possibilidade de prevenção em até 90% dos casos. No âmbito da saúde pública, o acesso de pessoas que apresentam alguma classe de comportamento suicida ocorre majoritariamente por meio das redes de urgência/emergência (atenção terciária/hospitais) e das redes de cuidado continuado (Atenção Primária à Saúde (APS)/Unidades Básicas de Saúde (UBS)). O presente trabalho tem como objetivos: (1) realizar um levantamento de estudos sobre o atendimento de pessoas na APS e como esse atendimento é realizado em termos de rastreio, classificação de risco e encaminhamentos; (2) avaliar os documentos e normativas técnicas que regem o fluxo de atendimento de Acolhimento na APS no contexto brasileiro; (3) identificar possíveis contingências a partir dos procedimentos recomendados para o Acolhimento, especialmente no atendimento de demandas relacionadas ao comportamento suicida na APS; (4) desenvolver, com base no levantamento realizado e nas contingências identificadas, um material de apoio autoinstrutivo baseado na Análise do Comportamento dirigido aos profissionais que atuam no Acolhimento na APS.

Palavras-chave: comportamento suicida, atenção primária à saúde, Acolhimento em saúde, análise do comportamento.

Abstract

Suicidal behavior is a complex and multifactorial phenomenon. Different areas of knowledge have made efforts to improve health interventions for suicide prevention. Research on the subject has sought to identify risk and protective factors, as well as triggering epidemiological, social and behavioral aspects, especially after the World Health Organization (WHO) identified suicide as a public health problem and indicated the possibility of prevention in up to 90% of cases. In the context of public health, access for people who present some type of suicidal behavior occurs mostly through urgency/emergency networks (tertiary care/hospitals) and continuing care networks (Primary Health Care (PHC)/Basic Units) of Health (UBS). The present work aims to: (1) carry out a survey of studies on the care of people in PHC and how this care is performed in terms of screening, risk classification and referrals; (2) to evaluate the documents and technical regulations that govern the flow of reception care in PHC in the Brazilian context; (3) identify possible contingencies from the recommended procedures for reception, especially in meeting demands related to suicidal behavior in PHC; (4) to develop, based on the survey carried out and on the identified contingencies, a self-instructive support material based on Behavior Analysis aimed at professionals who work in reception in PHC.

Keywords: suicidal behavior, primary health care, health care, behavior analysis.

Sumário

Alguns enfoques sobre comportamento suicida.....	13
O comportamento suicida como um <i>Comportamento</i>.....	21
APS e o Acolhimento nos processos de trabalho do Sistema Único de Saúde.....	34
Acolhimento de pessoas e comportamento suicida na APS.....	38
A mortalidade por suicídio de pessoas que passaram por serviços de Atenção Primária	41
Problema de pesquisa.....	56
Estudo 1.....	59
Método.....	59
Escolha das Bases de dados	59
Escolha das Palavras de busca.....	60
Procedimento de busca nas bases de dados.....	60
Procedimento de seleção dos artigos e os critérios de inclusão e exclusão.....	61
Informações extraídas.....	62
Resultados e discussão.....	63
Estudo 2.....	92
Método.....	92
Materiais.....	92
Procedimento.....	95
Identificação e classificação de contingências.....	96
Resultados e discussão.....	97
Desenvolvimento do material autoinstrutivo	143
Referências.....	149
Apêndice.....	166

Índice de Tabelas

Tabela 1. *Procedimento de busca nas bases de dados PubMed, Portal Regional da Saúde e Cochrane Library*.....61

Tabela 2. *Síntese da etapa de busca e seleção de artigos para a leitura dos resumos*....63

Tabela 3. *Pesquisa, Comportamento observado/analísado, tipo de estudo, participantes e síntese dos procedimentos utilizados em cada estudo*.....67

Tabela 4. *Possibilidade de arranjo de contingências derivadas de respostas/ações descritas no Caderno de Acolhimento à demanda espontânea – Volume I*.....99

Tabela 5. *Tríplices contingências identificadas no Caderno de Acolhimento à demanda espontânea Volume I organizadas segundo a seção e classificação*.....105

Tabela 6. *Tríplices contingências identificadas no Cadernos de Acolhimento à demanda espontânea, Volume II, sua organização quanto a seção e classificação*.....113

Tabela 7. *Tríplices contingências identificadas no Prevenção ao Suicídio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária sua organização quanto a categoria de análise e classificação*.....123

Tabela 8. *Síntese dos eixos temáticos da Agenda de Ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020, que abrangem atribuições e/ou ações de interesse para os profissionais da APS*.....133

Tabela 9. *Síntese dos materiais, seções, itens e subitens analisados e conteúdo apresentado: (1) conceituação de Acolhimento (2) conceituação de comportamento suicida; (3) o que fazer durante o Acolhimento em geral (4) o que fazer diante de demanda/queixa relacionada a comportamento suicida*.....136

Índice de Figuras

- Figura 1.* Fluxograma do Acolhimento na APS conforme descrito Caderno de Acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica.....37
- Figura 2.* Fluxograma com as etapas de investigação e objetivos de cada estudo e os componentes considerados para elaboração do Material autoinstrutivo.....58
- Figura 3.* Processo de seleção de Artigos para leitura de resumos e composição da amostra do Estudo 1.....65
- Figura 4.* Resumo das recomendações relacionadas a detecção e avaliação do risco de suicídio.....78
- Figura 5.* Fluxograma reproduzida do Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea, Volume I, p.23.....104
- Figura 6.* Quadro com possíveis ideias que profissionais de saúde podem ter diante de pessoas relatando algum comportamento suicida, presente no Caderno de Acolhimento à demanda espontânea, Volume II, p.85.....112

Alguns enfoques sobre o comportamento suicida¹

O conhecimento produzido sobre comportamento suicida é resultado de um vasto *corpus* de estudos e da aplicação de métodos de pesquisa diversos dos comumente utilizados por analistas do comportamento. Em termos analítico-comportamentais, o comportamento suicida é entendido como a interação entre o sujeito (suas respostas) e o ambiente (os eventos ambientais e os estímulos). O comportamento suicida pode ser composto tanto por respostas encobertas (pensar, planejar, escrever uma carta/mensagem de despedida e guardar apenas para si; tomar a tentativa de suicídio de modo isolado, sem a presença de outras pessoas ou possibilidade de ser socorrido) quanto abertamente (relatar o desejo de morrer e planos de fazê-lo, apresentar respostas de autoagressão na presença de outras pessoas ou de modo que seja possibilitado o socorro, como enviar uma mensagem em uma rede social ou avisar um parente por telefone). Comportamento suicida será aqui entendido como um conjunto variado de respostas que têm a finalidade de causar algum tipo de dano a si próprio.

Botega, Rapeli e Cais (2006) sugerem que o comportamento suicida pode ser compreendido ao longo de um *continuum*²: envolve desde pensamentos, gestos a tentativas de suicídio até, finalmente, o suicídio. Além de diferenças na forma como se

¹ A maioria das referências e informações do subtítulo foram extraídas de estudos externos à análise do comportamento. A inclusão de outras fontes deve-se ao volume de dados relevantes produzidos por outras áreas de conhecimento. Apesar da escolha, optou-se pela adoção do jargão analítico-comportamental durante a construção do texto (por exemplo, o termo “componente” do comportamento suicida pode aparecer no texto como *resposta componente*, forma como *topografia* etc.) sem descaracterizar as informações das fontes originais.

² O termo *continuum* utilizado pelos autores citados é diferente da noção de continuidade do comportamento proposta por Skinner (1953/2003). No primeiro caso, *continuum* é equivalente a espectro de acordo com a apresentação de cada resposta. No segundo, assume-se que um comportamento pode ser fracionado para facilitar a sua análise, desde que não se perca de vista a sua natureza contínua. Isso porque a preocupação da análise do comportamento é a função e não a topografia e o foco é dirigido para as consequências que a resposta produz e para os contextos em que ela ocorre (Skinner, 1953/2003).

apresenta, Werlang e Botega (2004) acrescentam que o comportamento suicida pode variar em graus de intencionalidade ou letalidade – incluindo ou não planejamento – podendo haver ou não o suicídio como desfecho. É preciso, no entanto, ressaltar a dificuldade de avaliar a intencionalidade, a qual acaba sendo inferida pelo relato do indivíduo – o que não garante a correspondência entre o dizer e o fazer – ou pelos meios empregados para produzir autolesão. Embora não haja um consenso quanto a quais topografias compõem o comportamento suicida, neste trabalho será adotada a seguinte subdivisão³:

Autolesão: refere-se a ações que produzem algum tipo de dano físico ao próprio indivíduo, sem que o objetivo final seja causar a própria morte (Stanley, Gameroff, Michalsen & Mann, 2001). Franklin e Nock (2017) sugerem critérios para a caracterização de autolesão: 1) ausência de intenção suicida; 2) a ação de autolesão deve ser intencional e não acidental; 3) deve ser uma ação direta, sem outros passos entre o ato e a lesão (por exemplo, lesões após a ingestão de álcool ou outras substâncias psicoativas); 4) não inclui comportamentos autolesivos socialmente aceitos como a utilização de *piercings* e tatuagens; e 5) distingue-se de outras lesões associadas a quadros de transtornos de desenvolvimento, como o Transtorno do Espectro do Autismo. Embora a conceituação de autolesão não se aplique à definição clássica de um comportamento suicida, Muehlenkamp (2005) observa que uma parcela dos indivíduos que sofrem autolesão pode apresentar, frequentemente, ideação suicida ou outras respostas suicidas. Estudos têm indicado risco aumentado para tentativa de suicídio em indivíduos com

³ Divisão baseada no material de apoio do curso Prevenção do Suicídio realizado pela autora em 2019. O curso foi oferecido pelo AVASUS, portal de educação onde são disponibilizados cursos ofertados por instituições de ensino com referência em saúde e educação a distância. Os cursos são organizados a partir demandas atendidas pelo SUS e têm objetivo de qualificar a formação continuada de profissionais e trabalhadores da Saúde.

história de autolesão (Franklin & Nock, 2017; Muehlenkamp, 2005), evidenciando que a sua ocorrência não pode ser menosprezada.

Ideação suicida: é composta pelos comportamentos de pensar, planejar e desejar retirar a própria vida. A ideação suicida não pode ser considerada preditora para os demais componentes do comportamento suicida, como a tentativa de suicídio e o suicídio, sobretudo quando analisada de maneira isolada. Aponta-se a necessidade de identificar outros comportamentos que ocorrem juntos aos de ideação, bem como os contextos em que esses comportamentos ocorrem (como exemplo, perdas recentes ou consideradas importantes). Não é incomum pessoas pensarem em suicídio em algum momento da vida (Weissman *et al.*, 1999) e, em muitos casos, os indivíduos com ideação suicida não chegam a tentar suicídio. Entretanto, alguns estudos mostram que a ideação suicida pode ser associada a um maior risco de tentativa de suicídio (Kessler *et al.*, 1999) e que quanto maior a frequência desses pensamentos e ideias sobre morrer e querer estar morto, maior o risco de realizar uma tentativa de suicídio (Cantor, 1976), especialmente em adolescentes (Miranda, ortin, Scott & Shaffer, 2014).

Tentativa de suicídio: Respostas de autoagressão que não resultam em morte. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesão. Segundo Cais (2006), a tentativa de suicídio é conceituada a partir dos relatos de pessoas que iniciaram um comportamento não usual de dano a si mesmo, com resultado não fatal e que, sem a intervenção de terceiros ou interrupção pelo próprio indivíduo, poderia causar prejuízo a si próprio ou a morte por suicídio.

O *suicídio* é compreendido por alguns autores como o elo final de uma cadeia de comportamentos distintos e complexos (Barrero, 1999; Bertolote, 2012; Werlang & Botega, 2004). É definido como resposta(s) de autoagressão que resulta(m)

em morte.

De acordo com Werlang e Botega (2004), a perspectiva em relação ao suicídio tem mudado ao longo da história. O fenômeno era tratado como um evento comum e inclusive constituinte da tradição de algumas culturas, sendo inclusive cultuado. A partir da Idade Média, a obra *O livre-arbítrio*, de Santo Agostinho (escrita entre 387-395, d.C), serviu de referência para associações entre o suicídio e o pecado. No mesmo período, o suicídio passou a ser considerado também um tipo de crime, pois contrariava os interesses das monarquias. A pena para aqueles que se matavam era a retirada de todos os bens, então confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias. Após o fim da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, a ciência médica passou a ocupar um lugar privilegiado no controle social e, a partir de então, os médicos passaram a relacionar o comportamento suicida a adoecimento mental, ocorrendo então o deslocamento da ideia de pecado para a patologia (Berenchtein, 2013).

Atualmente, o suicídio é visto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) como um problema de saúde pública, sendo definido como “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (OMS, 2001, p. 66). A OMS (2014) destaca o suicídio como a segunda causa de mortes entre jovens entre 15 e 29 anos.

As intervenções em comportamento suicida podem ser desenvolvidas a partir da análise de fatores considerados críticos para sua ocorrência e prevenção (fatores de risco e proteção), do desenvolvimento de estratégias em diferentes níveis de atenção a saúde para o seu rastreamento e da articulação de diferentes estratégias de prevenção.

Fatores de risco para o suicídio podem ser entendidos como quaisquer variáveis (individuais, estilo de vida, exposição ambiental, características hereditárias

etc.) que possam alterar a probabilidade de um indivíduo se engajar em comportamentos cuja função seja tirar a própria vida. Fatores de risco para o suicídio aparecem nos estudos, em geral, separados em categorias e, embora não haja uniformidade de nomenclatura, é comum a subdivisão desses fatores em sociodemográficos, psicológicos, ambientais e clínicos.

Entre fatores sociodemográficos Botega, Rapeli e Cais (2006) apontam: gênero (homens morrem mais por suicídio, enquanto mulheres fazem mais tentativa de suicídio), extratos econômicos extremos (pessoas muito ricas ou muito pobres), residir em grandes cidades, desempregados (especialmente os de situação recente), aposentados, ateus, solteiros, divorciados e migrantes. No grupo de fatores psicológicos, Botega *et al.* (2006) destacam: perdas consideradas importantes, perdas de figuras parentais na infância, contexto familiar conturbado, histórico de maus tratos, padrões de comportamento de impulsividade e/ou agressividade.

Em relação aos fatores ambientais, estudos descrevem acontecimentos estressantes nos três meses anteriores ao suicídio, datas comemorativas importantes, problemas interpessoais, rejeição, problemas financeiros e no trabalho, fácil acesso a meios para autoagressão, difícil acesso a políticas e estratégias de assistência social e de saúde, mudanças na sociedade e outros estressores advindos de interações interpessoais (OMS, 2000). Algumas situações clínicas também costumam ser descritas como fatores de risco: doença mental (sobretudo a depressão), doenças orgânicas e incapacitantes, dor crônica, lesões deformantes, quadros de epilepsia, neoplasias e história prévia de tentativa de suicídio (OMS, 2014).

Com relação aos fatores de proteção Werlang, Borges e Fenterseifer (2005) os definem como variáveis que diminuem a probabilidade de um resultado

negativo entre indivíduos que estão em risco. Tais fatores não constituem ausência dos fatores de risco, mas, sim, variáveis modificadoras da direção ou força da relação entre um fator de risco e seu resultado (Werlang *et al.*, 2005). Os estudos sobre fatores de proteção são de grande importância para a prevenção de comportamento suicida, pois facilitam a compreensão de quais fatores estão disponíveis ou ausentes no ambiente diminuirão ou aumentarão a probabilidade de alguém se engajar em respostas que culminem em suicídio. Além disso, para fins de intervenção, fatores de proteção são considerados decisivos para qualquer estratégia de prevenção, especialmente os ambientais, que podem ser implementados ou alterados com maior facilidade (OMS, 2014).

Nem todas as pessoas ou populações têm o mesmo risco de suicídio. Intervenções preventivas são mais eficazes quando devidamente combinadas com o nível de risco da população-alvo em questão, bem como o nível de complexidade em que o indivíduo é atendido (primário – Unidades Básicas de Saúde, consultórios; secundário – ambulatórios de especialidades, clínicas multiprofissionais; terciário – hospitais, unidades de pronto atendimento, emergências e urgências). O modelo de cuidados proposto por Gordon (1987) é um dos mais difundidos para ações em saúde e é utilizado como norteador de ações de prevenção ao comportamento suicida. Gordon (1987) propõe a divisão dos cuidados em três partes: prevenção, tratamento e manutenção. A categoria da prevenção é subdividida em prevenção universal, seletiva e indicada, também chamadas de prevenção primária, secundária e terciária. O modelo Universal, Seletivo, Indicado (USI) é recomendado pelo *Institute of Medicine* (Lefreve, 2014).

Estratégias de prevenção universal são aquelas dirigidas à população em geral (comunidade local, nacional, escolar etc.), por meio da elaboração de mensagens e

programas que procuram prevenir o comportamento suicida. As estratégias de prevenção seletiva dirigem-se a subgrupos da população geral que fazem parte da população de risco para desenvolvimento de comportamento suicida – por exemplo, parentes de primeiro grau de pessoas que morreram por suicídio e pessoas com tentativas prévias de suicídio. Já as estratégias de prevenção indicadas são criadas para prevenir comportamento suicida em indivíduos que já apresentaram algum tipo de comportamento suicida, bem como fatores de risco para o agravamento. Esses três tipos de prevenção procurariam reduzir a ocorrência de comportamento suicida, bem como a gravidade e a intensidade dessa ocorrência. O objetivo geral é reduzir o número de novos casos de suicídios, ao intervir diretamente sobre os indivíduos de maior vulnerabilidade.

O objetivo de iniciativas universais de prevenção é oferecer a todos os indivíduos as informações e habilidades necessárias para a prevenção de comportamento suicida. Parte-se do pressuposto de que todos os membros da população dividem o mesmo risco geral, ainda que ele varie enormemente entre os indivíduos. Os fatores de risco e de proteção envolvidos em programas de prevenção universal podem refletir algumas características individuais ou de subgrupos, mas refletem primeiramente as influências ambientais: valores comunitários, apoio escolar, estabilidade econômica, empregabilidade e assim por diante.

Os programas de prevenção seletivos dirigem-se a subgrupos específicos que estão expostos a maiores riscos de desenvolver comportamento suicida e suicídio do que a população em geral. Esses grupos são identificados pela presença de fatores de risco ambientais, biológicos, sociais e psicológicos que tornam os indivíduos daquele grupo mais suscetíveis. Os subgrupos-alvo devem ser definidos por idade, gênero, etnia, história familiar, condição socioeconômica, história de maus tratos etc. A prevenção seletiva

dirige-se ao subgrupo inteiro, independentemente do grau de risco individual de cada um. O risco individual não é avaliado nem definido, mas presumido pelo risco do subgrupo em que o indivíduo está inserido.

Os programas de prevenção indicados procuram identificar pessoas que estejam apresentando algum componente de comportamento suicida ou outros comportamentos problemáticos com risco aumentado para tentativas de suicídio. Esse tipo de programa parte de estratégias especiais, individualizadas e dirigidas à necessidade específica daquele indivíduo-alvo do programa que já realizou algum comportamento suicida.

Com relação aos diferentes níveis de atendimento em saúde, os serviços de cuidados primários são apontados como importantes na identificação de pessoas com risco aumentado de suicídio e no fornecimento de tratamento continuado (Brasil, 2012). No entanto, é difícil avaliar com precisão o risco de suicídio na Atenção Primária à Saúde (APS), seja porque algumas pessoas podem tentar ocultar a sua ocorrência, negá-la ou por relatarem a apresentação de comportamentos autolesivos sem intenção de provocar a própria morte (Peña & Cane, 2006). Embora não exista nenhuma maneira de prever quem morrerá por suicídio, é comum pessoas com comportamentos suicidas ou que estejam em contato com fatores considerados de risco buscarem serviços de cuidados primários (McDowell, Lineberry, & Bostwick, 2011). Portanto, o atendimento nesse nível de atenção, especialmente durante o Acolhimento à demanda espontânea – quando o usuário busca atendimento sem a necessidade de agendamento –, pode ser decisivo para o sucesso de estratégias preventivas seletivas e indicadas.

O comportamento suicida como um *comportamento*

A análise do comportamento possui uma vasta produção de conhecimento que deu suporte ao desenvolvimento de várias estratégias de intervenção com altos índices de sucesso, trabalhando com pessoas com desenvolvimento atípico, quadros de ansiedade, depressão e em diferentes contextos de atuação: escolas, clínicas, hospitais e organizações (Murari, 2015). Entretanto, há poucas pesquisas sobre comportamento suicida sob o enfoque analítico-comportamental (Brandão, 2015)⁴.

Embora Skinner não tenha se dedicado especificamente ao comportamento suicida, é possível identificar o tema em alguns de seus livros. Com base na leitura das versões digitalizadas dos livros *Ciência e Comportamento Humano* (1953/2003), *Cumulative record* (1959), *Contingências de reforço: uma análise teórica* (1969/1984), *Além da liberdade e da dignidade* (1971/2000) e *Questões recentes na análise comportamental* (1989/1991), pode-se localizar referências sobre o tópico e os fragmentos encontrados foram organizados com o objetivo de favorecer uma interpretação analítico-comportamental do fenômeno.

O primeiro aspecto está relacionado à impossibilidade de um suicídio poder ser explicado em termos de frequência de resposta. Para Skinner (1953/2003), o suicídio não pode ser considerado uma resposta simples, mas uma ação que não é possível verificar por uma medida de frequência, visto que um indivíduo só emite essa resposta uma vez. Para o autor, “ninguém se lança a um rio para pôr termo a vida porque o mesmo comportamento teve uma consequência semelhante no passado” (Skinner, 1953/2003, p.

⁴ Para compor a introdução com estudos sobre comportamento suicida realizados por analistas do comportamento, foram consultados os seguintes locais: Wiley, PUBMED, SciELO, Scopus, *Web of Science*; Scielo; PePsic; PsycINFO, Google Acadêmico e Portal de periódicos Capes.

243). Embora o suicídio não possa ser entendido por uma dimensão do reforço, suas respostas componentes poderão, posto que “o suicídio não é uma forma de comportamento ao qual a noção de frequência de resposta possa ser aplicada. Se ocorre, os componentes do comportamento devem ter sido reforçados separadamente” (Skinner, 1953/2003, p. 254). Os componentes do comportamento suicida podem ser baseados nas respostas de autoagressão anteriores ao suicídio, as quais podem ter sido reforçadas. As respostas que antecedem o suicídio podem ser analisadas em contingências, compondo episódios de um responder autoagressivo ou em classes funcionais de autolesionar-se.

Um segundo aspecto do comportamento suicida, de acordo com Skinner (1984), está relacionado aos níveis de seleção pelas consequências que parecem melhor explicar a sua ocorrência: a ontogênese e as práticas culturais. Apesar de não explicitar detalhadamente a relação entre ontogênese e comportamento suicida, Skinner (1969) aponta que as “contingências ontogenéticas tem mais probabilidade de gerar comportamento que prejudique aquele que se comporta” (p. 333). Já em relação às práticas culturais, Skinner (1969) destaca o papel desempenhado pela comunidade da qual o indivíduo faz parte no controle do comportamento suicida e o relaciona com algumas formas de dano a si mesmo reforçadas por determinadas comunidades:

[...] um grupo pode apoiar um costume de suicídio por parte do velho e do enfermo. Uma cultura que dá importância a honra pessoal pode apoiar a prática do haraquiri, ou induzir os heróis a se exporem a circunstâncias necessariamente fatais. Contingências dispostas por sistemas religiosos aprovam a mortificação e a maceração, tanto quanto o martírio. Uma filosofia de “aceitação da vida” recomenda submissão às condições adversas e potencialmente prejudiciais (Skinner, 1969, p. 334).

Além da possibilidade de haver reforço para as respostas componentes, o comportamento suicida, a possibilidade de avaliar a probabilidade de ocorrência dessas

respostas e os níveis de seleção envolvidos no comportamento suicida, o terceiro aspecto depreendido da leitura de Skinner (1953/2003) seria o papel de contingências aversivas. Em *Ciência e Comportamento Humano*, Skinner (1953/2003) recorre a uma personagem ficcional para sugerir a função de contingências aversivas as respostas componentes do comportamento suicida e usa como exemplo o pensar sobre retirar a própria vida:

(...) ao arremessar pedras no riacho, estava de certa maneira jogando a si mesmo. As circunstâncias deram origem a uma forte tendência para “jogar coisas em riachos”, mas as consequências aversivas também estavam associadas a algumas respostas nessa classe. Mr. Arabin não se jogou no riacho (ou com consequências menos aversivas, seu relógio ou sua carteira); jogou pedras. Estas respostas podem ter apenas algumas características de membro do grupo reforçado, mas pelo menos, não têm consequências aversivas e por isso são emitidas (Skinner, 2003, p.244).

Contingências aversivas também são citadas no livro *Tecnologia de Ensino* (1968) para explicar o suicídio de estudantes em decorrência do controle aversivo exercido pela escola⁵.

Adiante, Skinner (1953/2003) relaciona o comportamento suicida ao conceito de *autocontrole*, incluindo o suicídio em uma de suas formas. Essa relação pode ser tomada como o quarto aspecto. Para Skinner (1953/2003), o autocontrole consiste em nos comportarmos de modo “a tornar uma resposta punida menos provável alterando as variáveis das quais e função. Qualquer comportamento que consiga fazer isso será automaticamente reforçado” (p. 253). As consequências do comportamento de autocontrole produziram dois tipos de respostas: a controladora e a controlada. A

⁵ Embora o comportamento suicida seja multideterminado, contextos escolares têm sido relacionados à mortes por suicídio, especialmente em países onde notadamente o índice de suicídios é alto entre estudantes no período escolar, a exemplo do Japão (BBC (2018). *Suicídio entre crianças e adolescentes no Japão atinge maior número em três décadas e alarma autoridades*. Recuperado de <https://www.bbc.com/portuguese/geral-46117074>.

primeira pode alterar quaisquer variáveis das quais a resposta controlada seja função. Em decorrência disso, o autor aponta a existência de formas muito diferentes de autocontrole. Em se tratado especificamente do comportamento suicida, Skinner (1953/2003) exemplifica o cortar a mão direita para evitar ofensas ou quando um agente militar põe fim à própria vida para impedir a divulgação de segredos de Estado.

Ao relacionar o comportamento suicida ao autocontrole, é importante destacar que Skinner (1953/2003) faz referência a um tipo específico de autocontrole relacionado a algum tipo de restrição ou ajuda física. Para Skinner (1953/2003), frequentemente controlamos o comportamento do outro através da restrição física: portas fechadas e grades podem limitar o espaço para o movimento; algemas, cordas e mordanças limitam movimento de partes do corpo. Também por meio da restrição física, o indivíduo consegue controlar seu próprio comportamento. Da mesma forma, quando uma resposta controladora evitar consequências negativamente reforçadoras da resposta controlada (conforme citado no exemplo do militar capturado), um homem então poderia atentar contra a própria vida.

O quinto aspecto diz respeito ao que cabe ou não da definição de comportamento suicida. Para Skinner (1969), nem todo comportamento de autoagressão ou que leve a uma morte provocada pelo próprio indivíduo é comportamento suicida. Desse modo, ele estabelece uma distinção importante entre comportamento suicida e outros comportamentos autoprovocados que também põem em risco a vida do indivíduo ou mesmo levar a sua morte.

O homem que acelera o motor para manter quente o seu carro estacionado ou fuma muitos cigarros ou os cidadãos que permitem que o ar de uma cidade seja fortemente poluído não estão rigorosamente falando, cometendo o suicídio. Nem é o caso da cultura, cujas práticas se manifestem fatais quando o ambiente se modifica (Skinner, 1969,

p.334).

O sexto e último aspecto diz respeito ao fato de que o comportamento suicida, como qualquer outro comportamento, não pode ser explicado a partir de instâncias do futuro (ex. predisposição, destino), internalistas (vontade, inclinação pessoal, sentimentos) ou fictícias (pulsão, entidade suicida, instinto de morte), visto que esse tipo de apontamento, além de não explicar o comportamento suicida, apenas oferece uma compreensão cíclica para algo que se daria em processo. Em *Questões recentes na análise Comportamental* e em *Além da liberdade e da dignidade*, Skinner (1989/1991; (1971/2000) discute os problemas de considerar o suicídio decorrente de causas fictícias. O comportamento suicida, por ser proveniente de diferentes tipos de contingências, sendo necessário elucidar quais as variáveis de controle dispostas pelo ambiente, tem papel na explicação de sua ocorrência.

Sidman (1989/2009) abordou o tema no livro *Coerção e suas implicações*, no qual aponta o suicídio como a última rota de fuga e um possível resultado de práticas coercitivas: “No caso extremo uma pessoa literalmente desiste da vida. Suicídio é a fuga última das garras de necessidade e coação repentinamente esmagadoras, ou de uma vida dominada por reforçamento negativo e punição” (Sidman, 1989/2009, p. 132).

Segundo Sidman (1989/2009), uma outra forma de supor a presença de coerção na ocorrência de comportamento suicida ocorre quando este se configura como uma forma de coerção ao Outro. O comportamento suicida como coerção ocorre quando o indivíduo se engaja em alguma de suas respostas com o objetivo de exercer controle sobre o comportamento de outras pessoas, “uma maneira de fazer as pessoas se apurarem e prestarem atenção e mesmo de fazer com que façam o que se quer” (Sidman, 1989/2009, p.133).

Outro modo do comportamento suicida que se configurar como coerção seria quando o ato de retirar a própria vida é praticado com a finalidade de punir outra pessoa. Conforme Sidman (1989/2009), alguém “pode cometer suicídio para punir aqueles que, na realidade ou imaginação, exerceram coerção insuportável. Se é ou não é assim intencionada, a autodestruição sempre vem como um choque punitivo para a família, amigos e comunidade” (p.134). Para Sidman (1989/2009), ainda que nem sempre as pessoas realizem um suicídio visando punir o Outro, é possível, após o evento, pessoas próximas e familiares relatarem sentimento de culpa.

Para Sidman (1989/2009), certas contingências de reforço envolvidas na ocorrência dessas respostas podem ser são problemáticas porque manteriam um processo cíclico: uma vez que a primeira tentativa funcionou e produziu reforçadores importantes para o indivíduo tentante (atenção, simpatia, cuidados ou a remoção de estímulos considerados aversivos), pode haver maior probabilidade de apresentação de novas tentativas de suicídio. É um processo perigoso, pois pode ter como desfecho o suicídio, embora nem sempre a finalidade da tentativa fosse a morte.

Em resumo, tanto Skinner quanto Sidman atentam para a participação de contingências de reforço, inclusive de reforço positivo, na origem de algumas respostas componentes do comportamento suicida. Houve conformidade também quanto ao papel da coerção e a impossibilidade de explicar o suicídio a partir da frequência de resposta ou de uma história de reforçamento.

Banaco (2001) buscou discorrer sobre possíveis funções do comportamento suicida, com base nas propostas de Sidman e Hayes. Por se tratar de um fenômeno multideterminado, Banaco (2001) elenca diferentes fatores relacionados ao suicídio indicados pela literatura, dentre os quais: perdas marcantes na infância; perdas

recentes e irrevogáveis, como a morte do parceiro; acúmulo de perdas ao longo do ciclo vital; declínio da saúde; isolamento social/afetivo; tentativas anteriores de suicídio; e histórico de suicídios/tentativas na família ou em pessoas próximas – o que sugere um contexto permeado por contingências aversivas e a perda de importantes reforçadores. Banaco (2001) elenca possíveis classes de respostas comumente relacionadas ao comportamento suicida, segundo a letalidade destas.

A primeira delas abarcaria respostas em que há algum dano auto infligido, mas não o suficiente para levar a própria morte. Para Banaco (2001), esse tipo de classes de respostas pode ter como objetivos a busca por afeto ou a esquiva de possíveis punições. Um segundo conjunto de respostas seria composto, sobretudo, por comportamentos encobertos, podendo envolver pensar sobre a própria morte por longos períodos e/ou planejar como esta poderia ocorrer. Num terceiro conjunto estariam respostas que oferecem risco real à vida, embora os indivíduos que as emitam não estejam, *a priori*, engajados na própria morte, como, por exemplo, a prática de esportes radicais. Podem ser agrupadas, também, pessoas com envolvimento constante em brigas, abuso de substâncias e comportamento sexual de risco. Para Banaco (2001), essas respostas são mantidas tanto por reforço social quanto por uma baixa probabilidade de punição imediata e uma alta probabilidade de reforçamento positivo. O quarto conjunto engloba respostas de tentar um suicídio que produzem risco real à vida, por sua letalidade. A última resposta seria o suicídio, a qual é praticada apenas uma vez e, portanto, não é possível de ser explicado por uma história de reforçamento. Banaco (2001) destaca que, embora seja possível interpretar diferentes funções para as diferentes respostas do comportamento suicida, é difícil determinar exatamente suas funções e, com isso, sua predição. Uma tentativa de suicídio e mesmo do suicídio, por exemplo, pois, “ainda neste caso, ele pode

ser o elo final na cadeia de respostas de tentativas gradativamente mais sérias (um acidente), ou um ato aparentemente de fuga” (Banaco, 2001, p. 213).

Em conformidade com a multideterminação do comportamento apontada por Skinner, Banaco (2001) sinaliza como um problema à análise do comportamento suicida a existência (ou não) de uma interação razoável entre a função e a topografia, visto que tanto diferentes topografias (classes de respostas) podem ter uma mesma função quanto a mesma topografia ocorre por diferentes funcionalidades.

Além do que foi proposto por Skinner, Sidman e Banaco, três estudos buscaram descrever as contingências relacionadas à ocorrência de tentativas de suicídio a partir da ótica da análise do comportamento (Ribeiro, 2006; Figel, Menegatti & Pinheiro, 2013; Brandão, 2015).

Ribeiro (2006) analisou funcionalmente as contingências atuais e elementos da história de vida de indivíduos com histórico de tentativa de suicídio por meio de relatos verbais. Participaram do estudo quatro indivíduos, de ambos os sexos, atendidos em um serviço médico de emergência por tentativa de suicídio. Também participou do estudo um familiar ou pessoa próxima indicada por cada paciente participante. O procedimento de coleta de dados contou com um Roteiro de Entrevista para o Participante e um Roteiro de Entrevista para o Familiar. O primeiro roteiro, desenvolvido pela pesquisadora, buscou investigar os comportamentos relacionados às interações sociais do participante e apresentava a descrição de classes de comportamentos imediatamente anteriores e posteriores à tentativa de suicídio. A entrevista foi composta, ainda, de questões descritivas sobre a história de vida do participante, as quais tinham por objetivo realizar a análise funcional dos episódios relevantes e história de contingências (o contexto anterior à tentativa, como ocorreu a tentativa e o que aconteceu imediatamente

após a tentativa). O Roteiro de Entrevista para o Familiar continha questões relativas à tentativa de suicídio, mudanças de comportamento do indivíduo antes da tentativa de suicídio e história de vida do participante.

Como resultados, a autora aponta alguns fatores antecedentes comuns para o comportamento de tentativa de suicídio nos participantes: perdas importantes na infância, perda de reforçadoras advindos de relacionamentos interpessoais, desencadeando o aumento da probabilidade de insucesso em outros relacionamentos; relações familiares conflituosas; construção da autoimagem prejudicada; baixa frequência de acertos, prejudicando o acesso a reforçadores; e situação econômica instável. Dois dos quatro participantes apresentavam quadro de uso de substâncias psicoativas.

A função das respostas de tentativa de suicídio, segundo Ribeiro (2006), foi diversificada entre os participantes, envolvendo fatores antecedentes citados e aspectos da própria história de vida. No entanto, mesmo diversificada, uma função comum em todas as tentativas de suicídio foi a de fuga/esquiva de condições aversivas e incontroláveis relatadas pelos participantes. Foram relatadas como condições aversivas a presença de conflitos familiares e nas relações afetivas, solidão e medo da rejeição social em decorrência da orientação sexual, privação de contato social e abandono. Outros aspectos inferidos com base nos relatos envolvem déficits no repertório de resoluções de problemas e a ausência de reforçadores no ambiente que possibilitassem desenvolver repertórios mais adequados de enfrentamento.

Assim como cada tentativa de suicídio teve aspectos funcionais individuais, a mesma premissa é sugerida em relação às consequências produzidas pelo comportamento de cada participante. Como consequências comuns, Ribeiro (2006) identificou o reforço social e a alteração do ambiente anteriormente percebido como

aversivo. O estudo sugere que o comportamento de tentativa de suicídio pode ter sido aprendido por meio de modelagem (tentativas gradualmente mais letais para produzir acesso a reforçadores) ou aprendizagem social (histórico de tentativa de suicídio na família, como um padrão de comportamento de esquiva do sofrimento e uma forma de enfrentamento).

Na mesma perspectiva de Ribeiro (2006), Figel *et al.* (2013) realizaram um estudo com a finalidade de descrever os possíveis antecedentes e consequências da tentativa de suicídio para o indivíduo. Para tal, elaboraram hipóteses sobre as contingências da história de vida dos participantes consideradas relevantes para elucidar a apresentação de tentativas de suicídio. Participaram da pesquisa duas mulheres e um homem, nomeados de P1, P2 e P3 e com idades de 52, 49 e 36 anos, respectivamente. Durante a realização do estudo, os participantes encontravam-se internados em um hospital psiquiátrico de Curitiba (PR), em decorrência das tentativas de suicídio. Para a coleta de dados, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado (contendo temas referentes à história de vida do indivíduo), incluindo questões relacionadas ao comportamento suicida, antecedentes e consequências da tentativa de suicídio. A partir dos relatos das entrevistas foi realizada uma análise funcional das tentativas de suicídio. A análise dos relatos foi organizada por quadros segundo as contingências das situações específicas da vida dos participantes, destacando antecedentes históricos, atuais e imediatos que contribuíram para a tentativa de suicídio alvo do estudo.

Baseando-se nos relatos e análise de contingências, Figel *et al.* (2013) identificaram a presença dos seguintes fatores de risco como antecedentes à ocorrência da tentativa de suicídio: a presença de ideação suicida, tentativas anteriores de suicídio e diagnóstico de um transtorno mental. Outras variáveis identificadas de acordo com os

relatos foram a presença de histórico de violência física, psicológica ou sexual. A história de violência sexual foi identificada nos relatos de P1 e P3 e as tentativas de suicídio começaram a partir da ocorrência da primeira tentativa de abuso ou abuso, ainda na infância e adolescência.

Outro resultado do estudo diz respeito aos possíveis estados de privação e circunstâncias aversivas presentes no contexto das tentativas. Figel *et al.* (2013) identificaram privação da atenção social (principalmente de suas famílias) durante o período anterior às tentativas de suicídio. Para as autoras, durante a condição antecedente de privação, provavelmente outros tipos de comportamento foram iniciados e tentativas de suicídio podem ter sido reforçadas. Figel *et al.* (2013) salientam a atenção social contingente à tentativa de suicídio como uma consequência que, ao mesmo tempo em que protege a vida do indivíduo (porque pessoas importantes na vida do indivíduo podem envolver-se mais no seu cuidado e proteção em virtude do risco de uma nova tentativa ou por recomendações médicas), também pode reforçar positivamente novas tentativas de suicídio quando a resposta é emitida em função de uma relação estabelecida entre sua emissão e a produção de reforço social.

Outra função das tentativas de suicídio inferida com base nos relatos dos participantes seria a fuga e esquivas de situações percebidas como aversivas vivenciadas ou presentes no contexto imediatamente antecedente. Relatos relacionados a déficits na solução de problemas foram inferidos como relacionados a resposta de fuga e evitação, como estratégia para cessar ou evitar um contato maior com os estímulos aversivos presentes em suas vidas.

Figel *et al.* (2013) concluem que a tentativa de suicídio é selecionada devido às consequências de sua emissão e salientam a necessidade de analisar

funcionalmente esse comportamento, visto que, muitas vezes, os indivíduos podem aumentar o grau de letalidade a cada nova tentativa, evidenciando a importância do planejamento, intervenções eficazes logo na primeira tentativa ou outras respostas que antecedem sua ocorrência.

Brandão (2015) organizou sua tese de doutorado a partir de três artigos sobre o tema. O primeiro estudo foi caracterizado como estudo exploratório, de caráter descritivo, e objetivou abordar o suicídio a partir da análise de dados epidemiológicos sobre o evento no mundo, do país, da região Norte, especialmente na cidade de Macapá-AP e correlacioná-los ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). O segundo estudo objetivou identificar os conhecimentos e intervenções de psicólogos que atuam na assistência à saúde mental pública da cidade de Macapá-AP. O terceiro estudo investigou a relação entre relatos sobre o ciclo vital (infância, adolescência e contexto atual) e episódios de tentativa de suicídio. Participaram do estudo sete indivíduos com histórias prévias de tentativas de suicídio: cinco mulheres e dois homens. Todos foram atendidos em um Hospital de Emergência do município de Macapá e posteriormente encaminhados a uma clínica de psicologia de uma faculdade, local onde as entrevistas foram realizadas.

Em seus resultados, Brandão (2015) identificou que cinco dos sete participantes utilizaram intoxicação exógena como método para a tentativa. O método foi predominante em mulheres (n=5). Os participantes também relataram estar vivenciando situações estressoras e conflitos nos relacionamentos afetivos. Com base nos relatos do ciclo de vida, Brandão (2015) salienta a ocorrência de desencadeantes: de conflito familiar, história de abuso sexual e dificuldades para lidar com as consequências da orientação sexual.

Segundo Brandão (2015), a análise dos relatos sugere uma importante

relação entre as interações comportamentais passadas e o estabelecimento de padrões específicos de responder com características de vulnerabilidade comportamental ao longo do ciclo vital. De acordo com o autor, repertórios de maior ou menor rigidez na resolução de problemas cotidianos podem aparecer como características de vulnerabilidade quando esses repertórios são associados a constantes e simultâneas experiências aversivas, podendo dificultar que a pessoa aprenda em um período curto de tempo outros comportamentos capazes de produzir consequências eficazes na eliminação de aversivos ou para o acesso de reforçadores que não envolvam se colocar em risco. Brandão (2015) aponta também a tentativa de suicídio como uma resposta de autocontrole e com função de fuga/esquiva de condições aversivas. No entanto, não foi explicitada a relação entre os relatos das tentativas de suicídio e o conceito de autocontrole. Os participantes relataram outras tentativas de suicídio antes do episódio que os levou ao atendimento hospitalar e participação no estudo. Para Brandão (2015) a recorrência da resposta de tentar suicídio fortalece a ideia de contingências aversivas (não necessariamente negativas) presentes ao longo da história de vida e no contexto antecedente à tentativa. Outra função do comportamento tentativa de suicídio apontada pelo estudo seria a evitação ou bloqueio do acesso a situações avaliadas pelos participantes como difíceis ou incontroláveis.

Os estudos de Ribeiro (2006), Figel *et al.* (2013) e Brandão (2015) relacionaram reforço social e alterações no ambiente anteriormente considerado aversivo como variáveis que podem ser relacionadas a apresentação de tentativas de suicídio. As conclusões corroboram os aspectos apontados por Skinner (1953/2003; 1969/1984; 1971/2000; 1991/1989; 1999), Sidman (1989/2009) e Banaco (2001). Aspectos como: reforçamento positivo e negativo, a fuga e esquiva de situações sinalizadas como aversivas também foram identificadas nas três pesquisas. Ribeiro (2006) e Brandão

(2015) inferem a presença de dificuldades na resolução de problemas nos contextos antecedentes às tentativas (Ribeiro, 2006) e ao longo do ciclo vital.

Outras características comuns nas pesquisas citadas foram a tentativa de suicídio como comportamento analisado, o ambiente hospitalar como principal local de coleta e o relato dos tentantes como dado principal das análises realizadas, exceto Ribeiro (2006), que incluiu o relato de familiares. Os fatores e variáveis identificados permitem inferir o comportamento suicida selecionado pelas consequências – ontogenéticas e culturais –, o que pode fornecer subsídios para o atendimento inicial de pessoas em outros níveis de atenção à saúde e no desenvolvimento de ações de prevenção. Apesar dos achados, cabe destacar que os eventos sinalizados não foram investigados em pessoas que não tentaram suicídio ou apresentaram respostas diversas de comportamento suicida (ideação suicida, por exemplo).

A seguir são apresentados conceitos e procedimentos realizados pelo SUS e estudos relativos ao atendimento de pessoas em serviços primários.

APS e o Acolhimento nos processos de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS)

A intervenção em saúde pública no Brasil é circunscrita por normativas gerais e específicas sobre as práticas de cuidado em saúde. Em geral, as diretrizes que orientam as ações dos gestores e dos profissionais de saúde são apresentadas sob a forma de manuais, protocolos, embasados algumas vezes em leis, portarias e decretos voltados para a atenção à saúde (Saraceno, Asioli & Tognoni, 1994). Esses documentos descrevem os programas desenvolvidos pelo SUS. No âmbito da APS alguns desses materiais são organizados em forma de “cadernos”.

Para a OMS (2001), a APS é de suma importância na elaboração de

qualquer política de prevenção ao suicídio, primeiramente, porque as equipes que atuam na APS têm um contato próximo e contínuo com as pessoas da comunidade, o que favorece que sejam conhecidos e aceitos pela população local. Essa aproximação é potencializada, sobretudo, com a capilaridade possibilitada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com diferencial da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na sua linha de cuidado. Os profissionais da APS atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto aos moradores, em seus territórios de abrangência, e, por conta disso, acabam conhecendo de perto as demandas, os lares, os modos de vida, os determinantes e condicionantes de saúde e doença dos usuários e suas famílias (OMS, 2001).

As Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) fazem a ponte entre a comunidade e o SUS. Em muitos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional da APS é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde, sobretudo pelo fato de seu conhecimento da comunidade local lhe permitir reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações em torno dos usuários. Aliado a isso, esses profissionais estão em posição de oferecer cuidado continuado e cotidiano, tornando-os essenciais na prevenção dos agravos de saúde e por seu turno, ao comportamento suicida e o suicídio (OMS, 2001).

Uma UBS é considerada a porta de entrada para acesso aos serviços disponibilizados pelo SUS e o Acolhimento é o procedimento pelo qual esse acesso é possibilitado. O Acolhimento também é descrito como uma tecnologia leve⁶, focada nas

⁶ No SUS, a classificação de Merhy (1997) é utilizada para caracterizar as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. Elas são divididas em leve, leve-dura e dura. A leve refere-se às tecnologias de relações focadas na produção de vínculo, promoção da autonomia, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos campos de saberes bem estruturados e que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica, a epidemiologia etc. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos em processos de trabalho, comuns na área diagnóstica e hospitalar.

relações entre os profissionais da saúde e os usuários (Franco, Bueno & Merhy, 1999). De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, acolher é escutar e direcionar a demanda do usuário a partir da sua chegada à UBS de referência⁷ e local onde o usuário possui uma matrícula (prontuário) ou irá ser inscrito. Basicamente, o termo é utilizado na delimitação de três aspectos: (1) como uma postura de escuta com compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde relatadas pelos usuários (ação do acolhedor); (2) como possibilidade de universalizar o acesso aos serviços disponíveis no SUS (procedimento); e (3) como modo de organizar o processo de trabalho na APS (gestão de recursos). Atualmente, o processo de Acolhimento e seguimento de pessoas com algum sofrimento relacionado à saúde mental é organizado segundo o grau de complexidade das condições de saúde observadas e relatadas pelos usuários, vulnerabilidades e gravidade de sintomas conforme apresentado na Figura 1.

⁷ O termo referência é utilizado no âmbito do SUS como equivalente à área de abrangência e território.

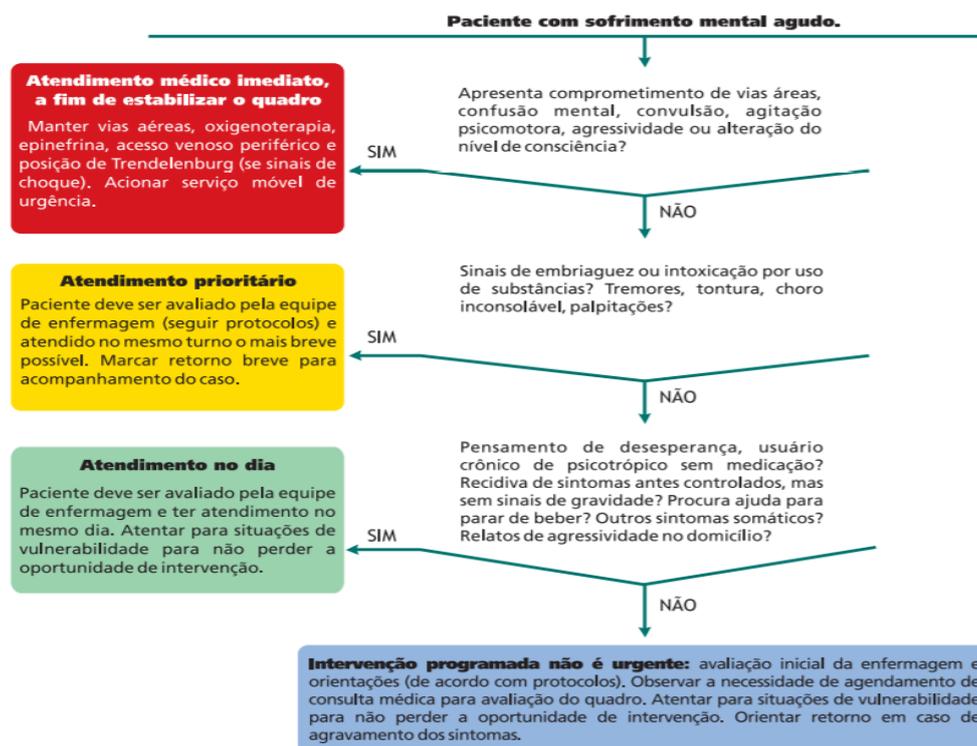


Figura 1. Fluxograma do Acolhimento na APS conforme descrito Caderno de Acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica (Brasil, 2012).

O Acolhimento se caracteriza como uma atividade multiprofissional, embasada nos princípios de universalidade, intersetorialidade e equidade e deve ser centrado nas demandas do usuário. Acolher deve ir além de um processo de triagem, sendo parte do cuidado básico de saúde e um parâmetro para o estudo dos determinantes e condicionantes de saúde de um dado território (Brasil, 2011).

Apesar de haver documentos que embasam o processo de Acolhimento, não há um protocolo unificado sistematizado de como este possa ocorrer no âmbito de toda a saúde pública. Por um lado, a ausência de uma sistematização clara de procedimento de acolher pode propiciar o desenvolvimento de tecnologias de Acolhimento mais focadas nas necessidades daquele território; por outro, pode acabar por comprometer os fluxos de cuidado no nível primário e o alcance dos princípios e metas de cuidado.

O processo de trabalho da UBS – com e sem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) – deve estar organizado para possibilitar a prioridade no acesso a partir da chegada do usuário de saúde à Unidade. Cabe à gestão de cada UBS organizar o Acolhimento de demanda espontânea, os atendimentos, as agendas e encaminhamentos que se façam necessários em qualquer ponto da Rede da APS, conforme descrito nos Cadernos de Saúde 28, volumes I e II, em que há orientações técnicas para o Acolhimento à demanda espontânea. De acordo com Caderno 28 - volume II, quando o profissional está realizando um Acolhimento para quaisquer finalidades de saúde (vacinas, agendamento de consultas, pedido de insumos etc.) e percebe por meio de relatos (falas sobre preferir estar morto, ideias sobre tirar a própria vida) ou outros estímulos envolvendo comportamento suicida (lesões nos braços, pernas, rejeição à conduta medicamentosa essencial à saúde/preservação da vida), o acolhedor pode avaliar se há risco de suicídio (Brasil, 2012).

Acolhimento de pessoas e comportamento suicida na APS

O fluxo de atendimento a pessoas que apresentam comportamento suicida em UBSs é orientado pela Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, PNAB-2017). A Portaria orienta a prioridade no atendimento das pessoas com comportamento suicida, especialmente as que apresentaram uma tentativa de suicídio e/ou relataram ideias persistentes e planos estruturados para tentar o suicídio. Preconiza-se a realização do Acolhimento, durante o qual deve ser feita a classificação de risco. O Acolhimento à demanda relacionada ao comportamento suicida pressupõe uma escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravos à saúde e o sofrimento dos usuários. Essa escuta deve considerar, entre outros aspectos: as

dimensões de vulnerabilidade e gravidade, bem como os fatores de risco e proteção, e tem a finalidade de priorizar os atendimentos a eventos mais agudos, conforme a necessidade e disponibilidades de recursos, a partir de critérios clínicos disponíveis em diretrizes e orientações assistenciais da APS.

Outro procedimento preconizado durante o atendimento de demanda relacionada ao comportamento suicida é o preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória, pertencente ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAN). Esse preenchimento é obrigatório desde 2003 e deve ocorrer após o atendimento das chamadas violências autoprovocadas, atendidas em qualquer um dos níveis da atenção em saúde do país. As violências autoprovocadas constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória previstas na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V - Capítulo I. O documento lista como violências autoprovocadas: o suicídio, a tentativa de suicídio, respostas auto lesivas por perfurações com objetos cortantes, armas de fogo, queimaduras, escoriações etc., desde que tenham tido por função provocar dando e/ou morte a si próprio. De acordo com informações do Ministério da Saúde e do Portal SINAN Saúde, a utilização efetiva do SINAN permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população. Pode também fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O preenchimento das informações é aberto a todos os profissionais de saúde e a notificação compulsória deve ser efetuada pelo profissional de nível superior que prestou o primeiro atendimento ao paciente. No caso de tentativa de suicídio, é comum seu preenchimento ser realizado em hospitais (quando o tentante precisou de

atendimento hospitalar em decorrência da tentativa) ou mesmo durante o processo de Acolhimento ocorrido na APS (quando o usuário relata ao acolhedor que tentou um suicídio ou sofreu autolesão). O acesso aos dados notificados é aberto para a consulta pública em todo o país através do site Portal SINAN.

Mesmo havendo subnotificação (quando uma tentativa ou morte por suicídio não é notificada como tal, segundo o código X-72 da Classificação Internacional de Doenças - CID- 10 (OMS, 1993), foi verificado aumento de mortes por suicídio no Brasil (Brasil, 2017).

Esse aumento foi verificado após um levantamento realizado pela OMS em 2014. Em decorrência disso, em 2017 o Ministério da Saúde divulgou uma agenda com o compromisso de reduzir em pelo menos 10% o número de mortes por suicídio até 2020 (Brasil, 2017). Entre as principais ações preventivas anunciadas no documento constavam: a) a gratuidade de acesso telefônico ao Centro de Valorização da Vida (CVV); b) a ampliação da rede de abrangência dos Centros de Apoio a Saúde Mental (CAPS); e c) a capacitação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, até o presente momento, houve pouco incremento nas estratégias de prevenção preconizadas no documento e apenas a gratuidade do atendimento pelo CVV foi estabelecida em todo o país.

Em 2019 houve a promulgação da Lei 13.819, que institui a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, a ser implementada pela união, em cooperação com os estados, o distrito federal e os municípios. Esperava-se mais investimentos em políticas públicas focadas na prevenção ao suicídio no país, porém uma das poucas diretrizes é a extensão da obrigatoriedade de notificação ao Conselho Tutelar de violência autoprovocada em instituições públicas e particulares de ensino. Aliado a

isso, o texto não descreve claramente quais procedimentos de notificação devem ser adotados nos diferentes locais, qual a formação para os profissionais responsáveis pela notificação e quais são as medidas concretas de prevenção ao suicídio no âmbito da União, dos Estados ou municípios.

A falta de políticas públicas e de articulação de estratégias universais, seletivas e indicadas para prevenção do suicídio produz reflexos também em relação à pesquisa sobre comportamento suicida no Brasil. Fukumitsu, Provedel, Kovács e Loureiro (2015) realizaram um levantamento de estudos sobre o tema no país entre os anos 2004 e 2013 e identificaram 337 publicações. Apesar do número de estudos e do fato de os autores observarem um crescimento significativo no número de publicações, concluem, a partir de 2009 Fukumitsu *et al.* (2015), ser escasso o investimento na pesquisa sobre comportamento suicida no Brasil e sugerem o fato de a temática ainda ser tratada como um tabu no país.

Para superação desse tabu e melhoria do atendimento à demanda cada vez mais crescente, são necessários investimentos em estudos científicos que possibilitem identificar os problemas e as possibilidades da APS como dispositivo de intervenção e prevenção do comportamento suicida.

A mortalidade por suicídio de pessoas que passaram por serviços de Atenção Primária

O estudo sobre comportamento suicida é abrangente e tem sido realizado por meio de diferentes métodos. Há interesse em identificar fatores desencadenantes e fatores de risco para o suicídio e classes de comportamento suicida: tentativa de suicídio, repetição de tentativa de suicídio ou ocorrência de respostas autolesivas não-suicidas. Qualquer tentativa de compreender o fenômeno do suicídio requer contribuições de vários

campos do conhecimento (Botega *et al.*, 2012). Há também pesquisas orientadas para o desenvolvimento de estratégias de prevenção de mortes por suicídio, instrumentos para detecção e classificação de risco, tratamentos de saúde para pessoas que apresentem quaisquer componentes de comportamento suicida e enlutados de um suicídio (Cook, Jordan & Moyer, 2015). É nesse contexto que se tem pesquisado sobre o impacto do atendimento de pessoas que apresentam comportamentos suicida nos diferentes níveis de atenção e APS.

Um desses estudos foi desenvolvido por Milton, Ferguson e Mills (1999). Partindo da hipótese de que profissionais da APS ocupam uma posição importante na prevenção do suicídio, Milton *et al.* (1999) realizaram uma pesquisa retrospectiva para identificar mortes em decorrência de suicídio de pessoas que haviam passado por serviços de cuidados primários. Participaram da pesquisa 86 médicos clínicos gerais que haviam sofrido a perda de algum paciente por suicídio. Os profissionais responderam a questionários com informações de rastreio e responderam perguntas gerais a respeito de sua prática na APS. Os dados advindos dos questionários e entrevistas foram cruzados com informações coletadas na rede hospitalar e registros de médicos legistas de óbitos por suicídio.

De acordo com o levantamento dos bancos de dados consultados, 75% dos suicídios correspondiam ao sexo masculino e 54% tinham menos de 35 anos. 28% das pessoas que morreram por suicídio estavam em contato com serviços psiquiátricos antes da morte e 60% apresentavam algum diagnóstico de transtorno mental não verificado na ASP.

Com base na verificação das respostas dos questionários devolvidos pelos médicos, Milton *et al.* (1999) sugerem que os clínicos gerais possuam pouco

conhecimento das circunstâncias da vida dos pacientes em até metade dos casos: condições financeiras, suporte social e familiar, transtorno mental etc. O registro da avaliação de risco para suicídio ocorreu em 38% dos indivíduos atendidos na APS e associou-se positivamente ao contato psiquiátrico prévio. Apenas um dos médicos considerou ser evitável a ocorrência de suicídio na população atendida.

Para Milton *et al.* (1999), a baixa taxa de avaliação de risco e o conhecimento limitado do estilo de vida do paciente apontam para a necessidade de envolvimento ativo dos profissionais da APS em futuras estratégias de prevenção do suicídio e a inclusão do conteúdo sobre rastreio nos programas de treinamento na APS. O estudo sugere que ampliar o rastreamento do médico da APS ao risco potencial de suicídio a todos usuários que buscam cuidados primários pode melhorar a prevenção de suicídio. Essa medida pode ser potencializada por meio da introdução de técnicas de avaliação de risco de suicídio comumente usadas na prática psiquiátrica, adaptadas ao contexto da APS.

Uma revisão de literatura sobre o tema foi desenvolvida por Luoma, Martin e Pearson (2002), que revisaram 40 artigos a fim de identificar as taxas de contato com os prestadores de cuidados primários e de saúde mental entre indivíduos que morreram por suicídio. As informações de contato do último mês e dos 12 meses precedentes ao suicídio foram revisadas. A revisão também examinou o contato da vida com os serviços de saúde mental. A coleta de estudos foi realizada nas bases MEDLINE, PsycINFO e o *Social Sciences Citation Index*, considerando estudos publicados até maio de 2000. A pesquisa incluiu artigos relacionados ao suicídio e ao contato com a saúde ou com o serviço de saúde mental e foi limitada para estudos no idioma inglês.

Apenas foram incluídos estudos de grupos de indivíduos que sofreram um

suicídio. Os dados referentes a comportamentos suicidas não fatais (por exemplo, tentativas de suicídio, ideação suicida) não foram incluídos porque os indivíduos que completam o suicídio geralmente apresentam características diferentes daqueles que exibem comportamentos suicidas não fatais. Também foram considerados estudos que incluíram pelo menos uma estimativa de saúde mental e o contato serviços de saúde primários antes do suicídio. Foram excluídos os estudos que eram duplicações de relatórios anteriores com relação às informações sobre o contato com os serviços de saúde e aqueles que usavam grupos selecionados por diagnósticos específicos ou vítimas de suicídio com contato prévio com um hospital psiquiátrico (por exemplo, estudos clínicos de acompanhamento).

Os critérios para classificar as mortes como suicídios variaram entre os estudos. Em vários estudos, apenas as mortes classificadas pelo médico legista como suicídio foram incluídas. Outros estudos incluíram mortes classificadas como suicídio e mortes classificadas como "indeterminadas" (nos Estados Unidos) ou "abertas" (no Reino Unido), que foram consideradas decorrentes de suicídio. Os estudos foram baseados na Europa, Austrália e Estados Unidos.

Três tipos principais de estudos foram incluídos na revisão: autópsias psicológicas, revisões de registros e revisões com fontes adicionais de informação. Os estudos eram considerados autópsias psicológicas se os investigadores entrevistassem pelo menos um indivíduo que tivesse um relacionamento pessoal com o falecido como fonte primária de dados. Os estudos de revisão de registros usaram os relatórios de médicos legistas ou médicos legistas como a única fonte de dados. Estudos com revisão de registros e dados suplementares incluíram estudos que usaram os relatórios de médicos legistas como a principal fonte de dados, mas complementaram esses dados com

informações de várias outras fontes. Fontes adicionais de informação incluíram entrevistas com médicos ou profissionais de saúde mental, anotações de casos de médicos ou profissionais de saúde mental e bancos de dados preexistentes de registros dos prontuários nos serviços de Atenção Primária.

A revisão de Luoma *et al.* (2002) mostrou que dois terços dos que morreram em decorrência de suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos na semana anterior. O contato com serviços de saúde mental dentro de um mês antes do suicídio era, em média, aproximadamente 19% e, no ano anterior ao suicídio, as taxas de contato eram em média de 35%. As taxas de contato ao longo da vida com serviços de saúde mental foram em média de 53%.

Em relação aos resultados sobre o contato de indivíduos com os profissionais de cuidados primários antes de morrerem por suicídio, em todos os gêneros e faixas etárias o contato com os prestadores de cuidados primários no mês anterior ao suicídio foi de 45%. A taxa de contato com profissionais de cuidados primários dentro de um ano antes ao suicídio foi de 77%. Para pessoas com 35 anos ou menos, o contato com os prestadores de cuidados primários dentro de um mês anterior ao suicídio foi de 23% e uma média de cerca de 62% teve contato esses profissionais até um ano antes do suicídio. Para pessoas com 55 anos ou mais, no mês que antecedeu o suicídio, 58% dos adultos mais velhos (acima de 35 anos) tiveram contato com os prestadores de cuidados primários, o que foi significativamente maior do que aqueles com 35 anos ou menos (23%). A maioria dos idosos (77%) teve contato com os prestadores de cuidados primários no ano anterior ao suicídio. Com relação ao gênero, foi observado que 100% das mulheres e 78% dos homens tiveram pelo menos um contato com um prestador de cuidados primários no ano anterior ao suicídio. Outro resultado diz respeito ao contato

com diferentes serviços de saúde. Houve a busca tanto por serviços primários quanto por saúde mental no ano anterior suicídio, apesar da taxa de contato ter sido significativamente maior nos serviços de cuidados primários.

Outro aspecto identificado foi a variação nas taxas de contato por idade e sexo. Em todas as faixas etárias, cerca da metade teve contato com um profissional de serviços de cuidados primários no prazo de um mês antes do suicídio e cerca de três quartos tiveram contato um ano antes do suicídio. Essas taxas variaram entre as faixas etárias, com os idosos apresentando taxas mais altas de contato com os cuidados primários do que os adultos mais jovens no mês anterior ao suicídio. Dois estudos que incluíram dados sobre sexo e o contato com serviços primários apontaram que mulheres apresentaram maiores taxas de contato com os prestadores de cuidados primários. Sobre isso também se identificou que homens idosos têm a maior taxa de suicídio nos EUA e no Reino Unido. Portanto, altas taxas de suicídio para grupos com uma ampla faixa etária podem ser pelo menos parcialmente devidas à inclusão de idosos nesses cálculos.

Luoma *et al.* (2002) destacam a necessidade estudos voltados para a identificação dos “mecanismos de ação” referentes ao contato entre profissionais de saúde e indivíduos em risco, sendo relevante, portanto, a formação para a identificação de fatores de risco entre esses profissionais.

O estudo de Bajaj, Borreani, Ghosh, Methuen, Patel e Joseph (2008) verificou aspectos da interação médico-paciente durante a triagem de ideação e comportamento suicidas na APS. Bajaj *et al.* (2008) realizaram um estudo transversal tendo como participantes médicos da APS e pessoas que utilizam os serviços de cuidados primários. Bajaj *et al.* (2008) estavam interessados em analisar as reações dos pacientes diante de perguntas sobre ideação e comportamento suicidas e verificar a percepção de

médicos e pacientes quanto ao rastreamento do risco de suicídio induzir algum tipo de comportamento suicida.

Foram recrutados usuários de serviços de APS que apresentavam problemas médicos não urgentes. O estudo coletou dados de 132 pacientes e uma amostra equivalente de médicos de clínica geral, para estimar a proporção de pacientes que acreditam que as pessoas devem ser rastreadas quanto à ideação suicida.

Após a seleção, os participantes foram rastreados quanto a sinais de depressão. Posteriormente, os participantes eram submetidos a uma entrevista médica, realizada por telefone, e respondiam a cinco perguntas diretas sobre ideação e comportamento suicidas de acordo com o último mês, do tipo: “você sentiu que a vida não valia a pena?” e “você já pensou em tirar a sua vida, mesmo que realmente não faça isso?”. Os participantes também foram questionados quanto à exposição a comportamento suicida de pessoas próximas. Após essa etapa, os participantes responderam a uma série de perguntas abertas sobre a entrevista de rastreamento de ideação e comportamento suicidas. Compuseram essa etapa do estudo perguntas do tipo: “Como você se sentiu quando lhe fiz perguntas sobre pensamentos de autolesão e suicídio?” e “Você acha que os médicos de clínica geral devem perguntar rotineiramente às pessoas que podem estar deprimidas se elas pensaram em se machucar ou tentar se matar?”, “Você acha que fazer perguntas sobre suicídio poderia aumentar a probabilidade de alguém deprimido realmente fazer isso?”.

As opiniões dos médicos foram obtidas através de uma revisão de literatura anterior sobre o tema e na contribuição de médicos locais. Os clínicos gerais responderam a perguntas como: “Você procura por ideação suicida entre seus pacientes? Em caso afirmativo, quais pacientes você examina?”, “Você recebeu algum treinamento formal

para triagem de suicídio? Se sim, como se deu?” e “você acha que a triagem de ideias suicidas poderia desencadear um comportamento suicida em um paciente vulnerável?”.

Ao final do estudo, 101 de 132 pacientes que participaram da pesquisa e 103 dos 300 médicos concluíram as entrevistas. A maioria dos clínicos gerais (n=81, 80,2%) e pacientes (n=39, 38,6%) afirmou que as pessoas devem ser rastreadas quanto à ideação suicida. No entanto, uma minoria importante de pacientes (n=26, 25,7%) e clínicos gerais (n=4, 4%) declarou que fazer essas perguntas os deixavam desconfortáveis. Menos da metade dos clínicos gerais recebeu treinamento formal sobre a avaliação do risco de suicídio. Os médicos relataram como empecilhos para realizar o rastreamento de comportamento suicida: as pressões de tempo, a cultura, o idioma e preocupações com o impacto que a triagem poderia ter na saúde mental das pessoas. Um quarto dos clínicos gerais e um quinto dos pacientes apoiaram a ideia de que o rastreamento de ideação suicida poderia induzir uma pessoa a apresentar pensamentos autolesivos.

Bajaj *et al.* (2008) concluem que clínicos gerais e médicos de família devem avaliar o risco de suicídio entre pacientes deprimidos e apontam a necessidade de os profissionais receberem treinamento sobre como fazer isso durante o tratamento formal. Sugerem ainda a avaliação do efeito do rastreamento da ideação suicida – quando houver – na saúde mental dos usuários.

Pearson *et al.* (2009) buscou investigar a frequência e a natureza das consultas em serviços primários e de saúde mental de usuários que morreram por suicídio, ao longo do ano que antecedeu a morte. Pearson *et al.* (2009) examinaram o índice de consultas na APS, compararam as características dos pacientes com diferentes taxas de

frequência às consultas e analisaram os registros de prontuário da última consulta na APS antes do suicídio.

As informações sobre todos os suicídios e mortes na população em geral foram obtidas do *Office for National Statistics*. Dados sobre o uso de serviços mentais foram coletados nos 12 meses anteriores à morte. Os dados clínicos sobre os pacientes foram obtidos através de questionários enviados a psiquiatras consultores. A amostra do estudo incluiu pessoas residentes no noroeste da Inglaterra, que entraram em contato com serviços de saúde mental e morreram por suicídio entre janeiro de 2003 e dezembro de 2005.

O *The National Confidential Inquiry into suicide and Homicide by People with Mental Illness (Inquiry)* foi usado para obter dados demográficos e clínicos da amostra. Foram obtidas informações sobre os problemas de saúde física e mental do paciente, consultas no ano anterior à morte, detalhes da consulta final e pontos de vista sobre prevenção. Informações sobre a frequência e a natureza das consultas na APS foram obtidas por revisões retrospectivas dos registros médicos da atenção primária, tanto em prontuários físicos quanto eletrônicos. As revisões de registros demoraram aproximadamente 1 hora e as entrevistas geralmente duraram entre 20 e 40 minutos. As entrevistas foram gravadas de acordo com o consentimento médico.

Durante o período do estudo, um total de 286 indivíduos morreram por suicídio dentro de 12 meses após o contato com serviços de saúde mental. Destes, 91% dos indivíduos ($n = 224$) consultaram um médico na APS em pelo menos uma ocasião no ano anterior à morte. Em termos de sexo, idade, estado civil, condições de vida, *status* de emprego e características clínicas, não foram observadas diferenças significativas entre

os pacientes para os quais os dados de atendimento na APS foram obtidos e aqueles para os quais não foram (n= 39).

Na revisão de dados da última consulta na APS, verificou-se que a maioria da amostra teve uma consulta nos seis meses anteriores à morte (n= 204, 91%). Um total de 105 pessoas (47%) foram atendidas no mês anterior à morte e 76 (34%) delas também foram atendidas pelos serviços de saúde mental durante esse período. Entre as 105 pessoas, 59% (n=58) apresentavam quadros depressivos e transtornos de ansiedade, enquanto 26% (n=11) tinham diagnóstico de esquizofrenia. Em mais da metade dos casos revisados – 54% (n=122) –, o principal motivo da última consulta foi registrado como sintomas psicológicos; 23% foram registrados como problemas de saúde física e 16% (n=36) por queixas psicológicas e físicas.

Foram realizadas 159 entrevistas semiestruturadas, representando 64% daquelas para as quais o estudo possuía dados de registros nos prontuários de cuidados primários (n= 247). Nas entrevistas, 15% dos participantes (n= 23) relataram que seu paciente havia expressado pensamentos ou ideias suicidas durante a última consulta. Os profissionais participantes relataram preocupações com a segurança de seus pacientes em 27% dos casos (n=43), mas apenas 16% dos profissionais (n= 26) acreditavam que o suicídio poderia ter sido evitado. Não foi observada associação entre os pontos de vista sobre prevenção ao suicídio e a consulta final ocorrida um mês antes da morte. A concordância entre os clínicos gerais da APS e as equipes de saúde mental em relação ao risco de suicídio foi baixa. Ambos os grupos de médicos classificaram níveis de risco moderados a altos em apenas 3% dos casos para os quais havia informações disponíveis.

Outro resultado é referente à discussão dos casos de maior risco de suicídio com serviços de saúde mental entre os 43 médicos que relataram maior preocupação. Dois

médicos relataram que suas orientações não foram atendidas e, em ambos os casos, os pacientes morreram dentro de duas semanas após sua consulta final na APS. Outros seis médicos profissionais ofereceram orientações, mas estas foram recusadas pelos pacientes ou pelos pacientes e suas famílias, contrários a buscar atendimento hospitalar.

No fim do estudo e com base nas informações analisadas e entrevistas, Pearson *et al.* (2009) sugerem: melhoria do acesso aos serviços, adequação da abordagem de atendimento ao risco e compartilhamento de informações entre os serviços, particularmente no que diz respeito ao fornecimento imediato de informações sobre risco de suicídio, constituem-se como estratégias para prevenção de mortes por suicídio entre os atendidos em serviços de cuidados primários. Problemas como atrasos nos encaminhamentos para os serviços de níveis secundários e terciários, bem como dificuldades em admitir para internação pacientes após encaminhamento do profissional da APS foram apontados pelos profissionais. Além disso, foram destacados como desafios a necessidade de melhorar a qualidade do monitoramento e acompanhamento dos pacientes, tanto no hospital quanto na comunidade, especialmente nos casos em que os pacientes não aderem às orientações médicas ou não comparecem às consultas de seguimento.

Também interessados sobre tendências no contato com os clínicos gerais na APS, Hauge, Stene-Larsen, Grimholt, Øien-Ødegaard, e Reneflot (2018) investigaram a ocorrência de suicídios entre aqueles que passaram por serviços de APS no período de 2007 a 2015 e compararam com a ocorrência de suicídios na população geral da Noruega. Também foram consideradas as diferenças entre gênero, faixa etária e passagem por serviços de saúde mental. Para o levantamento, Hauge *et al.* (2018) utilizaram os dados do Registro Nacional para Reembolso de Despesas de Saúde de todos os indivíduos com

15 anos ou mais. Foram incluídos todos os suicídios registrados entre 1 de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2015 ($n = 4926$), constituindo 99,6% de todos os suicídios na Noruega no período. Por meio do registro, foi possível identificar a data da morte e o código de suicídios de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, códigos X60-X84 Y87.0 (OMS, 1993). Foram geradas quatro faixas etárias de acordo com a idade no ano da morte para vítimas de suicídio e de acordo com a idade no respectivo ano de observação para os controles populacionais (ou seja, 15 a 29, 30 a 44, 45 a 59 e 60 anos ou mais).

As taxas de consulta em serviços de cuidados primários no ano anterior ao suicídio eram altas e estáveis durante todo o período, não havendo diferença significativa nas taxas de contato ao longo dos anos entre homens e mulheres. No total, 82,4% das vítimas de suicídio consultaram um médico da APS no ano anterior ao suicídio. Trata-se de uma parcela significativamente maior de mulheres (89,0%) do que de homens (79,6%). Além das taxas gerais mais altas de contato, as vítimas de suicídio de ambos os sexos buscaram atendimento na APS com muito mais frequência do que seus respectivos controles populacionais. Entre os homens, as vítimas de suicídio consultaram seu médico em média 5,1 vezes em um ano, em comparação com 2,4 vezes entre os controles populacionais. As taxas equivalentes entre as mulheres foram de 7,7 consultas para vítimas de suicídio e 3,4 consultas entre os controles populacionais.

Em todas as faixas etárias e gêneros, as vítimas de suicídio tiveram taxas de contato significativamente mais altas em um ano do que o controle populacional. Esse padrão foi particularmente evidente no sexo masculino, exceto nos mais idosos, em que a taxa de suicídios foi mais semelhante à população geral. Além disso, as vítimas de

suicídio tiveram em média cerca de duas vezes o número de consultas com médicos de família em um ano do que a população em geral.

O estudo de Hauge *et al.* (2018) mostrou que o contato com os médicos de clínica geral na atenção primária é comum no período que antecedeu o suicídio. As taxas de consulta entre as vítimas de suicídio em ambos os sexos foram altas e estáveis ao longo dos anos. Os resultados de Hauge *et al.* (2018) evidenciam diferenças consideráveis nas taxas de uso de serviços de saúde primária entre vítimas de suicídio em comparação com a população em geral. Os períodos de um ano e um mês antes do suicídio, para ambos os sexos e em todas as idades, foram críticos entre as vítimas de suicídio.

Abarca, Gheza, Coda e Elicer (2018) analisaram revisões sistemáticas e não sistemáticas, a fim de identificar instrumentos padronizados comumente usados para avaliar o risco de suicídio em adultos, que fossem relevantes para o cenário da APS.

Para a revisão, Abarca *et al.* (2018) buscaram estudos nas bases de dados PubMed, *Cochrane*, *Google Scholar* e *Epistemonikos*. Os critérios de inclusão foram: revisões sistemáticas e não sistemáticas e artigos primários, que examinaram a validade e a capacidade preditiva de escalas para avaliação do risco de suicídio em adultos atendidos na APS e publicados depois de 1999. Artigos focados em uma população com diagnóstico específico de saúde mental (como transtorno bipolar e esquizofrenia, por exemplo), escalas aplicadas para testar a eficácia dos medicamentos e escalas estudadas em grupos específicos (por exemplo, idosos) foram excluídos do estudo. Foram consultadas diretrizes internacionais relevantes sobre suicídio: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) e as diretrizes chilenas do Ministério da Saúde. Para a composição dos dados também foram entrevistados profissionais e

especialistas envolvidos no atendimento, pesquisa e desenvolvimento de escalas de medida e políticas de prevenção ao suicídio da América Latina.

Foram identificados no total 3.092 artigos e, por fim, selecionados 20 artigos para a revisão. Abarca *et al.* (2018) compararam os resultados das escalas citadas nos estudos para avaliar o risco de suicídio na APS. As escalas citadas nos artigos revisados foram: *Suicide Assessment Scale*, *Suicide Intent Scale*, Inventário de depressão de Beck, *Another self-report scale is the Adult Suicidal Ideation Questionnaire*, *Three-part Interpersonal Theory of Suicide*, *Five-item Brief Symptom Rating Scale*, *SAD PERSONS scale*, Inventário de razões para viver, Escala de Desesperança de Beck, Escala de Ideação Suicida de Beck e *Columbia Suicide Severity Rating Scale*.

Os resultados mostraram que as escalas utilizadas apresentaram áreas comuns de avaliação, tais como: comportamento suicida anterior, pensamentos e planos atuais de suicídio, desesperança, impulsividade, autocontrole e algumas medidas de fatores de proteção. Abarca *et al.* (2018) salientam que os estudos que mediram instrumentos para avaliar o risco de suicídio são de qualidade metodológica limitada e com baixa capacidade de predição para ocorrência de suicídio, com sensibilidades que não excedem 90%. As Escalas de Desesperança de Beck, o Inventário de Depressão de Beck e a *Suicidal Ideation Scale* tiveram índices de predição para suicídio tão baixos quanto 1, 2 e 3%, respectivamente (proporção de indivíduos que morrerão por suicídio). A *Suicide Intent Scale* teve um valor preditivo positivo de 17%, mas apenas quando correlacionado a histórias de tentativas anteriores de suicídio. As escalas *Suicide Assessment Scale* e *Columbia Suicide Severity Rating Scale* apresentaram valores de predição de 19% e 14%, respectivamente, sendo que a última teve esse resultado após um seguimento de nove semanas. A escala *Sad Persons* não prediz o risco de suicídio melhor

que o acaso e não é útil utilizá-la com a finalidade de avaliação. Abarca *et al.* (2018) também apontam que o uso apenas escalas para avaliar o risco de suicídio não é vantajoso porque os fatores cognitivos, afetivos e comportamentais medidos não interagem com os fatores demográficos ou modificáveis do paciente, como idade, sexo ou diagnóstico de saúde mental.

Por fim, o estudo de Abarca *et al.* (2018) indica que um método confiável, preditivo, breve e universal de avaliação do suicídio para os cuidados primários ainda é incerto. Apesar da variedade de instrumentos utilizados, nenhum é suficientemente preciso e preditivo para justificar intervenções com base em seus resultados. Por outro lado, Abarca *et al.* (2018) acrescentam a possibilidade de considerar as escalas como um meio de identificar fatores de risco ao invés de um preditor de tentativa de suicídio e suicídio. Com relação a instrumentos de rastreio, Abarca *et al.* (2018) concluíram que escalas comumente utilizadas para o risco de suicídio em geral têm baixa predição, o que implica considerar medidas baseadas apenas nesses instrumentos insuficientes para aferir risco e direcionar o manejo. Entretanto, seu uso pode ser viável para auxiliar na identificação de aspectos da vida do usuário e evocar relatos relacionados ao risco. As escalas também podem colaborar como uma ferramenta de comunicação com os usuários dos serviços primários e podem auxiliar no desenvolvimento de alianças terapêuticas, facilitar intervenções e apoiar o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas.

Problema de Pesquisa

Como exposto, pessoas que morreram por suicídio tiveram consultas em atendimentos em serviços primários antes do ato fatal, o que indica que a APS se constitui como contexto para detecção do risco de suicídio. Como a maioria dos indivíduos recorre a esse tipo de atendimento (Luoma, 2002), o risco de suicídio poderia ser minorado no grupo de usuários de serviços primários, desde que as diversas oportunidades de avaliação fossem consideradas. Para alcançar o maior número de pessoas antes do suicídio, os esforços de prevenção precisam se estender à APS (Ahmedani, 2016).

Nos estudos citados, pode-se verificar uma diferença significativa quanto à busca e frequência no contato com os serviços primários de saúde entre aqueles que morreram por suicídio ou apresentaram outras respostas suicidas se comparados tanto ao acesso a serviços de saúde mental, quanto com a população geral. Apesar da taxa elevada de pessoas que morreram por suicídio terem se consultado na APS, não houve consenso quanto a interrogar todos os usuários sobre a ocorrência de comportamento suicida.

Para Milton *et al.* (1999), é necessário aumentar a vigilância da APS ao risco potencial de suicídio em todos os usuários que buscam cuidados primários e sugerem a introdução de técnicas de avaliação de risco comumente usadas na prática psiquiátrica, desde que adaptadas ao formato e contexto da APS. Já Bajaj *et al.* (2008) entendem que os clínicos gerais e médicos de família devem avaliar o risco de suicídio entre pacientes, desde haja a devida avaliação do efeito do rastreamento na saúde mental dos usuários. Sugerem que o rastreamento e avaliação de risco sejam restritos a pessoas com transtornos de humor, especialmente a depressão.

Embora não haja consenso, um elemento em comum levantado em todos os estudos é relativo aos números de óbitos por suicídio de pessoas em contato com serviços de cuidados primários quando comparados a população geral. Ao longo de 20 anos de pesquisas, tem-se indicado uma quantidade significativa de suicídios nessa população, sugerindo a necessidade de mais atenção às possibilidades de prevenção provavelmente desperdiçadas na APS. Como o Acolhimento à demanda espontânea é considerado um procedimento estruturante para a continuidade de cuidado iniciado na atenção primária (Franco *et al.*, 1999), parte-se da premissa de que o Acolhimento pode ser estratégico no desenvolvimento de intervenções de saúde e na prevenção de suicídio. Considerando tal aspecto, o presente trabalho teve objetivo responder as seguintes questões:

1 – A partir da literatura existente, quais os direcionamentos para a realização de atendimentos com ênfase no rastreamento, classificação de risco e encaminhamentos de demandas relacionadas a comportamento suicida em serviços primários?

2 – Como os documentos oficiais e normativas técnicas do SUS orientam os profissionais de saúde a respeito do Acolhimento de demandas relacionadas a comportamento suicida na APS? Quais contingências podem ser identificadas a partir dessas orientações?

Para elucidar as respostas, o trabalho foi dividido em dois estudos, com objetivos específicos, conforme apresentado na Figura 2. Os dados encontrados nos Estudos 1 e 2 foram utilizados na elaboração de um material de apoio, que possa vir a ser utilizado por profissionais de serviços primários.

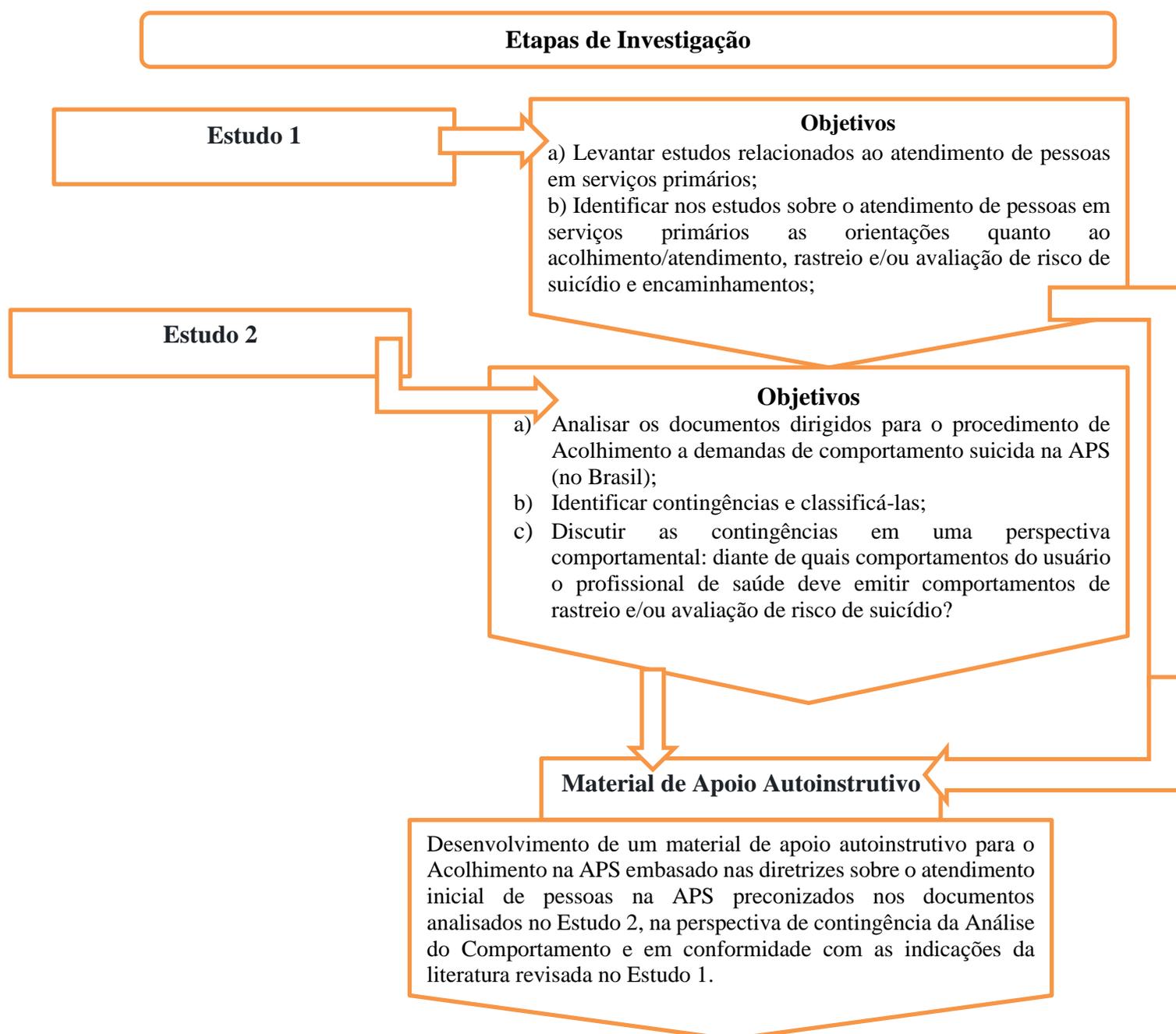


Figura 2. Fluxograma com as etapas de investigação e objetivos de cada estudo e os componentes considerados para elaboração do Material autoinstrutivo.

Estudo 1

Método

Escolha das Bases de dados

As bases de dados selecionadas para a busca dos estudos foram: *PubMed*, *Cochrane Library* e Portal Regional da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). A escolha das bases de dados baseou-se no seguinte critério: conter periódicos brasileiros e/ou estrangeiros de publicações na área da saúde.

O *PubMed* é um portal com acervo da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e foi selecionado por incluir bases importantes como a Medline – base que cobre a literatura internacional nas áreas de Medicina, Enfermagem, Ciências biológicas e outras áreas da Saúde. O portal conta ainda com artigos de cerca de 5.200 periódicos.

Apesar de sediada no Reino Unido, a *Cochrane Library* é uma coleção de banco de dados formada por membros e apoiadores em mais de 130 países. Ela foi incluída por conter dados de revisões sistemáticas, meta-análises e por disponibilizar os resultados de estudos controlados, compondo uma coleção de seis bancos de dados em Saúde Baseada em Evidências, com estudos que auxiliam na tomada de decisões em saúde.

Por fim, o Portal Regional da BVS foi selecionado por integrar diversas fontes de informação em saúde e por promover a democratização e a ampliação do acesso à informação científica e técnica em saúde na América Latina e Caribe. O Portal é operado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) em três idiomas (inglês, português e espanhol), reunindo 12 bases de dados da saúde, entre elas o LILACS – considerado o mais importante índice de literatura científica e técnica da América Latina e Caribe.

Escolha das Palavras de busca

Para a escolha das palavras de busca, inicialmente foram consultados os descritores do *Medical Subject Heading* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Após essa etapa, foram selecionados nove termos de busca e estes foram divididos em três categorias: *primary service*, *primary care*, *primary health care*, (categoria 1); *suicide behavior*, *suicide* e *suicide attempt* (categoria 2) e *risk rating*, *screening* e *interview* (categoria 3). Desses termos, *primary care*, *primary health care*, *suicide*, *suicide attempt* e *screening* são termos indexados no Medical Subject Headings (MeSH) e nos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual de Saúde (DeCS/BIREME). A organização teve o objetivo padronizar a busca nos portais nos diferentes momentos em que a pesquisa fosse realizada.

Procedimento de busca nas bases de dados

Para elaborar a sintaxe da busca, cada um dos termos de cada categoria foi combinado entre si até que todas as combinações tivessem sido realizadas em todos os bancos de dados, conforme ilustra a Tabela 1. As buscas foram realizadas entre agosto e outubro de 2021. Nos portais PubMed e BVS, a combinação dos termos de busca se deu

apenas com o uso de vírgulas, que automaticamente aplicam o operador booleano “and”. Já no *Cochrane Library* o uso do operador foi necessário em todas as combinações de buscas.

Tabela1. *Procedimento de busca nas bases de dados PubMed, Portal Regional da Saúde e Cochrane Library.*

Base de dados	Combinação 1	Combinação 2	Combinação 3
PubMed	Primary service	Primary health care	Primary care
	Suicide behavior	Suicide	Suicide attempt
	Risk rating	Screening	interview
Portal Regional da Saúde BVS	Primary care	Primary service	Primary health care
	Suicide	Suicide attempt	Suicide Behavior
	Screening	interview	Risk rating
Cochrane Library	Primary health care	Primary care	Primary service
	Suicide attempt	Suicide	Suicide behavior
	interview	Risk rating	Screening

Procedimento de seleção dos artigos e os critérios de inclusão e exclusão

Um primeiro passo foi a leitura de todos os títulos dos artigos localizados. Aqueles que apresentaram no título informações que divergiam dos critérios de inclusão foram eliminados, por exemplo, quando o comportamento suicida foi alvo de intervenção em outro nível de atendimento que não o primário. Um segundo passo foi a leitura dos resumos. Aqui todos os estudos que não atendessem aos critérios de inclusão eram desconsiderados. Após essa etapa, todos os artigos tiveram a introdução e o método

lidos, e somente aqueles que não apresentavam qualquer um dos critérios de exclusão foram selecionados para a análise.

Foram selecionados para análise somente os artigos que alcançaram os seguintes critérios: a) ter sido publicado a partir de 1999, dado ter sido este o ano escolhido pela OMS para ser dedicado a prevenção do comportamento suicida⁸; b) estar escrito em português, inglês ou espanhol; c) ter como participantes usuários de serviços e/ou profissionais de serviços primários; d) ter entre os objetivos abordar o atendimento de pessoas com comportamento suicida na APS; e) ser o comportamento suicida considerado uma medida primária ou secundária de resultado.

Foram dispensados todos os artigos que se enquadraram em qualquer um dos critérios de exclusão: a) se não fosse projetado para abordar especificamente comportamentos suicidas; b) se não descrevessem o tempo seguimento, procedimentos realizados após a utilização dos serviços primários quando foi identificado algum risco de suicídio; c) o foco do atendimento nos serviços primários foram outros problemas de saúde ou transtornos que poderiam ter o suicídio como desfecho; d) indicassem a consulta de um livro e ou artigo a que a pesquisadora não teve acesso para entender como se deu o desfecho do estudo; d) artigos que não puderam ser recuperados na íntegra.

Informações extraídas

Dados os objetivos do Estudo I, foram extraídas as seguintes informações: 1 – tipo de estudo, participantes e procedimentos utilizados; 2 –

⁸ Em 1999 a OMS lançou o *Suicide Prevent Program* - SUPRE. Esse livreto é um de uma série de fontes preparadas como parte do SUPRE e destinado a grupos profissionais e sociais particularmente relevantes na prevenção do suicídio, envolvendo um largo espectro de pessoas e grupos, incluindo profissionais de saúde, educadores, agentes sociais, governantes, legisladores, comunicadores sociais, forças da lei, famílias e comunidades (OMS, 2000).

comportamento suicida observado/analísado no estudo: autolesão, ideação suicida, tentativa de suicídio; 3 – comportamentos recomendados aos profissionais da saúde para avaliação do risco de suicídio, encaminhamentos, seguimento etc.

Resultados e Discussão

A Tabela 2 apresenta a síntese da busca realizada após a leitura dos títulos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão descritos no método.

Tabela 2. *Síntese da etapa de busca e seleção de artigos para a leitura dos resumos.*

Combinação de descritores	Bases de Dados	Nº de artigos recuperados	Nº de artigos selecionados para a leitura dos resumos
Primary service, Suicide behavior, Risk rating	PubMed	0	0
Primary Health care, Suicide, Screening	PubMed	28	12
Primary care, Suicide attempt, Interview	PubMed	9	5
Primary care, Suicide, Screening	BVS	740	74
Primary servisse, Suicide attempt, Interview	BVS	26	4
Primary 63ealth care, Suicide behavior, Risk rating	BVS	0	0
Primary Health care, Suicide attempt, Interview	Cochrane Library	0	0
Primary care, Suicide, Risk rating	Cochrane Library	273	11
Primary service, Suicide, behavior Screening	Cochrane Library	99	4

Vinte e dois artigos foram selecionados para o escopo de análise na primeira etapa do Estudo 1. O processo de seleção desses artigos pode ser melhor visualizado na Figura 3. Entre os estudos incluídos, mais da metade (15) consistiu em trabalhos de natureza exploratória, três de método qualitativo, incluindo relatos sobre as percepções de usuários ou profissionais de saúde sobre o atendimento realizado na APS.

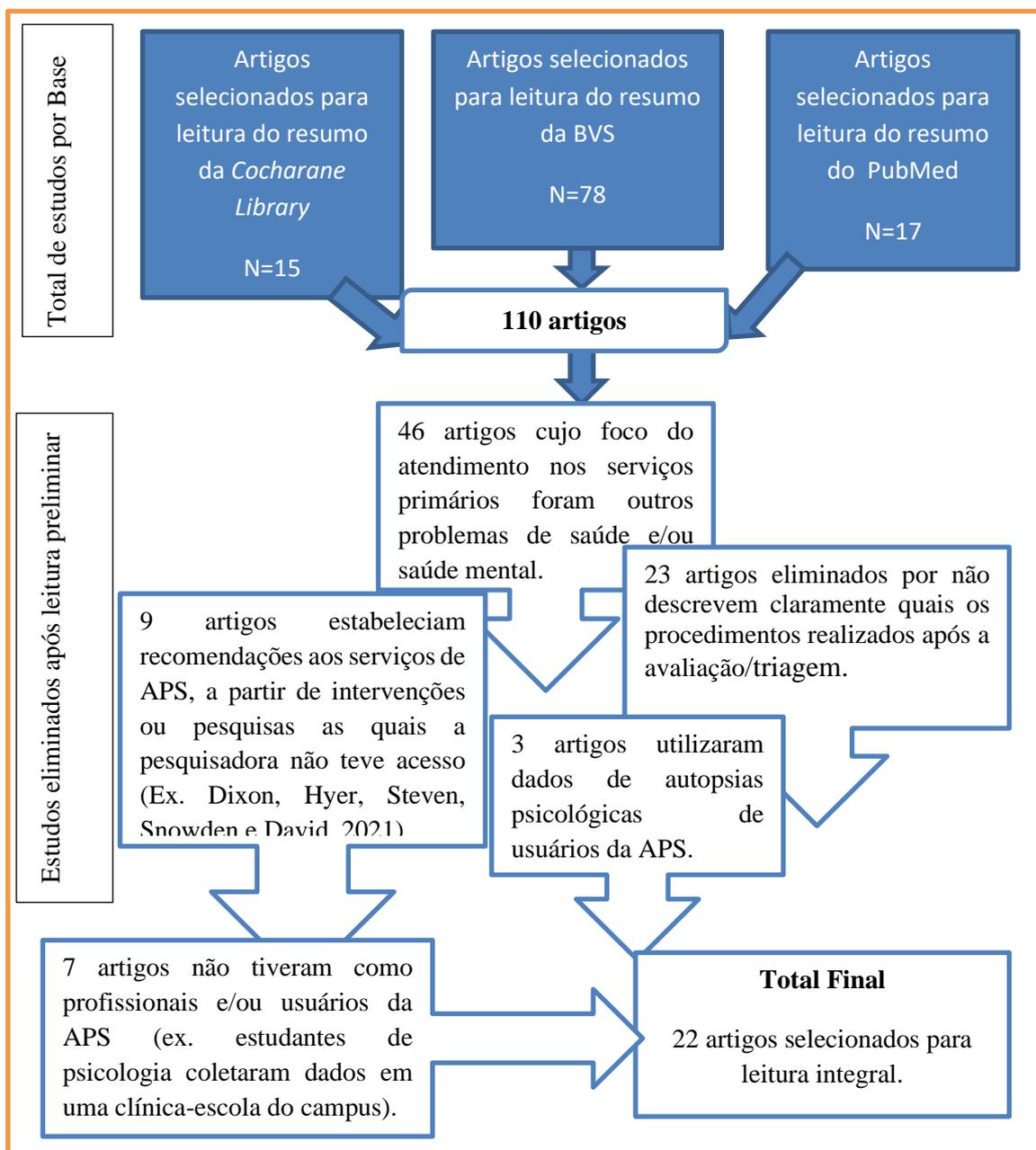


Figura 3. Processo de seleção de Artigos para leitura de resumos e composição da amostra do Estudo 1.

A seguir, são apresentados os dados analisados a partir das informações extraídas de interesse. Quando não foi possível determinar exatamente qual

comportamento foi alvo no estudo, usou-se genericamente a expressão “risco de suicídio”. Sempre que possível foi descrito o desenho do estudo conforme apontado pelos autores.

Tabela 3. *Pesquisa, Comportamento observado/analísado, tipo de estudo, participantes e síntese dos procedimentos utilizados em cada estudo.*

Pesquisa	Comportamento observado/ analisado	Tipo de estudo, participantes e síntese do procedimento
(1) Frankenfield, Keyl, Gielen, Wissow, Werthamer e Baker (2000)	Risco de suicídio	<p>Transversal</p> <p>86 Pediatras e 592 médicos de família. Os participantes receberam um questionário enviado aos participantes pelos correios abordando o conhecimento dos profissionais sobre comportamento suicida e preditores de triagem de rotina para fatores de risco para suicídio de adolescentes.</p>
(2) Feldman, Franks, Duberstein, Vannoy, Epstein e Kravitz (2007)	Risco de suicídio	<p>Empírico, quantitativo</p> <p>152 médicos internistas e de família e 18 atores interpretando pacientes padronizados em seis papéis, envolvendo duas condições clínicas (depressão maior ou transtorno de adaptação) e solicitação de medicamentos. Os atendimentos foram gravados em áudio pelos pacientes (atores) sem o conhecimento do médico. Os médicos foram randomizados para atender ao menos duas situações (de cada situação clínica). A final de cada atendimento, os atores preencheram um formulário sobre as perguntas feitas pelo médico e os médicos preencheram um questionário de antecedentes clínicos na conclusão do estudo.</p>

(3) Ahmedani, Simon, Stewart, Beck, Waitzfelder, Rossom... Solberg (2014)	Risco de suicídio	Longitudinal (de 2000 a 2010) em oito sistemas de saúde do <i>Mental Health Research Network</i> , de oito estados americanos. Maior amostra (registros de 5.894 pacientes) para comparação de informações de prontuários médicos eletrônicos e dados dos registros oficiais de mortalidade por suicídio para identificar como e se foi realizada a triagem para o risco de suicídio durante a visita ao serviço de APS.
(4) Malakouti, Nojomi, Poshtmashadi, Hakim, Shooshtari, Mansouri, Moghadam, Rahimi-Movaghar, Afghah, Bolhari e Bazargan-Hejazi (2015)	Risco de suicídio	Ensaio quase experimental (Comunitário) Dois condados em Lorestan, no Irã, com as maiores taxas de suicídio do país foram comparados quanto aos resultados após aplicação de intervenção em um deles. Khorramabad – comunidade exposta a intervenção – população 522.246 dos quais 345.056 viviam em cidades e 176.912 em áreas rurais; Khoohdasht – comunidade não exposta a intervenção – população de 211.886, dos quais 99.963 viviam em cidades e 110.392 em áreas rurais.
(5) Dueweke, Marin, Sparkman e Bridges (2018)	Risco de suicídio	Prospectivo 548 pacientes maiores de 18 anos. Dados do <i>Patient Health Questionnaire-2</i> (PHQ-2) e (PHQ-9) e Entrevista semiestruturada para examinar a eficácia dos questionários no rastreamento do risco de suicídio.
(6) Etter, McCord, Ouyang, Gilbert, Williams, Hall, Tu, Downs, Aalsma (2018)	Risco de suicídio	Coorte prospectivo 2.134 adolescentes entre 12 e 20 anos Uso de Registros de prontuário e dados do Dados do <i>Child Health Improvement through Computer Automation</i> (CHICA) para avaliar a viabilidade do uso de um sistema de suporte à decisão por computador existente para rastrear pacientes

		adolescentes quanto ao risco de suicídio e fornecer recomendações de acompanhamento aos profissionais.
(7) Cross, West, Pisani, Crean, Nielsen, Kay e Caine (2019).	Risco de suicídio	<p>Ensaio clínico randomizado</p> <p>140 residentes de medicina internista, pediátrica de família. O estudo buscou avaliar a eficácia da simulação no treinamento de prevenção de suicídio de profissionais em treinamento e para isso eles foram separados em duas condições: 1) um grupo de controle que recebe ensino on-line sobre prevenção de suicídio na atenção primária por meio de breves vídeos on-line e 2) um grupo experimental que inclui os mesmos vídeos de ensino on-line mais duas interações padronizadas de paciente (presencial e telessaúde, apresentação aleatória). Todas as interações gravadas em vídeo.</p>
(8) LeCloux, Weimer, Culp, Bjorkgren, Service e Campo (2020)	Risco de suicídio	<p>Prospectivo</p> <p>274 pacientes de serviços primários maiores de 18 anos. Houve aplicação de triagem eletrônica de risco de suicídio usando a ferramenta do <i>Ask Suicide-Screening Questions (ASQ – Toolkit)</i> para avaliar a viabilidade e o impacto de um programa de triagem de risco de suicídio em uma prática APS em área rural.</p>
(9) Bryan, Allen, Thomsen, May, Baker, Bryan, Harris, Cunningham,, Taylor, Wine, Young, Williams, White, Smith, Lawson, Hope, Russell, Hinkson, Cheney e Arne (2021)	Risco de suicídio	<p>Coorte prospectivo</p> <p>2.744 pacientes maiores de 18 anos. Seis clínicas militares de serviços primários localizadas em cinco instalações militares nos Estados Unidos. Os pacientes completaram as medidas de autorrelato, incluindo o PHQ-9 e 16 itens da <i>Suicide Cognitions Scale (SCS)</i>. Foram considerados comportamentos suicidas pós-linha de base (tentativas de suicídio, tentativas interrompidas e/ou tentativas</p>

		<p>abortadas). Os pacientes foram avaliados usando a <i>Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview</i>. Os avaliadores desconheciam os resultados da triagem feita no início do estudo, para determinar se a triagem de risco de suicídio pode ser significativamente melhorada para identificar os pacientes de maior risco.</p>
(10) Davis, Siegel, Becker-Haimes, E. M., Jager-Hyman, S., Beidas, R. S., Young, J. F., Wislocki, K., Futterer, A., Mautone, J. A., Buttenheim, A. M., Mandell, D. S., Marx, D., & Wolk, C. B. (2021)	Risco de suicídio	<p>Prospectivo</p> <p>26 médicos e 4 líderes de prática de saúde comportamental. Os médicos foram submetidos a entrevista qualitativa semiestruturada sobre as barreiras e facilidades para a implementação de práticas de prevenção do suicídio baseadas em evidências. Na entrevista, os médicos participaram de um exercício de recordação estimulado por gráficos para reunir informações adicionais sobre a tomada de decisão em relação à triagem de suicídio. Guias de entrevista e codificação qualitativa foram informados por estruturas líderes em ciência da implementação e ciência comportamental. Para identificar estratégias generalizáveis para melhorar os esforços de implementação em serviços de cuidados primários.</p>
(11) Christensen-LeCloux, M., Weimer, M., Bjorkgren, K., Booker, W., & Campo, J. V. (2020)	Risco de suicídio	<p>Quase experimental</p> <p>Dados do prontuário eletrônico de 274 pacientes maiores de 18 anos. Aplicação do <i>Ask Suicide-Screening Questions tool</i>, <i>Ask Suicide-Screening Questions</i> e <i>Brief Suicide Safety Assessment</i>. Aos pacientes também foi perguntando se os profissionais de cuidados primários deveriam questionar sobre suicídio durante as consultas. Para avaliar a viabilidade e o impacto de um programa de triagem de risco de suicídio em uma prática de atenção primária rural, foi realizada a comparação entre os dados do prontuário eletrônico da triagem e a avaliação e</p>

			determinação do risco de suicídio nos pacientes de prática antes e depois da implementação do programa de triagem
(12) Christensen-LeCloux, M., Aguinaldo, L. D., Lanzillo, E. C., & Horowitz, L. M. (2021)	Risco de suicídio		<p>Qualitativo</p> <p>15 clínicos gerais de serviços primários em áreas rurais responderam a um questionário demográfico e participaram de entrevistas semiestruturadas individuais abordando como tópicos: a triagem atual dos PCPs práticas, suas opiniões sobre triagem universal de risco de suicídio, barreiras para triagem de risco de suicídio em suas práticas e áreas para melhoria que tornaria a triagem de risco de suicídio mais viável. O objetivo foi avaliar a opinião dos profissionais sobre eficácia de programas universais de rastreamento de risco de suicídio na atenção primária.</p>
(13) Gardner, Klima, Chisolm, Feehan, Bridge, Campo... Kelleher (2010)	Ideação suicida		<p>Observacional</p> <p>1.547 jovens com idades entre 11 e 20 anos, pacientes de serviços primários Os participantes testaram positivo para ideação suicida em uma tela de saúde comportamental computadorizada durante visitas a clínicas pediátricas de atenção primária. Inclusão de uma pergunta do <i>Health Questionnaire for Adolescents</i> (PHQ-A)18: “Já houve algum tempo no mês passado, quando você teve sérios pensamentos sobre acabar com sua vida?”, <i>Risk Behavior Survey</i> (YRBS), <i>Depression Scale for Children</i> (CES-DC), <i>Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents</i> (CASIA). Foram considerados dados de registros clínicos, anotações do prestador de serviço e respostas dos pacientes à tela. A pesquisa buscou descrever um processo de triagem e encaminhamento</p>

		de jovens com ideação suicida e examinar os fatores que podem explicar quais pacientes receberam esse encaminhamento.
(14) Miller (2013)	Ideação suicida	<p>Qualitativo</p> <p>Três médicos clínicos gerais. O procedimento consistiu na gravação das consultas em áudio (realizadas pelos próprios médicos) para investigar a forma de se comunicar de clínicos gerais ao perguntar sobre ideação suicida durante a etapa de pré-diagnóstico de depressão</p>
(15) Wiborg, Gieseler e Löwe (2013)	Ideação suicida	<p>Transversal</p> <p>1.455 pacientes de cuidados primários que visitaram clínicos gerais lotados em 19 locais diferentes.</p> <p><i>Patient Health Questionnaire (PHQ)</i> (para avaliar ideação suicida e psicopatologia). Tanto a ideação quanto a presença de psicopatologia foram avaliadas uma triagem anônima juntamente com informações sobre a utilização de serviços de cuidados de saúde. O foco do estudo foi examinar a presença e a gravidade da ideação suicida em uma amostra de pacientes alemães de cuidados primários com ou sem presença de psicopatologia.</p>
(16) Dobscha, Denneson, Kovas, Corson, Helmer e Bair (2014)	Ideação suicida	<p>Prospectivo</p> <p>199 veteranos de guerra com avaliação positivas de suicídio a partir do protocolo do <i>National Clinical Reminder</i> (NCR). Resultados da questão 9 do PHQ-9 e PHQ-2 e dados do prontuário eletrônico participantes. A revisão manual do prontuário médico foi usada para determinar ações do médico de cuidados</p>

		primários, que incluíram discussão documentada, consideração ou avaliação de fatores de risco específicos, bem como ações de planejamento de tratamento, como prescrição de medicamentos psiquiátricos ou acompanhamento de saúde mental, após avaliações de risco.
(17) Diamond, Herres, Ewing, Atte, Scott, Wintersteen e Gallop (2017)	Ideação suicida	<p>Longitudinal (2008 a 2012)</p> <p>Aplicação do <i>Behavioral Health Scree</i>. Dados de triagem de 2.513 pacientes da atenção primária, entre 14 e 24 anos, para identificar perfis de comportamentos de risco e estresse social associados à ideação e comportamento suicida por meio do <i>Behavioral Health Screen</i>.</p>
(18) Richards, Hohl, Whiteside, Ludman, Grossman, Simon e Williams (2019)	Ideação suicida	<p>Qualitativo</p> <p><i>Patient Health Questionnaire-9</i> (PHQ-9). 37 usuários da APS, maiores de 18 anos, com triagem positiva para depressão foram avaliados quanto à gravidade dos sintomas e risco de suicídio com PHQ-9. Os pacientes realizaram as entrevistas semiestruturadas por telefone. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise temática foi usada para organizar o conteúdo-chave para saber como os pacientes da atenção primária vivenciam e respondem a perguntas sobre ideação suicida no contexto da triagem de rotina da depressão na APS.</p>
(19) Solin, Tamminen e Partonen (2021)	Ideação suicida	<p>Qualitativo</p> <p>2.027 pessoas, dentre os quais, 75% consistiram em profissionais da APS. Os participantes foram divididos em quatro grupos para fins de análise: clínicos gerais (34%), enfermeiros (40%) enfermeiros de saúde pública (25%), 1% outras áreas da saúde como fisioterapeutas e 15% profissionais de serviço social com</p>

		atuação na APS. Os grupos foram submetidos a um treinamento de três horas e após uma semana de formação avaliaram sua própria competência em formulário online, para avaliar o impacto da competência autopercebida nas áreas de formação: fatores de risco e proteção, triagem e avaliação de risco, levantamento de problemas em confrontar pacientes durante as consultas, tratamento de ideação suicida e processos de referência.
(20) Fordwood, S. R., Asarnow, J. R., Huizar, D. P., & Reise, S. P (2007)	Tentativa de suicídio	<p>Prospectivo</p> <p>Dados de 451 adolescentes/jovens entre 13 e 21 anos, que fizeram parte do estudo <i>Youth Partners in Care</i> (YPIC). O YPIC foi um ensaio de eficácia sobre o tratamento de depressão de adolescentes em serviços primários considerado o maior estudo sobre depressão em adolescentes de atenção primária e um dos maiores estudos existentes sobre problemas de saúde mental entre nesses serviços. O objetivo foi indicar fatores de risco adicionais em adolescentes/jovens com diagnóstico de depressão atendidos na APS com relatos de tentativas de suicídio. Avaliações de linha de base⁹ foram feitas por computador a partir dos relatos de tentativa de suicídio, ideação suicida.</p>
(21) Binder, Heintz, Haller, Favre, Tudrej, Ingrand e Vanderkam (2020)	Tentativa de suicídio	<p>Prospectivo</p> <p>108 Médicos de 17 locais de língua francesa em quatro países e três continentes 693 adolescentes, de 13 a 18 anos, atendidos em serviços de atenção primária Cada médico foi instruído a aplicar o teste <i>Bullying-Insonnia-Tobacco-Stress</i> (BITS) de cinco a dez adolescentes de 13 a 18 anos, que compareceu para consulta na APS por qualquer motivo. Posteriormente, os profissionais fizeram</p>

⁹ O termo linha de base utilizado no estudo não tem relação com o termo linha de base utilizado em estudos experimentais ou quase experimentais.

		<p>perguntas sobre comportamentos suicidas aos adolescentes. No final de cada consulta o médico preencheu um questionário em papel com dados do teste e das perguntas. Os dados foram utilizados para avaliar como fatores de risco distais e eventos estressores podem se relacionar a episódios de tentativas de suicídio em adolescentes que foram atendidos na APS.</p>
<p>(22) Raymond, Myers, Daly, Murray e Lyne (2020)</p>	<p>Crise suicida</p>	<p>Observacional-transversal</p> <p>Revisão retrospectiva de arquivos médicos e informações de pacientes entre 18 a 64 anos, incluindo dados demográficos de usuários do serviço e caminhos de atendimento em um serviço de enfermagem de avaliação de crise de suicídio em uma área de abrangência da Irlanda entre junho de 2015 e maio de 2017. O estudo visou descrever os detalhes demográficos dos usuários da APS liderado por enfermeiros e avaliar os caminhos de cuidados subseqüentes após a intervenção (encaminhamentos e outros procedimentos realizados com base <i>The Suicide Crisis Assessment Nurse (SCAN)</i>). O SCAN é serviço liderado por enfermeiros para pacientes que expressam ideação suicida na APS seu protocolo visa melhorar colaboração entre APS e o <i>General Adult Mental Health Service (MHS)</i> do local onde é aplicado.</p>

De acordo com o levantamento realizado, os estudos podem ser organizados em três subgrupos: (1) estudos enfocando o conhecimento e/ou habilidades dos prestadores de serviço sobre a detecção de comportamento suicida; (2) estudos interessados em avaliar como ocorre a detecção de comportamento suicida, risco de suicídio e suicídio entre os pacientes da APS; e (3) estudos com foco nas percepções de profissionais de saúde e pacientes sobre o rastreamento do comportamento suicida durante os atendimentos.

Dos participantes nos estudos, 77,2% eram médicos da APS como amostra. Enfermeiros, assistentes sociais, líderes de prática de saúde comportamental e agentes comunitários de saúde foram outras profissões participantes (Christensen-LeCloux *et al.*, 2021; Davis *et al.* 2021 & Solin *et al.* 2021). Quando ocorreu a participação de usuários dos serviços de saúde, houve diversidade na faixa etária e nas fontes utilizadas para obtenção das informações, incluindo o uso de informações extraídas de grandes bancos de dados de saúde (Milton *et al.*, 1999; Ahmedani *et al.*, 2016; Etter *et al.*, 2018). Sobre a faixa etária participante, os termos adolescente, jovens e pessoas maiores de 18 anos etc., utilizados na Tabela 3, foram empregados de acordo com a terminologia presente nos estudos. Os materiais utilizados consistiram basicamente em medidas de avaliação indireta do comportamento-alvo, baseadas em relato verbal, tais como: escalas, formulários, questionários e entrevistas.

Entre os materiais para coleta e diagnóstico de saúde mental e risco de suicídio, questionários padronizados e escalas foram os mais utilizados. O *Patient Health Questionnaire* (PHQ) e suas variações foi empregado em 5 dos 22 estudos (Wiborg *et al.*, 2013; Dobscha *et al.*, 2014; Dueweke *et al.*, 2018; Richards *et al.*, 2019 e Bryan *et al.*, 2021). O PHQ é uma das medidas para identificar risco de depressão mais utilizadas no

setor de atenção primária. PHQ é derivado do PRIME-MD 12, que foi originalmente desenvolvido para identificar cinco transtornos mentais comuns em atenção primária à saúde: depressão, ansiedade, abuso de álcool, transtornos somatoformes e transtornos da alimentação. O PHQ caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação relativamente rápido, por conter apenas nove questões, o que também confere vantagem em estudos epidemiológicos. Já em se tratando de adolescentes foi utilizado o *Behavioral Health Screen* para rastrear comportamentos de risco, depressão e estresse social que contribuem para o risco aumentado de suicídio e depressão. Aliando aos instrumentos, fatores de estresse psiquiátricos e sociais associados ao suicídio de jovens são aspectos que devem ser verificados durante as consultas de rotina de cuidados primários, pois podem auxiliar os profissionais na avaliação de risco (Diamond *et al.*, 2017).

Com relação ao comportamento-alvo nos estudos nem sempre foi possível identificar em termos comportamentais quais respostas com função de causar dano a si mesmo foram investigadas. Entre as respostas, foi possível identificar a tentativa de suicídio (dois estudos ou 9,09%), ideação suicida (sete estudos ou 31,82%) e aquilo que os estudos denominaram de “crise suicida” (um estudo ou 4,55%) e risco de suicídio (12 estudos ou 54,55%). Nem sempre foi foco do estudo a apresentação clara ou a conceituação das classes de resposta presentes nas definições de comportamento suicida utilizadas.

Essa ausência pode trazer problemas para o profissional de saúde, pois não ter clareza sobre em que aspecto do comportamento do usuário ele intervirá no momento do atendimento inicial/Acolhimento pode comprometer o acompanhamento longitudinal do paciente (Raymond *et al.*, 2020). Por exemplo, Feldman *et al.* (2007) definiram a ideação suicida como a presença de pensamentos passivos ou ativos sobre o fim

premature da vida estando presente em torno de 2% a 7% de todos os pacientes da atenção primária. Segundo Feldman *et al.* (2007), a ideação suicida confere risco de suicídio apesar da ampla oportunidade de detecção e intervenção, pois os pacientes com pensamentos suicidas raramente alertam os profissionais de saúde sobre seus planos e os estudos encontraram baixas taxas de investigação e detecção de pensamentos suicidas dos pacientes em serviços de cuidados primários. Muito pouco se sabe sobre os fatores que influenciam os médicos de atenção primária na abordagem do tema do suicídio. (Feldman *et al.*, 2007).

Avaliação do risco de suicídio: recomendação para a avaliação

A seguir, são apresentados na Figura 4 os aspectos relacionados aos comportamentos recomendados aos profissionais da saúde para avaliação do risco de suicídio, encaminhamentos e seguimento.

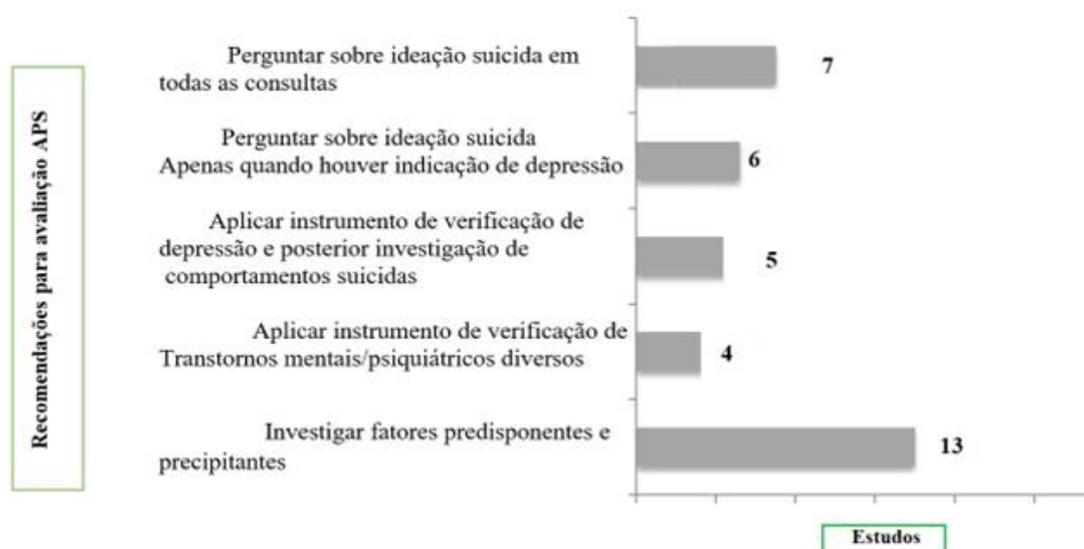


Figura 4. Resumo das recomendações relacionadas a detecção e avaliação do risco de suicídio

As recomendações dirigidas aos profissionais de serviços primários partem da premissa de lugar privilegiado da APS na prevenção de suicídio na população atendida. As orientações relativas ao comportamento dos profissionais implicaram estratégias para a detecção do risco de suicídio e a classificação em níveis de gravidade.

Perguntar sobre ideação suicida em todas as consultas

A recomendação quanto a perguntar sobre ideação suicida em todas as consultas foi alinhada à investigação dos fatores de risco. Raue *et al.* (2014), por exemplo, defendem triagens em escala mais amplas porque o suicídio pode ocorrer mesmo na ausência de fatores de risco importantes, como a depressão. Eles complementam sugerindo que as decisões sobre a frequência e a quem rastrear devem considerar a população de cuidados primários atendida e os recursos disponíveis para tal rastreio.

Dueweke *et al.* (2018) são ainda mais diretos quanto a essa indicação. Para os autores, os profissionais de saúde devem perguntar diretamente sobre suicídio, em vez de confiar em rastreadores de depressão para identificar pacientes suicidas. Além disso, Dueweke *et al.* (2018) também ressaltam que os provedores deem atenção especial a qualquer indicação de que os pacientes se sintam um fracasso ou como se tivessem decepcionado seus entes queridos, além de endossarem a presença de humor deprimido (Dueweke *et al.*, 2018).

Para Saini *et al.* (2018), a avaliação de risco pode ser iniciada por meio de entrevista clínica ou por meio de instrumentos estruturados de triagem, como o PHQ por se tratar de uma das medidas de sintomas de depressão mais utilizadas no setor de atenção primária. Com relação a idoso, no entanto, Saini *et al.* (2018) observam que, embora uma abordagem de avaliação da depressão seja eficiente para identificar o transtorno nessa

população, ela pode deixar passar um número significativo de idosos que experimentam ideação suicida na ausência de depressão.

Em relação à percepção de médicos e pacientes sobre avaliação do risco de suicídio durante os atendimentos na APS, LeCloux *et al.* (2021) identificaram que a maioria dos profissionais apoiou a prática de triagem, porém apontaram várias barreiras, incluindo (1) falta de acesso a serviços de saúde mental e de apoio em crises; (2) preocupações com o fluxo clínico e acompanhamento com pacientes suicidas; e (3) crenças culturais específicas para e desconforto do profissional com a realização da triagem. As estratégias sugeridas por LeCloux *et al.* (2021) para lidar com essas barreiras incluíram o uso de tecnologia para triagem, uma abordagem de equipe multidisciplinar, inserção de métodos simplificados para triagem e avaliação de risco, saúde comportamental e treinamentos adicionais para os profissionais sobre o tema do suicídio (LeCloux *et al.*, 2021).

Perguntar sobre ideação suicida apenas quando houver indicação de depressão

Enquanto alguns autores recomendaram formular diretamente a pergunta "Você já pensou em se matar?" (Shain, 2016), O'Connor, Gaynes, Burda, Williams e Whitlock (2013) entendem que, no caso de adolescentes, fora de um contexto de pesquisa, é improvável que os médicos da APS façam tal pergunta se o adolescente está se consultando por uma razão somática ou administrativa e não está apresentando nenhum sintoma relativo à depressão. Com adolescentes, O'Connor *et al.* (2013) recomendam aos profissionais de saúde estarem atentos a “sinais de alerta”¹⁰ antes de iniciar perguntas

¹⁰ Em contraste com a enorme base de literatura que identifica os fatores de risco, o conceito de sinais de alerta ainda não foi efetivamente definido e diferenciado dos fatores de risco. Para Rudd, Berman, Joiner, Nock, Silverman, Mandrusiak, Van Orden e Witte (2006), os sinais de alerta devem ser específicos para o estado atual do indivíduo e, portanto, são teórica e praticamente distintos dos fatores de risco, pois sugerem

relacionadas a suicídio. Os autores propõem proceder da forma mais discreta possível, fazendo perguntas simples e indiretas, às quais as respostas agregadas poderiam alertar para possíveis pensamentos de ideação suicida passiva e a partir de então perguntar sobre o suicídio.

Para O'Connor *et al.* (2013), a recomendação é válida porque, embora muitos instrumentos tenham sido propostos para testar o risco suicida, nenhum deles é realmente adequado para uso com adolescentes na APS. Além disso, acrescentam que, na maioria das vezes, as ferramentas de detecção consistem em questionários demorados e que os médicos são frequentemente avessos ao uso desse instrumento, sejam eles baseados em papel ou *online*. Como resultado, esses profissionais desconhecem as histórias de ideação suicida da maioria dos adolescentes que examinam periodicamente e, portanto, estão alheios a essas ameaças à saúde mental dessa população. As considerações de O'Connor *et al.* (2013) são relevantes ao se verificar o crescimento das mortes de suicídio em adolescentes (Shain, 2016), já que o risco varia de acordo com a idade, sexo e raça/etnia.

Aplicar instrumentos de verificação de depressão e posterior investigação de comportamentos suicidas

Esta recomendação, apesar de ligeiramente semelhante à anterior, consta como aspecto diverso da utilização de instrumentos – preferencialmente padronizados e validados – para a avaliação da depressão. Em geral, são estudos que partem de uma perspectiva mais epidemiológica, que considera a depressão um dos principais fatores de risco para o suicídio. No entanto, além da problemática apontada do tópico anterior por

risco de curto prazo em vez de risco agudo ou de longo prazo, com o período de tempo para o risco de curto prazo sendo de horas a alguns dias.

O'Connor *et al.* (2013) em um estudo com adolescentes, há também o resultado do levantamento realizado por Abarca *et al.* (2018), segundo os quais não existem escalas de avaliação de risco de suicídio suficientemente precisas e preditivas para justificar intervenções com base em seus resultados.

Por seu turno, as diretrizes do *National Health Service* (NHS) (Miller, 2013) especificam que, em qualquer consulta de atenção primária em que um paciente tenha comprovadamente – ou seja suspeito de ter – depressão, uma “pergunta direta” deve ser feita a respeito de seus pensamentos ou atividades relacionadas à automutilação ou suicídio. De acordo com os dados do estudo de Miller (2013), as interações registradas entre médicos e pacientes em ambientes de cuidados primários indicam que isso é mais comumente feito no pós-diagnóstico como um exercício de “avaliação de risco”. A ideação suicida, no entanto, não é apenas classificada como um resultado possível da depressão, mas também um sintoma central da condição e, conseqüentemente, tal pergunta às vezes é feita antes da fase de diagnóstico da consulta, como uma etapa fundamental para se chegar ao diagnóstico de depressão. Para o autor, essa atividade específica apresenta ao profissional da atenção primária uma tarefa comunicativa difícil, dado o contexto interacional em que se encontram: como levantar a questão do suicídio/automutilação quando o paciente ainda não tem um diagnóstico de depressão? (Miller, 2013).

Para Lake e Baumer (2010), por exemplo, uma triagem verbal de quatro perguntas realizadas em 90 segundos para detectar depressão pode ser aceitável para uso rotineiro na atenção primária porque normalmente leva um período muito curto de tempo, considerando as estimativas de tempo para os procedimentos na APS. A introdução de tal instrumento de triagem para estudantes de medicina em estágios de psiquiatria e cuidados

primários poderia aumentar o reconhecimento da depressão e reduzir a mortalidade por suicídio (Lake & Baumer, 2010).

A falta de consenso sobre reconhecer ou não a depressão como um precedente para iniciar a triagem do risco do suicídio pode inicialmente indicar um problema para a conduta dos profissionais que atuam na APS, especialmente durante o Acolhimento. Por se tratar de um espaço de trabalho que demanda uma gama extensa de procedimentos e protocolos, a ausência de uma sistematização em algo que é de tamanha gravidade acaba por deixar a decisão de avaliar ou não a margem da postura individual de cada profissional. Daí decorrem dois problemas: se há treinamento e suporte técnico para que o profissional se sinta seguro para iniciar a investigação de risco de suicídio; e se essa investigação é efetiva, visto ainda tratar-se de um tópico em aberto, pois nem todos que morreram de suicídio tinha um diagnóstico prévio de depressão ou tentativas de suicídio (Miller, 2013).

Aplicar instrumentos de verificação de transtornos mentais/psiquiátricos diversos

Para Dobscha *et al.* (2014), a atenção primária, por ser um ambiente ideal para identificar o risco de suicídio, mas para iniciar o atendimento em saúde mental, necessitaria expandir a abordagem e a investigações de outras condições associadas ao comportamento suicida. Essas condições envolvem desde o uso de substâncias até características individuais significativamente associadas a emissão de comportamentos auto lesivos.

Para Shepardson *et al.* (2019), é crítico que os profissionais de saúde atentem apenas ao diagnóstico de depressão. Afinal, embora a maioria dos estudos que avaliaram o risco de suicídio tenha sido associada a pessoas deprimidas, quando os parâmetros de

investigação são expandidos para variáveis como idade, sexo e condição socioeconômica uma proporção substancial de pacientes de cuidados primários com ansiedade foi classificada como em risco de suicídio, mesmo na ausência de um teste de depressão positivo. Apesar de a ansiedade não constar tradicionalmente como um fator de risco, para Shepardson *et al.* (2019), os prestadores de cuidados primários devem avaliar o risco de suicídio entre pacientes com sintomas de ansiedade, mesmo que os pacientes não estejam procurando tratamento especializado em saúde mental, os sintomas de ansiedade não sejam graves ou não aumentem ao nível de um transtorno de ansiedade e não estejam presentes sintomas depressivos comórbidos.

Na mesma linha, Wiborg *et al.* (2013) sugerem que a ideação suicida é um fenômeno comumente relatado na atenção primária, que está independentemente associada à psicopatologia em termos de depressão, ansiedade e queixas somatoformes. Os autores também destacam a importância do apoio psicossocial dos profissionais de saúde e a avaliação de inserção de medicação para pacientes com ideação suicida, em alguns casos com maior efetividade do que a psicoterapia, independentemente da gravidade da ideação suicida (Wiborg *et al.*, 2013).

Dado que a maioria das pessoas que morrem por suicídio tem transtorno psiquiátrico e muitas foram atendidas recentemente na APS, os médicos da atenção primária devem estar cientes dos problemas psiquiátricos em seus pacientes e devem considerar perguntar a esses pacientes sobre ideação suicida e encaminhá-los para psicoterapia, farmacoterapia ou gerenciamento de casos. A US *Preventive Services Task Force* (USPSTF) recomenda que os médicos da atenção básica triem adolescentes e adultos para depressão quando sistemas estiverem em vigor para garantir o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento adequados.

Investigar fatores predisponentes e precipitantes

Apesar de implícito em todos os 22 estudos, 13 deles destacaram a necessidade do levantamento dos aspectos da história de vida (fatores predisponentes) e das circunstâncias atuais (fatores precipitantes) em suas recomendações.

Em relação à história de vida, a atenção aos fatores de risco é recomendada em termos tanto de diferentes faixas etárias (ex. adolescentes e idosos) quanto de exposição ou apresentação de algum comportamento suicida ao longo da vida. Em se tratando de adolescentes, O'Connor *et al.* (2013) identificaram que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre os fatores de risco para o suicídio de adolescentes é incompleto. Para os autores, embora a maioria dos médicos da APS reconheça que as histórias de tentativa(s) ou depressão são fatores de risco importantes para o suicídio de adolescentes, eles não reconheceram a importância de transtorno de conduta ou preocupações com a orientação sexual como fortes fatores de risco.

Em idosos, fatores de risco adicionais, como isolamento social, luto conjugal, neurose, transtornos afetivos, doenças físicas e comprometimento funcional aumentam o risco de suicídio (LeFevre, 2014).

Outros fatores de risco predisponentes incluem eventos adversos graves na infância; histórico familiar de suicídio; preconceito ou discriminação associada a ser lésbica, gay, bissexual ou transgênero; acesso a meios letais; e possivelmente uma história de *bullying*, distúrbios do sono e condições médicas crônicas, como epilepsia e dor crônica. No sexo masculino, fatores socioeconômicos, como baixa renda, ocupação e desemprego também estão relacionados ao risco de suicídio (LeFevre, 2014). 87% dos pacientes que morrem por suicídio atendem aos critérios para um ou mais transtornos de

saúde mental. Uma história de depressão ao longo da vida mais do que dobra as chances de uma tentativa de suicídio em adultos estadunidenses, e a depressão provavelmente está presente em 50% a 79% dos jovens que tentam suicídio, embora nem sempre seja reconhecido (LeFevre, 2014).

Com relação aos fatores de risco precipitantes, o fator tempo também precisa ser levado em conta na avaliação. Ahamedani, Simon, Stewart, Beck, Waitzfelder, Rossom, Lynch e Solberg (2014) constataram que, em média, 45% dos indivíduos tiveram contato com a atenção primária um mês antes do suicídio e essas visitas foram mais comuns entre os idosos (Raue, 2014). Esse estudo e outros (While, Bickley, Roscoe, Windfuhr, Rahman, Shaw, Appleby e Kapur, 2012) apontam a importância de esforços de extensão da investigação, especialmente para homens mais jovens/meia-idade (Ahmedani *et al.*, 2016).

Os profissionais da APS também devem focar em pacientes durante períodos de alto risco de suicídio, como imediatamente após a alta de um hospital psiquiátrico ou após uma visita à emergência após automutilação deliberada. Evidências recentes sugerem que intervenções durante esses períodos de alto risco são eficazes na redução das mortes por suicídio (Ahmedani *et al.*, 2016).

Para Wiborg *et al.* (2013), a presença de ideação suicida funciona como uma bandeira vermelha nesse contexto para identificar pacientes que precisam de suporte adicional. Os autores apoiam-se em dados que sugerem que até 10% dos pacientes que visitam consultas gerais de cuidados médicos sofrem de ideação suicida atual e as mais altas foram encontradas em pacientes de cuidados primários com depressão (Wiborg *et al.*, 2013).

Apesar da necessidade de consideração de fatores de risco, LeFevre (2014) alerta para o fato de fatores de risco individuais terem capacidade limitada de prever o suicídio em um indivíduo em um determinado momento. Grande parte dos estadunidenses tem um desses fatores de risco; no entanto, apenas uma pequena proporção tentará o suicídio e um número ainda menor morrerá por suicídio.

Pontos em comum dos estudos

À guisa de conclusão, podem-se destacar alguns pontos em comum nos estudos analisados. A importância de treinamento, materiais de apoio e uma rede de saúde mental estruturada despontam como um desafio comum. O treinamento foi recomendado tanto nos estudos enfocando o conhecimento e/ou habilidades dos prestadores de serviço sobre a detecção de comportamento suicida quanto nos estudos com foco nas percepções de profissionais de saúde sobre o rastreamento.

A formação é vista como desejada e percebida como deficiente pelos profissionais, dado o efeito benéfico nas habilidades, prática e resultados de atendimento nos serviços primários (Gonçalves, Silva & Ferreira, 2014; LeCroux *et al.*, 2021). Profissionais suficientemente treinados e com conhecimento sobre como rastrear os fatores de risco de suicídio foram três vezes mais propensos a rastrear rotineiramente esses fatores de risco (LeCroux *et al.*, 2021).

Programas de educação para clínicos gerais e profissionais da APS visando a identificação e tratamento da depressão podem diminuir as taxas regionais de suicídio, particularmente em mulheres, mas requerem educação continuada e apoio médico adicional para melhorar os resultados dos pacientes do sexo masculino (Frankenfield *et al.*, 2000; Feldman *et al.*, 2007). Em particular, apoiar os profissionais da APS por meio

de site informativo, aumentar a ligação entre médicos de cuidados primários e instituições psiquiátricas e realizar campanhas de educação pública para treinar facilitadores da comunidade para o reconhecimento da depressão e do risco de suicídio podem ser aspectos importantes das estratégias de prevenção (Saini *et al.*, 2016). O cuidado colaborativo, no qual o gerenciamento de cuidados para transtornos psiquiátricos colocado na atenção primária, demonstrou fornecer benefícios significativos sobre os cuidados usuais nos resultados para depressão e ansiedade e para melhorar a ideação suicida em pacientes idosos deprimidos (Turecki & Brent, 2016).

Materiais de apoio, como tecnologias para melhorar a coleta e armazenamento de dados, infográficos, manuais e protocolos atualizados também se mostraram úteis e foram recomendados (Saini *et al.*, 2016; Turecki & Brent, 2016). Em vez de preencher formulários de histórico do paciente nas salas de espera, os pacientes também podem acessar seus registros *online* ou serem solicitados a usar um quiosque na área de espera para concluir a triagem antes das consultas, aumentando assim as taxas de triagem (Manca, 2015). Essas informações podem ser apresentadas por meio de prontuários eletrônicos antes e durante cada visita para auxiliar no diagnóstico, decisões de tratamento e acompanhamento dos resultados. Usando os dados clínicos e de triagem disponíveis, prontuários eletrônicos podem calcular automaticamente quais indivíduos estão em maior risco e fornecer suporte à decisão clínica (Manca, 2015; Ahmedani *et al.*, 2016).

Limitações

No geral, houve uma série de limitações metodológicas nos estudos incluídos nesta revisão. Muitos estudos partiram de dados secundários ou abrangentes

(ex. população geral X população acompanhada na APS) para determinar a importância dos serviços primários na detecção do risco de suicídio. Além disso, medidas diagnósticas foram amplamente utilizadas para satisfazer critérios de inclusão de participantes nos estudos, embora haja um crescente reconhecimento de que os pesquisadores precisam ir além das categorias diagnósticas psiquiátricas clássicas se quiserem entender melhor a etiologia do suicídio. As categorias diagnósticas não são suficientemente sensíveis para diferenciar a grande maioria das pessoas com transtornos de saúde mental que irão tirar suas próprias vidas daqueles que o fazem (Bostwick & Rackley, 2012).

Com relação à etiologia do comportamento suicida, a ausência de definição de quais comportamentos estavam incluídos no que alguns estudos denominaram de “risco de suicídio” dificultou entender em que componentes do comportamento suicida a APS pode ser mais efetiva na detecção, no acompanhamento e prevenção (Saini *et al.*, 2016).

A dificuldade de estabelecer a *intenção*¹¹ de comportamentos autolesivos dificultou os esforços para racionalizar a nomenclatura historicamente heterogênea do suicídio. Tem-se convencionado analisar o comportamento suicida a partir da ideia de um espectro de gravidade, com base em estudos familiares que mostram a “progressão” de formas menos graves para formas mais graves de ideação suicida e comportamentos

¹¹ O uso do termo “intenção” nos estudos sobre comportamento suicida não é operacionalizado em termos comportamentais. O conceito é muitas vezes utilizado como causa do comportamento (suicida). É válido dizer que a perspectiva analítico-comportamental rechaça tal ideia. Primeiramente, por recusar lançar mão de causas internas para explicar o comportamento, preferindo, ao invés disso, realizar análises funcionais do comportamento em questão. É importante destacar que o Behaviorismo Radical não desconsidera a intenção, apenas a explica de maneira diferente, de acordo com o enfoque externalista. A intenção pode, desta forma, ser entendida como a função de um objeto; como o reforçador de um determinado comportamento; ser explicada pela história de reforçamento. Qualquer que seja a abordagem, fica claro ser desnecessário recorrer a explicações internas, subjetivas, metafísicas ou fantasiosas.

autolesivos e em estudos familiares e biológicos que mostram sobreposição entre tentativa e suicídio consumado (Dobscha *et al.*, 2014).

Apesar da sumária recomendação de treinamento de profissionais de saúde da APS e da associação positiva entre treinamento e redução nas tentativas de suicídio e mortes por suicídio, onde existe treinamento, sua eficácia não foi estudada e não há consenso sobre os melhores métodos para realizar o atendimento a pacientes suicidas (Cross, West, Pisani, Crean, Nielsen, Kay & Caine *et al.*, 2019). Os estudos que buscaram estabelecer essa relação utilizaram metodologias indiretas de coleta de dados, baseados em experiências pessoais e nas percepções dos próprios profissionais de saúde que passaram pelo treinamento.

Um dos maiores desafios para entender as complexidades do suicídio é a qualidade dos dados (WHO, 2015), pois a variação na coleta de dados entre os esforços de pesquisa, particularmente o uso de medidas relacionadas, mas distintas, resulta em vários obstáculos de interpretação e causalidade. De acordo com Villatte, et al. (2015), milhares de estudos tentaram caracterizar o risco de suicídio específico e fatores de proteção em um esforço para melhorar a prevenção e a intervenção. No entanto, outros estudos ressaltam a importância de implementar as mesmas medidas em todos os estudos para permitir comparações colaborativas, análises de dados secundários e meta-análises (Cross et al., 2019).

São necessários maiores esforços para compreender as barreiras à avaliação, documentação e conduta clínica quando a ideação suicida é detectada, bem como o desenvolvimento programas de treinamento e mudanças nos sistemas para lidar com essas barreiras (Dobscha *et al.*, 2014).

Após o levantar estudos relacionados ao atendimento de pessoas em serviços primários, dando continuidade aos objetivos do presente trabalho, a seguir encontra-se a análise dos materiais norteadores do procedimento de Acolhimento e atendimento de demandas relacionadas ao comportamento suicida no contexto brasileiro.

Estudo 2

Método

Análise dos materiais que norteiam o Acolhimento as demandas relacionadas ao comportamento suicida na APS

Materiais

- I- Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea, número 28 Volumes I e II;
- II- Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária;
- III- Informações disponíveis na página do Ministério da saúde com orientações específicas para a prevenção ao suicídio na APS, no endereço: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>; (3)

Cadernos de Atenção Básica

O Ministério da Saúde, no âmbito do Departamento de Atenção Básica, desenvolveu um conjunto de cadernos temáticos para difundir a produção de conhecimentos e práticas para a Atenção Básica brasileira. Os Cadernos têm por objetivo o fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde de várias partes do país e são disponibilizados gratuitamente no site do Ministério da Saúde. A cada

lançamento, cópias físicas são encaminhadas para distribuição pelas secretárias de saúde nas UBS. Ambos os volumes sobre Acolhimento a demandas comuns da APS foram produzidos em 2013.

O volume I trata do Acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na APS, tocando em aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços. O volume II, como desdobramento do primeiro, apresenta orientações para realização do Acolhimento de situações comuns no atendimento à demanda espontânea e, entre as situações citadas, estão as relacionadas ao comportamento suicida. O volume I foi analisado com a finalidade de identificar os seguintes aspectos: definição de Acolhimento; diretrizes para o procedimento de acolher; e respostas esperadas do acolhedor da APS. No volume II, o objetivo da leitura foi identificar: o embasamento teórico e técnico do material; definição de comportamento suicida; os critérios de classificação de risco; e as respostas esperadas do acolhedor da APS diante da queixa de comportamento suicida.

Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária

Desenvolvido em 1999 pela OMS o Manual faz parte de uma iniciativa mundial para a prevenção do suicídio. O manual é um dos recursos preparados como parte do *Suicide Prevention Program* (SUPRE) e direcionados a grupos sociais e profissionais específicos considerados relevantes na prevenção ao suicídio. O Manual é básico na sua apresentação e traz uma série de informações sobre suicídio, sugestões do que fazer e do que não fazer diante do risco de suicídio. É organizado em 22 páginas, das quais 19 constam os conteúdos organizados em sua maioria em tópicos. Não houve atualização do material desde o seu lançamento (em 2001) e o mesmo pode ser baixado diretamente da

internet ou do site do Ministério da Saúde, o link é disponibilizado no próximo tópico (o Manual é o subitem f).

Informações e infográficos disponíveis na página do Ministério da Saúde com informações específicas para a prevenção ao suicídio na APS, no endereço:

<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/suicidio>

O site do Ministério da Saúde (MS) é constituído diversas páginas de hipertexto, contendo textos, gráficos, infográficos e informações em multimídia sobre as políticas e ações no âmbito do MS. Na página sobre suicídio foi possível acessar as principais leis e documentos relacionados ao tema. Entre os quais:

- a) A Portaria nº 1.876/2006, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;
- b) A Portaria nº 3088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito SUS, com propostas em saúde mental por todos os pontos da RAPS e prevê a articulação desde a Atenção Básica até a Atenção Hospitalar e serviços de urgência e emergência sob a coordenação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS);
- c) A Portaria nº 1271/2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, torna as tentativas de suicídio e o suicídio agravos de notificação compulsória imediata em todo o

- território nacional e indica a necessidade de acionamento imediato da rede de atenção e proteção para a adoção de medidas adequadas a cada caso;
- d) Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil (2017-2020);
 - e) Portaria nº 3.479/2017, que instituiu o Comitê Gestor para elaboração de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil, em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde;
 - f) Manual de prevenção do suicídio para profissionais da saúde em atenção primária, um manual para prevenção ao suicídio dirigido às equipes de Saúde mental e Material Orientador para Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas;
 - g) Protocolos Assistenciais do SAMU 192 voltados para Manejo da Crise, Autoagressão e Risco de Suicídio.

A leitura das leis, publicações e infográficos do site do MS teve por finalidade a identificação de orientações, regras e informações sobre condutas dirigidas especificamente aos profissionais da APS.

Procedimento

A ordem de leitura e análise dos documentos foi a seguinte: (1) Manual para os profissionais da Saúde na APS, (2) Cadernos de Acolhimento à demanda espontânea e (3) Informações disponíveis na página do Ministério da saúde com orientações específicas para a prevenção de suicídio na APS. Após a leitura, foram extraídas as informações que dissessem respeito a: (1) aspectos teóricos, por exemplo, conceituação de Acolhimento, de comportamento suicida etc.; (2) atribuições do

profissional de saúde durante o Acolhimento; (3) procedimento Acolhimento; e (4) referências técnico-científicas que embasaram o material.

Identificação e classificação de contingências

A estratégia de análise dos fragmentos replicou o procedimento de Todorov *et al.* (2004) após a introdução das seguintes modificações: (1) identificação apenas das contingências – Todorov *et al.* (2004) identificaram contingências e metacontingências; (2) descrição de comportamentos esperados do acolhedor – Todorov *et al.* (2004) realizaram a descrição de produtos agregados; (3) subdivisão em contingências completas, parcialmente completas e incompletas – Todorov *et al.* (2004) subdividiram em completas e incompletas¹²; (4) não houve complementação das contingências – Todorov *et al.* (2004) completaram as contingências a partir de outros fragmentos dos materiais lidos. Optou-se pela não complementação, visto que os materiais foram considerados documentos norteadores de uma prática em saúde.

Com base em Todorov *et al.* (2004), as contingências foram organizadas como se segue: o contexto antecedente – descrição das situações ambientais que compreendem o contexto, condição ou circunstância em que as prescrições ocorrem; a resposta – descrição, direta ou indireta, de ações ou atividades a serem realizadas ou esperadas do profissional de saúde durante o Acolhimento e a consequência – produtos ou resultados imediatos ou atrasados relacionadas a emissão das respostas.

¹² A opção pela nova nomenclatura objetivou quantificar as contingências incompletas e discutir o impacto disso na consideração sobre discrepâncias relacionadas aos materiais que norteiam o acolhimento, um dos objetivos do presente estudo.

Após a identificação das tríplexes contingências, procedeu-se com a classificação de contingências em completas, parcialmente completas e incompletas. Uma contingência foi considerada completa quando foi possível identificar claramente todos os seus termos; foi classificada como parcialmente completa quando não foi possível a identificar um dos termos e, finalmente, foi considerada incompleta quando foi identificado apenas um dos termos. Em complemento ao procedimento de Todorov *et al.* (2004), foi acrescido na tabela o trecho base de onde foram extraídas as contingências, para facilitar a compreensão do método de identificação aplicado.

Resultados e Discussão

As informações consideradas relevantes para orientar o profissional da saúde em relação ao procedimento de Acolhimento de demandas relacionadas ao comportamento suicida na APS seguem apresentadas nas Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8. Para facilitar a visualização dos resultados, optou-se pela apresentação de cada material, conforme os objetivos de leitura estabelecidos identificação, descrição e classificação das contingências e, em seguida, pela compilação dos materiais. Foi sugerida, sempre que possível, uma descrição comportamental de termos utilizados ao longo dos documentos, dado que alguns desses vocábulos são utilizados exclusivamente no âmbito da saúde pública. Outro recurso utilizado foi a inserção de mais informações sobre o termo em notas de rodapé.

Caderno de Acolhimento à demanda espontânea - Volume I

O Ministério da Saúde, no âmbito do Departamento de Atenção Básica desenvolveu um conjunto de Cadernos Temáticos para difundir a produção de

conhecimentos e práticas para a Atenção Básica brasileira. Os Cadernos têm por objetivo o fortalecimento das ações desenvolvidas por todos os profissionais de saúde das várias partes do país. São disponibilizados gratuitamente, no site do Ministério da Saúde, e, a cada lançamento, cópias físicas são encaminhadas para distribuição pelas secretárias de saúde nas UBS. Ambos os volumes sobre Acolhimento a demandas comuns da APS foram produzidos em 2013.

O material está dividido em: (1) Introdução: o SUS, as redes de Atenção e a Atenção Básica; (2) Acolhimento na Atenção Básica; (3) A reorganização do processo de trabalho e o Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Básica; (4) Referências; e (5) Anexo. O volume I introduz a noção de Acolhimento dentro dos processos de trabalho da APS, tocando em aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços. Para efetivar a Atenção Primária segundo princípios e diretrizes do SUS, faz-se necessário estabelecer estratégias para garantir a atenção àqueles usuários que buscam a unidade sem agendamento prévio. Descreve-se como objetivo do material a organização da atenção à demanda espontânea com base na Política Nacional de Humanização e a Atenção Básica¹³. Para isso, propõe um arranjo da demanda espontânea, classificando os usuários em portadores de necessidades “agudas” e “não agudas” de acordo com a

¹³ Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar dos usuários. A PNH tem a proposta de facilitar a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, visando construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afetos responsáveis por práticas desumanizadoras, prejudiciais ao exercício da autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH se estrutura nos princípios de transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia de sujeitos e coletivos. A partir dessa articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde. O HumanizaSUS, como também é conhecida, a Política Nacional de Humanização e aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho (Brasil, 2009).

existência de doenças e presença de vulnerabilidade(s)¹⁴. Segundo o Caderno, o Acolhimento deve ser realizado de forma sistemática, utilizando tecnologias leves¹⁵ (baseadas nas estratégias interpessoais), como escuta qualificada, empatia, entre outras, garantindo resolutividade¹⁶ à demanda do usuário. No que se refere à organização das intervenções, esta deve ser baseada na estratificação das necessidades do usuário, que, segundo o tipo de intervenção, podem ser divididas entre programadas (ex. agendamento com o dentista, solicitação de coleta de exames) e imediatas (atendimento logo que o usuário chega à UBS, prioritário ou no mesmo dia). Para classificar e definir o tipo de intervenção mais apropriada, é indicada a avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos usuários (Brasil, 2013). O volume I foi lido com a finalidade de identificar os seguintes aspectos: definição de Acolhimento; diretrizes para o procedimento de acolher e as contingências.

Definição de Acolhimento

¹⁴ Apesar do termo aparecer diversas vezes nos materiais analisados (134 ocorrências apenas nos Cadernos), não há neles e em nenhum ponto no documento da própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) uma descrição para o seja o conceito de vulnerabilidade. De acordo com Musial e Galli (2019), o enfoque da vulnerabilidade está intimamente relacionado aos fatores de risco e de proteção, mencionados e articulados frequentemente pelas políticas sociais. O termo vulnerabilidade pode aparecer como sinônimo de risco, como interação de fatores de risco e proteção e associado a elementos subjetivos e individuais. Para Tedesco e Liberman (2008), a vulnerabilidade é um termo frequentemente utilizado nas políticas sociais na América Latina. Entretanto, por estar articulado a um quadro conceitual complexo, “provoca multiplicidade de olhares e compreensões abrangendo uma discussão que privilegia diferentes contextos sociais e políticos até as questões de fragilidade individual” (p. 255). Pizarro (2001) também aponta essa problemática e afirma que não há um resgate dos conceitos científicos nas políticas sociais e no universo acadêmico na América Latina. Além disso, tal termo, em sua aplicabilidade, é confundido com pobreza, o que dificulta a sua aplicabilidade e avaliação em uma política pública.

¹⁵ O termo “tecnologia leve” é usado no SUS quando se fala sobre a importância das relações interpessoais durante os procedimentos, intervenções e nos processos de cuidado em saúde como acolhimento, construção de vínculo, autonomização dos sujeitos, responsabilização e gestão como forma de gerenciar processos de trabalho (Silva, Alvim & Figueiredo, 2008).

¹⁶ A resolutividade na APS refere-se à capacidade das equipes em reconhecer as necessidades locais de saúde e ofertar ações para supri-las. Possui como dimensões a efetividade do serviço, a integralidade, o acesso universal, a satisfação dos usuários, a intersetorialidade, as tecnologias utilizadas e as demandas e necessidades dos usuários.

O subitem intitulado *Mas afinal, o que é Acolhimento?* apresenta no início uma situação fictícia para ilustrar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em seguida, ressalta que existem várias definições de Acolhimento, revelando múltiplos sentidos e significados que podem ser atribuídos ao termo. No SUS, ele pode ser genericamente definido como uma “prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas” (Brasil, 2013, p. 19). Trata-se de uma prática constitutiva das relações de cuidado que se revela menos no discurso sobre ele do que nas práticas concretas, podendo ser pensada em modos de acolher a demanda espontânea que chega às unidades de atenção básica. O Acolhimento é entendido como uma “ação concreta”, diante de um usuário de saúde, e visa produzir o acesso ao SUS. “Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não Acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá” (Brasil, 2013, p.19). Com base nas descrições presentes no material, o Acolhimento pode ser definido como um procedimento no qual o podem ser identificados os seguintes comportamentos:

Tabela 4. *Possibilidade de arranjo de contingências derivadas de respostas/ações descritas no Caderno de Acolhimento à demanda espontânea – Volume I.*

Condições antecedentes	Respostas	Contextos subsequentes
Relatos de demandas de saúde apresentada pelo usuário sem agendamento prévio;	Receber	Possibilidade de:
Relatos/queixas de agravos de saúde apresentada pelo usuário sem agendamento prévio;	Escutar	Acesso ao SUS
Adoecimento ou relato de doença apresentada pelo usuário sem agendamento prévio.	Atender	Equidade
	Reconhecer	Resolutividade
	Avaliar	Encaminhamentos em rede

Diretrizes para o procedimento de acolher

A principal diretriz do procedimento de Acolhimento é a adequação do serviço primário à necessidade apresentada pelo usuário, a fim de efetivar do princípio de equidade, o qual “baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas” (Brasil, 2013, p. 32).

De acordo com Coutinho, Barbieri e Santos (2015), as atribuições dos profissionais da ESF exigem dos mesmos grande amplitude de competências (entendida como conhecimentos, habilidades e atitudes); os profissionais precisam assistir o indivíduo e famílias nos diferentes ciclos de vida; desenvolver ações de planejamento e avaliação contínua do trabalho; corresponsabilizar-se pela melhoria de um território; promover a melhoria da qualidade de vida de sua comunidade, entre outros papéis. A dimensão do trabalho esperado exige dos profissionais uma constante busca de soluções para resolver problemas que, muitas vezes, não são de sua governabilidade, dependendo do desenvolvimento de ações intersetoriais (nem sempre possíveis ou exequíveis), ações com a comunidade e com o próprio serviço, demandando mudança de postura e compartilhar decisões, projetos, processos de trabalho, tornando o trabalho em equipe fundamental (Coutinho *et al.*, 2015).

Segundo o Caderno de Acolhimento, a presença de condições geradoras de grande vulnerabilidade decorrentes de riscos sociais ou subjetivos pode demandar uma intervenção no mesmo dia (médica ou não), o agendamento para uma data mais próxima ou a construção de projeto terapêutico singular em curto prazo, mesmo com risco biológico baixo. Também são feitas observações no tocante às classificações de risco no contexto primário, para que essas sejam encaradas de maneira dinâmica, já que o grau de

risco de um usuário também é variável. Além disso, deve-se levar em conta que um mesmo episódio de busca espontânea por atendimento pode demandar mais de um tipo de intervenção (ofertas de cuidado) no mesmo dia ou programação de outra(s) intervenção(ões). Recomenda-se ainda escutar a avaliação que os usuários fazem da sua situação de saúde/doença, com uma atitude de respeito e de apoio à construção de mais autonomia e corresponsabilização. A proposta defendida no material é que a avaliação de risco e vulnerabilidade seja feita preferencialmente de forma dialógica e não unilateral.

Na sequência, apresentam-se condutas possíveis de acordo com o tipo de situação avaliada conforme a gravidade e os tipos de atendimentos ofertados, respectivamente:

1 – Situação não aguda: orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade; adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez) e agendamento/programação de intervenções;

2 – Situação aguda – neste tipo de situação é imprescindível a realização intervenções específicas que poderão ocorrer ou não dentro do próprio processo de Acolhimento e se subdivide em:

2.1 – Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico, entre elas: dificuldade respiratória grave, convulsão, dor severa etc.

2.1 – Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada, inicialmente, medida de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. São exemplos dessa situação: crise asmática leve e moderada, febre sem

complicação, gestante com dor abdominal, usuários que necessitam de isolamento, pessoas com ansiedade significativa;

2.3 – Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe, levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo, dependendo da situação e dos protocolos locais. O atendimento no dia é recomendado diante de: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo que já terminou, conflito familiar entre outras condições.

A situação não aguda e os três tipos de atendimentos propostos para a situação aguda podem, para fins de visualização e comunicação, ser representados por cores, a exemplo do que é feito nos protocolos de classificação de risco utilizados nos serviços de urgência. É oportuno lembrar ainda que, em qualquer situação, a vulnerabilidade deve ser considerada, com o cuidado de perceber se isso deve ser focado de imediato ou num momento posterior, mas considerando-se sempre que a prioridade deve ser a preservação da vida.

Para facilitar a visualização e organização do processo de Acolhimento – conforme a estratificação do risco –, o material disponibiliza um fluxograma, baseado nos protocolos de avaliação de risco utilizados nos serviços de urgência/emergência, com o objetivo de melhorar a qualidade de acesso aos serviços. O fluxo proposto pode ser adaptado à realidade da APS, podendo, sempre que necessário, ser melhorado, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada UBS, de modo a respeitar a natureza da APS, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do

cuidado são fundamentais e exigem a combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2013). Outro objetivo é possibilitar o acesso com equidade, evitando modelos de Acolhimento organizados por ordem de chegada (Brasil, 2013). A Figura 5. ilustra o processo de Acolhimento recomendado.

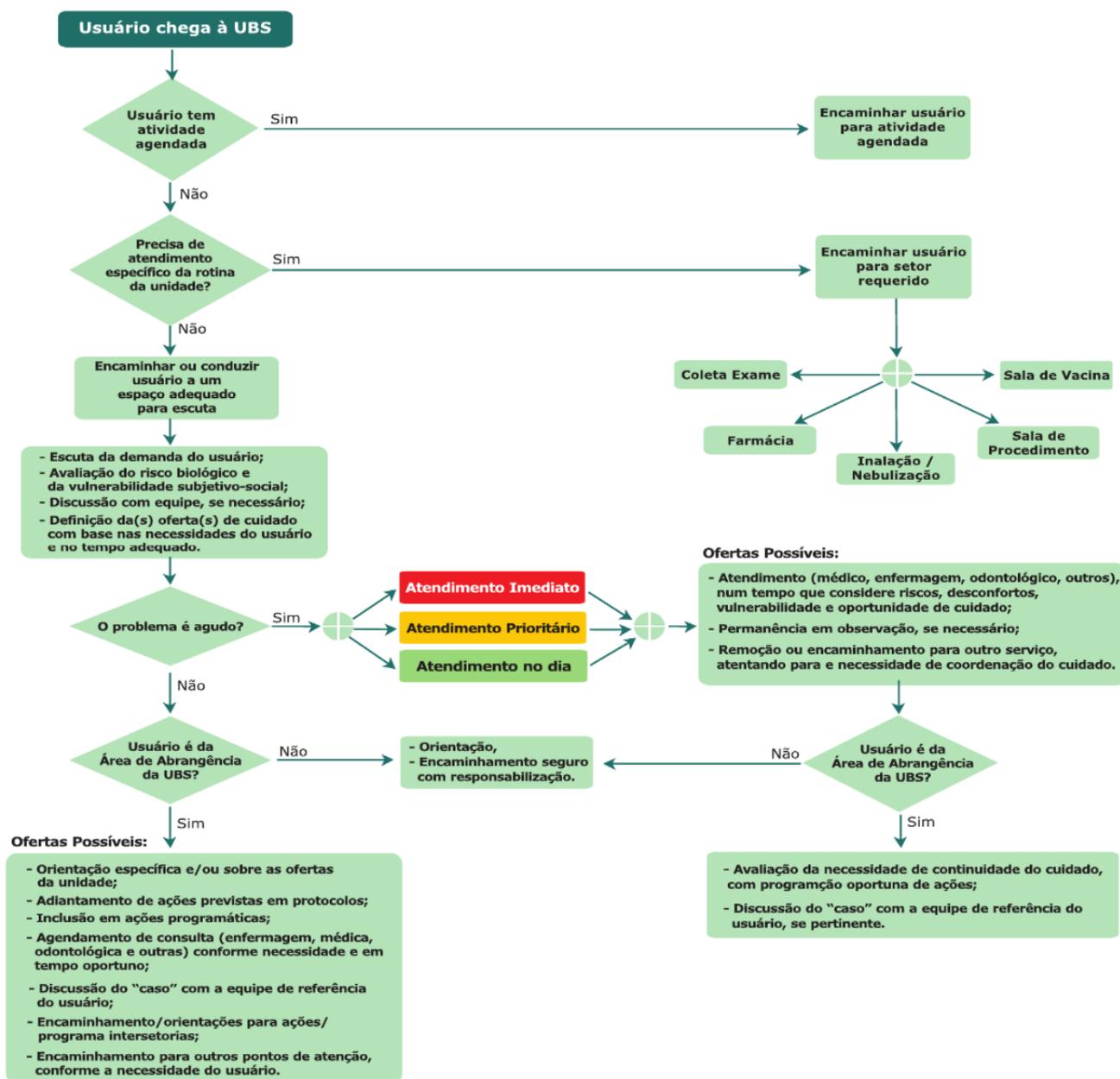


Figura 5. Fluxograma reproduzida do Caderno de Acolhimento à Demanda Espontânea, Volume I, p. 23

Contingências identificadas durante o Acolhimento

As contingências identificadas especificamente sobre o Acolhimento como um procedimento para atendimento à demanda espontânea na APS e o Acolhimento estão descritas nas Tabelas 5 e 6, respectivamente.

Tabela 5. *Tríplices contingências identificadas no Caderno de Acolhimento à demanda espontânea Volume I organizadas segundo a seção e classificação.*

Seção/Subitem do texto	Tríplice Contingência	Tipo de Contingência						
<p>Por que acolher a demanda espontânea na Atenção Básica? p.20</p>	<p style="text-align: center;">Trecho Base</p> <p>“Queiramos ou não, o usuário também define, com formas e graus variados, o que é necessidade de saúde para ele, podendo apresentá-la enquanto demanda ao serviço de saúde. E é importante que a demanda apresentada pelo usuário <i>seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida</i> como legítima. Às vezes, há coincidência da demanda e do olhar técnico-profissional. No entanto, quando isso não acontece, é necessário um esforço de diálogo e compreensão, sem o qual são produzidos ruídos que se materializam, por exemplo, em queixas, reclamações, retornos repetidos, busca por outros serviços (...). A segunda razão é que os vários tipos de demanda podem, em grande parte, ser acolhidos e satisfeitos na atenção básica, inclusive com as modalidades de tecnologias leve-duras (conhecimentos, protocolos) e duras (materiais, equipamentos), que podem e devem estar disponíveis nesse tipo de serviço (...). Outra razão é que, muitas vezes, esses momentos de sofrimento dos usuários são fundamentais para a criação e fortalecimento de vínculos.”</p> <table border="1" data-bbox="472 775 1787 943"> <thead> <tr> <th data-bbox="472 775 855 807">Antecedentes</th> <th data-bbox="855 775 1296 807">Respostas</th> <th data-bbox="1296 775 1787 807">Consequências</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 807 855 943">Demanda apresentada pelo usuário (necessidades de saúde dos usuários)</td> <td data-bbox="855 807 1296 943"> 1-Acolher 2-Escutar 3-Problematizar 4-Reconhecer </td> <td data-bbox="1296 807 1787 943">[Possibilidade] de criação e fortalecimento de vínculos</td> </tr> </tbody> </table>	Antecedentes	Respostas	Consequências	Demanda apresentada pelo usuário (necessidades de saúde dos usuários)	1-Acolher 2-Escutar 3-Problematizar 4-Reconhecer	[Possibilidade] de criação e fortalecimento de vínculos	Completa
	Antecedentes	Respostas	Consequências					
Demanda apresentada pelo usuário (necessidades de saúde dos usuários)	1-Acolher 2-Escutar 3-Problematizar 4-Reconhecer	[Possibilidade] de criação e fortalecimento de vínculos						
<p>Acolhimento como mecanismo De ampliação/facilitação do acesso p. 22</p>	<p style="text-align: center;">Trecho base</p> <p>“O Acolhimento aparece, aqui, como forma de inclusão dos usuários, na medida em que pressupõe que não apenas determinados grupos populacionais (portadores de agravos mais prevalentes. e/ou recortados a partir de ciclos de vida) são objeto privilegiado do trabalho das equipes, mas também as pessoas que apresentam necessidades de saúde que não estão contempladas nesses critérios. Sendo assim, podem ser cuidados na atenção básica, por exemplo, tanto um portador de hipertensão arterial como alguém com gastrite. Além disso, a ampliação de acesso se dá, também, uma vez que contempla adequadamente tanto a agenda programada quanto a demanda espontânea, abordando-se cada uma dessas situações segundo as especificidades de suas dinâmicas e tempos”.</p> <table border="1" data-bbox="472 1206 1787 1377"> <thead> <tr> <th data-bbox="472 1206 884 1238">Antecedentes</th> <th data-bbox="884 1206 1296 1238">Respostas</th> <th data-bbox="1296 1206 1787 1238">Consequências</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="472 1238 884 1377">Necessidades de saúde que não estão contempladas em critérios</td> <td data-bbox="884 1238 1296 1377"></td> <td data-bbox="1296 1238 1787 1377"></td> </tr> </tbody> </table>	Antecedentes	Respostas	Consequências	Necessidades de saúde que não estão contempladas em critérios			Incompleta
	Antecedentes	Respostas	Consequências					
Necessidades de saúde que não estão contempladas em critérios								

O acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado p.22

Trecho base		
<p>“Nesse aspecto, o Acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. Além disso, o Acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
		Possibilidade de facilitação da continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos singulares.

Incompleta

O acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe p.22

Trecho base		
<p>“Organizar-se a partir do Acolhimento dos usuários exige que a equipe <i>reflita</i> sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes <i>discutam</i> e <i>definam</i> (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do Acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
	<p>1-Refletir sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população 2-Discutir o modo como os diferentes profissionais participarão do Acolhimento 3-Definir o modo como os diferentes profissionais participarão do Acolhimento</p>	

Incompleta

Fluxos dos
usuários na UBS
p.26

Trecho base		
<p>“O mais importante, nesse desenho, não é a definição da ordem e do local onde cada ação deve ser realizada, mas a lógica dele, que, sinteticamente, supõe: 1) Que usuários com atividades agendadas (consultas, por exemplo) ou da rotina da unidade (vacina, por exemplo) devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias com potencial de confusão na recepção; 2) Que situações imprevistas são inerentes à vida e, nesse caso, requerem certa organização da unidade e do processo de trabalho da equipe, tanto para compreendê-las quanto para intervir sobre elas; 3) Que os trabalhadores encarregados de escutar demandas que surgem espontaneamente (sem agendamento prévio) devem ter: capacidade de <i>analisá-las</i> (identificando riscos e analisando vulnerabilidade), clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS, possibilidade de diálogo com outros colegas, algum grau de resolutividade e respaldo para <i>acionar</i> as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
Demandas que surgem espontaneamente	1-Analisar (identificando riscos e analisando vulnerabilidades) clareza das ofertas de cuidado existentes na UBS 2- Acionar as ofertas de cuidado em tempos e modos que considerem a necessidade dos usuários	

Parcialmente
completa

Totais

Contingências = 05

Completas= 1
Parcialmente completas
= 1
Incompletas = 3

Definir o âmbito da atuação presente na classe de resposta “atender as necessidades de saúde dos usuários” poderia tornar mais clara a relação de possíveis comportamentos profissionais a serem aprendidos e desempenhados por profissionais de saúde que atuam no Acolhimento e o que esperar como resultado dessas ações. Tão importante quanto caracterizar uma necessidade de saúde é definir qual ação seria a mais recomendada a cada caso. Apesar de ser positiva a flexibilização em razão das diferentes realidades da APS, seria importante a delimitação quanto à conduta profissional, de modo que permitisse sistematizar a prática, especialmente diante de populações vulneráveis, como as que apresentam algum risco de suicídio (Diamond, Herres, Ewing, Atte, Scott, Wintersteen & Gallop, 2017). Outro benefício seria propiciar mais homogeneidade quanto à avaliação da situação, de modo que a pessoa acolhida em um posto de saúde sobre um barco – típico de regiões ribeirinhas – recebesse os mesmos procedimentos, em termos de qualidade, que uma atendida em um grande centro urbano.

Já a quarta contingência envolve o seguimento do Acolhimento dentro dos demais serviços em UBS. Os produtos identificados dizem respeito aos encaminhamentos, agendamentos e demais procedimentos advindos da demanda acolhida, configurando o processo de cuidado continuado, preconizado para a APS (Brasil, 2013). Entretanto, não há elementos que indiquem como essa continuidade pode ser facilitada e como ela se aplica aos projetos terapêuticos singulares dos usuários¹⁷; tampouco explicita o que seria ou como se daria a redefinição desses projetos. A quinta contingência diz respeito à participação de profissionais de várias especialidades de saúde no Acolhimento e aponta para os aspectos multiprofissional

¹⁷ O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário (Oliveira, 2007).

e dinâmicos que o procedimento pode assumir dentro do cotidiano de uma UBS, tendo como produto a reorganização do trabalho da equipe. Não há clareza sobre quem serão os trabalhadores responsáveis por discutir e definir a participação, se será uma discussão entre os gestores da UBS, os enfermeiros ou médicos ou entre todos os profissionais. Isso torna a proposta vaga.

A sexta contingência foi montada com base nas respostas de *analisar* e *acionar* outros serviços. Ambas se referem à capacidade do profissional de saúde conseguir realizar o Acolhimento de modo a classificar os riscos e direcionar a melhor linha de cuidado a cada caso e envolve os princípios de integralidade e assistência à saúde em todos os níveis de atenção, por meio do acionamento de outros serviços de acordo com a demanda apresentada – ex.: pessoa apresentando sinais claros de embriaguez, sugerindo uso de álcool, pode ter a oferta de agendamento de consulta de enfermagem para avaliação do uso da substância e, havendo dependência, encaminhamento ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). A interdisciplinaridade se expressaria por meio da possibilidade de discussão do caso encaminhado dentro e fora da UBS.

Caderno de Acolhimento à demanda espontânea volume II

O volume II, como desdobramento do primeiro, apresenta orientações para realização do Acolhimento de situações comuns no atendimento à demanda espontânea. As orientações são organizadas segundo o tipo de condição apresentada. O material está dividido em (1) introdução, (2) queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências, (3) referências e (4) anexos. O Acolhimento específico ao comportamento suicida está inserido no item 2.23 – Atenção em Saúde Mental no Acolhimento

à Demanda Espontânea. O foco da leitura foi identificar o embasamento teórico e técnico do material, a definição de comportamento suicida, os critérios de classificação de risco e organizar em contingências as respostas esperadas do acolhedor da APS diante da queixa de comportamento suicida. O conteúdo se estrutura nos seguintes subitens: Risco de suicídio, Fatores de risco, Avaliação, Manejo clínico, Triagem de depressão, Tratamento da depressão, Medidas não farmacológicas e Medidas Farmacológicas.

Definição de comportamento suicida

Não há definição de comportamento suicida no material e nem um recurso indicativo para encontrar essa definição (sugestão de livro, site ou outras fontes de informações). Em consulta a outras condições clínicas de atendimento comum na APS trazidas pelo Caderno, foi possível identificar que os processos de adoecimento ou sintomatologia relacionados à etiologias orgânica são seguidos de definição (ex. anafilaxia, cefaleia, epilepsia, diarreia, rinosinusite, glaucoma etc.). Já processos relacionados à saúde mental (depressão, esquizofrenia) ou agravos de saúde (ex. violências e violação de direitos) não são acompanhados de uma abordagem conceitual e etiológica. A ausência de explanação ou conceituação de agravos e problemas de saúde mental é preocupante, visto que se trata de fatores historicamente relacionados ao risco de suicídio.

O embasamento teórico e técnico do material

O texto tem início com algumas informações a respeito do comportamento suicida e cita estatísticas com relação ao número de mortes por suicídio no Brasil. São mencionados fatores de risco para o suicídio, divididos em fatores de risco maiores e fatores de

risco menores. No primeiro grupo, destacam-se os transtornos mentais e o passado de tentativa de suicídio. No segundo aparecem três subgrupos:

1 – Sociodemográficos: sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, extratos econômicos extremos, residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, ateus, solteiros ou separados, imigrantes;

2 – Perdas recentes, perdas de figuras parentais da infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes, reações de aniversário;

3 – Condições Clínicas Incapacitantes: doenças orgânicas incapacitantes, dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas etc.

Na sequência, são apresentadas informações sobre como realizar o Acolhimento, incluindo avaliação se o usuário tem transtorno mental, se há risco de suicídio e presença da rede de apoio. Há, também, informações sobre os tipos de frases mencionadas pelo usuário que o profissional precisa considerar como sinal de alerta durante o Acolhimento e sugestões de perguntas que podem ser feitas para auxiliar na avaliação do risco de suicídio. No Caderno é apresentado, ainda, um quadro com informações sobre ideias e atitudes de um profissional de saúde que podem atrapalhar o processo de Acolhimento. No entanto, as informações consistem mais em ideias sobre o comportamento suicida que devem ser evitadas pelos profissionais de saúde.

- Atenção as ideias e atitudes dos profissionais de saúde sobre o suicídio que podem atrapalhar o cuidado deste paciente
- “Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso”.
 - “Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular”.
 - “Quem quer se matar se mata mesmo porque quem quer se matar não avisa”.
 - “Suicídio é um ato de covardia (ou coragem)”.
 - “No lugar dele, eu também me mataria”.
 - “Veja se da próxima vez você se mata mesmo”.
 - “Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta”.
 - “Após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida das condições mentais significa que o perigo passou”.

Figura 6. Quadro com possíveis ideias que profissionais de saúde podem ter diante de pessoas relatando algum comportamento suicida, presente no Caderno de Acolhimento à demanda espontânea, Volume II, p.85

Após o quadro, o texto apresenta o manejo clínico correspondente a cada um dos níveis de risco de suicídio. A descrição das respostas relacionadas ao manejo clínico diante do risco de suicídio está presente e analisada no último subtítulo da análise do Caderno, em que são apresentadas as contingências identificadas segundo o do risco de suicídio e seu manejo.

Crítérios de Classificação de risco

Os critérios para a classificação de risco estão baseados em sugestões de perguntas que podem ser usadas para tentar “quantificar” (aspas da autora) o risco de plano suicida em três passos. O Passo 1 visa descobrir se a pessoa tem um plano definido para realizar o suicídio; o passo 2 visa descobrir se a pessoa tem os meios para executar um plano de realizar o suicídio e o passo 3 consiste em descobrir se a pessoa fixou uma data para isso. Após essa etapa e de acordo com as respostas às perguntas feitas em cada passo, orienta-se a classificação de risco de suicídio em três níveis: baixo – pensamentos suicidas sem planos; médio – pensamentos e planos sem intenção de executá-lo no momento e alto – pensamentos, plano, meios e intenção de executá-lo prontamente ou já tomou as providências para isso. Na Tabela 6 são apresentadas as contingências específicas para o Acolhimento de pessoas com comportamento suicida.

Tabela 6. *Tríplices contingências identificadas no Cadernos de Acolhimento à demanda espontânea, Volume II, sua organização quanto a seção e classificação*

Seção/Subitem do texto	Tríplice Contingência			Tipo de Contingência			
Demandas de Saúde mental na Atenção Básica p.216	<p align="center">Trecho base</p> <p>“Contudo, registre-se que, diferente de uma infecção aguda comum (como uma amigdalite, por exemplo), estas sempre demandarão um plano de acompanhamento mais complexo: <i>agendamento</i> para novo encontro em tempo breve, <i>discussão</i> do caso na equipe, <i>levantamento</i> da rede social, abordagem familiar, <i>discussão</i> de caso/<i>avaliação</i> com a equipe de referência de saúde mental etc.”</p>			Parcialmente Completa			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Antecedentes</th> <th>Respostas</th> <th>Consequências</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demandas de saúde mental</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1- Agendar para um novo encontro mais breve 2- Discutir do caso na equipe 3- Levantar a rede social 4- Abordar familiares 5- Discutir/avaliar o caso com a equipe de referência de saúde mental </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Antecedentes	Respostas		Consequências	Demandas de saúde mental	<ol style="list-style-type: none"> 1- Agendar para um novo encontro mais breve 2- Discutir do caso na equipe 3- Levantar a rede social 4- Abordar familiares 5- Discutir/avaliar o caso com a equipe de referência de saúde mental
Antecedentes	Respostas	Consequências					
Demandas de saúde mental	<ol style="list-style-type: none"> 1- Agendar para um novo encontro mais breve 2- Discutir do caso na equipe 3- Levantar a rede social 4- Abordar familiares 5- Discutir/avaliar o caso com a equipe de referência de saúde mental 						
Fatores de risco p.229	<p align="center">Trecho base</p> <p>“Assim, é preciso <i>treinar</i> o olhar para captar usuários em risco e <i>superar</i> as resistências em tratar deste tema. É comum que o profissional sinta-se temeroso em questionar sobre a presença de ideias de acabar com a própria vida, acreditando que assim poderá fortalecer ou mesmo provocar tais intenções. Ao contrário, quando nos colocamos abertos a conversar sobre isso, torna-se possível <i>trabalhar com as ambivalências</i> destes sentimentos, <i>fortalecendo</i> os fatores que preservam o desejo de viver e o vínculo entre profissional e usuário, <i>estabelecendo</i> um plano de proteção imediata e a longo prazo.”</p>			Completa			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Antecedentes</th> <th>Respostas</th> <th>Consequências</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Durante o Acolhimento a demandas de saúde mental</td> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1- Treinar o olhar para captar usuários em risco 2- Superar resistências em tratar desse tema 3- Trabalhar ambivalências 4- Fortalecer fatores que preservam o desejo de viver 5- Estabelecer um plano de proteção imediata e a longo prazo </td> <td>Plano de proteção</td> </tr> </tbody> </table>	Antecedentes	Respostas		Consequências	Durante o Acolhimento a demandas de saúde mental	<ol style="list-style-type: none"> 1- Treinar o olhar para captar usuários em risco 2- Superar resistências em tratar desse tema 3- Trabalhar ambivalências 4- Fortalecer fatores que preservam o desejo de viver 5- Estabelecer um plano de proteção imediata e a longo prazo
Antecedentes	Respostas	Consequências					
Durante o Acolhimento a demandas de saúde mental	<ol style="list-style-type: none"> 1- Treinar o olhar para captar usuários em risco 2- Superar resistências em tratar desse tema 3- Trabalhar ambivalências 4- Fortalecer fatores que preservam o desejo de viver 5- Estabelecer um plano de proteção imediata e a longo prazo 	Plano de proteção					

Avaliação
p.230

Trecho base		
<p>“Os profissionais devem <i>estar sensíveis</i> aos sinais que levantam suspeita de ideação suicida, pois apesar de poder não configurar risco biológico emergencial (exceto nos casos de tentativa executada), um paciente com presunção elevada pode representar um grande risco psicossocial para a pessoa e sua família, caso esta construa e execute um plano de suicídio.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
Durante o Acolhimento a demandas de saúde mental	Estar sensível aos sinais que levantam suspeita de ideação suicida	

Parcialmente completa

Avaliação
p.230

Trecho base		
<p>“O profissional deve <i>atender</i> o usuário em espaço com privacidade e <i>colocar-se</i> à disposição para ouvi-lo, pelo tempo necessário, até <i>obter</i> uma compreensão mínima sobre a situação e <i>estabelecer</i> vínculo. Durante a entrevista, é importante que consiga <i>avaliar</i>: Estado mental e critérios de suspeita de transtorno mental, sobretudo a depressão (mais prevalente), mas também transtorno afetivo bipolar, abuso de substâncias psicoativas, esquizofrenia e transtornos de personalidade; Risco de suicídio; Presença de rede de apoio social; Frases como: “Eu preferia estar morto”, “Eu não aguento mais”, “Eu não posso fazer mais nada”, “Sou um peso para os outros”, “Os outros vão estar mais felizes sem mim”, <i>podem ser consideradas</i> como um sinal de alerta durante a avaliação do paciente.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
Diante da suspeita de risco suicida	<ol style="list-style-type: none"> 1- Atender o usuário em espaço de privacidade; 2- Colocar-se à disposição para ouvir 3- Obter uma compreensão mínima sobre a situação 4- Estabelecer vínculo; 5- Avaliar: <ul style="list-style-type: none"> • o estado mental; • o risco de suicídio; • a presença de rede de apoio social; 6- Considerar frases como: “Eu preferia estar morto”, “Eu não aguento mais”, “Eu não posso fazer mais nada”, “Sou um peso para os outros”. 	

Parcialmente Completa

Avaliação
p.230

Trecho base		
<p>“O profissional pode também <i>tentar “quantificar”</i> o risco do plano suicida por meio dos seguintes passos: 1. <i>Descobrir</i> se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio: Você fez algum plano para acabar com sua vida? Você tem uma ideia de como vai fazê-lo? 2. <i>Descobrir</i> se a pessoa tem os meios para executar o plano: Você tem pílulas, uma arma, veneno ou outros meios? Os meios são facilmente disponíveis para você? 3. <i>Descobrir</i> se a pessoa fixou uma data: Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida? Quando você está planejando fazê-lo? Após essa avaliação de risco de suicídio atual, este pode <i>ser classificado</i> em: Baixa: pensamentos suicidas sem plano. Média: pensamentos e planos, sem intenção de executá-lo neste momento. Alta: pensamentos, plano, meios e intenção de executá-lo prontamente ou já tomou as providências para isso.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
Diante da suspeita de risco de suicídio	<p>1- Tentar quantificar o risco de suicídio da forma mais precisa possível</p> <p>2- Descobrir se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a pessoa tem um plano definido para cometer o suicídio; • a pessoa tem meios para executar o plano; • a pessoa fixou uma data; <p>3- Classificar o risco de suicídio</p>	

Parcialmente completa

Manejo clínico
p.231

Trecho base
<p>“Baixo risco: <i>Oferecer</i> apoio e <i>estabelecer</i> vínculo. <i>Trabalhar</i> as ambivalências em relação à ideia de suicídio, <i>fortalecendo</i> os aspectos positivos da pessoa e <i>explorando</i> as alternativas ao suicídio. <i>Marcar</i> avaliação breve para diagnosticar transtornos mentais (depressão, ansiedade, alcoolismo, uso de drogas etc.) para possível introdução de tratamento farmacológico. • <i>Manter</i> contato e deixar a pessoa à vontade para retornar se o sentimento de angústia parecer insuportável, de preferência <i>estabelecendo</i> um combinado, deixando como referência mais de um trabalhador de saúde que possa procurar para conversar, mesmo sem estar agendado. • Com a permissão do usuário, <i>agendar</i> entrevista com familiares ou outros membros da sua rede de apoio mais próxima que possam auxiliar no tratamento. Médio risco: A mesma conduta dos casos de baixo risco, com as seguintes ressalvas: • A interconsulta ou discussão do caso com profissionais de saúde mental do Nasf (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) ou do Caps (Centro de Apoio Psicossocial) de referência <i>deve ser priorizada</i>. • Estabelecer um contrato com o usuário de que não tentará</p>

se matar sem avisar a equipe e/ou por um período específico, por exemplo: até a consulta agendada com o psiquiatra ou com o médico ou até que o tratamento farmacológico comece a fazer efeito etc. • *Entrar* em contato imediatamente com familiares ou outros membros da rede de apoio, sempre com o consentimento prévio do usuário. • *Oriente* os familiares sobre medidas de prevenção como afastar armas e outros materiais potencialmente nocivos e evitar deixar o usuário sozinho. • Quando não houver rede de apoio ou considerar que esta não tem condições de oferecer estes cuidados, *estabelecer* um diálogo com o usuário e a rede de referência em saúde mental para buscar as possíveis alternativas de garantia de proteção, inclusive a internação, até que se reduza o risco. Alto risco: • *Não deixar* a pessoa sozinha sem observação. • *Informar* o caso ao Caps ou hospital geral de referência e *solicitar* transporte em ambulância para internação. *Informar* os familiares sobre a situação e *oferecer* apoio e cuidados para os mesmos.

Parcialmente completa

Antecedentes	Respostas	Consequências
Baixo risco Relatos de] pensamentos suicidas sem planos	1- Oferecer apoio; 2- Estabelecer vínculo; 3- Trabalhar ambivalências em relação à ideia de suicídio, 4- Fortalecer os aspectos positivos da pessoa 5- Explorar as alternativas ao suicídio; 6- Marcar avaliação breve para diagnosticar transtornos mentais para possível introdução de tratamento farmacológico; 7- Deixar a pessoa à vontade para retornar se o sentimento de angústia parecer insuportável; 8- Estabelecer um combinado, deixando como referência mais de um trabalhador de saúde que possa procurar para conversar, mesmo sem estar agendado; 9- Agendar entrevista com familiares ou outros membros da sua rede de apoio mais próxima que possam auxiliar no tratamento (com permissão do usuário).	
Médio risco [Relatos de] pensamentos e planos, sem intenção de	1- Priorizar interconsulta ou discussão de caso com profissionais de saúde mental do NASF ou do CAPS; 2- Estabelecer um contrato com o usuário de que não tentará se matar sem avisar a equipe e/ou por um período específico, por exemplo, até a próxima consulta;	

executá-lo neste momento	<p>3- Entrar em contato imediatamente com familiares ou outros membros da rede de apoio;</p> <p>4- Orientar os familiares sobre medidas de prevenção como afastar armas e outros materiais potencialmente nocivos e evitar deixar o usuário sozinho;</p> <p>5- Estabelecer diálogo com o usuário e a rede de referência de saúde mental para buscar as possíveis alternativas de garantia de proteção, inclusive de internação, até que se reduza o risco.</p>		
<p>Alto risco [Relatos de] pensamentos, planos, meios e intenção de executá-lo prontamente ou já tomou providências para isso</p>	<p>1- Manter a pessoa em observação;</p> <p>2- Informar o CAPS ou hospital Geral de referência;</p> <p>3- Solicitar transporte em ambulância para internação;</p> <p>3- Informar os familiares sobre a situação;</p> <p>4- Oferecer apoio e cuidados para os mesmos (familiares).</p>		
Totais	Contingências = 06		Parcialmente completas = 5 Completas= 1

A primeira contingência descreve a conduta geral de saúde mental em relação a todos os Acolhimentos de saúde mental. É colocada a singularidade e complexidade desse tipo de demanda e os cuidados que devem ser tomados durante o Acolhimento. Uma das recomendações refere-se ao agendamento para um novo encontro mais breve. A indicação vai ao encontro do estudo de Hauge *et al.* (2018). O estudo mostrou que o contato com os médicos na atenção primária é comum no período que antecedeu o suicídio e as taxas de consulta entre as vítimas de suicídio foram altas e estáveis ao longo dos anos, a despeito do gênero. Os resultados de Hauge *et al.* (2018) evidenciaram diferenças consideráveis nas taxas de uso de serviços de saúde primária entre vítimas de suicídio em comparação com a população em geral. Os períodos de um ano e um mês antes do suicídio, para ambos os sexos e em todas as idades, foram críticos entre as vítimas de suicídio. As demais indicações: discutir do caso na equipe, levantar a rede social, abordar familiares e discutir/avaliar o caso com a equipe de referência de saúde mental são igualmente corroboradas pela literatura e dizem respeito à continuidade do cuidado, subentendendo a necessidade de uma rede de saúde mental estruturada.

A segunda contingência refere-se à formação e aos fatores pessoais do acolhedor como aspectos que devem ser levados em conta na hora do Acolhimento de demandas relativas ao comportamento suicida. A necessidade de formação foi amplamente recomendada pelos estudos revisados. No entanto, por se tratar do atendimento a um comportamento complexo, sugestões do tipo “treinar o olhar para captar usuários em risco” parecem pouco descritivas do que de fato precisa ser feito pelo profissional da APS. Numa leitura analítico-comportamental, pode-se inferir que o relato de pensamentos sobre morrer ou pensamentos sobre causar algum dano a si

mesmo confere uma dificuldade de análise desses comportamentos e, conseqüentemente, desafia a intervenção, já que se trata do relato de eventos privados. Diante de relatos do tipo “eu preferiria estar morto”, pode-se inferir o contato com uma parte do ambiente provavelmente aversiva. A recomendação sobre “Treinar o olhar...” parece relacionada à necessidade levantamento de fatores de risco e poderia facilmente ser transcrito dessa forma.

Na mesma linha, as demais recomendações – superar resistências em tratar desse tema, trabalhar ambivalências, fortalecer fatores que preservam o desejo de viver e estabelecer um plano de proteção imediata e a longo prazo – são igualmente pouco descritivas. Apenas a última traz uma recomendação ligeiramente mais precisa sobre o que precisa ser feito, embora, assim como as demais, pouco seja dito sobre “como” precisa ser feito.

A terceira contingência, assim como anterior, também enfoca fatores como a formação, as habilidades do acolhedor e sinaliza resumidamente a necessidade do levantamento de fatores de risco. Porém, a recomendação de que os profissionais devem *estar sensíveis* aos sinais que levantam suspeita de ideação suicida não auxilia por meio da descrição de condutas que favoreçam o desenvolvimento desse tipo de sensibilidade, conferindo *status* igualmente vago à recomendação.

A quarta contingência traz informações um pouco mais descritivas, indicando, por exemplo, como deve ser o ambiente para o Acolhimento do usuário e recomenda de forma mais direta o levantamento e a avaliação dos fatores de risco para o suicídio.

Diferentemente das demais contingências, tem-se na quinta

contingência uma organização textual mais próxima de uma sistematização. Por ser organizada em tópicos e utilizar verbos mais precisos, pode facilitar a leitura e compreensão por parte dos profissionais que realizam o Acolhimento. Há elementos indicando a avaliação do risco de suicídio e classificação. Entretanto, nem todas as orientações são claras como em “Marcar avaliação breve para diagnosticar transtornos mentais para possível introdução de tratamento farmacológico”.

Na mesma contingência também constam orientações sobre o que deve ser feito quando evidenciado o risco de suicídio, no sentido de que redes e meios devem ser acionados. Dada a complexa rede de cuidados que esse tipo de demanda pode necessitar, as orientações de médio e alto risco subentendem que o tempo de atendimento precisa ser visto como variável, uma vez que diversas ações são requeridas do profissional de saúde, estendendo a intervenção por horas.

Por fim, a sexta contingência fomenta as condutas diante de cada caso e segundo a classificação de risco, como, por exemplo, o encaminhamento em rede (outros profissionais de saúde, outros tratamentos de saúde, outros serviços de saúde). Fica clara a relação de dependência entre os serviços e a necessidade de uma rede estruturada para o sucesso da intervenção realizada no Acolhimento. Sobre isso, Bostwick e Rackley (2012) defendem ter se tornando cada vez mais evidente que o rastreamento do risco de suicídio, por si só, não reduzirá significativamente as taxas de suicídio até que ocorra em um sistema bem integrado que facilite o encaminhamento oportuno para serviços de saúde mental mais intensivos para os pacientes que deles precisam.

Prevenção ao Suicídio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária

Em 1999, a OMS lançou o *Suicide Prevention Program* (SUPRE), uma iniciativa mundial voltada para a prevenção do suicídio. O SUPRE constitui um conjunto de ações e orientações para diversos setores, incluindo publicações e recursos preparados e dirigidos a grupos sociais e profissionais específicos, considerados relevantes para a prevenção do suicídio. Entre esses grupos estão os profissionais da APS, que foi contemplada em 2001 com um manual específico para atuação de seus profissionais.

O manual é dividido nos seguintes itens: caracterização e apresentação de dados sobre o suicídio; importância da APS na prevenção ao suicídio; doenças físicas e mentais e outros fatores relacionados ao risco de suicídio; orientações sobre como abordar a pessoa sob risco de suicídio: o que fazer e o que não fazer; informações sobre mitos e fatos sobre o comportamento suicida; encaminhando de pacientes com risco de suicídio; e identificação de recursos da comunidade e fatores de proteção. Foram extraídas as informações sobre: o embasamento teórico do material; a definição de comportamento suicida; e as orientações para os profissionais da APS diante da queixa de comportamento suicida. As orientações identificadas foram organizadas em contingências.

Embasamento teórico

Não foi identificada no manual uma seção ou partes do texto trazendo dados referenciados ou embasamento para as informações lá disponíveis. Apesar disso, na apresentação (e como já destacado), o manual é proveniente do SUPRE, a iniciação

mundial da OMS para a prevenção do suicídio e, por isso, infere-se seja embasado nas pesquisas que compõem a iniciativa.

Definição de comportamento suicida

No subtópico *Suicídio – a dimensão do problema* são apresentadas algumas informações sobre o que seria suicídio – por exemplo, de que se trata de “um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão” (OMS, 2000, p.04). Na sequência, fala-se do seu aspecto multifatorial e são apresentados, ao longo do texto, esses aspectos em forma de tópicos. Mas não há uma especificação do que seria o comportamento suicida e nem a diferenciação das diferentes formas como esse comportamento se apresenta.

Contingências derivadas das orientações disponíveis no Manual para os profissionais da APS diante da queixa de comportamento suicida

Os dados da Tabela 7 apresentam a síntese das contingências identificadas no manual.

Tabela 7. *Tríplices contingências identificadas no Prevenção ao Suicídio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária sua organização quanto a categoria de análise e classificação.*

Seção/Subitem do texto	Tríplice Contingência	Tipo de Contingência												
Como ajudar a pessoa com risco de suicídio? p.13	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="1032 512 1173 536">Trecho base</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" data-bbox="495 544 1711 815"> <p>“Quando as pessoas dizem ‘Eu estou cansado da vida’ ou ‘Não há mais razão para eu viver’, elas geralmente são rejeitadas, ou, então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa com risco de suicídio. O contanto inicial com o suicida é muito importante. Frequentemente o contato ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular. 1. O primeiro passo é <i>achar</i> um lugar adequado onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável. 2. O próximo passo é <i>reservar</i> o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo e <i>precisa-se estar preparado</i> mentalmente para lhes dar atenção. 3. A tarefa mais importante é <i>ouvi-las</i> efetivamente. ‘Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.’”</p> </td> </tr> <tr> <th data-bbox="495 823 757 847">Antecedentes</th> <th data-bbox="768 823 1361 847">Respostas</th> <th data-bbox="1373 823 1711 847">Consequências</th> </tr> <tr> <td data-bbox="495 855 757 967">Pessoas em risco de suicídio</td> <td data-bbox="768 855 1361 967"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Achar um lugar adequado 2. Reservar o tempo necessário 3. Estar preparado mentalmente para lhes dá atenção 4. Ouvi-las efetivamente </td> <td data-bbox="1373 855 1711 967">Redução do nível de desespero suicida</td> </tr> </tbody> </table>	Trecho base			<p>“Quando as pessoas dizem ‘Eu estou cansado da vida’ ou ‘Não há mais razão para eu viver’, elas geralmente são rejeitadas, ou, então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa com risco de suicídio. O contanto inicial com o suicida é muito importante. Frequentemente o contato ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular. 1. O primeiro passo é <i>achar</i> um lugar adequado onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável. 2. O próximo passo é <i>reservar</i> o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo e <i>precisa-se estar preparado</i> mentalmente para lhes dar atenção. 3. A tarefa mais importante é <i>ouvi-las</i> efetivamente. ‘Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.’”</p>			Antecedentes	Respostas	Consequências	Pessoas em risco de suicídio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Achar um lugar adequado 2. Reservar o tempo necessário 3. Estar preparado mentalmente para lhes dá atenção 4. Ouvi-las efetivamente 	Redução do nível de desespero suicida	Completa
Trecho base														
<p>“Quando as pessoas dizem ‘Eu estou cansado da vida’ ou ‘Não há mais razão para eu viver’, elas geralmente são rejeitadas, ou, então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa com risco de suicídio. O contanto inicial com o suicida é muito importante. Frequentemente o contato ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular. 1. O primeiro passo é <i>achar</i> um lugar adequado onde uma conversa tranquila possa ser mantida com privacidade razoável. 2. O próximo passo é <i>reservar</i> o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo e <i>precisa-se estar preparado</i> mentalmente para lhes dar atenção. 3. A tarefa mais importante é <i>ouvi-las</i> efetivamente. ‘Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.’”</p>														
Antecedentes	Respostas	Consequências												
Pessoas em risco de suicídio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Achar um lugar adequado 2. Reservar o tempo necessário 3. Estar preparado mentalmente para lhes dá atenção 4. Ouvi-las efetivamente 	Redução do nível de desespero suicida												
Como ajudar a pessoa com risco de suicídio? p.14	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="1021 1042 1162 1066">Trecho base</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" data-bbox="508 1074 1706 1185"> <p>“Como se comunicar: • Ouvir atentamente, ficar calmo. • Entender os sentimentos da pessoa (empatia). • Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito. • Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa. • Conversar honestamente e com autenticidade. • Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição. • Focalizar nos sentimentos da pessoa”.</p> </td> </tr> <tr> <th data-bbox="508 1193 748 1217">Antecedentes</th> <th data-bbox="759 1193 1379 1217">Respostas</th> <th data-bbox="1391 1193 1706 1217">Consequências</th> </tr> <tr> <td data-bbox="508 1225 748 1465">Pessoas em risco de suicídio</td> <td data-bbox="759 1225 1379 1465"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ouvir atentamente 2. Ficar calmo 3. Entender os sentimentos da pessoa (empatia) 4. Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito 5. Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa 6. Conversar honestamente e com autenticidade 7. Mostrar sua preocupação cuidado e afeição 8. Focalizar nos sentimentos da pessoa </td> <td data-bbox="1391 1225 1706 1465"></td> </tr> </tbody> </table>	Trecho base			<p>“Como se comunicar: • Ouvir atentamente, ficar calmo. • Entender os sentimentos da pessoa (empatia). • Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito. • Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa. • Conversar honestamente e com autenticidade. • Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição. • Focalizar nos sentimentos da pessoa”.</p>			Antecedentes	Respostas	Consequências	Pessoas em risco de suicídio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ouvir atentamente 2. Ficar calmo 3. Entender os sentimentos da pessoa (empatia) 4. Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito 5. Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa 6. Conversar honestamente e com autenticidade 7. Mostrar sua preocupação cuidado e afeição 8. Focalizar nos sentimentos da pessoa 		Parcialmente completa
Trecho base														
<p>“Como se comunicar: • Ouvir atentamente, ficar calmo. • Entender os sentimentos da pessoa (empatia). • Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito. • Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa. • Conversar honestamente e com autenticidade. • Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição. • Focalizar nos sentimentos da pessoa”.</p>														
Antecedentes	Respostas	Consequências												
Pessoas em risco de suicídio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ouvir atentamente 2. Ficar calmo 3. Entender os sentimentos da pessoa (empatia) 4. Dar mensagens não verbais de aceitação e respeito 5. Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa 6. Conversar honestamente e com autenticidade 7. Mostrar sua preocupação cuidado e afeição 8. Focalizar nos sentimentos da pessoa 													

Como identificar uma
pessoa sob risco de suicídio?
p.16

Trecho base		
<p>“Sinais para <i>procurar</i> na história de vida e no comportamento das pessoas: 1. Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos 2. Doença psiquiátrica 3. Alcoolismo 4. Ansiedade ou pânico 5. Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia 6. Mudança no hábito alimentar e de sono 7. Tentativa de suicídio anterior 8. Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha 9. Uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc. 10. História familiar de suicídio 11. Desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc. 12. Sentimentos de solidão, impotência, desesperança. 13. Cartas de despedida 14. Doença física 15. Menção repetida de morte ou suicídio”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
<p>pessoas atendidas na APS</p>	<p>Procurar sinais na história de vida e no comportamento das pessoas</p>	

Parcialmente completa

Como abordar o
paciente p.16

Trecho base		
<p>“Quando a equipe de saúde primária suspeita que exista a possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados: • Estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio; • Plano suicida atual – quão preparada a pessoa está, e quão cedo o ato está para ser realizado; • Sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.). A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a idéia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficarão muito agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais estão se debatendo”.</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
<p>Suspeita da ocorrência de comportamento suicida</p>	<p>1- Avaliar o estado mental atual 2- Avaliar os pensamentos sobre morte e suicídio; 3- Avaliar o Plano suicida atual</p>	

Parcialmente completa

Como abordar o
paciente p.16

Trecho base		
<p>“Como perguntar? Não é fácil perguntar para uma pessoa sobre sua ideação suicida. Ajuda se você <i>chegar</i> no tópico gradualmente. Algumas questões úteis são: • Você se sente triste? • Você sente que ninguém se preocupa com você? • Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida? • Você sente como se estivesse cometendo suicídio? Quando perguntar? • Quando a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida; • Quando a pessoa está confortável falando sobre seus sentimentos; • Quando a pessoa está falando sobre sentimentos negativos de solidão, desamparo, etc. O que perguntar? 1. <i>Descobrir</i> se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio: • Você fez algum plano para acabar com sua vida? • Você tem uma ideia de como você vai fazê-lo? 2. <i>Descobrir</i> se a pessoa tem os meios para se matar: • Você tem pílulas, uma arma, inseticida, ou outros meios? • Os meios são facilmente disponíveis para você? 3. <i>Descobrir</i> se a pessoa fixou uma data: • Você decidiu quando você planeja acabar com sua vida? • Quando você está planejando fazê-lo?”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
<p>Suspeita da possibilidade de emissão de comportamento suicida</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chegar no tópico gradualmente 2. Descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio; 3. Descobrir se a pessoa tem meios para se matar; 4. Descobrir se a pessoa fixou uma data. 	

Parcialmente completa

Trecho base		
<p>“A pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como ‘Eu não consigo continuar’, ‘Eu gostaria de estar morto’, mas não fez nenhum plano. Ação Necessária • <i>Oferecer</i> apoio emocional. • <i>Trabalhar</i> sobre os sentimentos suicidas. Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos turbulentas suas emoções se tornam. Quando a turbulência emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Este processo de reflexão é crucial, ninguém senão o indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver. • <i>Focalize</i> na força positiva da pessoa, fazendo-a falar como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio. • <i>Encaminhe</i> a pessoa para um profissional de saúde mental ou a um médico. • <i>Encontre-a</i> em intervalos regulares e mantenha contato externo.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
<p>Baixo risco</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Oferecer apoio emocional 2- Trabalhar sobre os sentimentos suicidas 3- Focalizar na força positiva da pessoa 	

Parcialmente completa

	4- Encaminhar a pessoa para um profissional de saúde mental ou a um médico. 5- Encontrar a pessoa em intervalos regulares 6- Manter contato externo	
--	---	--

Como lidar com o
paciente p.18 e 19

Trecho base		
<p>“A pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente. 19 Ação Necessária • <i>Ofereça</i> apoio emocional, <i>trabalhe</i> com os sentimentos suicidas da pessoa e <i>focalize</i> em forças positivas. Em adição, continue com os passos abaixo. • <i>Focalize</i> os sentimentos de ambivalência. O profissional da saúde deve focalizar na ambivalência sentida pela pessoa suicida, entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça. • <i>Explore</i> alternativas ao suicídio. O profissional da saúde deve tentar explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas. • <i>Faça</i> um contrato. Extraia uma promessa do indivíduo suicida de que ele ou ela não vai cometer suicídio • Sem que se comunique com a equipe de saúde; • Por um período específico. • <i>Encaminhe</i> a pessoa a um psiquiatra, ou médico, e <i>marque</i> uma consulta o mais breve possível. • <i>Entre</i> em contato com a família, amigos e colegas, e <i>reforce</i> seu apoio.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
Médio risco	1- Oferecer apoio emocional, 2- Trabalhar com os sentimentos suicidas da pessoa 3- Focalizar em forças positivas 5- Focalizar os sentimentos de ambivalência 6- Explorar alternativas ao suicídio 7- Fazer um contrato 8- Encaminhar a pessoa a um psiquiatra, ou médico 9- Marcar uma consulta o mais breve possível 10- Entrar em contato com a família, amigos e colegas 11- Reforçar seu apoio.	

Parcialmente completa

Como lidar com o
paciente p.18 e 19

Trecho base

“A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo imediatamente. Ação Necessária • *Estar* junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha. • Gentilmente *falar* com a pessoa e *remover* as pílulas, faca, arma, inseticida, etc. (distância dos meios de cometer suicídio). • Fazer um contrato. • *Entrar* em contato com um profissional da saúde mental ou médico imediatamente e *providenciar* uma ambulância e hospitalização. • *Informar* a família e *reafirmar* seu apoio.”

Antecedentes	Respostas	Consequências
Alto risco	1- Estar junto da pessoa 2- Falar gentilmente com a pessoa 3- Remover as pílulas, faca, arma, inseticida etc. 4- Fazer um contrato. 5- Entrar imediatamente em contato com um profissional da saúde mental ou médico 6- Providenciar uma ambulância e hospitalização. 7- Informar a família 8- Reafirmar o apoio	

Parcialmente completa

Encaminhando o
paciente com risco de
suicídio
p. 20

Trecho base

“Quando encaminhar. Quando a pessoa tem: Doença psiquiátrica; Uma história de tentativa de suicídio anterior; Uma história familiar de suicídio, alcoolismo ou doença mental; Doença física; Nenhum apoio social. Como encaminhar: O trabalhador da saúde primária deve ter tempo para *explicar* à pessoa a razão do encaminhamento. *Marcar* a consulta. *Esclareça* à pessoa que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema. *Veja* a pessoa depois da consulta. *Mantenha* contato periódico”.

Antecedentes	Respostas	Consequências
Necessidade de encaminhamento	1. Explicar à pessoa a razão do encaminhamento. 2. Marcar a consulta. 3. Esclarecer à pessoa que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema. 4. Ver a pessoa depois da consulta. 5. Manter contato periódico.	

Parcialmente completa

Encaminhando o
paciente com risco de
suicídio
p. 20

Trecho base		
<p>“Como obter estes recursos? <i>Tente conseguir permissão</i> do paciente para recrutar quem possa ajudá-la, e depois entre em contato com essas pessoas. Mesmo que a permissão não seja dada, <i>tente localizar alguém</i> que seria particularmente compreensivo com o paciente. <i>Fale</i> com o paciente e <i>explique</i> que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada, para que ele ou ela não se sinta negligenciado ou ferido. Fale com as pessoas de apoio sem acusá-las ou fazê-las sentirem-se culpadas. Assegure novamente seu apoio nas ações que serão tomadas. <i>Fique atento</i>, também, às necessidades dos que se propuseram a ajudar.”</p>		
Antecedentes	Respostas	Consequências
Necessidade de encaminhamento	1- Tentar conseguir permissão do paciente para recrutar quem possa ajudá-la 2- Entrar em contato com essas pessoas 3- Tentar localizar alguém que seria particularmente compreensivo com o paciente (mesmo sem permissão) 4- Falar com o paciente e explicar que algumas vezes é mais fácil falar com um estranho do que com uma pessoa amada 5- Falar com as pessoas de apoio 6- Assegurar novamente apoio nas ações que serão tomadas. 7- Atentar também às necessidades dos que se propuseram a ajudar.	

Parcialmente Completa

Totais

Contingências = 10

Completas= 2
Parcialmente completas
= 8

Observa-se na Tabela 7 que as seções/subitens de onde foram extraídas as contingências indicam comportamentos esperados do profissional da APS no atendimento de pessoas que apresentam demandas relacionadas a comportamentos suicidas. Das 10 contingências identificadas, há previsão de consequências contingentes apenas nas duas primeiras. As contingências completas dizem respeito ao momento inicial do atendimento, quando o profissional tem ciência de que está diante de um indivíduo que pode estar em risco de emissão de algum comportamento suicida e/ou suicídio.

Foi possível identificar contextos antecedentes para todas as respostas. Também foi observado que um mesmo contexto antecedente pode ser comum a mais do que uma resposta, assim como uma mesma consequência pode ser produzida por respostas diferentes. Esses dados são similares aos achados de outros estudos sobre contingências em documentos legais (Prudêncio, 2006; Todorov *et al.*, 2004). Entretanto, o manual não aponta o que os profissionais da APS podem fazer quando o risco de suicídio não está claro ou em que contextos caberia a sua investigação.

Quanto a isso, o posicionamento de Todorov *et al.* (2004) é de que, ao não especificar o contexto antecedente da contingência, a lei permite interpretar que a execução da resposta por ela descrita deve ocorrer em qualquer contexto de que a lei trate. Então, por esse posicionamento, no caso das contingências que versam sobre as atribuições dos entes federados no Estatuto da Cidade, ao dar uma delimitação ampla do contexto antecedente, como a “política urbana”, parece plausível esperar que a ocorrência das respostas deva se dar em quaisquer contextos que envolvam política urbana, o que pode gerar uma dificuldade adicional para o cidadão no sentido de identificar em que condições determinado comportamento resultará em determinada consequência.

As respostas envolvem a preparação do procedimento de escuta (espaço, tempo, disponibilidade) e a maneira como esta deve ser conduzida (para que se atentar e como se expressar verbalmente e gestualmente). As respostas relacionadas a prepara-se para o atendimento inicial têm como consequência a “redução do nível de desespero suicida”.

Considerando a organização das UBS e estudos sobre o manejo de pacientes na APS, é importante salientar a presença de desafios persistentes na prevenção ao suicídio nesse nível de atenção. A falta de competência para avaliar o risco de suicídio, as dificuldades para explorar sentimentos suicidas (dada a relutância percebida dos pacientes em revelar ideação suicida) e a falta de tempo dos profissionais, muitas vezes envolvidos em diversas atividades programáticas e com horários determinados, estão entre os desafios citados pelos profissionais da APS (Elzinga, Kruif, Beurs, Beekman, Franx, & Gilissen, 2020). Um Acolhimento de enfermagem no SUS é parametrizado em uma média de 30 minutos (Guarulhos, 2017), tempo suficiente para aferimento da pressão arterial e orientações sobre práticas que podem auxiliar no seu controle. Porém, pode ser insuficiente para o atendimento de uma pessoa que relata ideias e acesso a meios de como retirar sua vida, indicando risco alto de suicídio.

Em relação à condução dessa escuta, há ênfase em ouvir de forma empática, focalizando nos sentimentos do paciente e na validação destes. Sobre sentimentos Skinner (1987/1995), destaca as “várias boas razões para que as pessoas falem sobre seus sentimentos [pois] o que elas dizem, em geral, é uma indicação útil do que aconteceu com elas ou sobre o que vão fazer” (p. 24). Além disso, uma escuta mais atenta pode facilitar a identificação de elementos que permitam a classificação do risco suicídio e o manejo mais apropriado (Brown, Bruce & Pearson, 2001).

Nas demais contingências, classificadas como parcialmente completas não, foi possível elucidar as consequências para as ações de (ou omissão de determinada ação). O atendimento pode não ser tão efetivo na prevenção de comportamentos suicidas devido à ausência de consequências ocorrer em pontos relevantes do atendimento, como: levantamento da história de vida, avaliação da saúde mental, manejo clínico, classificação de risco e possíveis encaminhamentos em rede. Dado que “os sentimentos são mais facilmente mutáveis através de alterações nos ambientes responsáveis pelo que é sentido” (Skinner, 1987/1995, p.22) e que um indivíduo suicida frequentemente pode estar em contato com estimulação aversiva (Sidman, 1989), entende-se que a intervenção do profissional de saúde precisa ser dirigida não só para a pessoa em risco, mas para sua rede de apoio. Somando-se a isso os desafios apontados por Elzinga *et al.* (2020), percebem-se problemas que vão desde a organização dos serviços de saúde, passando pela formação dos profissionais até os materiais norteadores da prática.

Por se tratar de um manual, seria importante a presença de informações mais descritivas sobre como abordar pacientes sem rede de apoio, como lidar com situações comuns no sistema público de saúde, quando a estruturação dos serviços de saúde mental é bastante insipiente ou sobre como abordar pessoas que têm dificuldades em falar sobre sofrimento emocional. O manual aponta descrições mais detalhadas quando aborda contextos de baixo, médio e alto risco de suicídio. Contudo, não há exemplos de que tipos de perguntas podem ser feitas para o paciente nesses contextos, nem o que fazer quando é verificada a existência do risco, mas não há elementos suficientes no relato para sua classificação. Acredita-se que poderia haver a indicação de uso de alguma escala ou outro material validado para auxílio no refinamento dessa informação. Tendo em vista que as equipes de Saúde da Família desenvolvem seu

processo de trabalho no território onde vivem os usuários, bem como planejam suas ações a partir da identificação de riscos e necessidades da população, as ações para prevenção do suicídio devem fazer parte da agenda de trabalho das equipes, constituindo atividades inerentes ao cotidiano delas. O enfermeiro, como integrante da ESF, tem entre suas atribuições a responsabilidade de desenvolver o Acolhimento aos usuários por meio da escuta de suas necessidades, possibilitando a identificação de riscos e vulnerabilidades, permitindo o planejamento do cuidado.

Contudo, embora a ESF e, particularmente, o enfermeiro como membro da equipe, tenham atribuições ampliadas de cuidados às necessidades da população adscrita, em relação às ações para prevenção do suicídio, ainda não é possível verificar atuações organizadas no processo de trabalho desse profissional que possibilitem a identificação de riscos e vulnerabilidades relacionadas ao suicídio (Morosini, Fonseca & Lima, 2018). As orientações contidas no material utilizado, se fossem seguidas com exemplos de perguntas a serem feitas, poderiam melhorar as chances de rastreamento dos comportamentos de risco de suicídio.

Informações disponíveis na página do Ministério da saúde com orientações específicas para a prevenção ao suicídio na APS

Em relação aos materiais disponíveis no MS, pode-se dizer que apenas o manual para os profissionais da APS – material já incluído na pesquisa – é dirigido especificamente aos profissionais que atuam nas UBS. Entre os materiais, a *Agenda de Ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020*, embora não aponte como acolher ou intervir demandas relacionadas ao comportamento suicida, traz ações apontadas como relevantes do ponto de vista legal

e técnico. As ações estão organizadas em três eixos: I – Vigilância e qualificação da informação; II – Prevenção do suicídio e Promoção da saúde; e III- Gestão e cuidado.

Destes, os pontos relevantes foram sintetizados na Tabela 8, relativos aos eixos I e III.

Tabela 8. *Síntese dos eixos temáticos da Agenda de Ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020, que abrangem atribuições e/ou ações de interesse para os profissionais da APS.*

Eixo	Síntese das ações e subeixos	
	Sub-eixos	Ações Estratégicas e Atividades
I – Vigilância e qualificação da Informação	A. Qualificação da notificação de tentativa de suicídio	A.1. Sensibilizar profissionais de saúde sobre a importância de notificar todas as tentativas de suicídio ocorridas no município;
		A.2. Qualificar profissionais de saúde para realizar o preenchimento da ficha de notificação de forma adequada (com preenchimento correto e responsável de todos os campos) e oportuna (observando a obrigatoriedade de notificação imediata em até 24h);
		A.3. Aprimorar a ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas do SINAN, para facilitar e explicitar o registro da tentativa de suicídio com inclusão de novos campos e/ou ajustes em campos já existentes;
		A.4. Elaborar materiais instrutivos para sensibilizar e capacitar profissionais de saúde para qualificação dos registros de notificações relacionadas ao suicídio.
	C. Qualificação das informações	C.1. Articular a inserção de perguntas e variáveis sobre o tema suicídio (ideação, tentativa e consumação) nos inquéritos, mapeamentos e pesquisas populacionais e nos sistemas de informação existentes, principalmente em grupos prioritários, como população indígena, LGBT, trabalhadores expostos a agrotóxicos, dentre outros;

Sub-eixos	Ações Estratégicas e Atividades	
III – Gestão e Cuidado	H. Educação Permanente	H.1. Articular a inserção da temática da prevenção do suicídio nos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) regionais e municipais;
	H.2. Disseminar documentos orientadores existentes para qualificação dos profissionais da saúde e da saúde mental para a prevenção do suicídio;	
	H.3. Fomentar educação permanente de profissionais das Redes de Atenção à Saúde, tomando por referência a Política Nacional de Humanização do SUS, para detecção de risco, acolhimento e acompanhamento de tentativas de suicídio e de apoio a familiares/comunidade nos casos de óbito;	
	H.4. Publicar os documentos “Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para intoxicação por agrotóxicos”;	
	H.5. Publicar documentos orientadores específicos para a prevenção do suicídio, acompanhamento e articulação de Redes para profissionais e gestores de saúde;	
	H.6. Revisar materiais de qualificação do cuidado para inserção do tema “Prevenção do Suicídio” em novas edições de cursos de capacitação, guias/cadernetas existentes nas áreas temáticas do Ministério da Saúde, tais como Curso de Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos e Curso de Atenção Integral à Saúde do Homem, da PNAISH; Curso EaD “Atenção Psicossocial nas Crises e Urgência - Rede de Atenção Psicossocial”; Materiais de qualificação profissional de saúde mental na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI);	
	H.7. Inserir o tema do suicídio na qualificação dos profissionais das portas de entrada do SUS para implementação da diretriz Acolhimento da Política Nacional de Humanização;	
	H.8. Inserir nos materiais de educação permanente para os profissionais de saúde informações sobre diversidade sexual, identidade e igualdade racial e de gênero, evidenciando a interface entre discriminação e o fenômeno do suicídio; e	
	H.9. Articular capacitações de prevenção do suicídio de forma ampla para profissionais de saúde, educação, justiça, assistência social, entre outras áreas.	

Fonte: Agenda de Ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020

Do ponto de vista legal, enfatiza a importância da notificação das tentativas de suicídio. Atualmente, os dados nacionais sobre suicídio são disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) através dos sistemas de informação, entre eles o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Sobre Agravos de Notificação (SINAN). A atualização dos sistemas depende da notificação, que,

por sua vez, pode contribuir para a elaboração e reformulação de estratégias de saúde pública que visem a redução desse agravo (Ribeiro, Castro, Scatena & Haas, 2018).

A ressalva é importante porque alguns casos não são notificados, embora tenha havido atendimento para o agravo. Entre os motivos podem estar: o excesso de demanda de serviço, o despreparo de funcionários para a realização da notificação ou até mesmo falta de conhecimento sobre a importância do preenchimento adequado das fichas individuais de notificação para os sistemas de vigilância em saúde e de informação em saúde (Ribeiro *et al.*, 2018).

Do ponto de vista técnico, no subeixo de educação permanente são apontadas ações focadas na ampliação da informação sobre o tema, na qualificação profissional e articulação das redes como estratégia de prevenção ao suicídio. Ambos os aspectos são consistentes com os estudos que apontaram uma alta taxa de moralidade por suicídio em pessoas que tiveram contato com serviços primários de saúde em comparação ao contato com serviços de saúde mental – indicando APS como um espaço para aplicação de estratégias mais eficazes de rastreio e intervenção diante do risco de suicídio. Também em relação às orientações quanto à necessidade formação dos profissionais que atuam na APS, a ausência de treinamento foi sugerida entre as razões para maior taxa de suicídios usuários desses serviços.

Tabela 9. *Síntese dos materiais, seções, itens e subitens analisados e conteúdo apresentado: (1) conceituação de Acolhimento (2) conceituação de comportamento suicida; (3) o que fazer durante o Acolhimento em geral (4) o que fazer diante de demanda/queixa relacionada a comportamento suicida.*

Material /ANO	Leis, Portarias, Seções, itens e subitens analisados	Conteúdo presente
Prevenção ao Suicídio: Um manual para profissionais da Saúde em Atenção Primária	Como abordar a pessoa sob risco de suicídio; como identificar uma pessoa com risco de suicídio; como abordar o paciente; como lidar com o paciente; encaminhando o paciente com risco de suicídio; o que fazer e o que não fazer.	2, 4
Caderno de Atenção Primária 28, volume I	Mas afinal, o que é Acolhimento? Porque acolher a demanda espontânea na Atenção Básica?; Dimensões constitutivas do Acolhimento; Fluxos dos usuários na UBS; Modelagens de Acolhimento; Avaliação de risco e vulnerabilidade.	1, 3 e 4
Caderno de Atenção Primária 28, volume II	Atenção em saúde mental no Acolhimento à demanda espontânea; Risco de suicídio; Fatores de risco; Avaliação; Manejo clínico.	3 e 4
Informações do site do ministério da saúde ¹⁸	Portaria nº 1.876/2006; Portaria nº 3.088/2011; Portaria nº 1.271/2014; Portaria nº 3.479/2017; Agenda de Ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020; Protocolos Assistenciais do SAMU 192 para Manejo da Crise, Autoagressão e Risco de Suicídio.	2 e 4.

Já a conceituação de Acolhimento e o que fazer durante o Acolhimento aparecem apenas nos cadernos específicos sobre o tema. A ausência do termo em outros materiais ocorre por duas razões. A primeira tem uma dimensão histórica e ocorre por se tratar de um procedimento relativamente novo da organização dos serviços de saúde

¹⁸ Dentre as informações disponibilizadas pelo site do ministério, apenas a Agenda de Ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020 apresentou conteúdo relativo à temática.

instituído a partir da Política Nacional de Humanização, ocorrida em 2003, como uma das diretrizes dessa política. A segunda tem uma dimensão mais pragmática, pois o procedimento de Acolhimento só foi sistematizado dentro da lógica de trabalho da APS com a Portaria no 2.488/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e posteriormente com a publicação de cadernos específicos para esse nível de atenção.

Informações sobre suicídio e aspectos relacionados ao comportamento suicida (etiologia, fatores de risco etc.) aparecem no manual e nas informações contidas na Agenda de Ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020 e Protocolos Assistenciais do SAMU 192 para Manejo da Crise, Autoagressão e Risco de Suicídio.

Informações sobre o que fazer diante da pessoa que apresenta demanda ou queixa de comportamento suicida estão presentes no manual e nos Protocolos Assistenciais do SAMU 192 para Manejo da Crise, Autoagressão e Risco de Suicídio, porém as informações contidas neste são direcionadas para atendimentos em contexto de crise suicida realizados por profissionais qualificados para atuar em emergências, como médicos, socorristas e bombeiros.

Um dos mais consistentes em termos de procedimentos sobre como abordar a pessoa em risco de suicídio, o manual para profissionais da APS produzido em parceria com a OMS, é datado de 2000. São mais de 20 anos sem novas atualizações, dados epidemiológicos e outras informações sobre o atendimento de pessoas em risco baseadas em evidências mais recentes.

Conforme observado, há poucas indicações sobre situações ou ocasiões para se fazer ou deixar de fazer algo, classes de respostas que delimitem de forma mais

objetiva o que precisa ser feito e como pode ser feito, bem como as consequências quanto a fazer ou deixar de fazer o Acolhimento. Elementos definidores do que seria um quadro agudo ou não agudo, bem como uma melhor descrição do que caracterizaria uma escuta qualificada permitiriam ao profissional de saúde ampliar seu repertório de atuação.

Uma característica comum a todos os materiais foi a ausência de referências bibliográficas referentes à temática. Mesmo quando no texto houve menção a algum autor, não foi encontrada a fonte mencionada na seção de referência. A presença de referências poderia favorecer o comportamento de *buscar mais informações* por parte profissional que realiza o Acolhimento no sentido de adquirir mais conhecimento sobre o tema e ampliar o repertório técnico-científico, habilidade considerada importante para profissionais que atuam na APS (Bajaj *et al.*, 2008; Person *et al.*, 2009).

Nos materiais – O Manual e o Caderno de Atenção Primária volume II – em que há orientações especificamente dirigidas para o Acolhimento à demandas de comportamento suicida não constam informações sobre:

- (1) a obrigatoriedade de notificação das lesões autoprovocadas, embora haja legislação tornando o procedimento obrigatório para profissionais da saúde, como a Lei nº 6.259 de 1975 e a Lei nº 8.069 de 1990, aplicada quando a demanda envolve crianças e adolescentes;
- (2) Informações sobre a prevenção de lesões autoprovocadas no nível de atenção em que a equipe atua;
- (3) Informações sobre etiologia, conceitos e esclarecimento de critérios de classificação de risco;
- (4) Exemplificação de situações, casos clínicos, sugestão de literatura e outros materiais que possam de alguma forma facilitar o acesso a

modelos mais eficazes de manejo clínico;

- (5) Informações sobre canais de ajuda, assistência e aconselhamento;
- (6) Indicação de instrumentos que possam auxiliar na classificação de risco de suicídio para os profissionais.

Quanto à descrição das ações, os documentos utilizam termos que possuem sentidos amplos, com escassa precisão quanto às ações que devem ser pontualmente executadas pelos profissionais que geralmente são lotados em UBS. Por exemplo, foram identificadas contingências nas quais as ações são descritas com termos como “agenciar” (Caderno de Acolhimento 28, volume I), “treinar o olhar” (Caderno de Acolhimento 28, volume I) e “estar preparado mentalmente”, sem especificar quais respostas estariam compreendidas por esses termos. Os documentos também não são explícitos quanto à especificidade de contextos antecedentes, não apresentando uma descrição formal de contextos e condições específicas sob as quais caberia aos diferentes profissionais da UBS exercerem suas atribuições.

Com base Todorov *et al.* (2004), a ausência de um antecedente não compromete o entendimento de uma contingência, pois se o comportamento descrito é indiscriminado, deve ocorrer em quaisquer circunstâncias. Já a ausência de um consequente pode implicar uma lacuna, um espaço para o não cumprimento de uma regra importante, uma vez que a consequência tem papel selecionador de comportamentos e das condições nas quais ocorrem (Skinner, 1953/2003). Por exemplo, a resposta de notificar violências autoprovocadas produz como consequências: informação sobre um agravo de saúde no âmbito na UBS; integração da violência notificada a um banco de dados municipal, estadual e federal; melhoria das medidas epidemiológicas do

comportamento suicida; e possivelmente o fortalecimento da vigilância de tentativas de suicídio e suicídios.

Ao analisarem uma lei, Todorov *et al.* (2004) não se debruçaram sobre a possibilidade de haver descumprimento de leis no caso da ausência de termos antecedentes ou consequentes. Todorov *et al.* (2004) destacaram, no entanto, que, para a identificação e descrição das contingências completas, foi necessário percorrer todo o documento, não sendo fácil a organização das ações preconizadas legalmente em contingências. A constatação traz uma implicação importante no manuseio desse tipo de documentos, pois dificulta sua manipulação por parte tanto de quem a aplica quanto de quem as avalia, podendo levar a uma situação de manipulação ou até mesmo condição para se burlar o que está sendo prescrito. Tal ausência é ainda mais problemática no tipo de material – alvo da etapa do presente estudo – visto que não têm um peso legal, porém são materiais recomendados para subsidiar um procedimento de saúde.

A ausência do termo antecedente pode tanto funcionar como uma sinalização de que a prescrição (comportamento esperado do profissional) deva ocorrer em qualquer situação quanto abrir precedente para a sua não execução por não indicar em que condições a resposta é esperada.

Por exemplo: o que fazer quando o atendido é um adolescente? Um idoso? Quando, durante o Acolhimento, o profissional percebe que precisa realizar um procedimento para o qual não possui formação técnica ou a quem recorrer de modo que não deixe a pessoa em risco sozinha? Também não há nos documentos menção direta de consequências contingentes à execução da maioria das respostas identificadas. Entretanto, faz-se necessário destacar: ainda que não tenha sido possível identificar uma referência direta a todos os contextos e consequências nas contingências encontradas, a

leitura integral dos documentos possibilitou inferir, em algumas delas, um contexto antecedente e um conseqüente que satisfizesse os requisitos para montagem de uma contingência completa.

Verbos pouco precisos são uma categoria que dificulta/pode dificultar o escopo de atuação do acolhedor e também a avaliação dos comportamentos por parte da gestão de saúde. Muitos verbos e expressões verbais utilizados nos materiais analisados parecem pouco adequados para a identificação de comportamentos-objetivo, uma vez que é possível que haja mais de uma interpretação acerca daquilo que pode ser ou não uma ação satisfatória, especialmente quando se fala de um comportamento suicida.

Para intervir nas diferentes situações no cotidiano de uma UBS, os profissionais de saúde precisam de certo grau de conhecimento sobre quais produtos podem ser decorrentes de suas ações bem como da sua omissão tanto de forma local – no âmbito da Unidade de Saúde – quanto no âmbito macro, dado que o SUS é uma política pública de saúde. Já foi discutido que a informação, em si, não é suficiente para que as pessoas venham a intervir de forma a produzir benefícios sociais. Intervir na realidade envolve transformar o conhecimento de forma apropriada para superar as próprias necessidades e as da sociedade. (Luiz, 2013; Botomé, 1985).

Na mesma linha, Skinner (2003), ao propor uma ciência do comportamento, afirma que apenas será possível identificar e intervir sobre as variáveis das quais o comportamento de um organismo é função quando o comportamento for entendido na sua relação com o ambiente. Se apenas é possível intervir sobre aquilo que se conhece, descrever as possíveis leis que regem o comportamento de pessoas que apresentam demandas relacionadas ao comportamento suicida e dispor de materiais que

instrumentalizem os profissionais da APS na caracterização das variáveis determinantes e constituintes é fundamental para prevenir a ocorrência de comportamentos suicida.

Sobre esse aspecto, Domingos, Nunes, Carvalho e Mendonça (2016), ao analisarem as normas dirigidas para a APS, identificaram 224 normas referentes aos 22 programas em curso na APS. Domingos *et al.* (2016) concluíram que a necessidade do grande quantitativo de normas complementares pode ser indicativa da complexidade presente na inserção das políticas no cotidiano dos serviços nos diferentes municípios. Para Domingos *et al.* (2016), mais do que formular uma política pública, parte fundamental e relevante é a sua implementação. A simples publicação de normas não constitui garantia de que a política seja executada da forma proposta pelos serviços de saúde.

Desenvolvimento do Material de Apoio Autoinstrutivo

Como produto dos estudos 1 e 2, o objetivo dessa etapa foi o desenvolvimento de um material de apoio autoinstrutivo baseado na noção de contingência da Análise do Comportamento.

Para que a APS possa cumprir seu papel na Rede de Atenção à Saúde, é fundamental que o Acolhimento seja resolutivo (Brasil, 2016). No âmbito do SUS, os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB. Trata-se de um instrumento potente para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde. Deve também ser

constantemente avaliado segundo sua realidade de aplicação, com acompanhamento gerencial sistemático e revisões periódicas, permitindo espaço para criação e renovação dentro do processo de trabalho (Brasil, 2016).

A construção do material foi balizada pelos pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de uma APS acolhedora, resolutiva e efetiva na gestão e coordenação do cuidado ao usuário do SUS. Dada a diretriz de flexibilidade diante dos diferentes contextos, cabe ressaltar que esse material não abarca todas as possibilidades de arranjos e práticas de cuidado de pessoas em risco de suicídio, busca, antes, oferecer uma ferramenta que instrumentalize o procedimento de Acolhimento e classificação de risco de suicídio na APS. Portanto, a proposta é de caráter complementar a outras publicações do SUS, como os Cadernos de Atenção Básica e os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, dentro dos fluxos já preconizados na APS (Brasil, 2016). O material busca ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando a ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais voltadas para a prevenção ao suicídio na APS. Somente após avaliação por pares, o material doravante apresentado poderá ser submetido na íntegra ou adaptado a gestores estaduais e municipais de saúde.

Protocolos de saúde cumprem uma função primordial, no respaldo ético-legal para a atuação dos(as) trabalhadores(as) da APS, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na PNAB (2016). Para a construção de um instrumento válido e que pudesse ser sugerido aos profissionais de saúde da APS, foram considerados os elementos norteadores do Acolhimento à demanda espontânea, as recomendações da literatura e Guia de Elaboração de Protocolos do Conselho Federal de

Enfermagem (COFEN, 2017). Como tecnologia e apresentação, o material foi estruturado em contingências, sem perder de vista as especificidades do procedimento de Acolhimento.

Conforme o Guia de Elaboração de Protocolos do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2017), um protocolo consiste na descrição de uma situação específica de assistência/cuidado, contendo detalhes operacionais e especificações sobre o que se fazer, quem vai fazer e como será feito. Um protocolo serve para orientar os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Auxiliar na previsão de ações de avaliação/diagnóstico ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas que a enfermagem desempenha, de forma independente, ou compartilhada com outros profissionais da equipe de saúde. Um protocolo contém vários procedimentos. Os protocolos representam, nessa perspectiva, a aplicação de um tipo de tecnologia leve-dura, mediante a dimensão de análise proposta por Merhy (2006), direcionada para o cuidado em saúde. Dado o caráter eminentemente aplicado, protocolos devem ser desenvolvidos de maneira sistemática e integrada, contribuindo para tomada de decisão eficaz e eficiente (Merhy, 2006).

O uso de protocolos visa garantir maior segurança aos usuários e profissionais, reduz a variabilidade das ações do cuidado, melhora a qualificação profissional para tomada de decisão na assistência, facilita a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso racional de recursos, transparência e controle de custos. Além disso, a criação de protocolos facilita o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado (Pimenta, Pastana, Sichieri, Solha, & Souza, 2015). A elaboração de protocolo deve ser

realizada por etapas e deve retratar a realidade local de onde se deseja instituí-lo. Além disso, protocolos devem ter boa qualidade formal, ser de fácil leitura, válidos, confiáveis, dispendo de conteúdo baseado em evidências científicas, corretamente utilizados e comprovadamente efetivos, com seguimento por meio de indicadores de uso (processo) e efetividade (resultado) (COFEN, 2017).

Conforme Ribeiro (2010), o processo de desenvolvimento de diretriz/protocolo deve seguir oito passos, a saber: (1) refinar os tópicos/questões; (2) realizar uma revisão sistemática (após a identificação dos estudos e sua avaliação crítica, com síntese da evidência); (3) elaborar cenários diferentes e desenvolver modelos de recomendações; (4) estabelecer recomendações para pesquisa e atualização da diretriz/protocolo; (5) garantir a revisão por pares (circular a diretriz/protocolo amplamente entre especialistas, organizações profissionais etc.); (6) planejar a disseminação da diretriz/protocolo, incluindo localização e avaliação (onde será aplicado, por quais profissionais, quando será avaliado); (7) completar a documentação do processo de desenvolvimento da diretriz/protocolo; (8) e submeter o rascunho da diretriz/protocolo a um grupo diretivo para aprovação do texto. O material contempla as etapas 1 a 4. Foram incluídos quadros e textos de leitura complementar para apoiar a compreensão do tema abordado de forma um pouco mais detalhada, ainda que breve. Esse material encontra-se disponível na seção “Saiba mais” e é composto por alguns hiperlinks, que podem ser acessados caso o profissional queira ler mais sobre o tema abordado no capítulo, além de informações relevantes que tangenciam ou atravessam o contexto de trabalho da APS encontradas em documentos do Ministério da Saúde.

É importante reiterar que a abordagem proposta, embora apoiada em referências qualificadas do Ministério da Saúde e de publicações científicas dos últimos

20 anos, não contempla todas as possibilidades de cuidado e nem resolve – como iniciativa isolada – as questões inerentes ao cuidado em saúde de populações em risco de suicídio. Essas questões também dependem de qualificada formação técnica, ético-política e humanitária em saúde, de um processo de educação permanente em saúde e do julgamento clínico judicioso com respeito à autonomia dos usuários (Brasil, 2016). Esse material deve ser entendido como oferta aos serviços de APS no âmbito do SUS e é importante que esteja alinhado a outras iniciativas para potencializar e qualificar o cuidado rede.

Estrutura

Protocolos podem ser compreendidos como um conjunto de dados que possibilitam direcionar o trabalho e registrar oficialmente as precauções na resolução ou prevenção de um problema (Honório & Caetano, 2009). Pode ser utilizado como um dos meios de utilização da pesquisa na prática assistencial e pode ser apresentado aos serviços como um dos tipos de tecnologia de cuidado em saúde.

O material desenvolvido é composto por quatro aspectos: (1) âmbito e finalidade – compõe uma apresentação breve apresentação da temática e os objetivos do material; (2) identificação do público-alvo do material – profissionais de saúde que podem se beneficiar do uso do material; (3) temática – conceituação, dados atualizados e informações sobre comportamento suicida que; e (4) procedimentos - tendo como base a revisão da literatura, as normativas e fluxos do SUS dirigidas para a APS.

Estruturalmente, o texto se divide em quatro partes: Apresentação, em que se contempla o âmbito e a finalidade e o público ao qual o material se destina. Na segunda

parte consta o conteúdo organizado em capítulos, seguindo a ordem de complexidade (das informações sobre o assunto até manejo), subdivididos da seguinte forma: (1) Suicídio como problema de saúde pública; (2) Potencial da Atenção Primária à Saúde na prevenção do suicídio; (3) Instrumentos para a prevenção do suicídio aplicadas ao Acolhimento na APS; (4) Estratégias para acolher, identificar e cuidar de pessoas que possam estar em risco de suicídio; (5) Referências Bibliográficas e (6) os apêndices e anexos do texto. Dado o contexto de trabalho, bem como experiência profissional na APS da pesquisadora, a elaboração do instrumento levou em conta fatores como o tempo de atendimento e as diversas demandas que podem ser acolhidas em um mesmo dia em UBS. Esses aspectos implicam um material sintético e com aplicabilidade prática.

Por se tratar da construção de um protocolo ainda não aplicado em seres humanos, o estudo não foi encaminhado para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa, mas ressalta-se que foram tomados os cuidados éticos que preceituam a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Referências

- Abarca, C., Gheza, C., Coda, C., & Elicer, B. (2018). Literature review to identify standardized scales for assessing adult suicide risk in the primary health care setting. Revisión de literatura para identificar escalas estandarizadas de evaluación del riesgo suicida en adultos usuarios de atención primaria de salud. *Medwave*, *18*(5), 1-16. <https://doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7246>
- Ahmedani, B. K., Simon, G. E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B. E., Rossom, R., Lynch, F., Owen-Smith, A., Hunkeler, E. M., Whiteside, U., Operskalski, B. H., Coffey, M. J., & Solberg, L. I. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *Journal of general internal medicine*, *29*(6), 870-877. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2767-3>
- Bajaj, P., Borreani, E., Ghosh, P., Methuen, C., Patel, M., & Joseph, M. (2008). Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Mental health in family medicine*, *5*(4), 229-235.
- Banaco, R. A. Um levantamento de fatores que podem induzir ao suicídio. In: Guilhardi, H. J. et al. (Org.). *Sobre comportamento e cognição*. Santo André: ESETEC, 2001, 210-217.
- Barrero, S.A.P. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr*, *15*(2), 196-217.
- Berenchtein, N. (2007). *Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Bertolote, J.M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.

- Bertolote, J.M; Mello-Santos, C; Botega, N.J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (2), 87-95
- Binder, P., Heintz, A. L., Haller, D. M., Favre, A. S., Tudrej, B., Ingrand, P., & Vanderkam, P. (2020). Detection of adolescent suicidality in primary care: an international utility study of the bullying-insomnia-tobacco-stress test. *Early intervention in psychiatry*, 14(1), 80-86. <https://doi.org/10.1111/eip.12828>
- Bostwick, J. M., & Rackley, S. (2012). Addressing suicidality in primary care settings. *Current psychiatry reports*, 14(4), 353-359. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0286-7>
- Botega, N. J. Rapeli, C. B. & Cais, C.F.S. (2006). Comportamento Suicida. In: *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora. 2ª. Edição, 431-446.
- Boudreaux, E. Larkin, D. Kini, C. Capoccia, N. Allen, L. Goldstein, M. H. G. Silverman, J. McKeon, R. Barton, B. Miller, I. Formica, S. W & Camargo, C. A. (2018). Predictive utility of an emergency department decision support tool in patients with active suicidal ideation. *Psychological Services*, 15, 270-278.
- Brasil (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Brasil (2019). *Lei nº 1.819 de 26 de abril de 2019*. Brasília: Diário Oficial da União. Governo Federal.

Brasil. (2011). *Acolhimento à demanda espontânea*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume I)

Brasil. (2012). *Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, volume 2)

Brasil. Ministério da Saúde (2016). *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 230p.*

Brasil. (2017). *Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. (2017). *Portaria de Consolidação nº 04 de 28 setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica

Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica

Brown, G. K., Bruce, M. L., & Pearson, J. L. (2001). High-risk management guidelines for elderly suicidal patients in primary care settings. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(6), 593-601. <https://doi.org/10.1002/gps.468>

- Bryan, C. J., Allen, M. H., Thomsen, C. J., May, A. M., Baker, J. C., Bryan, A. O., Harris, J. A., Cunningham, C. A., Taylor, K. B., Wine, M. D., Young, J., Williams, S., White, K., Smith, L., Lawson, W. C., Hope, T., Russell, W., Hinkson, K. D., Cheney, T., & Arne, K. (2021). Improving Suicide Risk Screening to Identify the Highest Risk Patients: Results From the PRImary Care Screening Methods (PRISM) Study. *Annals of family medicine*, 19(6), 492-498. <https://doi.org/10.1370/afm.2729>
- Cais, C. F. S. (2011). *Prevenção do suicídio: Estratégias de abordagem aplicadas no município de Campinas-SP*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Cantor, P. (1976). *Frequency of suicidal thought and self-destructive behavior among females. Suicide and Life-Threatening*. 6(2), 92–100.
- Carr, J. E., & Wilder, D. A. (2015). The Performance Diagnostic Checklist-Human Services: a Correction. *Behavior analysis in practice*, 9(1), 63. <https://doi.org/10.1007/s40617-015-0099-3>
- Carr, J. E., Wilder, D. A., Majdalany, L., Mathisen, D., & Strain, L. A. (2013). An Assessment-based Solution to a Human-Service Employee Performance Problem: An Initial Evaluation of the Performance Diagnostic Checklist - Human Services. *Behavior analysis in practice*, 6(1), 16-32. <https://doi.org/10.1007/BF03391789>
- Ceppi, B., Benvenuti, M. (2011). Análise funcional do comportamento autolesivo. *Rev Psiq Clín*, 38(6), 247-253.
- Shain, B. (2016). Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *Pediatrics*, 138(1), e20161420. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1420>

- Christensen-LeCloux, M., Weimer, M., Bjorkgren, K., Booker, W., & Campo, J. V. (2021). Universal suicide risk screening: Views of rural adults on acceptability and implementation in primary care. *General hospital psychiatry*, *71*, 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2021.03.009>
- Cook, F.; Jordan, J.R. & Moyer, K. (2015). *Responding to Grief, Trauma, and Distress After a Suicide: Survivors of Suicide Loss Task Force*. U.S. National Guidelines.
- Cross, W. F., West, J. C., Pisani, A. R., Crean, H. F., Nielsen, J. L., Kay, A. H., & Caine, E. D. (2019). A randomized controlled trial of suicide prevention training for primary care providers: a study protocol. *BMC medical education*, *19*(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1482-5>
- Davis, M., Siegel, J., Becker-Haimes, E. M., Jager-Hyman, S., Beidas, R. S., Young, J. F., Wislocki, K., Futterer, A., Mautone, J. A., Bутtenheim, A. M., Mandell, D. S., Marx, D., & Wolk, C. B. (2021). Identifying Common and Unique Barriers and Facilitators to Implementing Evidence-Based Practices for Suicide Prevention across Primary Care and Specialty Mental Health Settings. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 1-23. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1982094>
- Diamond, G. S., Herres, J. L., Krauthamer Ewing, E. S., Atte, T. O., Scott, S. W., Wintersteen, M. B., & Gallop, R. J. (2017). Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care. *American journal of preventive medicine*, *53*(1), 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.020>

- Dobscha, S. K., Denneson, L. M., Kovas, A. E., Corson, K., Helmer, D. A., & Bair, M. J. (2014). Primary care clinician responses to positive suicidal ideation risk assessments in veterans of Iraq and Afghanistan. *General hospital psychiatry*, *36*(3), 310–317.
- Dueweke, A. R., Marin, M. S., Sparkman, D. J., & Bridges, A. J. (2018). Inadequacy of the PHQ-2 depression screener for identifying suicidal primary care patients. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, *36*(3), 281-288. <https://doi.org/10.1037/fsh0000350>
- Elzinga, E., de Kruif, A., de Beurs, D. P., Beekman, A., Franx, G., & Gilissen, R. (2020). Engaging primary care professionals in suicide prevention: A qualitative study. *PloS one*, *15*(11), e0242540. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242540>
- Etter, D. J., McCord, A., Ouyang, F., Gilbert, A. L., Williams, R. L., Hall, J. A., Tu, W., Downs, S. M., & Aalsma, M. C. (2018). Suicide Screening in Primary Care: Use of an Electronic Screener to Assess Suicidality and Improve Provider Follow-Up for Adolescents. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *62*(2), 191-197. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.026>
- Feldman, M. D., Franks, P., Duberstein, P. R., Vannoy, S., Epstein, R., & Kravitz, R. L. (2007). Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Annals of family medicine*, *5*(5), 412-418. <https://doi.org/10.1370/afm.719>

- Figel, F.C., Menegatti, C.L., Pinheiro, E.P.N. (2013). Suicide attempts: A contingency analysis. *Estudos de Psicologia*, 30(2), 212-218 <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200007>
- Fordwood, S. R., Asarnow, J. R., Huizar, D. P., & Reise, S. P. (2007). Suicide attempts among depressed adolescents in primary care. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 36(3), 392-404. <https://doi.org/10.1080/15374410701444355>
- Franco, T. B.; Bueno, W. S.; Merhy, E. E. (1999). O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 345-353.
- Frankenfield, D. L., Keyl, P. M., Gielen, A., Wissow, L. S., Werthamer, L., & Baker, S. P. (2000). Adolescent patients--healthy or hurting? Missed opportunities to screen for suicide risk in the primary care setting. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 154(2), 162-168. <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.2.162>
- Franklin, J.C., Nock, M.K. (2017) Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. In: Kleespies, P.M. *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises*. New York: Oxford University Press, p. 217-238
- Fukumitsu, K. O., Provedel, A., Kovács, M. J., & Loureiro, A. C. T. (2015). Suicídio: uma análise da produção científica brasileira de 2004 a 2013. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2 (1), 5-14.

- Gardner, W., Klima, J., Chisolm, D., Feehan, H., Bridge, J., Campo, J., Cunningham, N., & Kelleher, K. (2010). Screening, triage, and referral of patients who report suicidal thought during a primary care visit. *Pediatrics*, *125*(5), 945-952. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1964>
- Gonçalves, P. I. E.; Silva, R. A.; Ferreira, L. A. (2015). Comportamento Suicida: Percepções e Práticas de Cuidado. *Psicologia Hospitalar*, *13*, 64-87
- Gordon R. (1987). An operational classification of disease prevention. In: Steinberg JA, Silverman MM, editors. *Preventing mental disorders*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 20-6.
- Hauge, L. J., Stene-Larsen, K., Grimholt, T. K., Øien-Ødegaard, C., & Reneflot, A. (2018). Use of primary health care services prior to suicide in the Norwegian population 2006-2015. *BMC health services research*, *18* (1), 619. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3419-9>
- Honório, R. P. P., Caetano, J. A. (2009). Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem.*, *11*(1), 188- 193. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46919>
- Horowitz, L. M., Ballard, E. D., & Pao, M. (2009). Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Current opinion in pediatrics*, *21*(5), 620-627. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3283307a89>
- Joiner, Gutierrez, T. E.Han, King, G. H. I. Naifeh, A., Sampson, J. A. Zaslavsky, Stein, A. M. Ursano, M. B, & Kessler, R. C. (2018). Risk factors for the transition from

suicide ideation to suicide attempt: Results from the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(2), 139-149.

Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617-626.

Ketel, C., Hedges, J. P., Smith, J. P., Hopkins, L. W., Pfeiffer, M. L., Kyle, E., Raman, R., & Pilon, B. (2021). Suicide detection and treatment in a nurse-led, interprofessional primary care practice: A 2-year report of quality data. *The Nurse practitioner*, 46(4), 33-40. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000737208.68560.b8>

Lake, C. R., & Baumer, J. (2010). Academic psychiatry's responsibility for increasing the recognition of mood disorders and risk for suicide in primary care. *Current opinion in psychiatry*, 23(2), 157-166. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328333e195>

LeCloux, M. A., Weimer, M., Culp, S. L., Bjorkgren, K., Service, S., & Campo, J. V. (2020). The Feasibility and Impact of a Suicide Risk Screening Program in Rural Adult Primary Care: A Pilot Test of the Ask Suicide-Screening Questions Toolkit. *Psychosomatics*, 61(6), 698-706. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.05.002>

LeCloux, M., Aguinaldo, L. D., Lanzillo, E. C., & Horowitz, L. M. (2021). PCP Opinions of Universal Suicide Risk Screening in Rural Primary Care: Current Challenges and Strategies for Successful Implementation. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 37(3), 554-564. <https://doi.org/10.1111/jrh.12508>

- LeFevre, M. L., & U.S. Preventive Services Task Force (2014). Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, *160*(10), 719-726. <https://doi.org/10.7326/M14-0589>
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American journal of psychiatry*, *159*(6), 909-916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>
- Malakouti, S. K., Nojomi, M., Poshtmashadi, M., Hakim Shooshtari, M., Mansouri Moghadam, F., Rahimi-Movaghar, A., Afghah, S., Bolhari, J., & Bazargan-Hejazi, S. (2015). Integrating a suicide prevention program into the primary health care network: a field trial study in Iran. *BioMed research international*, *2015*, <https://doi.org/10.1155/2015/193729>
- Manca D. P. (2015). Do electronic medical records improve quality of care? Yes. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, *61*(10), 846-851.
- McDowell, A. K., Lineberry, T. W., & Bostwick, J. M. (2011). Practical suicide-risk management for the busy primary care physician. *Mayo Clinic proceedings*, *86*(8), 792-800. <https://doi.org/10.4065/mcp.2011.0076>
- Meleiro, A. M. A. S., Mello-Santos, C., & Wang, Y. P. (2007). Suicídio e tentativa de suicídio. In: M. R. Louzã Neto & E. Elkis. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E.; Onocko, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, p. 71-112
- Merhy, E. E. (2006). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2. ed., 250p.
- Miller P. K. (2013). Depression, sense and sensitivity: on pre-diagnostic questioning about self-harm and suicidal inclination in the primary care consultation. *Communication & medicine*, 10(1), 37-49. <https://doi.org/10.1558/cam.v10i1.37>
- Milton, J., Ferguson, B., & Mills, T. (1999). Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis*, 20(4), 171-177. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.20.4.17>
- Milton, J., Ferguson, B., & Mills, T. (1999). Risk assessment and suicide prevention in primary care. *Crisis*, 20(4), 171-177. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.20.4.171>
- Miranda, R., Ortin, A., Scott, M., & Shaffer, D. (2014). Characteristics of suicidal ideation that predict the transition to future suicide attempts in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(11), 1288-1296. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12245>
- O'Connor, E., Gaynes, B., Burda, B. U., Williams, C., & Whitlock, E. P. (2013). *Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

- O'Connor, E., Gaynes, B. N., Burda, B. U., Soh, C., & Whitlock, E. P. (2013). Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 158(10), 741-754. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642>
- Organização Mundial da Saúde. (2001). Saúde mental – nova concepção, nova esperança. In: *Relatório sobre saúde no mundo*. Genebra: OPAS/OMS
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prevenindo o suicídio: um imperativo global*. Genebra: OPAS/OMS.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Manual para profissionais da atenção primária*. Genebra: OPAS/OMS
- Owens, D. Horrocks, J. & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British journal of Psychiatry*, 193-199.
- Pearson, A., Saini, P., Da Cruz, D., Miles, C., While, D., Swinson, N., Williams, A., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2009). Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 59(568), 825-832.

- Peña, J. B., & Caine, E. D. (2006). Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide & life-threatening behavior*, 36(6), 614-637.
<https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.614>
- Pimenta, C. A. M., Pastana, I. C. A.S.S., Sichieri, K., Solha, R.K.T., & Souza, W. (2015) *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. São Paulo: COREN, 50p.
- Pompili, M., Belvederi Murri, M., Patti, S., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P., & Amore, M. (2016). *The communication of suicidal intentions: a meta-analysis*. *Psychological medicine*, 46(11), 2239-2253.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716000696>
- Portal Sinan*. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Recuperado a partir de <http://portalsinan.saude.gov.br/>
- Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide risk in primary care: identification and management in older adults. *Current psychiatry reports*, 16(9), 466.
<https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>
- Raymond, C., Myers, S., Daly, R., Murray, D., & Lyne, J. (2020). Care Pathways in a Suicide Crisis Assessment Nurse (SCAN) service. *International journal of nursing practice*, 26(1), e12798. <https://doi.org/10.1111/ijn.12798>
- Ribeiro, L. P. (2006). *Análise funcional de relatos sobre tentativa de suicídio*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica, Campinas.

- Ribeiro, M. A. (2010). Terceira Idade Família e Relacionamento de Gerações. *Revista A Terceira Idade* ATI, SESC, São Paulo, 184, (16), 14-22.
- Ribeiro, N. M., Castro, S. S., Scatena, L. M., & Haas, V. J. (2018). Análise da Tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(2), 01-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002110016>
- Richards, J. E., Hohl, S. D., Whiteside, U., Ludman, E. J., Grossman, D. C., Simon, G. E., Shortreed, S. M., Lee, A. K., Parrish, R., Shea, M., Caldeiro, R. M., Penfold, R. B., & Williams, E. C. (2019). If You Listen, I Will Talk: the Experience of Being Asked About Suicidality During Routine Primary Care. *Journal of general internal medicine*, 34(10), 2075-2082. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05136-x>
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Jr, Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide & life-threatening behavior*, 36(3), 255-262. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255>
- Saini, P., Chantler, K., & Kapur, N. (2016). General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Health & social care in the community*, 24(3), 260-269. <https://doi.org/10.1111/hsc.12198>
- Sakinofsky, I. Roberts, R. S. Brown, Y. Cumming, C. & James, P. (1990). Problem Resolution and Repetition of Parasuicide: a prospective study. *British Journal of Psychiatry*, (156), 395-399.

- Scherr, S.; Reinemann, C. (2011). Belief in a Werther effect. Third-Person effects in the perceptions of suicide risk for others and the moderating role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 624-634.
- Schmidtke, A; Häfner, H. (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med.* 18(3), 665-676.
- Shepardson, R. L., Kosiba, J. D., Bernstein, L. I., & Funderburk, J. S. (2019). Suicide risk among Veteran primary care patients with current anxiety symptoms. *Family practice*, 36(1), 91-95. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy088>
- Sidman, M. (2009). *Coerção e suas implicações*. Campinas: Livro pleno. (Trabalho original publicado em 1989).
- Silva, (2006) C. C. F. *Tentativa de Suicídio Recorrente: um Estudo Clínico de Indivíduos que tentaram o suicídio ao menos três vezes*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Pontifícia Universidade Católica. Campinas.
- Skinner, B. F. (1984). *Contingências do reforço: Uma análise teórica*. In: *Os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural. (Trabalho original publicado em 1969).
- Skinner, B. F. (1991). *Questões Recentes na Análise Comportamental*. Campinas: Papyrus Editora. (Trabalho original publicado em 1989).
- Skinner, B. F. (2000). *Para além da liberdade e da dignidade*. Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1971)
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)

- Skinner, B.F. (1999). *Cumulative Record*. Acton, Mass: Copley Publishing Group.
- Smith, M., & Wilder, D. A. (2018). The Use of the Performance Diagnostic Checklist-Human Services to Assess and Improve the Job Performance of Individuals with Intellectual Disabilities. *Behavior analysis in practice, 11*(2), 148-153.
- Solin, P., Tamminen, N., & Partonen, T. (2021). Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scandinavian journal of primary health care, 39*(3), 332-338.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1958462>
- Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V., Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *Am J Psychiatry, 158*, 427-432.
- Steinfeld, B. I., & Keyes, J. A. (2011). Electronic medical records in a multidisciplinary health care setting: A clinical perspective. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*(6), 426-432. <https://doi.org/10.1037/a0025674>
- Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lonnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry, 161*, 3, 562-563.
- Teng, C. T. & Pampanelli, M. B. (2015). O Suicídio no contexto psiquiátrico. *Revista Brasileira de Psicologia, 02*, Salvador, Bahia.

- Todorov, J. C., Moreira, M., Prudêncio, M. R. A., & Pereira, G. C. C. (2004). Um estudo de contingências e metacontingências no Estatuto da Criança e do Adolescente. In: J. C. Todorov, R. C. Martone, & M. B. Moreira (Orgs.). *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade*. Santo André, SP: ESETec, 45-54.
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227-1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Villatte, J. L., O'Connor, S. S., Leitner, R., Kerbrat, A. H., Johnson, L. L., & Gutierrez, P. M. (2015). Suicide Attempt Characteristics Among Veterans and Active-Duty Service Members Receiving Mental Health Services: A Pooled Data Analysis. *Military behavioral health*, 3(4), 316-327. <https://doi.org/10.1080/21635781.2015.1093981>
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.V., Yeh, E.K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29, 9-17.
- Werlang, B. G. & Botega, J. N. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.
- Werlang, B. S. G. (2000). Proposta de uma entrevista semiestruturada para a autópsia psicológica em casos de suicídio. Tese (Doutorado em Ciências Médicas-Saúde Mental), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

- Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fenterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 259-266.
- While, D., Bickley, H., Roscoe, A., Windfuhr, K., Rahman, S., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet (London, England)*, 379(9820), 1005-1012. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61712-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61712-1)
- Wiborg, J. F., Gieseler, D., & Löwe, B. (2013). Suicidal ideation in German primary care. *General hospital psychiatry*, 35(4), 366-369. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.02.001>
- Wilder, D. A., Cymbal, D., & Villacorta, J. (2020). The Performance Diagnostic Checklist-Human Services: A brief review. *Journal of applied behavior analysis*, 53(2), 1170-1176. <https://doi.org/10.1002/jaba.676>
- Wintersteen M. B. (2010). Standardized screening for suicidal adolescents in primary care. *Pediatrics*, 125(5), 938-944. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2458>

APÊNDICE



O Acolhimento de demandas relacionadas ao comportamento suicida na Atenção Primária à Saúde sob o enfoque analítico-comportamental

Material de Apoio Autoinstrutivo



**São Paulo
Puc-SP
2022**

Apresentação

De acordo com Werlang & Botega (2004) a perspectiva em relação ao suicídio tem mudado ao longo da história. Atualmente o suicídio é visto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) com um problema de saúde pública, sendo definido como “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (OMS, 2001, p.66). A OMS (2014) aponta o suicídio como a segunda causa de mortes entre jovens entre 15 e 29 anos e estima que até o ano de 2020 a prevalência de suicídios no mundo atinja aproximadamente 1.53 milhões de pessoas.

Como um sério problema de saúde pública, o comportamento suicida demanda nossa atenção, mas sua prevenção e controle, infelizmente, não são uma tarefa fácil. As melhores pesquisas indicam que a prevenção do suicídio, enquanto factível, envolve uma série completa de atividades, abrangendo desde a provisão das melhores condições possíveis para congregar um tratamento efetivo das condições de saúde mental até um controle ambiental dos fatores de risco (OMS, 2000). Elementos essenciais para os programas prevenção do suicídio são o aumento da percepção e a disseminação de informação apropriada. Este livreto constitui-se como produto da tese de Doutorado da autora e tem como objetivo ser um material de apoio ao trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas UBS e PSF, que diariamente acolhem as mais variadas demandas, incluindo pessoas com relatos sobre comportamento suicida ou apresentando fatores de risco para o suicídio.

Conhecida como Porta-Aberta para o Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Primária a Saúde (APS) têm se deparado com a problemática do comportamento suicida e frequentemente os profissionais se vêm solitários e sem recursos para o manejo adequado desse tipo de agravo (referência). Destaca-se a importância do reconhecimento dos profissionais que atuam na APS, considerando a atuação das equipes de saúde no território e evidências do alto índice de casos de suicídio entre aqueles que passaram por atendimento na UBS, nos meses anteriores ao óbito (Luoma et al, 2002).

Por que esse material foi construído?

O presente material foi construído partindo-se do pressuposto que o Acolhimento na APS pode ser uma estratégia de saúde relevante na prevenção de comportamentos suicidas e do suicídio. O Acolhimento à demanda relacionada ao comportamento suicida pressupõe uma escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravos à saúde e o sofrimento dos usuários. Essa escuta deve considerar as dimensões de vulnerabilidade e gravidade, os fatores de risco e proteção e têm a finalidade de priorizar os atendimentos a eventos mais agudos, conforme a necessidade e disponibilidades de recursos, a partir de critérios clínicos disponíveis em diretrizes e orientações assistenciais para APS (Brasil, 2014).

Perguntar aos pacientes sobre pensamentos de suicídio não os leva a isso. Pelo contrário, protege. Na verdade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real, e conversar sobre a situação desencadeada pelo stress e eventos agudos são componentes necessários para a redução da ideação suicida. Uma entrevista de avaliação de risco costuma produzir alívio emocional transitório e aumento da confiança na equipe e no paciente¹⁹. Este material pretende apresentar possibilidades de condutas; apontar a importância do registro e das notificações de violências autoprovocadas para obtenção de informação qualificada sobre a ocorrência de comportamentos suicidas em um determinado território e sugerir medidas a serem que podem ser incluídas dentro do procedimento de Acolhimento à demandas espontâneas em serviços de APS, visando a reduzir o risco de suicídio.

Em resumo, o objetivo do presente material é apresentar possibilidades ações a para equipes multiprofissionais na abordagem ao paciente durante Acolhimento, seja diante de relatos diretos, seja diante de respostas às perguntas ou diante de outros sinais²⁰ que indiquem que há eminência ou suspeita de risco de suicídio.

¹⁹ Nas seções de referências, apêndices e anexos você encontrará o aprofundamento dessas informações, bem como sugestões de instrumentos para auxiliar na condução da entrevista de avaliação de risco.

²⁰ Vide quadro ilustrativo “Sinais de alerta para a ocorrência de Comportamento suicida”, na subseção *Conceitos comumente utilizados para fazer referência ao comportamento suicida*, subitem *E os sinais de alerta?*

Para quem esse material é indicado?

Para todos os trabalhadores do SUS que atuam nos serviços de Atenção Primária, na função de acolher pessoas em sofrimento emocional relacionado ao suicídio. Desses profissionais espera-se o domínio de diferentes saberes, diferentes ciências e técnicas para reconhecer, diagnosticar e cuidar de problemas e agravos de saúde complexos e diversos, mas nem sempre há disponibilidade de materiais atualizados e educação continuada. Entre os agravos frequentemente presentes na APS estão as demandas relacionadas ao comportamento suicida no cotidiano (OMS, 2000). A partir das informações e sugestões aqui apresentadas, espera-se que os profissionais possam atuar com mais segurança quanto *ao que fazer* diante de uma pessoa em risco de suicídio. Espera-se que esse material sirva de apoio ao acolhedor, possa ser futuramente avaliado e melhorado.



Sumário

1 - Suicídio como problema de saúde pública	
2 – Porque o Acolhimento pode contribuir para a prevenção do suicídio?.....	
3 - Estratégias para acolher, identificar e cuidar de pessoas em risco de suicídio	
4 – Quais Instrumentos para a prevenção do suicídio que podem ser aplicados durante o Acolhimento?.....	
À guisa de conclusão.....	
Referências Bibliográficas.....	
Apêndices.....	
Anexos....	

1 - Suicídio como problema de saúde pública

“Suicídio como um problema de saúde pública” você provavelmente já ouviu essa frase e como profissional de saúde sabe o que ela quer dizer. Mas e no dia-a-dia do serviço de uma Unidade Básica de Saúde como isso tem se tornado um problema? Como você atua diante de demandas relacionadas a comportamento suicida?

As informações compiladas nesta seção visam trazer dados atualizados sobre o comportamento suicida no Brasil; apresentar os principais conceitos relacionamentos ao comportamento suicida e suicídio.

1.1 Alguns dados epidemiológicos do suicídio no Brasil

Alguns dados importantes sobre o suicídio no Brasil e sobre sua ocorrência em uma perspectiva global são ilustrados a seguir:

Cenário Nacional até 2009



Segundo dados disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a taxa de crescimento de suicídios entre 1980 e 2000 foi de 21% para a população brasileira em geral (Mello-Santos et al. 2005);



Analisando-se em termos de sexo houve um crescimento de 40% nos suicídios cometidos por homens e um decréscimo de 20% pelas mulheres. Homens concretizaram mais suicídios que mulheres cerca de 2,3 a 4 vezes mais ao longo desses 20 anos (Mello-Santos et al. 2005)



Em termos etários, o maior crescimento de suicídios concretizados foi na faixa etária de 15 a 24 anos de idade, com crescimento de 10 vezes ao longo do período estudado, com disparidade de sexos: a taxa entre homens aumentou 20 vezes e entre mulheres 4 (Mello-Santos et al. 2005);



As características sociodemográficas mais fortemente relacionadas aos suicídios concretizados foram, respectivamente da maior para a menor: ser homem, ter entre 20 e 29 anos de idade, estar solteiro e baixa escolaridade (Lovisi et al. 2009);



Segundo Lovisi et al. (2009) a própria residência foi o local mais escolhido para a realização do suicídio (51%) seguido por hospitais (26,1%). Quanto aos métodos, observou-se que o método principal foi o enforcamento (47,2%) seguido por armas de fogo (18,7%), outros meios (14,4%) e envenenamento (14,3%). Neste caso o uso de pesticidas predomina (41,5%) seguido pela ingestão de medicamentos (18%).



Já Lovisi e colaboradores (2009) analisaram os dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS entre 1980 e 2006 e encontraram um aumento de 29,5% da taxa de suicídio brasileira geral ao longo da série histórica;

Dados epidemiológicos globais (OMS, 2016)

† † † † † 800 mil
† † † † † mortes por ano
† † † † †

Número de tentativas 

10 a 20 vezes

maior do que o de suicídio concretizado
anualmente (aproximadamente entre
8 e 16 milhões de pessoas)



79%

dos suicídios concretizados
ocorrem em países de baixo ou
médio desenvolvimento
socioeconômico



2ª causa
de morte

entre jovens de 15 a 29 anos de idade



20% das
mortes

são causadas por envenenamento
com ingestão de pesticidas

Mais recentemente, através de um estudo descritivo com base nos dados de óbitos por suicídio registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)²¹, entre 2010 a 2019, e de notificações de violências autoprovocadas registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 2019, ocorreram no Brasil entre 2010 e 2019, 112.230 mortes por suicídio, com um aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019.

Homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que mulheres. Entre homens, a taxa de mortalidade por suicídio em 2019 foi de 10,7 por 100 mil, enquanto entre mulheres esse valor foi de 2,9. Ao analisar a evolução da mortalidade por suicídio segundo sexo, observou-se aumento das taxas para ambos os sexos, com manutenção da razão de taxas entre os sexos no período. Comparando os anos de 2010 e 2019, verificou-se um aumento de 29% nas taxas de suicídios de mulheres, e 26% das taxas entre homens.

A análise da evolução dessas taxas segundo faixa etária demonstrou aumento da incidência de suicídios em todos os grupos etários. Destaca-se, nesse aspecto, um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes, que sofreram um incremento de 81% no período, passando de 606 óbitos e de uma taxa de 3,5 mortes por 100 mil hab., para 1.022 óbitos, e uma taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes.

Entre 2010 e 2013 houve um aumento de 113% na taxa de mortalidade por suicídios entre os menores de 14 anos, passando de 104 óbitos e uma taxa de 0,3 por 100 mil, para 191 óbitos, e uma taxa de 0,7 por 100 mil habitantes. A ocorrência das lesões autoprovocadas se concentrou na faixa etária de 20 a 39 anos, com 46,3% dos casos. A faixa etária de 15 a 19 anos aparece na segunda posição, com 23,3% dos casos.

Chama a atenção o acelerado aumento das taxas de suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. A literatura tem apontado para a adolescência e o início da fase adulta como os principais estágios da vida para o início de comportamentos suicidas. Nesse sentido, o suicídio configura a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos de idade. Há uma conjunção de fatores relacionados ao comportamento suicida na juventude. Alguns fatores que se destacam

²¹ Ministério da Saúde. (2021). Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde. 7ed. Volume 52, n.33, n. 33 p.1-10.

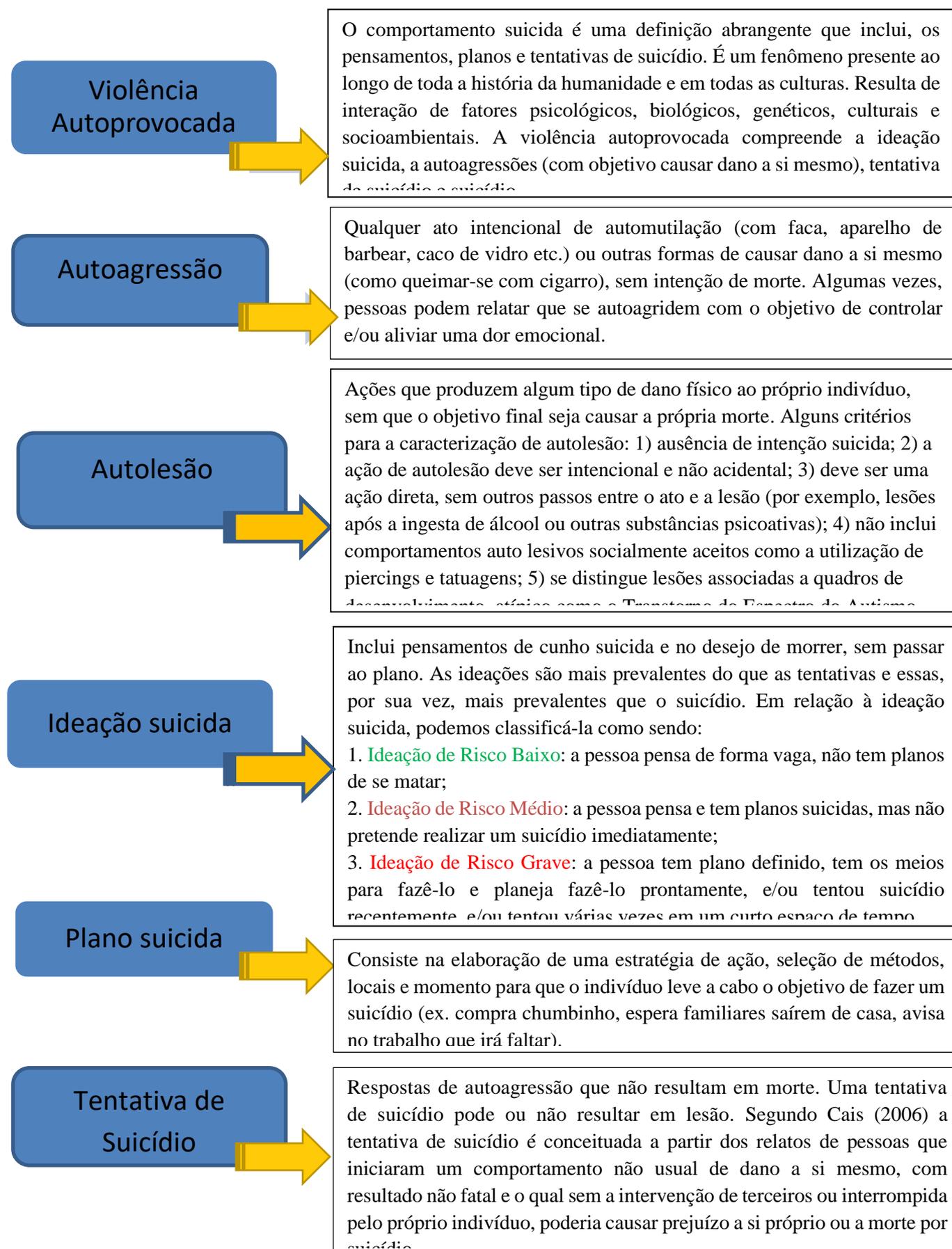
são os sentimentos de tristeza, desesperança e a depressão, ansiedade, baixa autoestima, experiências adversas pregressas, como abusos físicos e sexuais pelos pais ou outras pessoas próximas, falta de amigos e suporte de parentes, exposição à violência e discriminação no ambiente escolar e o uso de substâncias psicoativas.

A diferença entre os sexos configura um fator marcante no risco de suicídio, uma vez que, globalmente, homens apresentam um maior risco de morte por suicídio em relação às mulheres. Não obstante, mulheres apresentam maiores prevalências de ideação e tentativas de suicídio. Essas diferenças têm sido associadas à maior agressividade e uma maior intenção de morrer entre homens, levando ao emprego de métodos mais letais, maior acesso a armas de fogo e outros objetos letais, e maior suscetibilidade aos impactos de instabilidades econômicas entre homens. As evidências e estatísticas também têm demonstrado riscos de suicídio entre grupos em situação de maior vulnerabilidade, como migrantes e refugiados, população LGBT e povos indígenas.

A análise das imagens e informações sobre a suicidalidade permite perceber que o Brasil vem na contramão de outros países na prevenção ao suicídio (Faria, Marcon, Nespolo, Santos, Espinosa, Oliveira & Lima, 2022), a reunião de esforços entre todos os níveis de atenção de faz mister para melhora nos índices registrados. Conhecer para intervir pode ser um caminho profícuo para a APS.

A seguir serão abordados os principais termos do que doravante chamaremos aqui de *comportamento suicida* e os comportamentos que englobam essa categoria serão alvo das orientações nos capítulos seguintes do material.

1.2 Conceitos comumente utilizados para fazer referência ao comportamento suicida



Categoria	Definição/Conceito	O que diz a Literatura²²
Suicídio	É compreendido por alguns autores como o elo final de uma cadeia de comportamentos distintos e complexos (Barrero, 1999; Bertolote, 2012; Werlang & Botega, 2004). Sendo definido como uma resposta (ou respostas) de autoagressão que resulta(m) em morte, com alguma evidência de intenção de morrer (exclui-se aqui acidentes fatais provocados pelo próprio indivíduo)	Revisões de Literatura e estudos retrospectivos tem evidenciado o papel da APS na prevenção ao suicídio. Esses estudos fazem levantamentos da taxa de pessoas que buscaram a APS em diferentes períodos antes do suicídio. Desde 1999 os resultados são os mesmos: alta taxa de visita aos serviços primários entre pessoas que morreram por suicídio se comparadas com a população geral.
Tentativa de suicídio	Respostas de autoagressão que não resultam em morte. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesão, sendo um comportamento potencialmente autolesivo associado a pelo menos alguma intenção de morrer (exclui-se aqui acidentes não fatais provocados pelo próprio indivíduo).	Alguns jovens que tentam suicídio relatam que sua principal motivação é outra que não morrer, como escapar de uma situação intolerável, expressar hostilidade ou chamar atenção; no entanto, muitos reconhecerão a possibilidade de que seu comportamento possa ter resultado em morte. A Tentativa de suicídio é caracterizada por maior comprometimento funcional do que autolesão não suicida. A Tentativa de suicídio é considerada o principal fator de risco para a ocorrência de outras tentativas e para a morte por suicídio.
Ideação Suicida Ativa	Pensamentos sobre agir para pôr fim a própria vida, incluindo: identificar um	A presença de ideação suicida ativa, como ter feito um plano ou relatar intenção de morrer, está associada a um risco aumentado para realização de uma tentativa de suicídio

²² Detalhamento de comportamentos suicidas e comentários extraídos da literatura revisada previamente à elaboração do presente Material, especialmente no estudo de Turecki e Brent, 2016.

		método, ter um plano e/ou ter a intenção de agir nesse sentido.	
Ideação Passiva	Suicida	Pensamentos sobre a morte, ou querer estar morto sem menção a planos ou relatos claros sobre a intenção de agir nesse sentido.	Segundo Feldman, Franks, Duberstein, Vannoy, Epstein e Kravitz (2007), a ideação suicida confere risco de suicídio apesar da ampla oportunidade de detecção e intervenção, pois os pacientes com pensamentos suicidas raramente alertam os profissionais de saúde sobre seus planos e os estudos encontraram baixas taxas de investigação e detecção de pensamentos suicidas dos pacientes em serviços de cuidados primários.
Autolesão suicida	não	Comportamento auto lesivo sem intenção de morrer	A Autolesão não suicida e Ideação Passiva diferem em termos de motivação, transmissão familiar, idade de início, psicopatologia e comprometimento funcional (maior risco se houver histórico de tentativa de suicídio). A autolesão não suicida ocorre mais comumente consiste em cortes repetitivos, fricção, queimaduras ou arrancando pedaços de pele (feridas). As principais motivações relatadas incluem aliviar a angústia, “sentir algo”, induzir a autopunição, chamar a atenção ou escapar de uma situação difícil (Turecki & Brent, 2016).
Eventos suicidas		O início ou agravamento da ideação suicida ativa ou uma tentativa suicida ou encaminhamento de emergência para ideação suicida ativa ou comportamento suicida	Este parâmetro é frequentemente utilizado em estudos farmacológicos. A inclusão de procedimentos de resgate nesta categoria guarda-chuva ocorre porque um paciente com ideação que recebeu intervenção de emergência poderia ter tentado se não tivesse sido reconhecido e tratado.
Atos preparatórios para Tentativa de Suicídio iminente		Ações são realizadas com a finalidade de pôr fim a própria vida, mas estas são interrompidos pelo próprio indivíduo ou por outros	Estados particulares, como transtorno bipolar de estado misto e episódios psicóticos durante a depressão, podem aumentar significativamente o risco de atos suicidas iminentes e requerem atenção especial.
Autolesão deliberada		Qualquer tipo de comportamento autolesivo, incluindo tentativa de suicídio e autolesão não suicida	A combinação de tentativa de suicídio e autolesão não suicida em uma única categoria reflete sua alta comorbidade, diátese compartilhada e o fato de autolesão não suicida ser um forte preditor de eventual tentativa de suicídio.

		<p>Nem todos os eventos classificados como tentativas de suicídio são motivados por um verdadeiro “desejo de morrer”, mas algumas vezes por desejos de atrair atenção²³, escapar e comunicar hostilidade. No entanto, quando apenas a autolesão deliberada é relatada, tentativa de suicídio e autolesão não suicida não podem ser posteriormente desconsiderados.</p>
<p>Risco de Suicídio</p>	<p>Probabilidade de um indivíduo com fatores de risco para suicídio efetivamente realizá-lo. Pode-se sempre estimar o risco de suicídio com base em uma avaliação de risco eficiente. Atentar que se trata de uma estimativa, baseada em evidências epidemiológicas, e não um cálculo exato.</p>	<p>Apesar da proporção substancial de prestadores de cuidados primários que encontraram pacientes suicidas, a maioria dos profissionais ainda não rastreia rotineiramente seus pacientes para suicídio ou fatores de risco associados. Mais treinamento é necessário e desejado pelos entrevistados da pesquisa. O desenvolvimento e o uso generalizado de uma ferramenta de triagem curta, de fácil administração, confiável e válida são recomendados para ajudar profissionais a obter informações mais completas durante todos os atendimentos.</p>

²³ Considerar, que independentemente do objetivo da tentativa de suicídio ou de outro comportamento suicida, há sempre o risco de um suicídio.

Dado que o suicídio é o resultado de uma série complexa de fatores e variáveis diversas, e que ainda não é possível prever com segurança quando alguém tentará um suicídio, é consenso entre os estudos analisados que a melhoria da avaliação do risco de suicídio pode ser um fator crítico na prevenção de novas tentativas. Paralelo a isso, a combinação de intervenções após a alta hospitalar as ações de longo prazo são estratégias importante para a redução das tentativas e consequentemente podem reduzir as mortes por suicídio.

As intervenções em comportamento suicida podem ser desenvolvidas a partir da análise de fatores considerados críticos para sua ocorrência e prevenção (fatores de risco e proteção), do desenvolvimento de estratégias em diferentes níveis de atenção a saúde para o seu rastreamento e da articulação de diferentes estratégias de prevenção.

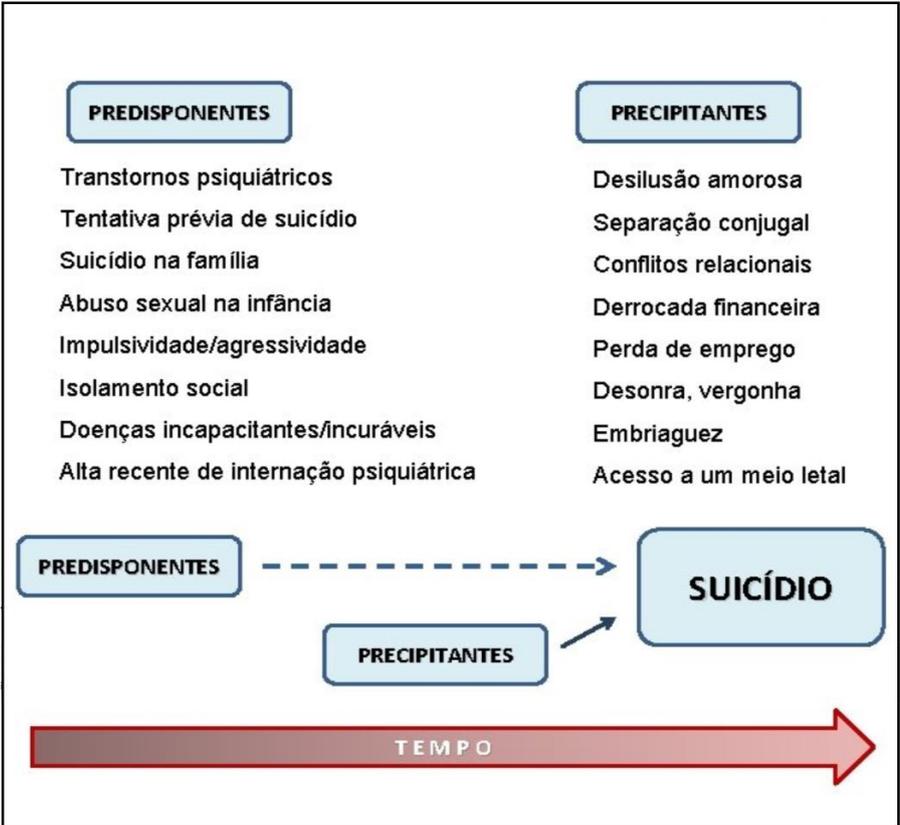
Fatores de risco

Fatores de risco para o suicídio podem ser entendidos como quaisquer variáveis (individuais, estilo de vida, exposição ambiental, características hereditárias etc.) que possam alterar a probabilidade de um indivíduo se engajar em comportamentos cuja função seja tirar a própria vida. Fatores de risco para o suicídio aparecem nos estudos, em geral, separados em categorias e, embora não haja uniformidade de nomenclatura, é comum a subdivisão desses fatores em sociodemográficos, psicológicos, ambientais e clínicos.



Outra subdivisão descrita na literatura entre os fatores de risco é a relacionada ao aspecto temporal, consistindo no intercâmbio entre os fatores predisponentes e precipitantes. Enquanto os predisponentes estão associados a história de vida, os precipitantes podem ser vistos como um evento repentino e estressor para o indivíduo.

Fatores de risco aumentam a probabilidade de ocorrência de comportamentos suicidas e suicídios.



Fonte: Botega (2012)

O aspecto temporal também precisa ser levado em conta entre a apresentação de comportamento suicida e outro, por exemplo, entre o relato de ideação, a ocorrência de tentativa de suicídio etc.

Já os fatores de proteção são definidos por Werlang, Borges e Fenterseifer (2005) como variáveis que diminuem a probabilidade de um resultado negativo entre indivíduos que estão em risco. Tais fatores não constituem ausência dos fatores de risco, mas, sim, variáveis modificadoras da direção ou força da relação entre um fator de risco e seu resultado (Werlang *et al.*, 2005). Os estudos sobre fatores de proteção são de grande importância para a prevenção de comportamento suicida, pois facilitam a compreensão de quais fatores estão disponíveis ou ausentes no ambiente diminuirão ou aumentarão a probabilidade de alguém se engajar em respostas que culminem em suicídio. Além disso, para fins de intervenção, fatores de proteção são considerados decisivos para qualquer estratégia de prevenção, especialmente os ambientais, que podem ser implementados ou alterados com maior facilidade (OMS, 2014).

- Habilidades desenvolvidas de *coping* (incluindo auto-controle, auto-eficácia e habilidades sociais);
- Capacidade efetiva de resolução de problemas;
- Ter razões para viver (objetivos, metas e coisas que gosta de fazer);
- Participação em atividades esportivas e percepção de boa saúde como um todo;
- Bom relacionamento com familiares;
- Senso de conexão com amigos e outras pessoas significativas;
- Crenças religiosas



Fonte: OMS (2014)²⁴

E os sinais de alerta?

Os sinais de alerta também conhecidos como sinais de risco têm sido amplamente utilizados pela comunidade em geral como um mecanismo para prevenir um amplo espectro de problemas de saúde e distúrbios relacionados. Por exemplo, sinais de alerta padronizados para

²⁴ Estudos mais recentes (Andrade *et al.*, 2020) demonstram que não é a mera presença de crenças religiosas que atuam como fatores protetivos. Existem outros fatores que medeiam a relação entre religiosidade e proteção contra atos suicidas. O grau de secularização/religiosidade de uma comunidade interage com a sanção religiosa contrária a atos suicidas. Também deve ser levada em conta a forma como o indivíduo experencia sua crença religiosa (se mais privada ou mais pública, por exemplo)

ataque cardíaco, acidente vascular cerebral e diabetes são difundidos e comumente conhecidos (Carter, 2004; Lee, 2004). A padronização e disseminação de sinais de alerta para o suicídio têm considerável apelo tanto do ponto de vista da saúde pública quanto clínica e é um assunto que tem recebido atenção (Rudd, Berman, Joiner, Nock, Silverman, Mandrusiak, Van Orden & Witte, 2006). Pode-se entender os sinais de alerta como a apresentação de comportamentos pouco habituais, advindos das situações citadas nos fatores de risco.

Sinais de Alerta para ocorrência de comportamento suicida

- Relatar preocupação com a própria morte ou falta de esperança;
- Expressar ideias ou intenção de se colocar em risco;
- Diminuir a frequência ou não realizar autocuidado (banho, medicações, alimentação);
- Mudanças na alimentação e/ou hábitos de sono;
- Usar abusivamente álcool e outras drogas;
- Alterações nos níveis de atividade e/ou de humor;
- Isolar-se progressivamente de amigos e/ou familiares;
- Diminuir a frequência em atividades antes apreciadas (trabalhar, lazer, hobbies etc.)
- Diminuir o rendimento escolar/acadêmico;
- Autoagressão:
 1. *Mudanças no vestuário habitual para cobrir partes do corpo (ex. blusas de mangas compridas, inclusive em dias quentes);*
 2. *Relutância em participar de atividades físicas anteriormente apreciadas (ex. aquelas que envolvem o uso de shorts ou roupas de banho).*

Fonte: Rudd et al, (2006).

Em resumo:



Ao se estudarem os fatores de risco e proteção, não basta contar os eventos. Não se trata de “checklist”, e os fatores devem ser avaliados criticamente em seu contexto individual. Um

mesmo item pode aumentar o risco em um contexto, e reduzir em outro. Alguns fatores podem ser rapidamente modificáveis, o que também altera o risco. Vale atentar-se sempre aos fatores de proteção, tanto identificáveis pela própria pessoa em risco quanto avaliados pelo profissional, já que comumente são ignorados na avaliação de risco.

A seguir destaca-se como a APS pode ser estrategicamente preventiva a partir do Acolhimento.

2 - Porque o Acolhimento pode contribuir para a prevenção do suicídio?

A prevenção do suicídio envolve uma série de ações que vão desde proporcionar melhores condições de vida, passando pelo tratamento eficaz de transtornos mentais, a verificação e intervenção nos fatores de risco, ampliação dos fatores de proteção e manejos dos sinais de alerta. Passa ainda pela informação e a mobilização da comunidade para as ações de prevenção, a identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade (OMS, 2000). Assim, as ações de prevenção ao suicídio podem ser classificadas em universal, seletiva e indicada²⁵ (Mrazek & Haggerty, 1994).

Algumas das razões pelas quais o trabalho de prevenção do suicídio na atenção primária é essencial: são os profissionais da atenção primária que possuem um contato mais longo e próximo com a comunidade, facilitando o acesso a ela; é a equipe que constrói o elo entre a comunidade e o sistema de saúde; o seu conhecimento da comunidade permite organizar diferentes fontes de apoio, tais como família, amigos e organizações; o profissional poderá oferecer um cuidado continuado (OMS, 2000). Quando a equipe de saúde desconfia que o usuário apresenta algum comportamento suicida deve investigar: estado mental atual²⁶ e pensamentos sobre morte e suicídio; plano suicida atual; se há um sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.).

²⁵ A **prevenção universal** é dirigida à população geral sem prévia análise do grau de risco individual. Toda a população é considerada como tendo o mesmo nível de risco em relação ao suicídio; A **prevenção seletiva** é dirigida a subgrupos ou segmentos da população geral com características específicas identificadas como de risco para o comportamento suicida, por exemplo, populações expostas a fatores de risco; A **prevenção indicada** dirige-se a indivíduos com comportamentos de risco, que já apresentaram comportamentos suicidas, como a tentativa de suicídio e requerem intervenção individualizada.

²⁶ De acordo com o Guia para Exame Diagnóstico segundo o DSM-5, o exame do estado mental consiste em *observar* e *anotar*: **aspectos da aparência** (como a pessoa está vestida, hábitos, higiene pessoal etc.); **comportamento** (presença de maneirismos, estereotípias, postura, catalepsia, tremor, agitação psicomotora etc.); **fala** (velocidade, tom de voz, volume

Em uma revisão de Luoma *et al.* (2002) mostrou que dois terços dos que morreram em decorrência de suicídio comunicaram claramente essa intenção a parentes próximos ou amigos na semana anterior. O contato com serviços de saúde mental dentro de um mês antes do suicídio era, em média, aproximadamente 19%, já em relação ao contato com os profissionais de serviços primários foi de 45%. A taxa de contato com profissionais de cuidados primários dentro de um ano antes ao suicídio foi de 77%. Infelizmente o que foi verificado por Luoma et al (2002) seguiu sendo apontado por estudos posteriores (McDowell, Lineberry, & Bostwick, 2011; Hauge, Stene-Larsen, Grimholt, Øien-Ødegaard & Reneflot, 2018; Mann, Michel, & Auerbach, 2021).

Geralmente quando alguém diz que está cansado da vida ou que não há mais razão para viver, é rejeitado não recebendo o acolhimento necessário. Muitas pessoas não sabem o que fazer ao ouvir esse tipo de frase e acabam ignorando ou desqualificando o que a pessoa sente e diz. Isso pode agravar a situação (OMS, 2000). A boa qualidade do contato inicial com o usuário com algum risco é essencial. Primeiramente é necessário encontrar um espaço reservado que permita manter a privacidade. Em seguida é necessário reservar um tempo para essa conversa, tendo em vista que falar sobre seu sofrimento e sobre a vontade de morrer é doloroso e difícil, devendo ser respeitado o tempo da pessoa para falar. Ouvir a pessoa atentamente – olhar para a pessoa, expressar verbalmente e gestualmente atenção – ajudará a reduzir o desespero experienciado por ela (OMS, 2000). Sabe-se que muitas vezes há excesso de trabalho muitos usuários aguardando o Acolhimento, tornando a organização desse momento um desafio para o profissional da APS.

Aliado ao tabu em relação ao tema, muitos sentem que não podem ou não devem pedir ajuda e por seu turno, os profissionais podem sentir receio de abordar o assunto por falta de preparo ou dificuldade de atender alguém em risco de suicídio²⁷.

latência etc.); **emoção** (tipo de emoção, intensidade, adequação, estabilidade, humor, afetos); **processo de pensamento** (afrouxamento das associações, fornecimento de detalhes desnecessários, respostas desconectadas da questão, distração, uso aleatório de palavras, sobreposição de ideias, repetição prolongada de palavras etc.); **conteúdo do pensamento** (presença de ideia ou plano de se machucar (ideação suicida), medos intensos de objeto, atividade ou situação (fobias), ideia, imagem ou desejo recorrente e persistente (obsessão), impulso irresistível para executar uma ação (compulsão), percepção de estímulo ausente (alucinações), ideias fixas irreais ou falsas de si ou de algo (delírios) etc.) e **cognição e recursos intelectuais** (orientação, memória recente e remota, capacidade de abstrair e interpretar, **insights** e julgamento.

²⁷ Para saber mais sobre as problemáticas apontadas por profissionais de serviços primários no manejo do comportamento suicida na seção de referências constam estudos que podem ser acessados e lidos na íntegra.

2.1 Potencial da APS e do Acolhimento na prevenção do suicídio

Para a OMS (2001), a APS é de suma importância na elaboração de qualquer política de prevenção ao suicídio, primeiramente, porque as equipes que atuam na APS têm um contato próximo e contínuo com as pessoas da comunidade, o que favorece que sejam conhecidos e aceitos pela população local. Essa aproximação é potencializada, sobretudo, com a capilaridade possibilitada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e com diferencial da inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na sua linha de cuidado. Os profissionais da APS atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto aos moradores, em seus territórios de abrangência, e, por conta disso, acabam conhecendo de perto as demandas, os lares, os modos de vida, os determinantes e condicionantes de saúde e doença dos usuários e suas famílias (OMS, 2001).

As ESF fazem a ponte entre a comunidade e o SUS. Em muitos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional da APS é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde, sobretudo pelo fato de seu conhecimento da comunidade local lhe permitir reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações em torno dos usuários. Aliado a isso, esses profissionais estão em posição de oferecer cuidado continuado e cotidiano, tornando-os essenciais na prevenção dos agravos de saúde e por seu turno, ao comportamento suicida e o suicídio (OMS, 2001).

2.1 Quais ações podem ser realizadas?

Em uma perspectiva comportamental o contexto tem função sobre a apresentação de determinados comportamentos e essa premissa básica pode auxiliar na delimitação das melhores estratégias de Acolhimento.

A avaliação de risco talvez seja um dos maiores desafios clínicos para os profissionais de saúde. Frequentemente, a pessoa que apresenta comportamento suicida não busca o serviço de saúde mental. É mais comum ela tentar conversar sobre sua ideação suicida com familiares, conhecidos ou com profissionais de serviços de saúde, como os da APS.

Desse modo, a própria busca por Acolhimento pode ser interpretada pelo profissional de saúde como um contexto favorável a investigação de fatores de risco, observação de sinais de alerta.

As ações desempenhadas a partir do contexto apresentado poderão produzir como consequências:

1. Vinculação ao serviço de saúde;
2. Adesão ao tratamento ou conduta;
3. Possibilidade de melhora do desempenho em acolher demandas advindas de violências autoprovocadas;
4. Possibilidade de prevenção de comportamentos suicidas e de suicídios.

3 - Quais Instrumentos para aferição de risco podem ser aplicados durante o Acolhimento?

Os instrumentos a seguir foram validados na literatura internacional como auxiliares no rastreio de Depressão e comportamento suicida. Apesar de Abarca *et al.* (2018) também apontam que o uso apenas escalas para avaliar o risco de suicídio não é vantajoso porque os fatores cognitivos, afetivos e comportamentais medidos não interagem com os fatores demográficos ou modificáveis do paciente, como idade, sexo ou diagnóstico de saúde mental.

Por fim, o estudo de Abarca *et al.* (2018) indica que um método confiável, preditivo, breve e universal de avaliação do suicídio para os cuidados primários ainda é incerto. Apesar da variedade de instrumentos utilizados, nenhum é suficientemente preciso e preditivo para justificar intervenções com base em seus resultados. Por outro lado, Abarca *et al.* (2018) acrescentam a possibilidade de considerar as escalas como um meio de identificar fatores de risco ao invés de um preditor de tentativa de suicídio e suicídio. Com relação a instrumentos de rastreio, Abarca *et al.* (2018) concluíram que escalas comumente utilizadas para o risco de suicídio em geral têm baixa predição, o que implica considerar medidas baseadas apenas nesses instrumentos insuficientes para aferir risco e direcionar o manejo.

Entretanto, seu uso pode ser viável para auxiliar na identificação de aspectos da vida do usuário e evocar relatos relacionados ao risco. A seguir, um resumo de alguns instrumentos sugeridos para o uso na APS.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

PHQ é derivado do PRIME-MD 12, que foi originalmente desenvolvido para identificar cinco transtornos mentais comuns em atenção primária à saúde: depressão, ansiedade, abuso de

álcool, transtornos somatoformes e transtornos da alimentação. O PHQ caracteriza-se por ser um instrumento de aplicação relativamente rápido, por conter apenas nove questões, o que também confere vantagem em estudos epidemiológicos.

Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D)

A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D), criada por Max Hamilton e colaboradores, foi construída na década de 1960 para ser utilizada exclusivamente em pacientes previamente diagnosticados com transtorno afetivo do tipo depressivo. Em função da organização e da escolha de seus itens, eles servem para identificar a gravidade dos sintomas depressivos, e não sua existência. A escala original inglesa era composta por 21 itens, mas o próprio autor sugeriu, posteriormente, que os quatro últimos itens (variação diurna, despersonalização/desrealização, sintomas paranoides e sintomas obsessivo-compulsivos) fossem retirados porque eram menos frequentes e contribuíam para definir o tipo de depressão, e não sua intensidade. Existe, também, uma versão com 24 itens, sendo desamparo, desesperança e desvalia os itens adicionais. Há 50 anos, a HAM-D vem sendo considerada como “padrão-ouro” de referência para estudos de validação de outras escalas. Além disso, foi (e continua sendo) amplamente utilizada em ensaios clínicos para testar a eficácia de determinados antidepressivos devido à ênfase que dá aos sintomas somáticos em oposição aos sintomas cognitivos ou afetivos, que se encontram em minoria. Ela é amplamente sensível às mudanças vivenciadas por pacientes acometidos por depressão grave.

Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Esta escala é utilizada em 45 países e em continentes. Consiste em perguntas simples cujo objetivo é avaliar se o entrevistado apresenta risco de realizar um suicídio. Investiga se e quando o paciente teve ideação suicida, se realizou ações para se preparar para tal finalidade, caso tenha tentado suicídio, por qual motivo foi impedido e se, teve letalidade efetiva (Posner, Brown, Stanley, Brent, Yershova, Oquendo, Currier, Melvin, Shen, & Mann, 2011). A Escala de Gravidade Suicida de Columbia foi desenvolvida na Universidade de Columbia-NY, pela equipe do Centro de Pesquisa de Risco de Suicídio. É traduzida em mais de 100 línguas e vem sendo usada em recursos tanto de aplicação clínica, quanto de pesquisa. Na escala quatro construtos são medidos, composto por perguntas organizadas em sub-escalas, relacionadas a: a) Ideação suicida, em que se avalia a presença desde pensamentos até ideações suicidas com planejamento ao longo da vida; b) Intensidade da ideação, na qual se quantifica a intensidade em uma escala de 1-5, abordando frequência, duração,

controlabilidade, razões de causa e de impedimento; c) Comportamento suicida, avaliando a existência e características das tentativas de suicídio ao longo da vida; d) Escala de letalidade, que avalia tentativas reais (letalidade efetiva / danos físicos) classificada de forma ordinal com 5 pontos, e a letalidade potencial de tentativas que foi classificada de forma ordinal com 3 pontos.

4 - Estratégias para acolher, identificar e cuidar de pessoas em risco de suicídio

De acordo com Catania (1999), a contingência é o efeito da resposta sobre a probabilidade de um estímulo. Mas o que isso significa? Quando falamos em tríplice contingência, estamos falando em uma relação de interdependência entre estímulos e essa interdependência altera a probabilidade de emissão de uma classe de resposta no futuro. A contingência pode ser entendida como uma forma de representar como determinados comportamentos surgiram e se mantêm. É a fórmula que a Análise do Comportamento se utiliza para estudar e entender como certos comportamentos foram formados e como eles se mantêm atualmente.

Por se tratar de um material pautado nos pressupostos da Análise do Comportamental, as sugestões foram organizadas em tríplice contingências visando melhorar:

- a) A visualização dos profissionais de saúde sobre o que fazer diante de determinadas situações, aqui chamadas de condições antecedentes;
- b) A efetividade do Acolhimento na prevenção de comportamentos suicidas e do suicídio gradativamente;
- c) A probabilidade do rastreio do risco de suicídio durante o Acolhimento.

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
Usuários em busca de Acolhimento em geral	Realizar perguntas abertas e diretas sobre como o usuário tem se sentido em relação à vida e a si mesmo	Possibilidade de apresentação de relatos sobre condições atuais de vida relacionados a fatores de risco
Usuários em busca de Acolhimento com problemas que se enquadrem nos fatores de risco para o suicídio		

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
Usuários em busca de Acolhimento com relatos de problemas que se enquadram nos fatores de risco e sinais de alerta para o suicídio	Seguir realizando perguntas abertas e diretas sobre como os usuários têm se sentido em relação à vida e a si mesmos Realizar avaliação de risco	Possibilidade de apresentação de relatos sobre condições atuais de vida relacionados a fatores de risco Risco aferido

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
Relatos sobre condições atuais de vida Características dos usuários (sabe ler, apresenta-se calmo/agitado etc.)	Definir qual instrumento aplicar (se requer leitura; se o aplicador fará as perguntas oralmente; se há tempo para a aplicação; se é possível agendar um atendimento para a aplicação)	Instrumento adequado selecionado

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
Instrumento adequado selecionado	Aplicar o instrumento Aferir o resultado Apontar no prontuário	Instrumento aplicado Risco aferido

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
Risco aferido	Realizar orientações conforme o risco aferido (Apêndice B)	Orientação realizada Possibilidade de adesão ao tratamento/acompanhamento por parte do usuário

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
Paciente Acolhido Instrumento(s) aplicados Risco aferido – de médio a alto	Realizar encaminhamentos conforme o fluxo de encaminhamento em rede das RAPS do município de	Possibilidade de refinamento do manejo clínico diante de novas situações

Orientações realizadas	atuação.	
------------------------	----------	--

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
Paciente Acolhido Instrumento(s) aplicados Risco aferido Orientações realizadas Encaminhamentos realizados	Registrar atendimento em prontuário, incluindo instrumentos aplicados, avaliação de risco e orientações encaminhamentos.	Adesão a conduta por parte do paciente

A ESCUTA DURANTE O ACOLHIMENTO DEVE SER LIVRE DE JULGAMENTOS, CRÍTICAS E SUGESTÕES BASEADAS EM NOÇÕES DE CUNHO PESSOAL.

4.1 Detalhamento do que fazer conforme o risco aferido segundo a literatura e Materiais disponibilizados pelo SUS

Como questionar se o indivíduo apresenta ideação suicida é bem delicado, ajuda perguntar gradativamente: “Como você está sentindo?”; adentrar os sentimentos e deixar que a pessoa fale sobre isso: “Você se sente triste, me conte mais sobre isso”, “Como você se sente em relação a (tema, pessoa, situação que o usuário possa ter mencionado); “Como você se sente em relação a vida?”, “Você pensa sobre suicídio?”. Essas perguntas devem ser feitas: quando a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida; quando a pessoa está confortável falando sobre seus sentimentos; quando a pessoa está falando sobre sentimentos negativos de solidão, desamparo, etc.

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
Risco Leve Relato de pensamentos do tipo:	Orientar conforme o protocolo indicado ²⁸	Possibilidade de eliminação do risco

²⁸ Para o caso de municípios que possuem protocolos próprios de orientação e manejo do comportamento suicida.

<p><i>“Eu não consigo continuar”</i></p> <p><i>“Eu gostaria de estar morto”,</i> Mas não fez nenhum plano.</p>	<p>Compartilhar o caso com a equipe de saúde nas reuniões de matriciamento</p> <p>(Quando necessário)</p> <p>Compartilhar com a rede de serviço social (sinais e/ou fatores de risco relacionados a vulnerabilidades sociais)</p> <p>Notificar o com Conselho Tutelar (por exemplo, quando se tratar de menores de idade em situação de negligência parental)</p>	<p>Acompanhamento em rede</p> <p>Acompanhamento intersetorial</p>
--	---	---

- a) Oferecer apoio emocional
- b) Orientar o indivíduo a falar sobre as circunstâncias pessoais e sociais emergentes que o colocam sob risco.
- c) Conversar sobre os sentimentos suicidas. Quanto mais abertamente a pessoa fala sobre perda, isolamento e desvalorização, menos confusa suas emoções se tornam. Quando essa confusão emocional cede, a pessoa pode se tornar reflexiva. Esse processo de reflexão é crucial, ninguém senão o próprio indivíduo pode revogar a decisão de morrer e tomar a decisão de viver.
- d) Focalizar nos aspectos positivos da pessoa (por exemplo, repertório prévio de resolução de problemas), sugerir que ela conte sobre como problemas anteriores foram resolvidos sem recorrer ao suicídio. É uma forma de motivá-la e ao mesmo tempo recuperar a confiança em si mesma.

Nem todos os pacientes com pensamentos suicidas serão/precisam encaminhados aos serviços especializados.

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
<p>Risco Moderado</p> <p>histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas</p>	<p>Orientar conforme o protocolo vinculado</p> <p>Compartilhar o caso com a equipe de saúde nas reuniões de matriciamento</p> <p>Quando e se necessário: Compartilhar com a rede de serviço social (sinais e/ou fatores de risco relacionados a vulnerabilidades sociais</p> <p>Notificar o com Conselho Tutelar (por exemplo, quando se tratar de menores de idade em situação de negligência parental)</p>	<p>Possibilidade de diminuição do risco</p> <p>Acompanhamento em rede</p> <p>Acompanhamento intersetorial</p>

O que pode ser feito:

- a) Oferecer apoio emocional
- b) Trabalhar com os sentimentos suicidas da pessoa e focalizar nos aspectos positivos.
- c) Focalize os sentimentos de ambivalência. O profissional da saúde deve focalizar na ambivalência sentida pelo indivíduo em risco de suicídio entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça.
- d) Explorar as várias alternativas de vida, até aquelas que podem não ser soluções ideais, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas.²⁹
- e) Faça um contrato, negocie, aqui é o momento para usar a força do vínculo existente entre você e o paciente.
- f) Converse com a pessoa para que ela não realize o suicídio³⁰

²⁹ Sobre a orientação, ressalta-se a importância comprometer-se apenas com aquilo que esteja ao alcance dos recursos e do tempo do profissional responsável pelo atendimento (por exemplo, ao invés dizer para alguém que perdeu um relacionamento que a pessoa amada irá voltar, dizer que fará um agendamento semanal para que o usuário possa ter um espaço de fala duradouro).

³⁰ Assim como no subitem sobre contrato, acordos verbais ou escritos que visavam prevenir o comportamento suicida passaram a fazer parte do protocolo de prevenção ao suicídio. Hoje, na literatura eles são chamados de "contratos de prevenção ao suicídio" ou "contratos de não-suicídio". Apesar de esses acordos estarem se tornando cada vez mais

- a) sem que se comunique com a equipe de saúde;
- b) por um período específico.

- a) Encaminhe a pessoa ao serviço especializado conforme o fluxo do município.
- b) Entre em contato com a família, os amigos e/ou colegas e reforce seu apoio. Antes de fazer esse contato, peça autorização ao paciente, para deixá-lo ciente sobre quais informações serão dadas, preservando seu direito ao sigilo.
- c) Oriente sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares/amigos/colegas, como (- impedir/difícultar o acesso aos meios para realizar o suicídio (esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local que a pessoa não tenha acesso, de preferência trancados, e com alguém responsável em administrá-los.

Tudo isso também deve ser esclarecido ao paciente, solicitando sua autorização. Explicar que essas medidas são temporárias, até que ele/ela melhore o suficiente para reassumir o controle.

Condições Antecedentes	Ação	Condições subsequentes esperadas
<p>Risco Alto</p> <p>A pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo, e planeja fazê-lo imediatamente.</p>	<p>Orientar conforme o protocolo vinculado</p> <p>Compartilhar o caso com a equipe de saúde nas reuniões de matriciamento</p> <p>(Quando necessário)</p> <p>Compartilhar com a rede de serviço social (sinais e/ou fatores de risco relacionados a vulnerabilidades sociais</p> <p>Notificar o com Conselho Tutelar (por exemplo, quando se tratar de</p>	<p>Possibilidade de diminuição do risco</p> <p>Acompanhamento em rede</p> <p>Acompanhamento intersetorial</p>

comuns, ainda não há um acordo geral entre os profissionais de saúde sobre a indicação, forma ou outros aspectos desses contratos.

	menores de idade em situação de negligência parental)	
--	---	--

O que pode ser feito:

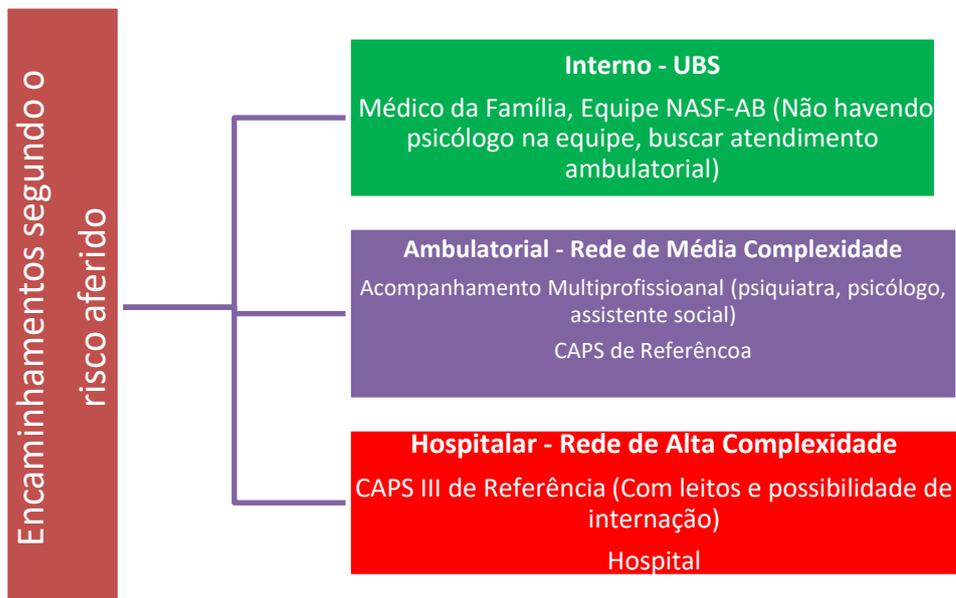
1. Ficar junto da pessoa
2. Falar com gentileza (sem gestos bruscos, com tom de voz moderado) a pessoa e, se for o caso, remover pílulas, faca, arma, venenos, etc. (distanciar dos meios de realizar suicídio).
3. Explicar que você está ali para ajudá-la, protegê-la, colocar-se a disposição para atender pedidos ao seu alcance (fornecer um telefone, fazer contato com uma pessoa importante para ela)
4. Fazer um contrato, negociar: aqui é o momento para usar a força do vínculo existente entre você e o paciente. Solicite um uma ação de comprometimento – relato oral ou por escrito – do indivíduo que não irá realizar suicídio:
 - a) sem que se comunique com a equipe de saúde;
 - b) por um período específico.
5. Informar a família e reafirmar seu apoio. Entre em contato com a família, os amigos e/ou colegas e reforce seu apoio. Antes de fazer esse contato, peça autorização ao paciente, para deixá-lo ciente sobre quais informações serão dadas, preservando seu direito ao sigilo.
6. Orientar sobre medidas de prevenção ao suicídio que poderão ser realizadas pelos familiares/amigos/colegas, como - impedir o acesso aos meios para realizar o suicídio.
7. Impedir o acesso aos meios para realizar um suicídio. Exemplos:
 - a) esconder armas, facas, cordas, deixar medicamentos em local que a pessoa

não tenha acesso, de preferência trancados, e com alguém responsável em administrá-los.

- b) Realizar vigilância 24 horas, não deixando a pessoa sozinha, sob nenhuma hipótese.
- c) Sempre procurar atendimento nos serviços de saúde.
- d) Medicamentos (as medicações prescritas pelo médico devem ficar com o familiar e serem dadas ao paciente somente em horário e dose prescritas e dar apenas medicações prescritas pelo médico).

Tudo isso também deve ser esclarecido ao paciente, solicitando sua autorização. Explicar que essas medidas são temporárias, até que ele/ela melhore o suficiente para reassumir o controle.

4.2 Encaminhamentos segundo o risco aferido



4.3 Notificação: por que ela é compulsória e qual a relevância disso?

O preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória, pertencente ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAN). Esse preenchimento é obrigatório desde 2003 e deve ocorrer após o atendimento das chamadas violências autoprovocadas, atendidas em qualquer um dos

níveis da atenção em saúde do país. As violências autoprovocadas constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória previstas na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, anexo V - Capítulo I. O documento lista como violências autoprovocadas: o suicídio, a tentativa de suicídio, respostas autolesivas por perfurações com objetos cortantes, armas de fogo, queimaduras, escoriações etc., que tenham tido por função provocar dando e/ou morte a si próprio. De acordo com informações do Ministério da Saúde e do Portal SINAN Saúde, a utilização efetiva do SINAN permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população. Pode também fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O preenchimento das informações é aberto a todos os profissionais de saúde e a notificação compulsória deve ser efetuada pelo profissional de nível superior que prestou o primeiro atendimento ao usuário. O seu preenchimento durante o processo de Acolhimento ocorrido na APS (quando o usuário relata ao acolhedor que tentou um suicídio ou realizou outro tipo de autolesão). O acesso aos dados notificados é aberto para a consulta pública em todo o país através do site Portal SINAN. Mesmo havendo subnotificação (quando uma tentativa ou morte por suicídio não é notificada como tal, segundo o código X-72 da Classificação Internacional de Doenças - CID- 10 (OMS, 1993), foi verificado aumento de mortes por suicídio no Brasil (Brasil, 2017).

Esse aumento foi verificado após um levantamento realizado pela OMS em 2014. Em decorrência disso, em 2017 o Ministério da Saúde divulgou uma agenda com o compromisso de reduzir em pelo menos 10% o número de mortes por suicídio até 2020 (Brasil, 2017). Entre as principais ações preventivas anunciadas no documento constavam: a) a gratuidade de acesso telefônico ao Centro de Valorização da Vida (CVV); b) a ampliação da rede de abrangência dos Centros de Apoio a Saúde Mental (CAPS); e c) a capacitação dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2019 houve a promulgação da Lei 13.819, que institui a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, a ser implementada pela união, em cooperação com os estados, o distrito federal e os municípios e torna obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar de violência autoprovocada em instituições públicas e particulares de ensino.

4.4 Legislação pertinentes ao tema

[Lei nº 6.259/1975, de 30 de outubro de 1975](#). Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

[Decreto nº 78.231/1976, de 12 de agosto de 1976](#). Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.

[Portaria MS/GAB nº 1.876, de 14 de agosto de 2006](#). Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Portaria no 1.271, 24 de junho de 2014. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União; jun. 2014.9(108): seção I, p.67. 7

LEI Nº 13.819, DE 26 DE ABRIL DE 2019 Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

[Decreto nº 10.225/2020, de 5 de fevereiro de 2020](#). Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, regulamenta a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e estabelece normas relativas à notificação compulsória de violência autoprovocada.

À guisa de Conclusão

Estima-se que, para cada morte por suicídio, ocorram duas hospitalizações e vinte e duas internações em serviços de emergência por tentativa de suicídio (Bertolotti, 2012). Os profissionais de saúde da atenção primária são, normalmente, os primeiros a ter contato com o paciente após tentativa de suicídio ou episódio de autolesão. Sendo a tentativa prévia de suicídio um dos mais importantes fatores preditores para futuros comportamentos suicidas, tal momento poderia ser uma oportunidade de primeira intervenção e prevenção. Entretanto, a falta de conhecimento e preparo, bem como possíveis atitudes negativas frente aos usuários que expressão desejo de morrer, pode prejudicar a assistência prestada e restringem os encaminhamentos às questões curativas imediatas (Botti, Araújo, Costa, & Machado, 2015).

A atitude tem sido definida como uma disposição pessoal que afeta a “escolha da ação” ou conduta frente a determinado estímulo, envolvendo fatores cognitivos, afetivos e

comportamentais (Moraes, Magrini, Zanetti, Santos, & Vedana, 2016). É, portanto, "propensão à ação, modos ou formas de abordar, reagir ou enfrentar uma situação ou problema em uma variedade de circunstâncias" (Moraes et al., 2016, p. 644). Atitudes negativas dos profissionais de saúde em relação ao indivíduo que tenta suicídio podem incluir: percebê-los como covardes, apresentar comportamentos de agressividade, demonstrar desprezo, preconceito e incompreensão (Buriola, Arnauts, Decesaro, Oliveira, & Marcon, 2011). Uma vez que o atentado voluntário contra a vida vai de encontro ao preceito da profissão que é de salvar vidas, tais usuários podem ser muitas vezes vistos como egoístas e não merecedores de tantos cuidados

Em contrapartida, ao perder um paciente para o suicídio, o profissional de saúde pode vir a experimentar emoções parecidas com as dos familiares sobreviventes, como raiva direcionada ao paciente, a si próprio, à família, à polícia ou à imprensa. Adicionam-se a isso as questões relativas à própria profissão, sentimentos de responsabilidade e culpa, perda de autoestima, dúvidas sobre as habilidades e competências, medo de ser culpado pelo suicídio. Eles podem, inclusive, fantasiar sobre críticas dos colegas e supervisores, ter pensamentos acusatórios de omissão e sentir receio por questões jurídicas relativas à negligência por erro (Pompili et al., 2013).

No Brasil, alguns estudos (Botti et al., 2015; (Moraes et al., 2016) concluem que os profissionais de enfermagem compartilham uma atitude desfavorável perante o comportamento suicida. Esse resultado vai ao encontro das percepções negativas de uma sociedade que rejeita a morte como um fenômeno natural, especialmente quando autoprovocada, considerando-a como um sinal de fracasso. Outros estudos (Carmona-Navarro & Pichardo-Martínez, 2012) demonstram haver maior compreensão entre os profissionais de saúde mental – ou entre aqueles com maior treinamento formal e especializado – em relação aos pacientes com comportamento suicida. Ressalta-se, portanto, que a capacitação do profissional é a melhor forma de promover competências e habilidades, reduzir o estigma e consequentemente realizar intervenções eficazes

Acredita-se que base para qualquer política de prevenção ao suicídio é a identificação dos fatores de risco, agrupados conforme o nível de influência sobre o comportamento suicida (biológico, psicológico e social) e o incremento de intervenções preventivas Universais, Seletivas e Indicadas (Botega, 2015)³¹. O estigma associado à procura por ajuda, de acordo com o relatório,

³¹ Intervenções universais (são intervenções planejadas para alcançar toda a população a fim de maximizar a saúde e minimizar os riscos de suicídio, removendo barreiras para o cuidado e facilitando o acesso à ajuda); intervenções seletivas (direciona - das a grupos vulneráveis dentro da população, com base em características como idade, gênero, status ocupacional ou histórico familiar); e, Intervenções indicadas (direcionadas a indivíduos específicos da população, tais

está no nível de estratégias universais, o que demonstra a importância do engajamento de todos para o combate ao autoextermínio. Isso se justifica pela abrangência e pela dimensão dos impactos do estigma, não somente sobre os sobreviventes à tentativa de suicídio, mas também sobre aos sobreviventes ao suicídio, sejam eles os familiares e amigos ou os profissionais de saúde que perdem um paciente. Para maior eficácia dos programas, torna-se necessária a apropriada disseminação das informações de forma a promover a conscientização (OMS, 2006).

A identificação das atitudes estigmatizantes e das lacunas no conhecimento acerca da saúde mental e do suicídio devem ser a base de materiais psicoeducativos, uma vez que essa abordagem colabora com a diminuição do estigma e com o aumento do grau de instrução sobre a saúde mental (Batterham et al., 2013).

Falar sobre suicídio e doenças psiquiátricas de forma educativa é a melhor forma de aumentar o conhecimento e a consciência e contribuir para a aceitação e senso de pertencimento dos impactados. Como resultado, espera-se com o presente material elevar os índices de rastreio do risco de suicídio na APS, ampliar o leque de materiais à disposição dos profissionais de saúde durante o Acolhimento, para que se produza no médio e longo prazo melhores taxas de prevenção as lesões autoprovocadas e suicídios.

A seguir, duas sugestões que podem ser utilizadas com as finalidades de (1) aumentar a procura dos usuários em sofrimento pelo Acolhimento e já neste momento falarem de aspectos relacionados ao risco de suicídio e (2) melhorar continuamente o presente material, seja com críticas, sugestões ou outros elementos que os profissionais de saúde que dele venham fazer uso possam julgar necessários.

como aqueles que apresentam sinais precoces de engajamento em comportamento suicida ou que possuem um histórico de tentativas).

Cartaz ilustrativo sobre o Acolhimento a demandas relacionadas ao comportamento suicida

Uma sugestão para aumentar a probabilidade de aumentar a busca pelo Acolhimento e assim aumentar a avaliação do risco de suicídio na APS contribuição deste trabalho refere-se à elaboração de um cartaz ilustrativo informativo sobre o Acolhimento e a possibilidade de falar sobre o sofrimento emocional, questões de saúde mental e outros fatores levantados ao longo do trabalho. O cartaz foi elaborado com objetivo de incentivar os usuários a buscarem o Acolhimento com profissional de saúde caso observe em si ou em pessoas de seu convívio algum dos comportamentos ali descrito. O Cartaz foi planejado para ser colocado na sala de espera dentro dos consultórios da UBS.



Avaliação do Material autoinstrutivo pelos profissionais de saúde que venham a fazer usos.

Google Forms: https://docs.google.com/forms/d/1RN_R34sbLAtkgA0oZfE3wEn8QIv-Y4OVFbpebn-4NAY/edit

Referências Bibliográficas³²

Dados epidemiológicos comportamento suicida e suicídio

Andrade, M. B. T.; Felipe, A. O. B.; Vedana, K. G. G. & Scorsolini-Comin, F. (2020) O nexos entre religiosidade/espiritualidade e o comportamento suicida em jovens. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* V.16, n.4, pp. 109-121. ISSN 1806-6976. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.169257>

Brasil. Ministério da Saúde (2016). *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres* / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 230p.

Botega, N. J. Rapeli, C. B. & Cais, C.F.S. (2006). Comportamento Suicida. In: *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora. 2ª. Edição, 431-446.

Luoma, J.B., Pearson, J. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *Am J Psychiatry*, 159(6).

Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *The American journal of psychiatry*, 178(7), 611–624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>

Organização Mundial da Saúde. (2001). Saúde mental – nova concepção, nova esperança. In: *Relatório sobre saúde no mundo*. Genebra: OPAS/OMS

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prevenindo o suicídio: um imperativo global*. Genebra: OPAS/OMS.

Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: *Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde. (2000). *Prevenção do suicídio: Manual para profissionais da atenção primária*. Genebra: OPAS/OMS

Sinais de alerta de suicídio

Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Jr, Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., & Witte, T. (2006). Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide & life-threatening behavior*, 36(3), 255-262.

Análise de contingências e comportamento suicida

³² A seção de referências foi organizada segundo o assunto visando facilitar e agilizar a busca por material complementar pelo profissional de saúde.

Figel, F.C., Menegatti, C.L., Pinheiro, E.P.N. (2013). Suicide attempts: A contingency analysis. *Estudos de Psicologia*, 30(2), 212-218 <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000200007>

Contrato de não suicídio

Perczel-Forintos, D., Zinner-Gérecz, Á., & Naszvadi, E. (2020). *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Társaság tudományos folyoirata*, 35(4), 448–462. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33263294/>

Simon R. I. (1999). The suicide prevention contract: clinical, legal, and risk management issues. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27(3), 445–450. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10509943/>

Lee, J. B., & Bartlett, M. L. (2005). Suicide prevention: critical elements for managing suicidal clients and counselor liability without the use of a no-suicide contract. *Death studies*, 29(9), 847–865. <https://doi.org/10.1080/07481180500236776>

Avaliação de risco

Bertolote, J.M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.

Diamond, G. S., Herres, J. L., Krauthamer Ewing, E. S., Atte, T. O., Scott, S. W., Wintersteen, M. B., & Gallop, R. J. (2017). Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care. *American journal of preventive medicine*, 53(1), 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.020>

Faria, J. S., Marcon, S. R., Nespollo, A. M., Santos, H., Espinosa, M. M., Oliveira, K., & Lima, J. (2022). Attitudes of health professionals towards suicidal behavior: an intervention study. *Revista de saúde pública*, 56, 54. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003320>

Feldman, M. D., Franks, P., Duberstein, P. R., Vannoy, S., Epstein, R., & Kravitz, R. L. (2007). Let's not talk about it: suicide inquiry in primary care. *Annals of family medicine*, 5(5), 412-418. <https://doi.org/10.1370/afm.719>

Lukaschek, K., Frank, M., Halfter, K., Schneider, A., & Gensichen, J. (2021). Kurze Screener für Suizidalität in der Allgemeinmedizin: Eine systematische Übersichtsarbeit [Short screener for suicidal behaviour in primary care - a systematic review]. *MMW Fortschritte der Medizin*, 163(Suppl 6), 9–18. <https://doi.org/10.1007/s15006-021-0507-2>

Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

Werlang, B. G. & Botega, J. N. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artmed.

Werlang, B. S. G. (2000). Proposta de uma entrevista semiestruturada para a autópsia psicológica em casos de suicídio. Tese (Doutorado em Ciências Médicas-Saúde Mental), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

Aspectos conceituais do comportamento suicida

Franklin J. C., & Nock M. K. Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior. IN: Kleespies, P.M. *The Oxford Handbook of Behavioral Emergencies and Crises*. New York: Oxford University Press, 2017.

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet (London, England)*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fenterseifer, L. (2005). Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 259-266.

APÊNDICES

APÊNDICE A - AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO NA APS

Nome: _____ Sexo: () M () F | Idade: _____ Data do
Acolhimento: ____/____/____ CNS: _____
Prontuário: _____ Acolhedor: _____
Responsável legal (em caso de menores de 18) _____

1-O QUE ESTÁ ACONTECENDO AGORA?

Desencadeante(s) do último mês: _____

Motivos principais relatados _____

Razões para viver relatadas _____

2-APRESENTA ATUALMENTE:

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Delírio/alucinação | <input type="checkbox"/> Labilidade afetiva | <input type="checkbox"/> Anedonia |
| <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental/mental | <input type="checkbox"/> Instabilidade do humor | <input type="checkbox"/> abulia |
| <input type="checkbox"/> Desesperança | <input type="checkbox"/> Ansiedade/inquietude | <input type="checkbox"/> Insônia |
| <input type="checkbox"/> Desespero | <input type="checkbox"/> Impulsividade/agressividade | <input type="checkbox"/> Raiva |
| <input type="checkbox"/> Dor/incapacitação | <input type="checkbox"/> Perda da função cognitiva | |
| <input type="checkbox"/> Colapso existencial | | |



TENTAR UM SUICÍDIO

4-PRINCIPAIS FATORES DE RISCO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental/mental | <input type="checkbox"/> Suicídio na família | <input type="checkbox"/> Acesso a meio letal |
| <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio anterior | <input type="checkbox"/> Discórdia familiar | <input type="checkbox"/> Rigidez de ideia |
| <input type="checkbox"/> Álcool ou outras drogas | <input type="checkbox"/> Luto complicado | <input type="checkbox"/> Conflito de identidade |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico, sexual, maus tratos | <input type="checkbox"/> Relações conflituosas | <input type="checkbox"/> Dor/incapacidade |
| <input type="checkbox"/> Exposição a um suicídio | <input type="checkbox"/> Desemprego/rotina esvaziada | <input type="checkbox"/> Alta hospitalar recente |
| <input type="checkbox"/> Isolamento | <input type="checkbox"/> Questões financeiras | <input type="checkbox"/> Não adere a tratamento |
| <input type="checkbox"/> Falta de apoio social | <input type="checkbox"/> Acúmulo de perdas | <input type="checkbox"/> outras situações aversivas |

FORMULAÇÃO DO RISCO E MANEJO (escore total)

- Risco baixo** [Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento, sem comportamento psicótico.] (Até 15 pontos).
- Risco moderado** [Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas e outras condições agudas de adoecimento mental.] (De 15 a 30).
- Risco alto** [Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade,

rigidez do propósito de se matar, desespero, *delirium*, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.] (Acima de 30).

Observações importantes

Encaminhamentos realizados

Desfecho

Fontes:

Botega, N. J. **Crise Suicida: Avaliação e Manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. Pag. 160.
Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, **Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**, Versão Profissional, Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 1ª ed., 2016.

Somar cada ponto de acordo com a questão:

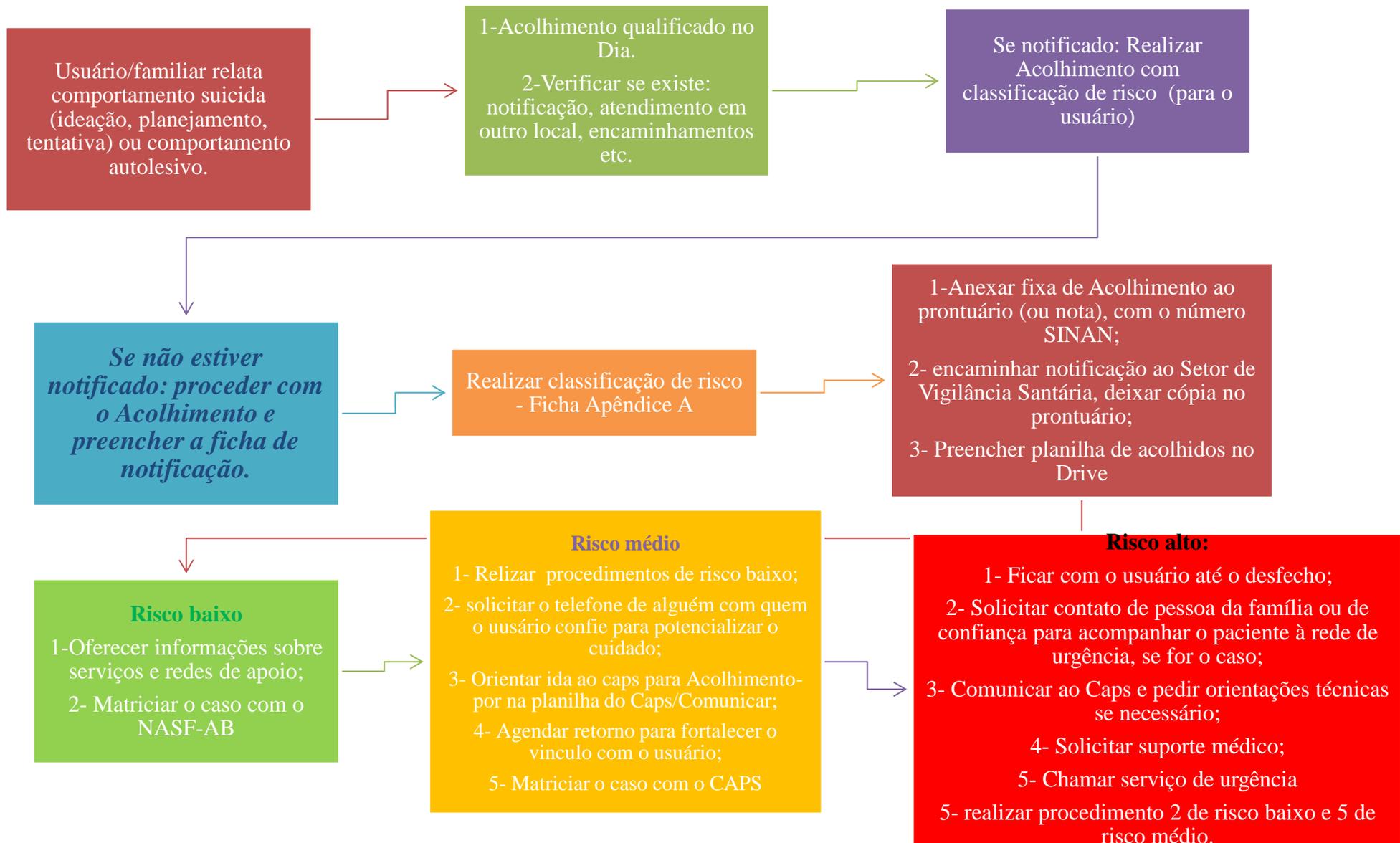
1=1; 2=2; 3=3; 4=4.

Subtrair cada razão para viver:

Razões para viver = 5

Total Geral da somatória das questões, subtraído pelas razões citadas para viver.

Apêndice B - Acolhimento e manejo de demandas relacionadas ao comportamento suicida conforme o risco



ANEXOS

PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*)

Nome do paciente: _____

Data de aplicação do instrumento: _____

Possui diagnóstico de depressão? [] Não [] Não sabe [] Sim. Desde quando? _____

Já encontra-se em tratamento da depressão: [] Não [] Sim. Tempo de tratamento: _____

Tratamento atual para depressão: _____

Tratamentos prévios para depressão: _____

PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*)

Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem. Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

= Total Score: _____

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade	<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade	<input type="checkbox"/> Muita dificuldade	<input type="checkbox"/> Extrema dificuldade
---	--	---	---

Interpretação do Score Total do PHQ-9

Escore Total	Gravidade da depressão
1-4	Depressão Mínima
5-9	Depressão Leve
10-14	Depressão Moderada
15-19	Depressão Moderadamente Grave
20-27	Depressão Grave

Desenvolvido pelos Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke e colegas (1999), com um subsídio educacional da Pfizer Inc.

**ESCALA DE HAMILTON DE AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO
(HAM-D 21 itens)**

1	HUMOR DEPRIMIDO 0. Ausente 1. Sentimentos relatados apenas ao ser perguntado 2. Sentimentos relatados espontaneamente, com palavras 3. Comunica os sentimentos com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro 4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente	ESCORE
2	SENTIMENTOS DE CULPA 0. Ausentes 1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros 2. Idéias de culpa ou ruminção sobre erros passados ou más Acões 3. A doença atual é um castigo. Delírio de culpa 4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras	
3	SUICÍDIO 0. Ausente 1. Sente que a vida não vale a pena 2. Desejaria estar morto; pensa na possibilidade de sua morte 3. Ideias ou gestos suicidas 4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria ³³)	
4	INSÔNIA INICIAL 0. Sem dificuldade 1. Tem alguma dificuldade ocasional, isto é, mais de meia hora 2. Queixa de dificuldade para conciliar todas as noites	
5	INSÔNIA INTERMEDIÁRIA 0. Sem dificuldade 1. Queixa-se de inquietude e perturbação durante a noite 2. Acorda à noite; qualquer saída da cama (exceto para urinar)	
6	INSÔNIA TARDIA 0. Sem dificuldade 1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir 2. Incapaz de voltar a conciliar o sono ao deixar a cama	

7	TRABALHOS E ATIVIDADES <ol style="list-style-type: none"> 0. Sem dificuldade 1. Pensamento/sentimento de incapacidade, fadiga, fraqueza relacionada às atividades; trabalho ou passatempos 2. Perda de interesse por atividades (passatempos, trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, ou indiretamente, por desatenção, indecisão e vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou atividades). 3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente passa menos de 3h em atividades externas (passatempos ou trabalho hospitalar) 4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar de outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio 	
8	RETARDO <ol style="list-style-type: none"> 0. Pensamento e fala normais 	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve retardo durante a entrevista 2. Retardo óbvio à entrevista 3. Estupor completo 	
9	AGITAÇÃO <ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhuma 1. Brinca com as mãos ou com os cabelos, etc 2. Troce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios 	
10	ANSIEDADE PSÍQUICA <ol style="list-style-type: none"> 0. Sem ansiedade 1. Tensão e irritabilidade subjetivas 2. Preocupação com trivialidades 3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala 4. Medos expressos sem serem inquiridos 	
11	ANSIEDADE SOMÁTICA (sintomas fisiológicos de ansiedade: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructações; palpitações, cefaleia, hiperventilação, suspiros, sudorese, frequência urinária) <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante 	
12	SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS <ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhum 1. Perda do apetite, mas alimenta-se voluntariamente; sensações de peso no abdome 2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos 	
13	SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL <ol style="list-style-type: none"> 0. Nenhum 1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaleia, mialgia. Perda de energia e cansaço 2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2 	

14	SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, sintomas menstruais) <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes 1. Leves distúrbios menstruais 2. Intensos 	
15	HIPOCONDRIA <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo) 2. Preocupação com a saúde 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda etc. 4. Ideias delirantes hipocondríacas 	
16	PERDA DE PESO (Marcar A ou B; A – pela história; B – pela avaliação semanal do psiquiatra responsável) <ul style="list-style-type: none"> A. <ul style="list-style-type: none"> 0. Sem perda de peso 1. Provável perda de peso da doença atual 2. Perda de peso definida B. <ul style="list-style-type: none"> 0. Menos de 0,5kg de perda por semana 1. Mais de 0,5kg de perda por semana 2. Mais de 1kg de perda por semana 	

Como aferir a Escala

Some as pontuações dos primeiros 17 itens.

0-7 = Normal

8-13 = Depressão Leve

14-18 = Depressão Moderada

19-22 = Depressão Grave

≥ 23 = Depressão Muito Grave

ESCALA COLUMBIA PARA AVALIAR A GRAVIDADE DA IDEÇÃO SUICIDA (C-SSRS)³⁴

IDEAÇÃO SUICIDA	Desde a última visita
<p><i>Faça as perguntas 1 e 2. Se ambas as respostas forem negativas, vá para a seção "Comportamento Suicida". Se a resposta à pergunta 2 for "sim", faça as perguntas 3, 4 e 5. Se a resposta à pergunta 1 e/ou 2 for "sim", preencha a seção "Intensidade da ideiação" abaixo.</i></p>	
<p>1. Desejo de morrer O participante reconhece ter pensamentos sobre seu desejo de morrer ou deixar de viver ou adormecer e não acordar. <i>Você já pensou em estar morto ou como seria estar morto?</i> <i>Você já desejou estar morto ou poder adormecer e nunca mais acordar?</i> <i>Você gostaria de parar de viver?</i></p> <p>Se a resposta for "sim", descreva:</p>	<p>Sim Não</p>
<p>2. Pensamentos suicidas ativos não específicos Pensamentos gerais e inespecíficos de querer acabar com a própria vida/suicídio (por exemplo, "pensei em me matar") sem pensamentos sobre maneiras de se matar, métodos relacionados, intenções ou planos durante o período de avaliação. <i>Já pensou em fazer algo para deixar de viver?</i> <i>Já pensou em se matar?</i></p> <p>Se a resposta for "sim", descreva:</p>	<p>Sim Não</p>
<p>3. Ideação suicida ativa com qualquer método (não um plano) sem intenção de agir O participante admite ter pensamentos suicidas e pensou em pelo menos um método durante o período de avaliação. Isso é diferente de um plano específico com detalhes de tempo, local ou método elaborados (por exemplo, você pensou no método de cometer suicídio, mas não em um plano específico). Inclua pessoas que digam: "Já pensei em overdose, mas nunca tive um plano específico para quando, onde ou como faria isso... e nunca seguiria com isso". <i>Já pensou em como faria ou o que faria para deixar de viver (se matar?) O que você pensou?</i></p> <p>Se a resposta for "sim", descreva:</p>	<p>Sim Não</p>
<p>4. Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem um plano específico O participante tem pensamentos suicidas ativos e relata ter alguma intenção de realizá-los, ao invés de dizer "eu tenho esses pensamentos, mas definitivamente não vou realizá-los". <i>Quando você pensou em fazer algo para deixar de viver (ou se matar), você pensou que isso era algo que você realmente poderia fazer? Isso é diferente de (em oposição a) ter esses pensamentos, mas saber que você não os levaria a cabo.</i></p> <p>Se a resposta for "sim", descreva:</p>	<p>Sim Não</p>
<p>5. Ideação suicida ativa com um plano e intenção específicos Pensamentos suicidas com detalhes total ou parcialmente elaborados e o participante tem alguma intenção de realizá-los. <i>Você já decidiu como ou quando faria algo para parar de viver/se matar? Você planejou (elaborou os detalhes de) como você faria isso?</i> <i>Qual era o seu plano?</i> <i>Quando você fez esse plano (ou elaborou os detalhes), havia alguma parte de você pensando em realmente fazê-lo?</i></p> <p>Se a resposta for "sim", descreva:</p>	<p>Sim Não</p>
<p><i>A característica a seguir deve ser classificada em relação ao tipo mais sério de ideiação (por exemplo, 1-5 acima, sendo 1 o menos sério e 5 o mais sério).</i> Ideia mais séria: _____ Nº (1-5) Descrição de ideiação</p>	<p>Mais séria</p>
<p>Frequência <i>Quantas vezes você teve esses pensamentos?</i> (1) Apenas um tempo(2) Algumas vezes</p>	<p>_____</p>

³⁴ Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mano, J. © 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. C-SSRS-Children-Since Last Visit - Estados Unidos/Espanhol - Versão de 17 de

<p>Overdose: a pessoa tem os comprimidos na mão, mas eles o impedem de ingeri-los. Uma vez que qualquer pílula é ingerida, isso se torna uma tentativa real em vez de uma tentativa interrompida. Atirar: A pessoa tem uma arma apontada para si mesma, outra pessoa tira a arma dela ou impede a pessoa de puxar o gatilho. Uma vez que a pessoa puxa o gatilho, mesmo que a arma falhe, é uma tentativa. Salto: a pessoa está prestes a pular, ela é agarrada e removida da borda. Enforque-se: a pessoa está com a corda no pescoço, mas não começou a se enforçar e algo ou alguém a impede.</p> <p>Já houve um momento em que você começou a fazer algo para parar de viver (para acabar com sua vida ou se matar), mas alguém ou algo o parou antes que você realmente fizesse alguma coisa? Que fizeste?</p> <p>Se a resposta for "sim", descreva:</p>	<p>Número de tentativas interrompidas: _____</p>
<p>Tentativa abortada:</p> <p>Quando a pessoa começa a se preparar para uma tentativa de suicídio, mas para antes de se envolver em um comportamento autodestrutivo. Os exemplos são semelhantes aos da tentativa interrompida, exceto que a pessoa para por si mesma em vez de ser interrompida por outra coisa.</p> <p>Já houve um momento em que você começou a fazer algo para parar de viver (para acabar com sua vida ou se matar), mas mudou de ideia (parou) antes de realmente fazer alguma coisa? Que fizeste?</p> <p>Se a resposta for "sim", descreva:</p>	<p>Sim Não</p> <p>Número de tentativas abortadas: _____</p>
<p>Atos preparatórios ou comportamento:</p> <p>Atos ou preparativos para realizar uma tentativa de suicídio iminente. Isso inclui algo além de palavras ou pensamentos, como estruturar um método específico (por exemplo, comprar pílulas, comprar uma arma) ou preparar sua morte por suicídio (por exemplo, doar suas coisas, escrever uma nota de suicídio).</p> <p>Você fez alguma coisa para estar pronto para parar de viver (para acabar com sua vida ou se matar), como dar coisas, escrever um bilhete de adeus, conseguir as coisas que você precisa para se matar?</p> <p>Se a resposta for "sim", descreva:</p>	<p>Sim Não</p>
<p>Suicídio consumado:</p>	<p>Sim Não</p>
	<p>Encontro da tentativa mais mortal:</p>
<p>Grau de letalidade e lesões:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Não há danos físicos ou muito poucos danos físicos (por exemplo, arranhões superficiais). 1. Danos físicos leves (por exemplo, fala arrastada, queimaduras de primeiro grau, sangramento leve, entorses). 2. Lesão Física Moderada: Precisa de atenção médica (por exemplo, consciente, mas sonolento, um pouco responsivo, queimaduras de 2º grau, sangramento de um vaso sanguíneo principal). 3. Lesão Física Moderadamente Grave: Requer hospitalização médica e provavelmente cuidados intensivos (por exemplo, está em coma com reflexos intactos, queimaduras de 3º grau em menos de 20% do corpo, perda significativa de sangue, mas recuperável, fraturas graves). 4. Danos físicos graves: Necessita de hospitalização médica em cuidados intensivos (por exemplo, em coma sem reflexos, queimaduras de terceiro grau em mais de 20% do corpo, perda significativa de sangue com sinais vitais instáveis, danos graves a uma área vital). 5. Morte 	<p>Coloque o código</p>
<p>Letalidade potencial: responda apenas se letalidade real = 0</p> <p>Provável morte na tentativa real, mas sem ferimentos (Os exemplos a seguir, embora não resultassem em ferimentos, tinham alto potencial letal: colocou uma arma na boca e puxou o gatilho, mas a arma falhou, então não houve ferimentos que exigissem atenção médica; deitou-se os trilhos de um trem que estava prestes a passar, mas se retirou antes que o trem o atingisse).</p> <p>0 = Comportamento com pouca probabilidade de lesão</p> <p>1 = Comportamento com probabilidade de lesão, mas não de morte</p> <p>2 = Comportamento provável de ser fatal apesar dos cuidados médicos disponíveis</p>	<p>Coloque o código</p>

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		
	Código (CID10)		Y09		
	3 Data da notificação				
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
7 Nome da Unidade Notificadora			Código Unidade		
8 Unidade de Saúde			Código (CNES)		
9 Data da ocorrência da violência					
Notificação Individual	10 Nome do paciente				11 Data de nascimento
	12 (ou) Idade	13 Sexo	14 Gestante	15 Raça/Cor	
	1- Hora	M - Masculino	1-1º Trimestre	2-2º Trimestre	3-3º Trimestre
	2- Dia	F - Feminino	4- Idade gestacional ignorada	5- Não	6- Não se aplica
	3- Mês	I - Ignorado	9- Ignorado	1- Branca	2- Preta
	4- Ano			3- Amarela	4- Parda
16 Escolaridade					
0- Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica					
17 Número do Cartão SUS			18 Nome da mãe		
Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	21 Distrito				
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência		29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona	32 País (se residente fora do Brasil)		
1 - Urbana	2 - Rural	3 - Periurbana	9 - Ignorado		
Dados Complementares					
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social			34 Ocupação	
	35 Situação conjugal / Estado civil				
	1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado				
	36 Orientação Sexual	3- Bissexual	37 Identidade de gênero:	3- Homem Transexual	
1- Heterossexual	8- Não se aplica	1- Travesti	8- Não se aplica		
2- Homossexual (gay/lésbica)	9- Ignorado	2- Mulher Transexual	9- Ignorado		
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?	1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			
1- Sim 2- Não 9- Ignorado	<input type="checkbox"/> Deficiência Física	<input type="checkbox"/> Deficiência visual	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Outras	
	<input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/> Deficiência auditiva	<input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		
Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	
	42 Distrito				
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência	50 Zona	51 Hora da ocorrência	(00:00 - 23:59 horas)	
	1 - Urbana	2 - Rural	3 - Periurbana	9 - Ignorado	
52 Local de ocorrência	07 - Comércio/serviços	53 Ocorreu outras vezes?			
01 - Residência	04 - Local de prática esportiva	08 - Indústrias/construção	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
02 - Habitação coletiva	05 - Bar ou similar	09 - Outro			
03 - Escola	06 - Via pública	99 - Ignorado	54 A lesão foi autoprovocada?		
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado

56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Física Tráfico de seres humanos Intervenção legal

Psicológica/Moral Financeira/Econômica Outros _____

Tortura Negligência/Abandono Trabalho infantil

Sexual

57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

Força corporal/ espancamento Obj. perfuro-cortante Arma de fogo

Enforcamento Substância/ Obj. quente Ameaça

Obj. contundente Envenenamento, Intoxicação Outro _____

58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Assédio sexual Estupro Pornografia infantil Exploração sexual Outros _____

59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

Profilaxia DST Profilaxia Hepatite B Coleta de sêmen Contracepção de emergência

Profilaxia HIV Coleta de sangue Coleta de secreção vaginal Aborto previsto em lei

60 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado

61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Pai Ex-Cônjuge Amigos/conhecidos Policial/agente da lei

Mãe Namorado(a) Desconhecido(a)

Padrasto Ex-Namorado(a) Cuidador(a) Própria pessoa

Madrasta Filho(a) Patrão/chefe Outros _____

Cônjuge Irmão(ã) Pessoa com relação institucional

62 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado

63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

64 Ciclo de vida do provável autor da violência:

1-Criança (0 a 9 anos) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- Pessoa adulta (25 a 59 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 9-Ignorado

65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) Conselho do Idoso Delegacia de Atendimento à Mulher

Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) Delegacia de Atendimento ao Idoso Outras delegacias

Rede da Educação (Creche, escola, outras) Centro de Referência dos Direitos Humanos Justiça da Infância e da Juventude

Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) Ministério Público Defensoria Pública

Conselho Tutelar Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente

66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado

67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado

68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____

69 Data de encerramento _____

Informações complementares e observações

Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____

Observações Adicionais:

TELEFONES ÚTEIS

Disque-Saúde 0800 61 1997

Central de Atendimento à Mulher 180

Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100

Notificador

Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____

Nome _____ Função _____ Assinatura _____