



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**CRISTIAN RODRIGO DA SILVEIRA MORALES**

**PROTOCOLO DIGITAL DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: ESPECIFICAÇÕES**

**CAMPINA GRANDE**

**2021**

**CRISTIAN RODRIGO DA SILVEIRA MORALES**

**PROTOCOLO DIGITAL DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: ESPECIFICAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

**Área de concentração:** Medicina

**Orientador:** Prof Dr. Edmar Candeia Gurjão

**CAMPINA GRANDE**

**2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M828p Morales, Cristian Rodrigo da Silveira.  
Protocolo digital de prevenção ao suicídio [manuscrito] : especificações / Cristian Rodrigo da Silveira Morales. - 2021.  
54 p. : il. colorido.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Profissional em Ciência e Tecnologia em Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2022.

"Orientação : Prof. Dr. Edmar Candeia Gurjão, Coordenação do Curso de Computação - CCT."

1. Suicídio. 2. Saúde pública. 3. Prevenção ao suicídio. 4. Medida preventiva. I. Título

21. ed. CDD 362.25

**CRISTIAN RODRIGO DA SILVEIRA MORALES**

**PROTOCOLO DIGITAL DE PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: ESPECIFICAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciência e Tecnologia em Saúde.

**Área de concentração:** Medicina

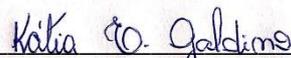
Aprovada em: 05/04/2021

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. Edmar Candeia Gurjão  
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



---

Profa. Dra. Kátia Elizabeth Galdino  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Dra. Fabiana Regina da Silva Grossi  
Centro Universitário São Francisco de Barreiras (UNIFASB)

Dedico este trabalho à minha mãe, aos meus filhos Arthur e Beatriz e minha parceira para a vida Louise, pelo carinho e apoio incondicionais na construção desse momento e pelo desejo de sempre termos dias melhores.

Dedico.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Centro Universitário São Francisco de Barreiras – UNIFASB, pela oportunidade de fazer parte dessa empresa, em especial aquelas que participaram diretamente desse momento e ainda, ao colegiado de Psicologia que sempre trilharam comigo a labuta diária do ensino e a responsabilidade na formação profissional de psicólogos(as).

Agradeço aos amigos César Bridi, Fabrício Veiga, Diogo de Sá, Ana Paula e Andressa Souza, que sempre me incentivaram cada um ao seu momento e forma e que fazem parte dessa trajetória.

E um agradecimento especial ao Prof Dr Edmar Candeia Gurjão por ter aceito ser parceiro, orientador e um instigador dessa caminhada pelos labirintos da saúde mental.

## RESUMO

**Introdução:** O suicídio é uma problemática de cerne multicausal que perpassa e desafia a Psicologia, Sociologia, Direito, Bioética e diversas outras áreas do conhecimento. Usualmente, o suicídio é classificado em três categorias: suicídio consumado, tentativa de suicídio e ideação suicida. **Objetivos:** Desenvolver especificações de um protocolo digital de avaliação de risco real e/ou potencial de suicídio, bem como o registro da incidência e atendimento desse problema na rede pública de saúde do município. **Metodologia:** O experimento baseou-se em um questionário composto por 12 itens (perguntas) a serem realizadas por um aplicador com possibilidade de resposta dicotômicas (sim ou não), todas sucedidas de uma avaliação de entendimento da questão pelo respondente. **Resultados:** A aplicação do questionário ocorreu entre os dias 28 de janeiro a 5 de fevereiro de 2021. Os respondentes somaram um total de 27 participantes, dos quais 18 psicólogas e 9 psicólogos. Os resultados apresentados confirmam que, em contexto geral, o questionário foi bem compreendido, o que, por consequência, atesta a validade, a fidedignidade e a operatividade desse tipo de instrumento. **Conclusão:** A partir de instrumentos como o elaborado, torna-se possível o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de tecnologias capazes de identificar pacientes em situação de risco real e/ou potencial de suicídio, fomentando o trabalho da rede pública de saúde, bem como viabiliza a criação de banco de dados epidemiológicos.

**Palavras-chave:** Suicídio. Prevenção. Protocolo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Suicide is a multifactorial problem that challenges Psychology, Sociology, Law, Bioethics, and several other areas of knowledge. Usually, suicide is classified into three categories: consummated suicide, suicide attempt, and suicidal ideation. **Objective:** To develop specifications for a digital protocol to assess actual and/or potential suicide risk and register the incidence and care of this problem in the municipality's public health network. **Methodology:** The experiment was based on a questionnaire composed of 12 items (questions) to be carried out by an applicator with the possibility of dichotomic answers (yes or no). All succeeded by an assessment of understanding the question of the respondent. **Results:** The application of the questionnaire took place between January 28 and February 5, 2021. The respondents added a total of 27 participants, including 18 psychologists and 9 psychologists. The results presented confirm that, in general, the questionnaire was well understood, which, consequently, attests to the validity, reliability, and operability of this type of instrument. **Conclusion:** The proposed instrument permits the development and/or improvement of technologies capable of identifying patients at real risk and/or potential for suicide, fomenting the work of the public health system, as well as permitting the creation of epidemiological databases.

**Keywords:** Suicide. Prevention. Protocol.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Alterações realizadas no questionário teste.....	33
Quadro 2 – Avaliação dos participantes quanto a apresentação, escrita, clareza e objetividade.....	34

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>14</b>
2.1	Objetivo geral	14
2.2	Objetivos específicos	14
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>15</b>
3.1	Trabalhos relacionados	15
3.2	A nosologia do suicídio	21
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>24</b>
4.1	Teoria de resposta ao item (TRI)	24
4.2	Questionário – Protocolo digital de prevenção ao suicídio	24
4.3	Questionário teste - Construção do instrumento de coleta de dados	29
<b>5</b>	<b>EXPERIMENTO</b>	<b>34</b>
5.1	Resultados	34
5.2	Discussão	36
<b>6</b>	<b>PERSPECTIVAS FUTURAS</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>40</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>42</b>
	<b>APÊNDICE A - Exemplo de Questionário com Base Tri</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE B – Questionário: Protocolo Digital de Prevenção ao Suicídio</b>	<b>50</b>
	<b>APÊNDICE C – Distribuição e Classificação da Pontuação do Questionário (BASE TRI)</b>	<b>54</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é uma problemática de cerne multicausal que perpassa e desafia a Psicologia, Sociologia, Direito, Bioética e diversas outras áreas do conhecimento. Ainda que historicamente seja possível identificar que esta ocorra desde a antiguidade, a morte auto infringida tem diferentes conceituações ao longo do tempo, no período medieval ela não era concebida como o fim da essência humana, visto o forte domínio da religião, no entanto com o advento da ciência renascentista ganha espaço uma visão de mundo mais abrangente o que favorece o surgimento de novas ideias, entre elas a terminologia suicídio (WERLANG, 2000).

A palavra suicídio tem origem na expressão em latim "*sui cadere*", a qual significa matar a si próprio e foi utilizado pela primeira vez em francês pelos abades Prévost e Desfontaines em 1734 ou 1737 para designar "o assassinato ou morte de si mesmo", sendo popularizado posteriormente pela literatura e imprensa, de forma que em meados do século XIX o termo já era utilizado como a denominação principal da morte voluntária (WERLANG, 2000; MELEIRO; WANG, 1995).

Ao longo da história o suicídio é compreendido a luz de diversas óticas dispares, sendo associado hora insanidade, hora a pecado, crime e mesmo imortalidade, é somente no final do século XIX com as postulações de Durkheim que o suicídio começa a ser relacionado com aspectos sociais, bem como psicológicos e biológicos, passando a ser considerado o tipo de vínculo social, no qual à maior ou menor ocorrência de suicídios faziam relação direta om a integração e regulação social (PALLARES; BAHLS, 2003).

Dentre as diversas conceituações a despeito do suicídio está a de Shneidman (1969), que o define como um ato de cessação auto-infligida da vida humana, melhor compreendido como um fenômeno multidimensional percebido como a melhor solução para uma questão pelo próprio indivíduo. Já Durkheim (1982), afirma que suicídio é toda morte que seja produto direto ou indireto de um ato positivo ou negativo, o qual a própria vítima prática ciente da resultante. Sendo a tentativa de suicídio conceituada de forma similar, porém interrompida antes de resultar em morte.

Destarte, Werlang (2000) aponta o suicídio como um ato comum a todas às culturas praticado restritamente pela espécie humana, o qual está presente como uma opção ao sofrimento para um grande contingente populacional.

Usualmente o suicídio é classificado em três categorias, a saber: suicídio consumado, tentativa de suicídio e ideação suicida, esta última caracterizada por ideias e pensamentos acerca do desejo de tirar a própria vida que pode evoluir para uma tentativa e mesmo para o suicídio consumado. O comportamento suicida compõe-se pela ideação, planejamento, tentativa e o suicídio precisamente, onde cabe ressaltar que o pensamento acerca da morte é habitual, vindo a tornar-se um problema apenas quando passa a ser percebido como a única solução viável para o sofrimento, então passa a ser considerado patológico. (WERLANG; BOTEGA, 2004).

É possível compreender que o suicídio configura uma grave problemática não só a nível pessoal, como também a nível societário, posto que, conforme pontuam Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Júnior (2011), além de gerarem uma imensa perda de capital humano, tanto o suicídio quanto as tentativas requerem uma grande demanda de recursos público que poderiam estar sendo destinados a outros fins. Ainda segundo os autores, em grande maioria dos países o suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte, sendo então considerado como um problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Estimativas da OMS apontam que nas últimas quatro décadas as taxas de suicídio tiveram um aumento de 60% e que cerca de 800 000 pessoas morrem anualmente tendo como causa o suicídio. As tentativas não estão inclusas nesses dados, estas chegam a ser 20 vezes maiores que o número de suicídios consumados, projetando que, em 2020, o número de suicídios atinja 1,5 milhões de pessoas. Além disso, os maiores índices de acometimento passaram de uma parcela mais idosa da população para faixas etárias mais jovens. O suicídio mudou da faixa mais idosa da população para faixas mais jovens. Assim, atualmente, na maioria dos países o suicídio fica com a segunda ou terceira posição em causas mais frequentes de morte em adolescentes e adultos jovens (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2014).

Ao considerar o Brasil os números não destoam, as taxas apontam que o país é oitavo em números absolutos de suicídio, contando com 11.821 mortes em 2012 decorrentes do suicídio. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA [ABP], 2014). A ABP (2014) também salienta para um aumento de 10,4% na quantidade de mortes entre os anos de 2000 e 2012, onde o maior aumento, cerca de 30%, ocorreu entre faixas etárias mais jovens, seguindo uma tendência mundial. No entanto esses números podem estar subestimados, visto que há déficit tanto nos registros de

mortes em cartório (sub-registro), como nas notificações de mortes ocorridas em hospitais (subnotificações), e ainda um mascaramento de suicídios sob outras denominações de causa de morte: acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental ou mesmo “causa indeterminada”, a título de exemplo (BOTEGA, 2014; BOTEGA et al., 2006).

Há de se enfatizar que o suicídio trata-se de um tipo de morte evitável, e que isso é possível a partir de estratégias de baixo custo a nível mundial. Contudo existem barreiras a isto, as quais: a estigmatização no que diz respeito aos transtornos mentais e ao suicídio que acabam por coibir os pedidos de ajuda, e também a pouca importância dedicada ao tema (WHO, 2014).

O fenômeno do suicídio não pode ser analisado de forma isolada, é necessário que se compreenda o sujeito dentro do seu contexto, considerando fatores biológicos e psicológicos assim como também políticos, socioeconômicos e culturais. Assim, a prevenção ao suicídio requer uma atenção integral à saúde visto sua natureza multifatorial e subjetiva que perpassa questões como etnia/raça, gênero, idade, orientação sexual, educação e outras.

A prevenção estrutura-se a partir do incremento de fatores de proteção e decréscimo dos fatores de risco, tanto no âmbito individual como no coletivo. Entre os fatores de proteção pode-se considerar o sentimento de pertencimentos a grupos, bons vínculos afetivos e visão otimista da vida. Já em relação aos fatores de risco são assinalados alguns transtornos mentais (como depressão e alcoolismo, por exemplo), luto recente, dinâmica familiar conturbada, doenças crônicas e acessibilidade a meios letais (BOTEGA et al., 2006). Não obstante, é necessário considerar que os fatores de risco e proteção podem variar de acordo com os valores incutidos em cada contexto cultural e a relação do indivíduo com este.

Botega et al. (2006) pontuam que um transtorno mental constitui um importante fator vulnerabilizador em uma ampla maioria dos casos de suicídio, ainda que não se possa desconsiderar a interação deste com as questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais. Outro aspecto clínico que deve ser mencionado concerne a uma tentativa de suicídio anterior, sendo este considerado o principal fator de risco para uma consumação futura dessa ação (BOTEGA, 2014).

A OMS esclarece que a prevenção do suicídio demanda um planejamento que sirva de base para a elaboração de um conjunto de estratégias baseadas em

dados concretos que atendam a realidade cultural de cada localidade, visto que um conjunto universal de estratégias não abarcaria as necessidades específicas de cada um dos países. Aponta ainda que o êxito na prevenção está ligado a uma mudança social, a qual depende de conhecimento científico e advindo de experiências práticas, políticas públicas e uma estratégia de abrangência nacional (WHO, 2014).

Neste sentido, algumas medidas podem ser efetivadas a nível da saúde pública, entre elas: desenvolvimento de estratégias tanto nacionais como locais voltadas à prevenção do suicídio, conscientização e a quebra do estigma entre a população, detecção e tratamento precoce de transtornos mentais, controle de meios letais (restrição à armas de fogo, regulação do comércio de agrotóxico, arquitetura segura de espaços públicos), além da capacitação dos profissionais da saúde em prevenção de suicídio (BOTEGA, 2014).

Para que a prevenção aconteça de forma eficiente é preciso extrapolar os limites do sistema de saúde, implementando ações em diversas esferas sociais, das quais podem ser citadas: incentivo de espaços destinados à promoção de saúde e qualidade de vida dentro das comunidades, fomento de campanhas preventivas por meio das mídias, utilização do espaço escolar para ampliar os debates e desconstruir estigmas visando facilitar a prevenção (ABP, 2014).

À vista disso, localidades com defasagem em estratégias de prevenção do suicídio, assim como a falta de divulgação das estratégias existentes contribuem para um cenário onde o indivíduo não recebe o cuidado adequado. Esses lapsos no cuidado podem ser preenchidos, segundo estudiosos do tema, por meio dos avanços tecnológicos, os quais se apresentam promissores, mas ainda requerem investimento no sentido de avançar nas práticas preventivas, culminando em uma maior efetividade (AGUIRRE; MCCOY; ROAN, 2013).

Os aplicativos móveis são recursos disponíveis em *smartphones* e são relativamente de fácil acesso. Eles são considerados nos Estados Unidos, pela Organização de Serviços Humanos (HSO) como ferramentas que podem auxiliar os indivíduos em questões sociais e individuais, o que abre precedente para o desenvolvimento de um canal de prestação de serviço de cuidado através das tecnologias (AGUIRRE; MCCOY; ROAN, 2013).

Nesse âmbito, a OMS expõe que as intervenções via aplicativos móveis de celular podem apresentar-se úteis em países em desenvolvimento, nos quais as estruturas de apoio aos indivíduos com risco de suicídio podem ser limitadas. Por

consequente, diante da percepção do grande alcance e do baixo custo da implementação de estratégias de prevenção do suicídio via aplicativos em dispositivos eletrônicos, a OMS considera esta uma opção para o apoio e tratamento das pessoas em risco de suicídio (WHO, 2014).

Dessa forma, é possível identificar o uso das tecnologias como forte aliado no desenvolvimento de aplicativos para prevenção do suicídio, atentando para o dado que esses precisam ser elaborados para garantir o melhor atendimento possível às pessoas, assegurando a escolha pela vida que fizeram. No entanto os estudos ainda se encontram escassos, não sendo possível encontrar grande arcabouço teórico na literatura, o que pode impactar no processo de criação de novas tecnologias e medidas preventivas do comportamento suicida (AGUIRRE; MCCOY; ROAN, 2013).

No Brasil, tanto o desenvolvimento de aplicativos com bases científicas sólidas como os estudos acerca do tema também se mostram escassos, o que, aliado aos dados já expostos neste trabalho, apontam para uma necessidade urgente de maior investigação e produção na área.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Desenvolver especificações de um protocolo digital de avaliação de risco real e/ou potencial de suicídio, bem como o registro da incidência e atendimento desse problema na rede pública de saúde do município.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Especificar os requisitos de um protocolo digital de avaliação de risco real e/ou potencial de suicídio;
- Possibilitar a identificação de pacientes em situação de risco real e/ou potencial de suicídio, atendidos na rede pública de saúde do município;
- Sistematizar o registro dos pacientes em situação de risco real e/ou potencial de suicídio através da criação de banco de dados epidemiológicos.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Esse capítulo apresenta um conjunto de informações que possibilitam o melhor entendimento sobre a linha de pesquisa apresentada e a motivação para o desenvolvimento deste estudo.

#### **3.1 Trabalhos relacionados**

O suicídio é representado por aproximadamente 800 mil mortes anuais, sendo a segunda principal causa de morte entre o público de idade entre 15 e 29 anos em todos os países, sendo ainda maior o número de tentativas para esse ato, na qual a tentativa pode ser expressada pela pessoa como algo positivo ou negativo, na qual está relacionado ao resultado que a mesma espera. Portanto, atinge majoritariamente o público de adolescentes e jovens adultos, podendo ocorrer em qualquer etapa da vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS], 2018). O comportamento suicida é multicausal, pois fatores podem colaborar para tal ato, podendo variar a partir do contexto histórico de vivência pessoal de cada um, e existir diversas faces de interpretações para esse feito (BANACO, 2001). Ressalta-se que os transtornos mentais e a cultura também corroboram para essa tentativa, levando em consideração que a cada tentativa pode-se chegar mais perto do suicídio propriamente dito (BOTEGA, 2014).

Os fenômenos humanos são por si só carregados de complexidade e de variabilidades. Não distante disso, abordar a temática da morte é tentar adentrar nessa injunção de possibilidades (BOTEGA et al., 2006). Nesse contexto a psicopatologia pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano, na qual pode-se entender que a área da psicopatologia aborda o sofrimento mental do indivíduo, e de como se processam e se constituem esses (DALGALARRONDO, 2000).

Dentro dessa perspectiva um ponto extremamente importante refere-se aos profissionais de saúde, os quais além de preparação para acolher pacientes em risco, precisam identificar e entender a dinâmica de funcionamento das ideações suicidas, ou os pensamentos de morte que os acometem e aprisionam. Sabedores que o suicídio é um problema mundial de saúde pública, esses profissionais lidam

com aparelhamento das suas funções nesse âmbito, assim como das formas preventivas para lidar com as questões em torno do suicídio.

A otimização da identificação e intervenção da ideação suicida mediante o uso de tecnologias pelos profissionais de saúde representa uma importante ferramenta no enfrentamento da problemática, e tem como suporte as resultantes advindas da análise dos protocolos de avaliação de risco real e/ou potencial de suicídio, bem como os registros da incidência e atendimento desse problema na rede pública.

Osteen et al (2018) apontaram que entre jovens do sistema de bem-estar infantil, há grande risco de ideação suicida e comportamento suicida, dado ao contexto sociocultural, que na maioria das vezes coloca-o/a em situações de desafios físico e psicológico, produzindo sentimento de culpa, insegurança social, e questões referentes a saúde mental, como depressão, exagero de substância e, além disso, dificuldade de acesso aos serviços de saúde pública; dentro dessa perspectiva, foram desenvolvidas algumas alternativas de protocolo de prevenção: o Conselho Coordenador de Prevenção ao Suicídio – SPCC, afirma a necessidade de fomentar estratégias nas Políticas Públicas de promover e implantar novos programas de prevenção ao suicídio, nas organizações que tem como demanda o atendimento individual e familiar, objetivando um treinamento para essa equipe. Nisto, a pesquisa apresentou o Youth Treinamento de Gatekeeper de Depression and Suicide: Let Thalk” – YDS, como meio de capacitação as equipes, em que fornece ao/a profissional as técnicas de reconhecer fatores de riscos, proteção e alerta; escuta especializada, buscando identificar o grau de risco; e técnicas de intervenções em situações de crise ou risco acentuados (BARZILAY et al, 2017; LIGIER et al, 2015).

O suicídio é uma das três causas principais de morte em jovens de todo o mundo e tem uma relação também com o bullying, que pode ser caracterizado de forma física (agressão), verbal e relacional (falar do jovem para outras pessoas). A vitimização (sentimento de culpa) física e relacional foi relacionada a ideação suicida e tentativa de suicídio. Além disso, a relação entre depressão-bullying-comportamento suicida, na qual sinaliza-se como prática de intervenção o papel dos cuidadores, indo além dos aspectos educacionais (GRAZIOLI et al, 2018; LIU et al, 2018). Também, cabe salientar a relação entre álcool, depressão e comportamento suicida apontada por uma pesquisa de Fatores de Risco do Uso de Substâncias de método longitudinal (15 meses), com 4617 participantes, onde essa relação foi

positivamente associada ao longo do tempo, como também a necessidade de acompanhar esse/a jovem aos longos do tempo, com o objetivo de manter contato e cuidados precisos (BARZILAY et al, 2017; LIGIER et al, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) relata que o suicídio tem aumentado ao longo dos anos no público jovem, assim, jovens representam, no momento, o grupo de maior risco e vulnerabilidade social. Para tanto, a relação entre os fatores de risco e vulnerabilidade social, como, transtornos mentais e substâncias psicoativas, frustrações, decepções, tentativas de suicídio, sucessivamente, são os fatores de maior prevalência de risco ao suicídio (WHO, 2010).

Disponibilizar e fomentar melhoras significativas aos/as profissionais da atenção básica de saúde e setores que tem contato direto com esse público, diminuindo o máximo possível o acesso aos meios de tentativa de suicídio; flexibilidade de percepção da necessidade desse jovem ser acompanhado por um profissional da área da saúde, principalmente por uma equipe multidisciplinar, como psicólogas, enfermeiras, médicas, aperfeiçoando e disponibilizando o acesso ao serviços sociais e de saúde público, com um atendimento humanizado, na qual se acredita que essa capacitação e garantia de acesso, acarretará em maiores efetividades nos aspectos de práticas preventivas (WHO, 2010; BARROS et al., 2006).

As questões referentes a depressão e de fatores de alerta do suicídio está em frequência, maior relacionado a ideação do que as tentativas de suicídio. A ideação tem acentuada influência maior que a depressão no que tange as primeiras tentativas de suicídio; outras questões que estão associado a ideação e tentativa do suicídio é o surgimento de diagnóstico de doenças que diminui a capacidade de trabalho de uma pessoa; a renda financeira é um determinante que contribui para o suicídio; o uso acentuado de substancia psicoativas, licitas e ilícitas, acarreta tentativas de suicídios de forma geral (INDU et al, 2017; TROUT et al, 2017).

A ideação suicida é um elemento que se deve também levar em consideração, principalmente por essa predizer o ato ou comportamento suicida, nisto faz-se necessário averiguar esses pensamentos, fomentando assim também, pesquisas com maiores abrangências de regiões no mundo, sociedade e culturas diversas, com grandes amostras, que apresentam os principais motivos, intensidades, duração, quais os momentos que surgem os pensamentos e crise suicida (WHO, 2003).

Nisto, entende-se que o comportamento suicida está relacionado a fatores sociodemográficos, renda, trabalho, história de uso de substâncias psicoativas, entre outros. Para tanto, é importante trabalhar com os familiares e amigos/as enlutados por vítimas de suicídio, visto que esses apresentaram de forma mais porcentual vergonha, sentimento de culpa, responsabilização, comparado por outro tipo de luto (natural, repentina ou morte natural não repentina), compondo assim um grupo mais propenso ao risco de suicídio, depressão e funcionalidade socialmente negativa; percebe-se a necessidade de programas de promoção, prevenção e intervenção as pessoas enlutadas pelo suicídio (INDU et al, 2017; PITMAN et al, 2016; TROUT et al, 2017).

Concernente ao processo das pessoas enlutadas foi apresentado recentemente a terminologia “posvenção”, que é definida como a prevenção ao enlutado, após o ato suicida de um ente querido, buscando fomentar ações técnicas e científicas, dentro de um amparo de atendimento humanizado, para atender a demanda do abalo da perda por suicídio, preocupando também em fomentar práticas de prevenção do sofrimento das próximas gerações; salienta-se a importância da equipe multidisciplinar passar por uma capacitação, na qual oferte ao/a profissional um conhecimento amplo da temática suicídio e uma prática humanizada sem preconceito, no momento de contato com os enlutados<sup>12</sup> (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

Ademais, Liu et al (2018), ao realizarem uma pesquisa com amostra em contexto rural, por meio de entrevistas com pacientes hospitalizados por tentativas de suicídio, apresentaram a existência de alguns padrões por faixas etárias de idade, a exemplo: entre os 15 aos 24 anos são propensos ao suicídio, na qual tem maiores dificuldade de perceber quais são os tipos de apoio que a sociedade oferece, tendo uma maior proporção em homens; entre os 24 e 35 anos são mais propensos ter a ocorrência de suicídio na história de sua família; e de 35 a 45 anos, tem menos impulsos ao suicídio (LIU et al, 2018).

Assim, no que tange a atenção primária de saúde, foi constatado uma alta prevalência de depressão, mais acentuada no sexo feminino, em contexto que existe opressão de gênero; os dados apresentam uma prevalência grande de história de tentativas de suicídio em pacientes na atenção primária, sendo identificado que as pessoas que comentem suicídio geralmente procuram um médico da atenção

primária antes do suicídio, como também existe uma alta prevalência da associação entre pessoas que tem transtorno mental com o ato de suicídio (INDU et al, 2017).

Botega (2014), relata sobre a necessidade de assistir a população rural, sendo essa, menos desprovida de serviço médico, acarretando maior risco de ato consumado de suicídio em comparação aos centros urbanos, considerando que nessas o socorro pela equipe médica pode ser realizado com mais agilidade e qualidade.

Referente as questões relacionadas aos protocolos de intervenções, não se tem uma única metodologia nem mesmo padrões relacionados a essas questões, dados esses relacionados a uma pesquisa realizada com 142 indivíduos, com idades entre 18 e 77 anos os quais durante sua vida tiveram comportamentos ou ideações suicidas (FREY; HIGGINS; FULGINITI, 2018). Para tanto, o referido trabalho teve a finalidade de testar as propriedades psicométricas do *“Self-Harm and Suicide Disclosure Scale”* – *“Escala de Divulgação de Auto-Dano e Suicídio”*, por meio do modelo Rasch, conhecido na teoria como um instrumento que tem a funcionalidade de Mensuração Conjunta, desenvolvendo assim, medidas de escalas de estrutura intervalar (FREY; HIGGINS; FULGINITI, 2018).

No ramo das psicopatologias estudos (BERONA et al, 2017) feitos com adolescentes hospitalizados psiquiatricamente, declarados agudamente suicidas, identificaram alguns perfis psicopatológicos dentre eles: subclínico, internalizante e moderadamente e severamente desregulado, perfis esses traçados pela história pregressa de comportamentos não-suicidas, auto-lesão, múltiplas tentativas de suicídio e a gravidade da ideação, sendo observado desesperança, sintomas depressivos e de ansiedade, comprometimento funcional e abuso de substâncias. Destes, o perfil de desregulação é o mais comum entre os jovens suicidas hospitalizados, além de prever a tentativa de suicídio em três meses após a alta, e o internalizantes prevê o processo de reinternação e tentativas de suicídios logo após a alta. Com a leitura dos perfis psicopatológicos o tratamento em relação a prevenção do suicídio pode ser facilitado (BERONA et al, 2017).

Já em sistemas carcerários onde os componentes são de certa forma oprimidos, entram no processo de desconfiança, isolamento e até mesmo medo o risco de suicídio se torna cinco vezes maior em relação a população geral. Com isso a Terapia Cognitivo Comportamental abre portas com algumas promessas de reduzir

as crenças de desesperança e pensamentos depressivos, a fim de diminuir o índice de tentativas e do suicídio propriamente dito (PRATT et al, 2016).

O que percorre o processo de intervenção e experiência apontam que mulheres são mais propícias ao suicídio, porém pouco se sabe a respeito das necessidades destas. Em uma pesquisa (RAMCHAND et al, 2016) com 54 mulheres foram encontrados dados a respeito de automutilação não suicida, além de traumas sexuais, trazidos pela maioria das entrevistadas, portanto posto como principal demanda, esses dados corroboraram para encontrar o caminho para métodos preventivos.

Já 50 pacientes em situação de internação de trauma decorrente de tentativas de suicídio, onde foram avaliados antes da randomização e 1 mês após a pequenas intervenções e psicoeducação a respeito da temática. Os resultados obtidos incluíram: disposição para mudar os comportamentos os quais lhe traziam problemas, satisfação, razões para viver e ideação suicida (RAMCHAND et al, 2016). Logo, os pacientes em internação podem se beneficiar de intervenções breves, na qual incluirá o envolvimento de um cuidado apropriado, com serviços de saúde mental ambulatorial, na qual foi apresentado como Protocolo de Intervenção e Experiência The Teachable Moment Brief Intervention - A Intervenção Resumida pelo Momento de Aprendizado (TMBI), que tem como finalidade predominante ajudar o paciente com ideação suicida a identificar os fatores relacionados a ideação, levando a rejeitar o suicídio, objetivando dialogar questões referente as situações que potencializa a tentativa de suicídio (O'CONNOR et al, 2015).

Diante do que foi exposto é válido destacar a necessidade da utilização de um método adequado para cada caso (ABREU et al., 2010). Assim, é fundamental a investigação das demandas que levaram o indivíduo a um sofrimento, o que possibilita traçar medidas preventivas. Destarte, em pacientes em situação de hospitalização é essencial um trabalho de psicoeducação a respeito do suicídio, ressaltando assim a necessidade de intervenções específicas para de terminados casos.

Ademais, detectou-se a necessidade de um número maior de pesquisas que apontem e fomentem alternativas para a prevenção e criação de uma quantidade maior de protocolos de prevenção e assistência para as pessoas que estão em situação de risco social que pode levar a tentativa de suicida ou ato consumado, visto

que não há muitos trabalhos que indiquem protocolos ou ferramentas tecnológicas que auxiliem na prevenção do suicídio.

### **3.2 A nosologia do suicídio**

Há várias possibilidades que podemos e devemos atentar quando nos deparamos com situações de risco. Sejam elas tentativas ou por vezes concretizações, sejam atendimentos clínicos ou na vida de cada um.

Ambiente, questões orgânicas, sofrimentos psíquicos entre outros são, sem dúvida, variantes que integram e poderiam ser explicitadas para desenvolver o tema deste trabalho. Entretanto, no intuito de ratificar como sendo a soma de fatores e situações o que contribui para a decisão e ação de tal ato, é que passamos a seguir e a apreciar visões e ideias sobre o suicídio.

Botega et al (2004 p.21) definem e destacam a etimologia do suicídio como sendo “a morte de si mesmo”. Esse conceito traz à tona uma amplitude de possibilidades que se pode compreender como a exposição a condutas de risco, falta de cuidado com doenças e eventos perigosos, intoxicações, acidentes e outros.

Em sintonia com o conceito anterior Cassorla (1984) também define assim o suicídio e ainda completa que os fatos citados podem caminhar para a morte de si mesmo. Porém, segundo Botega e colaboradores (2004), apesar de todas as possibilidades convencionou-se considerar como suicídio apenas as ações voluntárias e conscientes do indivíduo que ele acreditaria determinar sua morte.

Segundo Gabbard (2006) inúmeros transtornos psiquiátricos podem culminar com o ato do suicídio, porém, evidencia-se em maior parte nos transtornos depressivos maiores e caracterizados por determinantes biológicos e psicológicos. Corroborando com essa concepção o autor Dalgalarrodo (2000) aponta que as ideias relacionadas à morte, os planos suicidas, os atos e as tentativas de suicídio frequentemente estão relacionados ao humor depressivo acompanhado de desesperança e angústia.

Os autores Kaplan & Sadock (2007) apontam que o fenômeno suicídio constitui um ato fatal que representa o desejo de morrer, existindo uma variação entre pensar em suicídio e em expressá-lo na ação. Ainda segundo os autores, muitas pessoas têm pensamentos suicidas que jamais executarão, porém, algumas planejarão por meses antes de cometer o ato e outras, em impulsos sem

premeditação, tiram a própria vida. Nesse contexto, Botega e colaboradores (2004) define o ato suicida como toda lesão que o indivíduo cause a si sem considerar a intencionalidade letal e sua motivação.

Se pensarmos particularmente em atos suicidas, e na possibilidade do ato não ter a letalidade e intencionalidade consciente no indivíduo é importante definirmos melhor esses conceitos. Quanto ao primeiro será definida como sendo as consequências do ato em termos de gravidade médica.

Segundo Botega e colaboradores (2004) intencionalidade está ligada ao desejo do indivíduo e a intensidade desse em morrer. Para tanto, podemos relacionar a intencionalidade com comportamentos do indivíduo frente ao suicídio, como o falar do ato suicida, o explicitar da sua vontade de morrer a outros, o pensamento suicida em si, esse no campo do pensamento e as ameaças suicidas anunciadas.

Seguindo assim, poderemos identificar inúmeras condutas individuais e até mesmo coletivas que sugerem essas possibilidades, e em destaque podemos descrever o trânsito como, quem sabe, maior representante de atos suicidas.

O trânsito, visto de uma perspectiva de negligência e risco, assumidos pelos indivíduos motoristas quando estão dirigindo alcoolizados ou realizando condutas perigosas, sugere atos suicidas, mesmo sendo consideradas condutas camufladas. Botega e colaboradores (2004) conceituam esse mimetismo como “parassuicídios”, ou seja, eles escondem o ato suicida, mas não resultam em morte. Também nessa perspectiva Kaplan e Sadock (2007) definem parassuicídios como comportamentos automutilativos, mas ratificam o enfoque do desejo de não morrer do indivíduo.

Relativo aos atos suicidas que não terminam em morte também temos contrapontos, e as definições são mais problemáticas do que conceitualizadoras. Botega e colaboradores (2004) destacam esse contexto dúbio pelo fato do paciente sobrevivente colocar em dúvida sua voluntariedade e consciência das consequências de seu ato. O indivíduo, segundo a autora, nega ter tido a intenção de morrer, alega ou estar confuso ou não lembrar o ocorrido. Alguns até admitem o dolo pela morte, porém suas idéias sobre o que seria morte são confusas.

Dito isto, o fenômeno do suicídio também pode ser visto dentro de uma perspectiva do social. Segundo Kaplan e Sadock (2007), o suicídio, palavra derivada do latim “auto-assasínio”, tem acontecido desde o início da história registrada, na forma de atos que alternam de condenação à tolerância. Variam de acordo com a época e a cultura, sendo também variados seus motivos e frequência. Atualmente na

sociedade ocidental, ainda conforme os autores, o suicídio não é mais visto como algo sem sentido e sim como alívio e caminho para problemas que causam intenso sofrimento.

Ainda na ideia de apresentar o suicídio numa perspectiva social acerca do fenômeno, Kalina e Kovadloff (1983) apontam o suicídio não como um ato individual e sim como resultado de comportamentos coletivos e da própria evolução da sociedade a qual defendem. Os autores destacam comportamentos sociais coletivos que não se costumam levar em questão como condutas suicidas ou comportamentos suicidas. Eles exemplificam essa ideia com a ingestão de álcool em excesso, o cigarro, o trânsito das grandes cidades, até mesmo a industrialização das cidades que resultam em danos ao meio ambiente.

Segundo Durkheim (2000), se considerarmos o conjunto de suicídios cometidos numa determinada sociedade num determinado espaço de tempo, não teremos apenas uma soma, mas sim, um fato novo. Em consequência esse fato terá própria individualidade e natureza, sendo essa eminentemente social.

Nesse contexto, o suicídio apresenta várias possibilidades no campo do social, porque busca não direcionar o ato suicida como uma possibilidade única, resultado de uma ação do indivíduo. O social nos mostra outras variáveis que demonstram influências externas ao comportamento e como consequência podemos inferir que os atos suicidas não são puramente individuais. Seguindo essa ideia Durkheim (2000) define o suicídio como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo, resultando de sua intencionalidade, ou negativo, onde a intenção difere da ação. Ainda, conforme o autor, essas ações seriam realizadas pela própria vítima e que sabia que poderia produzir esse resultado.

Nesse sentido Kalina e Kovladoff (1983) escrevem que o suicídio pode ser consequência de uma debilitação profunda da auto-estima. Uma sociedade que contribui para a despersonalização crescente de seus integrantes pode fomentar a proliferação de patologias suicidas. Porém, essa proliferação não responde nem justifica atos individuais, defendem os autores. Nesse sentido Durkheim (2000) diz que um ato não pode ser definido pelo fim perseguido pelo agente, pois um mesmo movimento, mesmo sem alterar sua natureza, pode servir para fins diferentes.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Teoria de resposta ao item (TRI)**

Dalton (2000) relata que os métodos de avaliações educacionais vêm ao longo do tempo se modificando e aprimorando. Ao contrário do conceito acerca da Teoria Clássica, baseada em resultados quantitativos e escores padronizados, a Teoria da Resposta ao Item (TRI) denota um conceito sobre um instrumento de avaliação e modelo probabilístico criado para quantificar uma proficiência levando em conta o conceito de coerência pedagógica das respostas de acordo a dificuldade dos itens apresentados. Em um determinado método de avaliação educacional, o TRI mensura convergente e quantitativamente.

Segundo Couto e Primi (2011) a aplicação do TRI em questionários psicométricos é fundamentada na avaliação de cada item individualmente, podendo ser separados em itens exclusivos e itens compartilhados. Assegurar o nível de dificuldade de cada item, assim como mensurar a saúde mental de cada indivíduo que realiza o questionário.

O TRI preconiza modelos para o atributo do indivíduo, como uma característica que não pode ser observada diretamente, podendo ser visualizada através de variantes relacionadas a cada característica específica. Também é possível realizar comparações mais fidedignas sobre cada indivíduo.

Desse modo, Costa (2014) ratifica a aplicação do TRI como sendo de grande importância no que se refere a avaliação individual de cada examinado, comparando os diferentes vieses que meçam as mesmas características, melhorando no entendimento dos dados utilizados. As verificações dos resultados podem posteriormente, serem utilizadas para realização de um diagnóstico clínico, como também para estabelecer uma melhor escala mensural da condição de cada examinado.

### **4.2 Questionário – Protocolo digital de prevenção ao suicídio**

A psicometria é uma área que busca desenvolver modelos que possam mensurar propriedades psicológicas, também referidas por traço latente ou variáveis

latentes, as quais dizem respeito a características próprias de cada sujeito que não podem ser observadas diretamente, por tanto há a necessidade que sejam inferidas a partir da observação de variáveis secundárias que estabeleçam relação com esta (CASTRO; TRENTINI; RIBOLDI, 2010; DE ARAÚJO; DE ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

Os modelos utilizados para a mensuração de traços latentes usualmente correspondem a instrumentos de medidas (escalas) constituídos de conjuntos de itens onde as respostas são categorias que podem ser ou não ordenadas, objetivando estimar as variáveis secundárias, e, conseqüentemente, estimar os traços latentes dos indivíduos (CASTRO et al., 2010).

Conforme aponta Pasquali (2017), a psicometria começa a se desenhar com base na psicofísica dos alemães Ernst Heinrich Weber e Gustav Fecher, além da contribuição dos testes para medir processos mentais de Galton. É a partir dos postulados de Leon Louis Thurstone sobre análise fatorial múltipla que a psicometria toma forma, diferenciando-se da psicofísica, já que está refere-se a medida de processos diretamente observáveis, isto é, o estímulo e a resposta do organismo, ao passo que a psicometria funda-se na medida do comportamento do organismo por meio de processos mentais (lei do julgamento comparativo).

O surgimento dos testes psicológicos no final do século XIX e início do século XX criam um cenário bastante favorável para o desenvolvimento da psicometria que assume um modelo quantitativista em Psicologia utilizado especialmente para a mensuração das aptidões humanas, o que se deve ao fato dessa temática ser o foco dos estudos da Psicologia à época, bem como facilitar o trabalho quantitativo (PASQUALI, 2017).

No âmbito teórico da Psicometria são consideradas duas vertentes: a teoria clássica dos testes (TCT), e a teoria de resposta ao item (TRI), que possuem matrizes epistemológicas bastante diferentes, entretanto não se propõem a convergirem (PASQUALI, 2017).

O modelo da TCT foi desenvolvido por Spearman e acurado por Gulliksen, pretendendo explicar o resultado total obtido por um indivíduo em um teste, este resultado foi denominado score total (T), o qual constituí-se da soma dos itens acertados (V: valor real) com o erro de medida associado ao resultado (E: erro cometido nesta medida), sendo expresso pela fórmula  $T = V+E$ , indicando que

resultados mais precisos advém de um maior número de observações. (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013; PASQUALI, 2017).

Nos anos 50 a TCT estava bem consolidada, no entanto alguns estudiosos começaram a apontar para uma grave questão, afirmavam que os instrumentos elaborados com base na TCT dependiam intrinsecamente do objeto medido. Ou seja, os resultados dos testes psicológicos dependiam dos instrumentos utilizados (PASQUALI; PRIMI, 2003).

Segundo Pasquali e Primi (2003) e Pasquali (2017), os psicometristas Lazarsfeld, Lord e Rasch iniciam estudos a fim de eliminar a dependência do instrumento de medida em relação ao objeto de medida. Os estudos se tornam as bases da TRI, que mesmo sendo investigada desde os anos 30 só ganhou força na década de 80, uma vez que a resolução da problemática apresentava algoritmos matemáticos tão complexos que não eram abarcados de forma prática e útil pela tecnologia computacional da época.

A TRI possibilita que sejam estimados os parâmetros dos itens e dos indivíduos em uma escala de medida com base na correlação de um conjunto de respostas apresentadas por um grupo de respondentes com um conjunto de itens delimitados (DE ARAÚJO; DE ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

Assim, a teoria baseia-se na inferência de um traço ou aptidão que pode ser verificado através de um estímulo (item) que é apresentado ao sujeito que responde a ele. À vista disso, a resposta dada ao item depende do quanto o traço ou aptidão está presente no indivíduo. Assim, o traço latente é a causa e o efeito é a resposta dada pelo indivíduo (CASTRO et al., 2010; DE ARAÚJO; DE ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009; PASQUALI; PRIMI, 2003).

A necessidade de considerar cada item de forma independente sem revelar os escores totais fornecem as condições necessárias para o surgimento da TRI. Assim, as conclusões não se resumem apenas ao resultado do teste ou questionário, mas dependem da análise de cada item particular que o formam, o que possibilita que a TRI não entre em conflito com os pressupostos da TCT e ainda oportuniza uma nova proposta de análise estatística. (DE ARAÚJO; DE ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

A centralidade no item permite à TRI algumas vantagens diante da TCT, como: a possibilidade de comparação entre traços latentes de indivíduos de populações diferentes quando realizam testes como itens em comuns; a comparação

ente pessoas de uma mesma população a partir de teste totalmente diferentes; a consideração das características específicas de cada item que forma um instrumento de medida na construção de escalas; a viabilidade de itens e indivíduos estarem na mesma escala, permitindo que o nível de uma característica presente em um indivíduo possa ser comparado ao nível da característica exigida pelo item; através somente dos dados respondidos permite um tratamento para uma soma de dados faltantes; os parâmetros dos itens não dependem do traço latente do respondente e os parâmetros dos indivíduos não dependem dos itens apresentados (princípio da invariância). Ademais, a interpretação da escala gerada faz-se mais fácil, além de ser possível identificar nela quais itens estão produzindo informação (DE ARAÚJO; DE ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

Vê-se que a TRI apresenta construtos mais robustos que a TCT, o que justifica sua ascensão quanto teoria e seu extenso uso recente por diversos psicometristas e pesquisadores das mais variadas áreas para a avaliação de inúmeros instrumentos psiquiátricos e psicológicos (SARTES; SOUZA-FORMIGONI, 2013). Ainda, vale ressaltar que diante de uma perspectiva matemática é bem mais complexa, o que pode exigir ainda mais empenho dos pesquisadores (PASQUALI, 2017).

De forma bastante simplista, considerando o traço latente Transtorno Depressivo Maior, uma análise realizada através da TRI pressupõem que as respostas a um questionário composto por 10 itens, cada um com quatro possibilidades de resposta indicando uma maior intensidade de sintomas depressivos, com scores variando entre 0 e 3, resultem em scores totais que variam entre 0 e 30 (APÊNDICE A). Logo, os resultados com scores mais elevados apontam para uma maior probabilidade de o indivíduo apresentar o traço Transtorno Depressivo Maior, demonstrando que as respostas são independentes entre si, mas se relacionam com o traço latente.

Portanto, é possível estabelecer a relação entre a inclinação de um indivíduo para determinada resposta, a intensidade do traço latente e os parâmetros de cada item, o que viabiliza a construção de uma escala de medida que mensura não só os parâmetros dos indivíduos como também dos itens (DE ARAÚJO; DE ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

Apesar de ser vastamente utilizada, e vir substituindo a TCT em países desenvolvidos, a TRI só chegou ao Brasil, e na América Latina de forma geral, em

1990. Contudo, mostra-se bastante promissora, em virtude da superação de limitações teóricas graves da psicometria tradicional (PASQUALI, 2017).

Ante o exposto, para o presente estudo foi elaborado um questionário com base nos pressupostos da TRI (APÊNDICE B) constituído por um grupo de itens que objetiva mensurar o traço latente ideação suicida, visto que as atitudes preventivas são essenciais na redução de suicídios. Os itens do questionário foram selecionados a partir da observação de pacientes que tentaram suicídio com base nas orientações da OMS (WHO, 2000).

O referido questionário é composto por 12 itens (perguntas) a serem realizadas por um aplicador com possibilidade de resposta dicotômicas (sim ou não), todas sucedidas de uma avaliação de entendimento da questão pelo respondente que contam com 5 opções, estas: Eu não entendi nada; eu entendi um pouco; eu entendi mais ou menos; eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas; eu entendi tudo completamente.

As perguntas estão divididas em 3 grupos de acordo com a distribuição e classificação da pontuação do questionário (APÊNDICE C), responsável por avaliar o risco de suicídio, sendo estes leve, moderado e grave, definidos pela intensidade do traço latente indicado pela resposta a cada pergunta, considerando que alguns comportamentos se apresentam como fatores de risco mais acentuados que outros para a tentativa de suicídio (WHO, 2014).

O grupo leve contém 4 perguntas com scores variando entre 5 e 10 pontos para as respostas afirmativas (sim), somando um total de 25 pontos, onde um score até 25 indica risco leve para suicídio. O grupo moderado constitui-se de 3 perguntas com pontuação variando entre 5 e 15, onde a afirmativa leva a o score total de 25 a 35 pontos, indicando risco de suicídio moderado. O terceiro grupo, grave, é composto por cinco perguntas, onde a resposta afirmativa pode variar entre 10, 15 e 20 pontos, somando um total de 35 a 70 pontos, que indicada risco grave de suicídio. No geral, as respostas ao questionário podem variar entre 0 e 130 (total absoluto), de acordo com a quantidade de respostas afirmativas apresentadas.

Desta forma, o questionário atende ao princípio de independência local da TRI, que postula que as respostas dadas para cada item são independentes entre si para cada sujeito que responde, e que se há correlação entre elas isto se deve a um outro fator que não o dominante (PASQUALI; PRIMI, 2003). O que já pressupõe um outro princípio da TRI, o de unidimensionalidade, onde um único fator dominante é a

causa da resposta (PASQUALI; PRIMI, 2003). Assim, cada resposta do questionário é classificada de forma independente, com pontuação específica, e ainda que as respostas se correlacionem com outros fatores externos têm como fator dominante o desejo de morte.

Além disso, cada classificação de gravidade estabelecida através do questionário direciona para o manejo adequado do paciente. Risco classificado como leve indica para há necessidade de uma avaliação clínica dos sintomas; risco moderado requer acompanhamento psicológico e psiquiátrico; para paciente avaliados com o risco grave recomenda-se internação hospitalar e/ou domiciliar, aliada a acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Tais medidas foram estabelecidas com respaldo nas orientações da OMS (WHO, 2000).

#### **4.3 Questionário teste - Construção do instrumento de coleta de dados**

O questionário pode ser considerado um instrumento de coleta de dados composto por um conjunto de questões, o qual deve ser respondido pelas pessoas devidamente selecionadas a fim de angariar informações sobre temáticas previamente determinadas. Desta forma, constitui-se importante ferramenta de pesquisa, visto que abrange um grande contingente de pessoas, garante respostas mais rápidas e diretas, economiza tempo, oferece menos influência do pesquisador nas respostas, entre outros (GIL, 2008).

A elaboração de um questionário é um procedimento técnico que exige extremo cuidado (eficácia na verificação dos objetivos, apresentação, clareza, estrutura) e pauta-se em confirmar ou infirmar as hipóteses levantadas durante o planejamento da pesquisa através da resposta a questões específicas (GIL, 2008).

A validade e precisão desse instrumento precisa ser verificada, para garantir não só a fidedignidade dos dados coletados como também prezar pela ética e respeito aos participantes da pesquisa. Desde modo, Segundo Marconi e Lakatos (2004), antes da utilização definitiva é necessário que o questionário seja aplicado em uma pequena população definida preliminarmente para que estes possam avaliar se há ambiguidade, se a linguagem é clara e acessível, se as perguntas são supérfluas, entre outros critérios.

Alicerçado pelo exposto um pré-teste do questionário que será utilizado para levantar os dados utilizados nessa pesquisa foi aplicado em uma amostra de treze participantes, esses/as alunos/as dos cursos de Medicina e Psicologia do Centro Universitário São Francisco de Barreiras - UNIFASB, localizado na cidade de Barreiras, Oeste do estado da Bahia. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos foram seguidas as recomendações éticas da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde do Brasil, sendo submetido à análise e julgamento do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário São Francisco de Barreiras, aprovado e identificado pelo CAAE 34590020.9.0000.5026. Dando seguimento, o pesquisador verificou o interesse dos participantes após instruir os mesmos sobre os objetivos da pesquisa e garantir o sigilo das informações, a voluntariedade na participação, bem como a possibilidade de interrupção da entrevista a qualquer momento, sem prejuízos e/ou penalidades. Também foi garantido que o instrumento de pesquisa ficará resguardado ao pesquisador em arquivo físico ou digital, por um período de cinco anos após o término da pesquisa, sendo o pesquisador responsável pela garantia e manutenção do sigilo e confidencialidade. Posteriormente, o questionário foi entregue aos participantes que foram orientados a responderem e avaliarem cada questão apresentada quanto a apresentação, escrita, clareza e objetividade.

A amostra de participantes respondeu a doze questões com possibilidade de resposta dicotômicas (sim e não), visto que garantem respostas mais objetivas e facilitam o processamento dos dados (GIL, 2008; MARCONI; LAKATOS, 2004), o que atende satisfatoriamente o objetivo da pesquisa.

Em seguida avaliaram a compressão em relação a cada questão podendo optar entre as opções disponíveis, sendo estas: Eu não entendi nada; Eu entendi um pouco; Eu entendi mais ou menos; Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas; Eu entendi tudo completamente. Ainda, deixaram sugestões de alterações no espaço destinado para isto, localizado logo abaixo de cada questão.

Quatro questões foram avaliadas como “Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas” (questões 4,6,7,9), onde três delas receberam essa classificação por mais de um participante (questões 4,6 e 7). Outras duas questões foram avaliadas como “Eu entendi mais ou menos” (questões 8 e 10), dentre essas apenas uma foi assim avaliada por mais de um participante. As demais questões atingiram a compreensão total, sendo classificadas como “Eu entendi tudo completamente”.

Mediante as respostas foi possível avaliar a percepção dos participantes quanto ao questionário, por conseguinte, tornou-se possível desenvolver alterações visando a adequação do mesmo a três elementos de extrema importância: A fidedignidade, que refere-se a obtenção dos mesmos resultados independente do aplicador; validade, que diz respeito a coerência dos dados em relação aos objetivos da pesquisa; e operatividade, a qual concerne à acessibilidade e clareza do vocabulário (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Em conjunto com as avaliações de compreensão foram analisadas também as observações deixadas pelos participantes do pré-teste. A partir dessa análise verificou-se essencial alterar as seis questões que os participantes apontaram não expressar a clareza necessária para a compreensão total da questão.

Por tanto as seguintes alterações foram feitas: a questão número 4 que enunciava *“Atualmente tem pensamento de morte?”*, foi alterada para *“Atualmente tem pensado em morte?”*; a questão número 6 foi alterada de *“Você em algum momento organizou mentalmente o material ou pensou se tem em casa ou onde poderia adquirir?”* para *“Você em algum momento pensou em quais materiais poderia utilizar para cometer suicídio, se tinha em casa ou onde poderia adquirir?”*; quanto a questão de número 7, *“Você já organizou ou entrou em contato com o material para a ação do suicídio?”* foi reformulada para *“Você já organizou ou entrou em contato com o material que achava necessário para cometer suicídio?”*; a reestruturação da questão número 8 alterou a sentença *“Você já iniciou a ação suicida, mas desistiu da mesma sem a ajuda de outras pessoas?”* para *“Alguma vez você chegou a tentar o suicídio, mas desistiu sem a ajuda de outras pessoas?”*; em relação a questão de número 9, *“Você já iniciou a ação e foi interrompida/o por outra(s) pessoa(s) contra o seu desejo ou vontade?”*, após a reformulação obteve-se *“Já interromperam você, contra a sua vontade, durante uma tentativa de suicídio?”*; a questão 10 foi reorganizada de *“Você após tentativa de suicídio voltou a pensar e organizar o ato suicida?”* para *“Após tentativa de suicídio você voltou a pensar e organizar outro ato suicida?”*.

É válido ressaltar que mesmo não constando avaliações negativas quanto a compreensão da questão de número 5, essa também passou por reformulações. Considerando as pontuações feitas pelos participantes e as alterações realizadas nas demais questões, observou-se a necessidade de reformular essa questão, a qual foi

alterada de “*Imaginou a cena ou escolheu mentalmente a maneira que faria o ato suicida?*” para “*Imaginou a cena ou escolheu uma maneira de cometer suicídio?*”.

Para além da escrita, clareza e objetividade, abarcadas nas questões de múltipla escolha relativas à compreensão, a apresentação do questionário também se faz vastamente importante, posto que esta, assim como pontua Gil (2008), geralmente é considerada o mais importante estímulo para a obtenção de respostas, principalmente por se tratar de um instrumento de autopreenchimento, que dispensa a presença do pesquisador no curso da elaboração da resposta. Neste âmbito nenhuma pontuação foi feita.

O pré-teste possibilitou observar que o instrumento gerou certa incompreensão e levantou algumas dúvidas, fato que pode nublar as informações coletadas colocando em risco a fidedignidade do teste, e, conseqüentemente, da pesquisa. Assim, torna-se essencial destacar que as sugestões de alterações foram de máxima importância, visto que guiaram as reformulações permitindo que o conteúdo do questionário fosse adequado a realidade daqueles que virão a responder sua versão final.

Na medida em que a compreensão constitui-se elemento fundamental para o bom desempenho do questionário quanto instrumento da coleta de dados, torna-se imprescindível a máxima clareza na interpretação da mensagem contida neste, o que por sua vez permite a validade e precisão da pesquisa como um todo. Assim sendo, foram realizadas as alterações no questionário com o intuito de garantir a precisão das respostas.

Após as modificações (conforme quadro de alterações abaixo) resultantes da análise do pré-teste, o questionário pode ser considerado adequado para avaliar o risco de suicídio na população em geral a partir da análise desses dados a luz da teoria de resposta ao item (TRI).

**Quadro 1** - Alterações realizadas no questionário teste

<b>Questão</b>	<b>Original</b>	<b>Alteração após o pré-teste</b>
<b>04</b>	<i>“Atualmente tem pensamento de morte?”</i>	<i>“Atualmente tem pensado em morte?”</i>
<b>06</b>	<i>“Você em algum momento organizou mentalmente o material ou pensou se tem em casa ou onde poderia adquirir?”</i>	<i>“Você em algum momento pensou em quais materiais poderia utilizar para cometer suicídio, se tinha em casa ou onde poderia adquirir?”</i>
<b>07</b>	<i>“Você já organizou ou entrou em contato com o material para a ação do suicídio?”</i>	<i>“Você já organizou ou entrou em contato com o material que achava necessário para cometer suicídio?”</i>
<b>08</b>	<i>“Você já iniciou a ação suicida, mas desistiu da mesma sem a ajuda de outras pessoas?”</i>	<i>“Alguma vez você chegou a tentar o suicídio, mas desistiu sem a ajuda de outras pessoas?”</i>
<b>09</b>	<i>“Você já iniciou a ação e foi interrompida/o por outra(s) pessoa(s) contra o seu desejo ou vontade?”</i>	<i>“Já interromperam você, contra a sua vontade, durante uma tentativa de suicídio?”</i>
<b>10</b>	<i>“Você após tentativa de suicídio voltou a pensar e organizar o ato suicida?”</i>	<i>“Após tentativa de suicídio você voltou a pensar e organizar outro ato suicida?”.</i>

**Fonte:** Elaborado pelo autor (2020).

## 5 EXPERIMENTO

Quanto a aplicação do questionário, esta ocorreu entre os dias 28 de janeiro a 5 de fevereiro de 2021. Os respondentes somaram um total de 27 participantes, dos quais 18 psicólogas e 9 psicólogos.

Os respondentes avaliaram as 12 questões quanto a apresentação, escrita, clareza e objetividade de acordo com as seguintes opções disponibilizadas: “Eu não entendi nada”; “Eu entendi um pouco”; “Eu entendi mais ou menos”; “Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas”; “Eu entendi tudo completamente”.

### 5.1 Resultados

A partir da aplicação do questionário obteve-se os dados apresentados no quadro a seguir.

**Quadro 2** - Avaliação dos participantes quanto a apresentação, escrita, clareza e objetividade

Questão	Avaliação dos participantes				
	Eu não entendi nada (%)	Eu entendi um pouco (%)	Eu entendi mais ou menos (%)	Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas (%)	Eu entendi tudo completamente (%)
01	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	27 (100%)
02	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7%)	25 (93%)
03	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (15%)	23 (85%)
04	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4%)	26 (96%)
05	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (15%)	23 (85%)
06	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (11%)	24 (89%)
07	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7%)	25 (93%)
08	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (15%)	23 (85%)
09	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4%)	26 (96%)
10	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (15%)	23 (85%)
11	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (7%)	25 (93%)
12	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (11%)	24 (89%)

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

Referente a questão 1, que trata-se de uma questão inclusiva, 100% dos participantes afirmaram que entenderam completamente a questão.

A questão 2, a qual esclarece e confirma a questão inclusiva, 93% dos participantes declararam que entenderam completamente e 7% que entenderam, com algumas dúvidas.

Quanto a questão 3, responsável por avaliar a relação temporal do pensamento de morte, a amostra foi composta por 85% que entenderam completamente e 15% que entenderam, com algumas dúvidas.

Referente a questão 4, a qual avalia o pensamento de morte atualmente, 96% dos participantes informaram que entenderam completamente a questão, enquanto 4% informaram que entenderam, com algumas dúvidas.

A questão 5, que ocupa-se em avaliar se existe uma forma de como realizar ato suicida, contou com 85% dos participantes confirmando que entenderam completamente a questão e 15% que entenderam, com algumas dúvidas.

No que diz respeito a questão 6, a qual avalia e ratifica o plano de morte, 89% dos participantes alegaram que entenderam completamente a questão e 11% que entenderam, com algumas dúvidas.

A questão 7, incumbida de avaliar se o respondente possui ou sabe onde conseguir material para ato suicida resultou em 93% participantes que entenderam completamente a questão e 7% que entenderam, com algumas dúvidas.

Quanto a questão 8, que avalia prevalência e impulsividade do respondente em relação a possibilidade de cometer ato suicida, 85% da amostra informaram que entenderam completamente a questão e 15% que entenderam, com algumas dúvidas.

Na questão 9, concernente a avaliação e ratificação da impulsividade do respondente em relação a possibilidade de cometer ato suicida, averiguou-se que 96% dos participantes entenderam completamente a questão e 4% entenderam, com algumas dúvidas.

Pertinente a questão 10, a qual avalia a possibilidade de incidência do ato suicida, obteve-se que 85% dos respondentes entenderam completamente a questão e 15% - entenderam, com algumas dúvidas.

As resultantes da questão 11, referente a avaliação e ratificação da incidência do ato suicida, demonstraram que 93% da amostra entenderam completamente a questão e 7% entenderam, com algumas dúvidas.

A questão 12, que avalia e ratifica a intenção/impulsão ao ato suicida precisou que 89% dos respondentes entenderam completamente a questão e 11% - entenderam, com algumas dúvidas.

## 5.2 Discussão

A distribuição e classificação da pontuação (APÊNDICE C) do questionário aplicado pauta-se na avaliação das perguntas, agrupadas de acordo com o risco de suicídio (leve, moderado e grave), assim como no princípio de independência local da TRI, isto é, cada resposta do questionário é classificada de forma independente, com pontuação específica (PASQUALI; PRIMI, 2003), mesmo fazendo parte do mesmo grupo, e ainda que as respostas se correlacionem com outros fatores externos têm como fator dominante (PASQUALI; PRIMI, 2003) o desejo de morte, como já exposto nesse trabalho.

Dessa forma cada grupo de perguntas possui uma pergunta chave com pontuação maior que as demais, interferindo assim no escore final.

O primeiro grupo, denominado leve, compõem-se por quatro perguntas, onde a maior pontuação refere-se a questão número 4 (“Atualmente tem pensado em morte?”). Enquanto as demais questões tem pontuação igual a 5, a referida tem um peso de 10 pontos. Atingindo um índice de 96% de compreensão (quadro 2), a questão configura-se clara no que se propõem, e, dada a sua importância, garante a confiabilidade do resultado do grupo a qual pertence.

Fazem parte do grupo moderado três perguntas, das quais uma tem escore de 5 pontos, e as questões 5 (“Imaginou a cena ou escolheu uma maneira de cometer suicídio?” e 7 (“Você já organizou ou entrou em contato com o material que achava necessário para cometer suicídio?”) possuem escore de 15 pontos, destacando-se dentro do grupo. Em relação a essas questões, respectivamente 85% e 93% da amostra (quadro 2) apresentaram ter compreendido totalmente a questão, garantindo confiabilidade para o grupo moderado.

O terceiro grupo, grave, é composto por cinco perguntas, onde a questão 8 (“Alguma vez você chegou a tentar o suicídio, mas desistiu sem a ajuda de outras pessoas?”) com um escore de 20 pontos, representa a pergunta de maior importância dentro do grupo, seguida pelas questões 9 (“Já interromperam você,

contra a sua vontade, durante uma tentativa de suicídio?”) e 10 (“Após tentativa de suicídio você voltou a pensar e organizar outro ato suicida?”), cada uma com score de 15 pontos, e as demais com 10 pontos. As questões 8, 9 e 10 apresentaram respectivamente uma compreensão total para 85%, 96%, 85% (quadro 2) da população da amostra. Mais uma vez, as questões principais do grupo possuem altas taxas de compreensão, permitindo assim que o grupo seja considerado confiável ao fim a que se destina, analisar o risco de suicídio.

Os resultados apresentados confirmam que, em contexto geral, o questionário foi bem compreendido, o quê, por consequência, atesta a validade, a fidedignidade, e a operatividade, três elementos extremamente importantes para um instrumento de coleta de dados, segundo Marconi e Lakatos (2004).

A partir disso, pode-se considerar que tecnologias baseadas no referido questionário seriam de grande ajuda para os profissionais da saúde, bem como população em geral, visto que, sendo um instrumento de alta confiabilidade, garante o manejo adequado dos pacientes, considerando o risco de suicídio individualmente.

## 6 PERSPECTIVAS FUTURAS

O desenvolvimento e implantação de novos programas de prevenção ao suicídio, principalmente no tocante às organizações que tem como central o atendimento individual e familiar, são demandas concretas (BARZILAY et al, 2017; LIGIER et al, 2015), visto que o suicídio é tomado como um grave problema de saúde pública (OPAS, 2018).

Dentro desse viés, e conforme já mencionado nesse trabalho, aplicativos em dispositivos eletrônicos configuram uma importante ferramenta no suporte e tratamento das pessoas em risco de suicídio. Para além do extenso alcance, também possuem baixo custo, sendo opção viável na implementação de estratégias de prevenção do suicídio (WHO, 2014).

Diante dessas considerações, da escassez de estudos na área (AGUIRRE; MCCOY; ROAN, 2013) e dos resultados favoráveis do experimento a que está trabalho se propôs, espera-se que futuramente possa ser desenvolvido, com bases nos achados, um protocolo digital de prevenção ao suicídio o qual poderá ser acessado via aplicativo móvel destinado aos profissionais da saúde básica, porta de entrada do SUS.

Nesse âmbito, sendo o aplicativo capaz de identificar o grau de risco de suicídio dos pacientes, bem como recomendar estratégias de manejo para com esses a depender do referido risco, poderá ser usado ainda na triagem de unidades básicas, em ambulatórios, estudos epidemiológicos, entre outros.

Tais utilizações serão capazes de fornecer dados que auxiliarão os profissionais da saúde a conhecerem o público alvo referenciado pelas unidades onde atuam, e assim, desenvolverem estratégias de prevenção ao suicídio realmente eficazes, estruturadas na diminuição de fatores risco e aumento dos fatores de proteção (BOTEGA et al., 2006), questões dependentes das resultantes da relação do sujeito com seu contexto.

A construção de todo o exposto, os resultados advindos deste, e o arcabouço teórico pertinente a temática, são capazes de justificar o desenvolvimento de um aplicativo móvel para prevenção de suicídio, levando a crer que não só é viável, como também que será de grande valia no contexto dos profissionais da saúde

básica, otimizando e qualificando o serviço prestado, assim como equipando esses profissionais no que se refere a prevenção contra o suicídio.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendendo que o aprimoramento da identificação e intervenção da ideação suicida mediante o uso de tecnologias pelos profissionais de saúde constitui importante ferramenta no enfrentamento do suicídio e tem como suporte os resultados das análises dos protocolos de avaliação de risco real e/ou potencial de suicídio, torna-se necessário desenvolver esses protocolos a fim de facilitar, bem como otimizar o atendimento desse público pelas equipes da rede pública de saúde, por consequência, diminuindo do risco da efetivação do ato suicida.

Visto que o suicídio se trata de um fenômeno multicausal, o desenvolvimento desses protocolos deve levar sempre em conta questões culturais, socioeconômicas e políticas, objetivando a melhor compreensão dos contextos em que os sujeitos estão inseridos, para dessa forma, garantir a efetividade da ferramenta desenvolvida.

Nesse sentido, a aplicação tanto do teste, como do pré-teste do questionário desenvolvido foram fundamentais para garantir o pleno desenvolvimento de especificações para um protocolo digital de avaliação de risco real e/ou potencial de suicídio, considerando que a compreensão constitui-se elemento fundamental para o bom desempenho do questionário é imprescindível a máxima clareza na interpretação da mensagem contida neste, o que por sua vez permite a validade e precisão da pesquisa como um todo.

As referidas aplicações possibilitaram a reformulação e aperfeiçoamento do material em questão, permitindo assim que o questionário possa ser considerado adequado para avaliar o risco de suicídio na população em geral a partir da análise desses dados a luz da teoria de resposta ao item (TRI).

A partir de instrumentos como o elaborado, torna-se possível o desenvolvimento e/ou aperfeiçoamento de tecnologias capazes de identificar pacientes em situação de risco real e/ou potencial de suicídio, fomentando o trabalho da rede pública de saúde, bem como viabiliza a criação de banco de dados epidemiológicos.

No entanto, há ainda a necessidade de mais estudos nessa área, principalmente no que diz respeito ao Brasil, em virtude do escasso número de pesquisas nesse viés.

Ressaltando que o suicídio é considerado um problema de saúde pública, o desenvolvimento de estudos na área em que se concentra esse exposto seriam capazes de oportunizar maior agilidade e efetividade dos atendimentos da rede pública, impactando diretamente os profissionais, bem como os pacientes com ideação/comportamento suicida, e ainda, de forma indireta a nossa sociedade como um todo.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Kelly Piacheski de et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia. Vol. 12, n. 1 (2010), p. 195-200**, 2010.
- AGUIRRE, Regina TP; MCCOY, Mary K.; ROAN, Michelle. Development guidelines from a study of suicide prevention mobile applications (apps). **Journal of Technology in Human Services**, v. 31, n. 3, p. 269-293, 2013. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15228835.2013.814750>>. Acesso em: 27 set 2020.
- ANDREASSON et al. MYPLAN –mobile phone application to manage crisis of persons at risk of suicide: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v.18, n. 171, p. 2-7, 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. **Brasília: CFM/ABP**, 2014. Disponível em: <<http://das.segesp.ufsc.br/files/2015/09/cartilha-suic%C3%ADdio.pdf>>. Acesso em: 05 out 2020.
- BANACO, Roberto Alves. Um levantamento de fatores que podem induzir ao suicídio. **Sobre Comportamento e Cognição: expondo a variabilidade**, v. 8, p. 210-217, 2001.
- BAPTISTA, Makilim Nunes. **Suicídio e Depressão: atualizações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- BARROS, Airton Pereira do Rêgo et al. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 23, n. 1, p. 19-28, 2006.
- BARZILAY, Shira et al. Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-country study. **Journal of Adolescent Health**, v. 61, n. 2, p. 179-186, 2017.
- BERONA, Johnny et al. Psychopathology profiles of acutely suicidal adolescents: Associations with post-discharge suicide attempts and rehospitalization. **Journal of affective disorders**, v. 209, p. 97-104, 2017.
- BERROUIGUET et al. Combining mobile-health (mHealth) and artificial intelligence (AI) methods to avoid suicide attempts: the Smartcrises study protocol. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 277, p. 2-9, 2019.
- BLEICHMAR, Hugo. Depressão: um estudo psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- BOTEGA, Neury José e Cols. Prevenção do comportamento suicida. **PUCRS**, v37, n3, 2006.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia Usp**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CASTRO, Stela Maris de Jesus; TRENTINI, Clarissa; RIBOLDI, João. Teoria da resposta ao item aplicada ao Inventário de Depressão Beck. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 3, p. 487-501, 2010. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000300012&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2010000300012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26 set 2020.

CERVO A L, Bervian PA. **Metodologia Científica (5ª ed.)**. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2002.

COUTO, Gleiber, et al. Teoria de Resposta ao Item (TRI): Conceitos Elementares dos Modelos para Itens Dicotômicos. **Boletim de Psicologia**, Vol. LXI, Nº 134: 001-015, 2011.

CRISTINA Maria. **Aplicando a Teoria de Resposta ao Item a Dados Psicométricos**. Rio de Janeiro. 2014.

CROSS et al. A randomized controlled trial of suicide prevention training for primary care providers: a study protocol. **BMC Medical Education**. v.19, n. 58, 2019.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DE ARAÚJO, E. A. C.; DE ANDRADE, D. F.; BORTOLOTTI, S. L. V. Teoria da resposta ao item. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 43, 1000-1008. 2009 Disponível em: <<http://www.periodicos.usp.br/reeusp/article/view/40417/43401>>. Acesso em: 26 set 2020.

DUHEM, S, et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. **BMJ Open**, 2018.

DURKHEIM, Émile et al. **O suicídio: estudo sociológico**. 1982. Rio de Janeiro: Zahar.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

DUTRA k, Preis LC, Caetano J, Santos JLG, Lessa G. Vivenciando o suicídio na família: do luto à busca pela superação. **Rev. Bras. Enferm.** 2018; 71(5): 2146-2153.

FITZPATRICK, S et a. Rethinking Suicide in Rural Australia: A study Protocol for Examining and Applying Knowledge of the Social Determinants to Improve Prevention

in Non-Indigenous Populations. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 16, n. 2944, p. 2-8, 2019

FLETCHER, Robert H.. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

FRANCISCO, Dalton, et al. **Teoria da Resposta ao Item: Conceitos e Aplicações**. SINAPE. 2000.

FREUD, Sigmund. **As duas classes de instinto. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Vol XIX. Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1923).

FREUD, Sigmund. Capítulo VIII. **Equívocos na ação. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Vol VI. Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1901).

FREUD, Sigmund. **Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Vol XI. Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1910).

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. Vol XIX. Rio de Janeiro: Imago (obra original publicada em 1925).

FREY, L. M; HIGGINS, G. E; FULGINITI, A. Testing the psychometric properties of the self-harm and suicide disclosure scale. **Psychiatry Research**. v. 270, p. 134-142. 2018

FREY, Laura M.; HIGGINS, George E.; FULGINITI, Anthony. Testing the psychometric properties of the self-harm and suicide disclosure scale. **Psychiatry research**, v. 270, p. 134-142, 2018.

FUKUMITSU, Karina Okajima; KOVÁCS, Maria Júlia. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. **Psico**, v. 47, n. 1, p. 3-12, 2016.

GALVÃO, Taís Freire; PANSANI, Thais de Souza Andrade; HARRAD, David. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 335-342, 2015.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. **São Paulo: Atlas**, v. 199, 2008.

GONÇALVES, Ludmilla RC; GONÇALVES, Eduardo; OLIVEIRA JÚNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova Economia**, v. 21, n. 2, p. 281-316, 2011. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-63512011000200005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-63512011000200005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 out 2020.

GRAZIOLI, Véronique S. et al. Depressive symptoms, alcohol use and coping drinking motives: Examining various pathways to suicide attempts among young men. **Journal of affective disorders**, v. 232, p. 243-251, 2018.

INDU, Pillaveetil Sathyadas et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care. **Asian journal of psychiatry**, v. 27, p. 48-52, 2017.

K - PRATT, Daniel et al. Cognitive behavioral suicide prevention for male prisoners: Case examples. **Cognitive and behavioral practice**, v. 23, n. 4, p. 485-501, 2016.

KALINA, Eduardo; KOVADLOFF, Santiago. **As cerimônias da destruição**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983.

KAPLAN, Harold; SADOCK, James. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9ª ed. São Paulo: Artmed, 2007.

KOCH DBO, Paulo RM. As políticas públicas para prevenção de suicídios. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**. 2015; 2 (2): 161- 172.

LAPLANCHE, Jean. **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

LIGIER, F; GUILLEMIN, F; ANGOT, C; BOURION, S; KABUTH B. Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians: The 10-year REPEATERS cohort of French adolescents. **Journal of Adolescence**. v. 43, p. 111-118, 2015.

LIGIER, Fabienne et al. Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians: The 10-year REPEATERS cohort of French adolescents. **Journal of adolescence**, v. 43, p. 111-118, 2015.

LIU, Yanzheng et al. The age-specific characteristics of medically serious suicide attempters aged 15–45 years in rural China. **Psychiatry research**, v. 261, p. 178-185, 2018.

MAEBACK RF, Pelisoli C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. 2014; 122-129.

MANNING, J. C, et al. Children and Young People-Mental Health Safety Assessment Tool (CYPMH SAT) study: Protocol for the development and psychometric evaluation of an assessment tool to identify immediate risk of self-harm and suicide in children and young people (10–19 years) in acute paediatric hospital settings. **BMJ Open**, 2018.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

MILNER et al. A blended face-to-face and smartphone intervention for suicide prevention in the construction industry: protocol for a randomized controlled trial with MATES in Construction. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 146, 2019.

NUIJ et al. Smartphone-based safety planning and self-monitoring for suicidal patients: Rationale and study protocol of the CASPAR (Continuous Assessment for Suicide Prevention And Research) study.. **Internet Interventions**, v.13, p. 16–23, 2018.

O'CONNOR, Stephen S. et al. The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. **General hospital psychiatry**, v. 37, n. 5, p. 427-433, 2015.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) [OMS]. **Suicídio é grave problema de saúde pública e sua prevenção deve ser prioridade**. 2018.

OSTEEN, Philip J. et al. Training youth services staff to identify, assess, and intervene when working with youth at high risk for suicide. **Children and youth services review**, v. 86, p. 308-315, 2018.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. Editora Vozes Limitada, 2017.

PASQUALI, Luiz; PRIMI, Ricardo. Fundamentos da teoria da resposta ao item: TRI. Avaliação Psicológica: **Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003.

PITMAN, Alexandra L. et al. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. **Journal of psychosomatic research**, v. 87, p. 22-29, 2016.

RAMCHAND, Rajeev et al. Suicide Risk among women veterans in distress: Perspectives of responders on the Veterans Crisis Line. **Women's health issues**, v. 26, n. 6, p. 667-673, 2016.

SARTES, Laisa Marcorela Andreoli; SOUZA-FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de. Avanços na psicometria: da teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 241-250, 2013.

TROUT, Zoë M. et al. Prospective prediction of first lifetime suicide attempts in a multi-site study of substance users. **Journal of psychiatric research**, v. 84, p. 35-40, 2017.

Werlang, B. G. Entrevista Lúdica. Em: J. A. Cunha (Org.). **Psicodiagnóstico- V** (5a ed, pp.96-104). Porto Alegre: Artmed. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. 10<sup>th</sup> Revision. Versão online. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Participant manual – IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV Geneva**. 2010.

World Health Organization (WHO). **Preventing suicide: A global imperative**. Stylus Publishing. 2014. Disponível em:  
<[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf)>.  
Acesso em: 20 set 2020.

World Health Organization (WHO). **Preventing suicide: A resource for primary health care workers** (No. WHO/MNH/MBD/00.4). 2000. Disponível em:  
<[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4.pdf;jsessionid=60AB7CFD67CFD5A2FEC6DC47772573BF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67603/WHO_MNH_MBD_00.4.pdf;jsessionid=60AB7CFD67CFD5A2FEC6DC47772573BF?sequence=1)>. Acesso em: 28 set 2020.

### APÊNDICE A - Exemplo de Questionário com Base TRI

Itens	Intensidade do sintoma	Pontuação
1. Em relação ao humor, como você tem se sentido?	( ) Não me sinto triste	0
	( ) Me sinto um pouco triste	1
	( ) Me sinto muito triste	2
	( ) Me sinto extremamente triste	3
2. As atividades rotineiras que costumava realizar, atualmente	( ) Tenho muito interesse em realizar	0
	( ) Tenho algum interesse em realizar	1
	( ) Tenho pouco interesse em realizar	2
	( ) Não tenho nenhum interesse em realizar	3
3. No último mês, como esteve seu peso? (fora do curso de uma dieta)	( ) Tem se mantido sem alterações	0
	( ) Ganhei/perdi pouco peso	1
	( ) Ganhei/perdi algum peso	2
	( ) Ganhei/perdi muito peso	3
4. Ultimamente, como está seu sono?	( ) Durmo bem toda noite	0
	( ) Tenho insônia/hipersonia raramente	1
	( ) Tenho insônia/hipersonia alguns dias	2
	( ) Tenho insônia/hipersonia todos os dias	3
5. Em relação a agitação ou retardo psicomotor, nas últimas semanas	( ) Não sinto	0
	( ) Sinto raramente	1
	( ) Sinto as vezes	2
	( ) Sinto todos/quase todos os dias	3
6. Nas últimas semanas, tem sentindo fadiga ou perda de energia?	( ) Nunca	0
	( ) Raramente	1
	( ) As vezes	2
	( ) Todos/quase todos os dias	3
7. Você tem sentimento de culpa ou inutilidade?	( ) Nunca	0
	( ) Raramente	1
	( ) As vezes	2
	( ) Todos/quase todos os dias	3
8. Você tem sentido dificuldade em formular pensamentos/ se concentrar?	( ) Nunca	0
	( ) Raramente	1
	( ) As vezes	2
	( ) Todos/quase todos os dias	3
9. Em relação a	( ) Nunca	0

pensamentos morte, eles aparecem	<input type="checkbox"/> Raramente	1
	<input type="checkbox"/> As vezes	2
	<input type="checkbox"/> Todos/quase todos os dias	3
10. Em relação aos sintomas que você relatou anteriormente, eles	<input type="checkbox"/> Não causam sofrimento/prejuízo	0
	<input type="checkbox"/> Causam pouco sofrimento/prejuízo	1
	<input type="checkbox"/> Causam sofrimento/prejuízo considerável	2
	<input type="checkbox"/> Causam muito sofrimento/prejuízo	3

## APÊNDICE B – Questionário: Protocolo Digital de Prevenção ao suicídio

### 1 – Você já pensou em suicídio?

A.  Já pensei.

B.  Nunca pensei em suicídio.

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2 – Já teve uma ideia e/ou pensou efetivamente como fazer?

A.  Sim

B.  Nunca pensei.

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3 - Pensou em suicídio alguma vez nos últimos meses?

A.  Sim

B.  Não pensei

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4 – Atualmente tem pensado em morte?

A.  Sim

B.  Não penso em morte

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5 – Imaginou a cena ou escolheu uma maneira de cometer suicídio?

A.  Sim

B.  Não

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6 – Você em algum momento pensou em quais materiais poderia utilizar para cometer suicídio, se tinha em casa ou onde poderia adquirir? \*

A.  Sim

B.  Não, nunca pensei

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7 – Você já organizou ou entrou em contato com o material que achava necessário para cometer suicídio?

A.  Sim, já organizei ou entrei em contato com o material

B.  Nunca organizei

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**8 – Alguma vez você chegou a tentar o suicídio, mas desistiu sem a ajuda de outras pessoas?**

A.  Sim

B.  Não

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

**9 - Já interromperam você, contra a sua vontade, durante uma tentativa de suicídio?**

A.  Sim

B.  Não

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

**10 – Após tentativa de suicídio você voltou a pensar e organizar outro ato suicida?**

A.  Sim

B.  Não

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

**11 – Você já tentou a ação suicida outras vezes?**

A.  Sim

B.  Não

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

**12 – Você precisa de ajuda constante de outras pessoas para não voltar a realizar as tentativas de suicídio?**

**A.**  Sim

**B.**  Não

<input type="checkbox"/> Eu não entendi nada.	<input type="checkbox"/> Eu entendi um pouco.	<input type="checkbox"/> Eu entendi mais ou menos.	<input type="checkbox"/> Eu entendi quase tudo, tive algumas dúvidas.	<input type="checkbox"/> Eu entendi tudo completamente.
---	---	--	---	---

Obs: \_\_\_\_\_

### APÊNDICE C – Distribuição e Classificação da Pontuação do Questionário (BASE TRI)

QUESTÕES	PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	PESO/%
1 (INCLUSIVA)	5		
2	5	LEVE	
3	5		
4	10		
<b>Total</b>		<b>≤25</b>	<b>19</b>
5	15	MODERADO	
6	5		
7	15		
<b>Total</b>		<b>25 A 35</b>	<b>27</b>
8	20	GRAVE	
9	15		
10	15		
11	10		
12	10		
<b>Total</b>		<b>35 A 70</b>	<b>54</b>
<b>TOTAL ABSOLUTO</b>	<b>130</b>		

QUESTÕES	PONTUAÇÃO	MANEJO
1	5	Avaliação clínica dos sintomas
2	5	
3	5	
4	10	
5	15	Acompanhamento psicológico e psiquiátrico
6	5	
7	15	
8	20	Internação HOSPITALAR ou domiciliar
9	15	Acompanhamento psicológico e psiquiátrico
10	15	
11	10	
12	10	

#### CLASSIFICAÇÃO:

- LEVE (19%): ≤ 25 pontos.
- MODERADA (27%): 25 A 35 pontos.
- GRAVE (54%): 35 A 70 pontos.