



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

AMANDA ROBERTA FONSÊCA DO NASCIMENTO

**DEVIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA
ADOLESCÊNCIA**

FORTALEZA – CEARÁ

2023

AMANDA ROBERTA FONSÊCA DO NASCIMENTO

DEVIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO
NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Morais.

FORTALEZA – CEARÁ

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Nascimento, Amanda Roberta Fonseca do.

Devir na atenção primária de saúde: construção e validação de algoritmo clínico-assistencial para prevenção de suicídio na adolescência [recurso eletrônico] / Amanda Roberta Fonseca do Nascimento. - 2023.

87 f. : il.

Dissertação (MESTRADO PROFISSIONAL) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Programa de Pós-graduação Em Saúde da Família - Mestrado Profissional, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof.^a Dra. Ana Patricia Pereira Morais.

1. Prevenção de suicídio. 2. Atenção primária de saúde. 3. Algoritmo clínico. Adolescência. I. Título.

AMANDA ROBERTA FONSÊCA DO NASCIMENTO

DEVIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE
ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO
NA ADOLESCÊNCIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

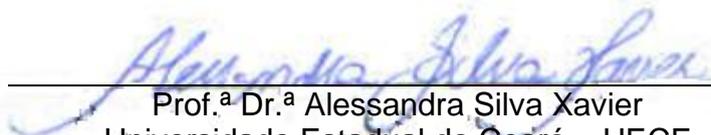
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Morais.

Aprovada em: 18 de janeiro de 2023.

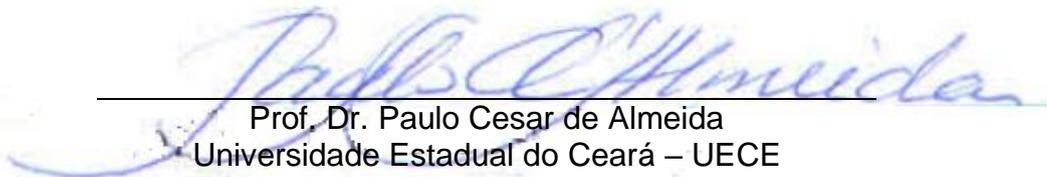
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Ana Patrícia Pereira Morais (orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a Dr.^a Alessandra Silva Xavier
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof. Dr. Paulo Cesar de Almeida
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Àqueles que comigo partilham Coragem
de viver o impossível: Esther, Catarina e
Luiz Henrique.

AGRADECIMENTOS

Ao Eterno, que conduz a aleatoriedade da vida em uma dança espiralada de Amor-Caos, Vida-Morte, Dor-Esperança, Simbiose-Aprendizado.

A todas as Versões que vieram antes de mim, por nunca termos desistido, sobrepondo-nos em camadas de resiliência, num amálgama dinâmico de Ser-Estar-Vir-a-Ser.

Aos meus pais, por me ensinarem que asas podem ser (re)construídas.

A todos que amo: amigas e amigos, irmãs e irmãos de Alma, pessoas que me ofertam suas cores e dores, cafés nas madrugadas e sorrisos iluminados.

À Professora Doutora Ana Patrícia Pereira Morais, pela orientação e, acima de tudo, por me ensinar que o Conhecimento Científico é vivo e potencialmente transformador de realidades.

Aos professores, colegas e funcionários da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/UECE, pela partilha de aprendizado que transcende a rigidez acadêmica ao me lançar fagulhas de inquietação e curiosidade, motivadoras de reflexões críticas e reorientação de práticas.

Aos membros da banca examinadora: Professora Doutora Alessandra Silva Xavier, Professor Doutor Paulo Cesar de Almeida, pela preciosa contribuição, bem como pela disponibilidade e gentileza em aceitar o convite.

Aos meus pacientes, cujas histórias e devires conferem sentido a esta pesquisa e a todos que participaram direta ou indiretamente na construção das etapas deste estudo.

“Se não trouxermos à tona o prazer na aventura da existência do homem, se não formos transpassados por toda a enigmaticidade e plenitude do ser-aí e das coisas, se não nos mantivermos alheios a escolhas e opiniões doutrinárias, e, se, apesar de levarmos a cabo cada um desses pontos, não experimentarmos junto a tudo isso um profundo querer aprender e ouvir, então os anos na universidade – serão intrinsecamente perdidos. Não apenas estes, contudo. Os anos e os tempos vindouros também tomarão um curso tortuoso e arrastado, cujo fim é uma comodidade sardônica”.

(Martin Heidegger).

RESUMO

A realização deste estudo decorre da ausência, até o momento, de instrumentos brasileiros específicos para a prevenção de suicídio entre adolescentes e que possam ser operacionalizados de maneira interdisciplinar. Como objetivo geral assumiu-se descrever a construção e a validação de face e conteúdo de algoritmo clínico-assistencial, para avaliação, manejo e seguimento do comportamento suicida na adolescência, no contexto da atenção primária de saúde. Trata-se, então, de pesquisa metodológica, cuja fase teórica inclui: o planejamento e a seleção dos referenciais teórico-metodológicos; a construção dos itens que compõem cada etapa proposta pelo algoritmo; a validação de face e conteúdo através de questionário no formato de escala tipo Likert, disponibilizado por meio eletrônico para 7 juízes-especialistas, selecionados por expertise assistencial e/ou acadêmica (mestrado e/ou doutorado), com pelo menos 5 anos de atuação, nas áreas de Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde mental e/ou Educação em Saúde, que avaliaram 9 questões sobre a aparência, pertinência e clareza do instrumento. Quanto à apresentação dos dados, descreveu-se os valores atribuídos na avaliação realizada pelos juízes pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC Global = 0,98), média e desvio padrão. Para o teste alfa de Cronbach, na avaliação da consistência interna das respostas dos juízes, encontrou-se o valor de 0,794, considerado como substancial (BONETT, 2015). Na análise semântica, o instrumento foi considerado de fácil compreensão, por 8 profissionais da Atenção primária de Saúde. Estes profissionais compuseram um segmento da população à qual o instrumento se destina. A contribuição do estudo reside em descrever cada etapa do processo metodológico, bem como, apresentar um instrumento apropriadamente validado, que visa à identificação precoce do risco de suicídio entre adolescentes atendidos em Unidades de Atenção Primária de Saúde, possibilitando a sistematização de ações preventivas direcionadas a mortes por autoextermínio, as quais representam a quarta causa principal de morte para indivíduos entre 15 e 29 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Palavras-chave: Prevenção de suicídio. Atenção primária de saúde. Algoritmo clínico. Adolescência.

ABSTRACT

This study was carried out due to the absence, so far, of specific Brazilian instruments for the prevention of suicide among adolescents that can be operationalized in an interdisciplinary manner. As a general objective, it was assumed to describe the construction and validation of the face and content of a clinical-assistance algorithm, for the evaluation, management and follow-up of suicidal behavior in adolescence, in the context of primary health care. It is, therefore, a methodological research, whose theoretical phase includes: planning and selection of theoretical-methodological references; the construction of the items that make up each step proposed by the algorithm; face and content validation through a questionnaire in the Likert scale format, made available electronically to 7 expert-judges, selected by care and/or academic expertise (master's and/or doctorate degree), with at least 5 years of experience, in the areas of Family and Community Health, Public Health, Mental Health and/or Health Education, which evaluated 9 questions about the appearance, pertinence and clarity of the instrument. As for the presentation of the data, the values attributed in the evaluation carried out by the judges by the Content Validity Index (Global CVI = 0.98), average and standard deviation were described. For the Cronbach's alpha test, in the evaluation of the internal consistency of the judges' responses, a value of 0.794 was found, considered substantial (BONETT, 2015). In the semantic analysis, the instrument was considered by 8 primary health care professionals as easy to understand. These professionals made up a segment of the population for which the instrument is intended. The role of the study lies in describing each stage of the methodological process, as well as presenting an appropriately validated instrument, which aims at the early identification of the risk of suicide among adolescents assisted in Primary Health Care Units, enabling the systematization of preventive actions aimed at deaths by self-extermination, which represent the fourth leading cause of death for individuals between 15 and 29 years old (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Keywords: Suicide prevention. Primary health care. Clinical algorithm. Adolescence.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Contextualizando o suicídio enquanto fenômeno multidimensional e problema de saúde pública.....	11
1.1.1	Caracterização sociodemográfica e comportamental do suicídio na adolescência.....	13
1.1.2	Atenção primária de saúde como espaço para o cuidado colaborativo do comportamento suicida na adolescência.....	16
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Geral.....	18
2.2	Específico.....	18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1	Prevenção do suicídio na adolescência: pensamento calculante e subjetividades.....	19
3.1.1	Adolescência, impulsividade e dever.....	19
3.2	Prevenção do suicídio: histórico, estratégias e políticas públicas.....	21
3.2.1	Atenção primária de saúde e capacitação profissional na prevenção de suicídio.....	26
3.3	Reorientação da práxis na APS para a preservação da vida.....	28
3.3.1	Algoritmo clínico-assistencial como estratégia de prevenção do suicídio na adolescência.....	30
4	METODOLOGIA.....	33
4.1	Fase teórica.....	35
4.1.1	Análise do referencial teórico.....	35
4.1.2	Seleção de itens e subitens.....	39
4.1.2.1	<i>Desdobramento dos itens em subitens.....</i>	40
4.1.2.2	<i>Arquitetura do algoritmo.....</i>	42
4.1.3	Validação.....	44
4.1.3.1	Validade de conteúdo.....	45
4.3.1.1.1	<i>Caracterização da amostra de juízes.....</i>	46

4.1.3.2	Avaliação da confiabilidade através da consistência interna.....	49*
4.1.3.3	Análise semântica.....	50
4.1.3.4	<i>Caracterização da amostra (segmento da população-alvo) para validação semântica.....</i>	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1	Resultados estatísticos.....	53
5.1.1	Avaliação do comitê de juízes especialistas: validação de aparência e conteúdo.....	53
5.1.2	Análise da consistência interna.....	56
5.1.3	Análise semântica.....	57
5.2	Aspectos éticos.....	58
6	CONCLUSÃO.....	59
	REFERÊNCIAS.....	60
	APÊNDICES A – VERSÃO INICIAL DO ALGORITMO – p. 63 A 66 B – ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DEVIR, VERSÃO 1.....	67
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COMITÊ DE JUÍZES.....	71
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE ALGORITMO CLÍNICO- ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE	73
	APÊNDICE D – ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DEVIR, VERSÃO 2.....	75
	APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ANÁLISE SEMÂNTICA.....	79
	APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO SEMÂNTICA DO ALGORITMO CLÍNICO- ASSISTENCIAL DEVIR.....	81
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.....	83

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o suicídio enquanto fenômeno multidimensional e problema de saúde pública

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), a cada três segundos ocorre uma tentativa de suicídio e, a cada 40 segundos, uma pessoa morre por ato consumado, em algum lugar do mundo. Anualmente, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio. Pode-se, então, afirmar que uma quantidade significativa da população mundial é dizimada por este fenômeno multifatorial e complexo.

O comportamento suicida é uma pauta importante de discussão na agenda global. Compreendido como um grave problema de saúde pública, não apenas em decorrência das altas cifras, como também pelo entrelaçamento de fatores biopsicossociais, no que se refere às tentativas de suicídio e às mortes por ato consumado, correspondendo a 1,3% do total de mortes em todo o mundo, para o ano de 2019. Este valor supera, em número, as mortes globais por guerra, câncer de mama, malária, HIV/AIDS e homicídio, no mesmo período. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Atos lesivos que as pessoas realizam contra si mesmas, com ou sem a finalidade de que seja consumada a morte por autoextermínio, são denominados de lesões autoprovocadas e incluem o comportamento suicida e as autoagressões (BAHIA et al., 2020). O comportamento suicida diz respeito ao “processo que tem seu início desde a ideação, a tentativa, as ameaças até o ato consumado, isto é, a morte” (FUKUMITSU, 2014). As práticas de automutilação são consideradas autoagressões: englobam a realização de mordidas, arranhões e cortes na pele, e, nos casos mais graves, a amputação de algum membro do corpo. Habitualmente, de maneira imediata, não há relato de intenção suicida associada a estas práticas (DALGALARRONDO, 2019).

Dentre os fatores de risco associados ao suicídio, considerando-se os principais estudos realizados sobre o tema, destacam-se: abuso sexual na infância, alta recente de internação psiquiátrica, doenças incapacitantes, impulsividade / agressividade, isolamento social, suicídio na família, tentativa prévia e doenças mentais (BOTEGA, 2015).

O comportamento suicida, como fenômeno multidimensional, envolve fatores psicológicos, culturais, biológicos, genéticos e sociais, ou seja, engloba toda a história de vida do sujeito e perpassa as suas relações com as outras pessoas, com a sociedade e com a cultura (SOUZA; MOREIRA, 2018). Devido a esta gama de fatores constituintes, a compreensão do comportamento suicida deve enfatizar os sentidos, afetos e percepções que estão presentes na ideação e na tentativa de pôr fim à própria vida, abstendo-se de ressaltar somente as suas causas (FEIJOO, 2018).

Conforme Bahia et al. (2020), os estudos sobre as tentativas de suicídio podem colaborar na identificação dos fatores de risco que conduzem a pessoa ao ato e, conseqüentemente, permitirem a construção de estratégias de prevenção centradas nos sujeitos-que-sofrem. Neste contexto, Silva et al. (2018) afirmam que tentativas prévias de suicídio se associam à manutenção de pensamentos de morte, o que aumenta o risco de novamente tentarem se matar. Por sua vez, Feijoo (2018) advoga que, na investigação de cunho fenomenológico-existencial, a ênfase deve recair na análise dos sentidos que permeiam a (in)decisão de acabar com a própria vida.

A compreensão transversal dos fatores de risco na complexidade destes, sob uma perspectiva de rede multidimensional, ainda carece de estudos que se debrucem adequadamente, em termos teórico-metodológicos, na circunscrição das relações entre fatores próprios a determinadas faixas etárias e grupos populacionais, a partir das quais ocorra a elaboração e a validação de instrumentos de aplicação factível para a prevenção do suicídio, que transcendam uma abordagem biomédica e mecanicista (DE BEURS et al., 2021).

Para o sociólogo Émile Durkheim (*apud* SYMONDS, 1991), o suicídio é um fato social e é delineado pelas características sociais, lugar e tempo onde ocorre, sendo categorizado de três formas: o suicídio egoísta, quando o ego pessoal sobrepõe-se ao social e o indivíduo não vê, na sociedade, motivos para permanecer vivo; o suicídio altruísta, quando o ego social é preponderante ao individual, e o sujeito encerra a vida por um benefício social, como os pilotos kamikaze, na Segunda Guerra Mundial; e o suicídio anômico, que ocorre quando os laços de solidariedade se enfraquecem frente ao caos e desordem, situação de anomia social, onde as normas morais que mantêm a sociedade coesa, veiculadas por meio da religião, leis e

costumes se desestruturaram, podendo haver aumento no número de suicídios pelo sentimento de desvinculação e, conseqüentemente, de desesperança.

Neury Botega, referência nacional em estudos de suicídio, por sua vez, afirma que 97% dos casos de suicídio consumado, ou seja, a quase totalidade revelam sofrimento psíquico ou transtorno psiquiátrico. O estabelecimento direto de relação do tipo causa-efeito entre a presença de condições caracterizadas como patológicas com o fenômeno do suicídio consumado, embora represente ideia predominante nas práticas em saúde mental, tal teorização parece limitar a escolha da morte em dimensões biológicas e “medicalizáveis”.

Globalmente, entre os anos de 2000 a 2019, conforme estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, a maioria das mortes por suicídio ocorreu em países de baixa e média renda (77%), nos quais a maioria da população mundial vive. A maioria dos adolescentes que morreram por suicídio (88%) era de países de baixa e média renda, onde quase 90% dos adolescentes do mundo vivem.

Para além de descrições estatísticas, esses números revelam que, ao se viver em uma sociedade fundada na exploração e profundamente marcada pela opressão, a desigualdade, a competitividade e o individualismo apontam-se como condições complexas cuja compreensão faz-se mister ao estabelecimento da intersecção de causas e de múltiplas determinações do suicídio (BERENCHTEIN NETTO, 2007).

1.1.1 Caracterização sociodemográfica e comportamental do suicídio na adolescência

Para adolescentes e jovens de 15 a 29 anos, considerando ambos os sexos, em nível global, o suicídio corresponde à quarta principal causa de morte. Considerando-se a evitabilidade da morte por autoextermínio, tal incidência de suicídio, para a referida faixa etária, configura um grave problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Costa (2006) aponta que a definição de “problema de Saúde Pública” é ampla, mas está relacionada a elementos como: anos potenciais de vida perdido, dor, desconforto, impacto na família, impacto na sociedade e potencial epidêmico, pontos esses que fazem governos e organismos internacionais colocarem o suicídio no patamar de problema de Saúde Pública.

O Boletim epidemiológico Nº1, de 30/09/2022, elaborado pelo Governo do Estado do Ceará, sobre a mortalidade por suicídio e os casos notificados por lesão autoprovocada, apresenta dados de um período de 12 anos, de 2010 a 2021, de acordo com os registros contabilizados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Quanto à imbricação raça-etnia-gênero, os dados deste boletim evidenciam que, no Ceará, em 2021, 80,3% dos óbitos por suicídio ocorreram no sexo masculino, 84,7% eram pardos, 30,2% possuíam quatro a sete anos de estudos e 58,6% solteiros(as).

As principais causas identificadas e registradas para a morte por suicídio foram: lesão autoprovocada por enforcamento, estrangulamento e sufocação, correspondendo a 79,6%, seguida pela autointoxicação e por exposição intencional a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (6,1%), lesão autoprovocada intencional por precipitação de um lugar elevado (2,3%), lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo e não especificados (2,2%) (CEARÁ, 2022).

Os dados relatados nesse boletim epidemiológico são compatíveis com aqueles expostos pelo Ministério da Saúde, em 2018, no que diz respeito aos meios: existe a preferência por intoxicação autoprovocada como forma de tirar a própria vida (não necessariamente configurando ato consumado). Entretanto, as substâncias mais utilizadas, no Brasil, não são pesticidas, como relatados em nível global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021), e sim, medicamentos humanos (BRASIL, 2018).

A análise desses dados suscita questionamentos sobre o acesso e à qualidade do seguimento terapêutico, no contexto da saúde mental, tanto na atenção primária quanto na especializada. O acesso facilitado a psicofármacos em quantidade suficiente para que estes constituam meios para suicídio consumado pode relacionar-se à inadequada periodicidade de avaliações por falta de especialistas, fragilidade quanto à psicoeducação de pacientes e cuidadores, especialmente, no que tange às orientações de vigilância, quando esta é necessária (OPAS, 2018).

A possibilidade de hipermedicalização do sofrimento, enquanto fenômeno a ser analisado conjuntamente com condições culturais e sociais, tais como a eleição de estilos de vida irrealisticamente “felizes” e ideais inatingíveis de padrões estéticos e comportamentais estabelecidos, por meio de uma lógica de consumo, nas redes sociais, para uma construção social de beleza e bem-estar, com impacto massivo em adolescentes e adultos jovens (ORBEN, 2020).

A despeito da subnotificação, o conhecimento e a reflexão crítica acerca das especificidades dos dados sociais, étnicos, demográficos e comportamentais que caracterizam a violência autoprovocada em um determinado macro (país ou região) ou microterritório (estado ou cidade) possibilitam uma compreensão bioecológica do desenvolvimento humano aplicada ao suicídio (BRONFENBRENNER, 2004). O reconhecimento da rede de fatores de risco, por meio de tal compreensão transversal, possibilita melhor alinhamento entre a demanda e as necessidades específicas dos sujeitos em seus territórios, no que tange à gestão e ao exercício do cuidado em saúde mental, em especial nos serviços de “porta de entrada”, tais como as Unidades de Atenção Primária de Saúde (OPAS, 2018).

A percepção do comportamento suicida enquanto fenômeno profundamente relevante e que apresenta heterogeneidade em decorrência das características comportamentais próprias de cada grupo social, em especial na adolescência, interfere diretamente na formulação de estratégias de prevenção e de planos terapêuticos exequíveis (TALIAFERRO, 2019; SILVA, 2019).

Para adolescentes incluídos em grupos social e historicamente vulneráveis tais como jovens transgênero, adolescentes advindos de grupos e comunidades tradicionais, meninas inseridas no transtorno do espectro autista, adolescentes em conflito com a lei, dentre outros grupos vulneráveis, o número de tentativas e ato consumado chega a atingir cerca de 3,5 vezes maior prevalência. O seguimento inter e transdisciplinar, envolvendo equipamentos distintos tais como escolas, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Atenção Primária de Saúde, pessoas com as quais o/a adolescente estabeleça relação de confiança, assim como a própria comunidade, aumentam as chances de identificação precoce do risco, adesão ao plano terapêutico proposto e adequado seguimento individualizado (OPAS, 2018; HAT, 2020).

Meneghel et al. (2004) evidenciam que há um tabu em torno do suicídio, chegando a agravar o problema da subnotificação. O processo estrutural de reprovação social do ato do suicídio, que remonta à Idade Média e a construções religiosas e filosóficas a respeito do direito à vida e do significado de ser-estar-no-mundo favorece o registro de mortes suspeitas por suicídio com outras *causas mortis*. Tal situação pode contribuir para que estratégias de prevenção sejam retardadas e/ou negligenciadas.

A subnotificação universal da violência autoprovocada impossibilita acompanhar com precisão os dados quantitativos de tentativas e de mortes por suicídio, uma vez que, em alguns casos, antes do ato consumado, são realizadas várias tentativas de autoextermínio (MINAYO; FIGUEIREDO; MANGAS, 2019).

Conforme descrito por Santa e Cantilino (2016), estimativas epidemiológicas sugerem que, para cada suicídio consumado, podem ter ocorrido, em média, 10 a 20 tentativas de suicídio. Estes episódios sugerem que o silenciamento sociocultural em torno do comportamento suicida contribua para que pessoas com lesões resultantes de violência autoprovocada não cheguem aos serviços de saúde, ou seja, subnotificadas (SILVA; SOUSA; VIEIRA; CALDAS; MINAYO, 2018).

1.1.2 Atenção primária de saúde como espaço para o cuidado colaborativo do comportamento suicida na adolescência

O impacto intrafamiliar e a relevância epidemiológica e social do comportamento suicida são evidenciados pelo aumento da demanda, nos serviços de porta de entrada ao sistema de saúde, por adolescentes com relato de ideação suicida e de violência autoprovocada (HAT, 2020; THUM et al., 2019). Diante de tal, a construção e a validação de um instrumento passível de ser utilizado por equipe interdisciplinar para o acolhimento, avaliação e manejo de adolescentes com relato ou suspeita de ideação suicida e/ou violência autoprovocada suicida otimizaria o embasamento teórico-metodológico das tomadas de decisões, na APS, quanto à oferta de cuidado em saúde mental (OPAS, 2018).

Entretanto, por meio de revisão de literatura, com busca de referências nas Bases Bibliográficas Eletrônicas, do Portal da CAPES, dos últimos cinco anos, nota-se a escassez de fluxogramas, protocolos e algoritmos clínicos apropriados para o manejo do comportamento suicida, na adolescência e que sejam de utilização interdisciplinar.

Possivelmente, ainda como repercussão da ojeriza social ao suicídio, no âmbito da Estratégia de Saúde de Família, nota-se a fragilidade no planejamento e execução de políticas públicas eficazes para a prevenção de morte por suicídio, voltadas às populações de maior vulnerabilidade. Quanto à educação permanente, habitualmente, as ações voltadas à abordagem do comportamento suicida na

adolescência apresentam escassez de evidências científicas e limitações das agendas a “campanhas de Setembro amarelo”, marcadamente influenciando a insuficiência na produção e gestão do cuidado em saúde mental (BOTEGA, 2015).

O cuidado interdisciplinar e colaborativo, na atenção primária de saúde, em comparação com os cuidados habituais, centrados nos profissionais médicos da atenção secundária e terciária, demonstrou melhorar o acesso dos adolescentes aos cuidados, com melhora da adesão ao tratamento dos transtornos mentais de base e, conseqüentemente, do comportamento suicida. Entretanto, há que se considerar o despreparo profissional autorrelatado, na APS, para o acolhimento e manejo de pessoas com comportamento suicida (BRENT, 2019).

Interpretando a dualidade constante Vida/Morte presente na esfera suicidária, o algoritmo clínico-assistencial proposto, cuja elaboração e validação serão descritas neste estudo, foi nomeado de DEVIR, como acrônimo para as etapas transformadoras de realidades, presentes no território subjetivo que abriga as vivências da pesquisadora, ao longo de 15 anos como profissional da APS, em um município da região metropolitana do Estado do Ceará, enquanto pessoa que oferta, mas que também recebe cuidado em saúde mental: **D**esenvolvimento de competências socioemocionais, **E**mpatia, **V**alorização da Vida, **I**ntervenções Psicossociais, **R**esignificação do sofrimento.

O mundo, de acordo com o filósofo Heráclito de Éfeso (*apud* SILVA; GOMES, 2013) “é um eterno devir”, havendo um fluxo permanente, atuante como uma lei geral do Universo, que dissolve, cria e transforma todas as realidades existentes.

A elaboração do Algoritmo DEVIR transcende práticas profissionais automatizadas, biomédicas e estigmatizantes do sofrimento-deseesperança, ao promover capacitação profissional interdisciplinar e colaborativa, bem como sensibilização para acolhimento/manejo/seguimento, com a construção de vínculos que perpassem a fragmentação do cuidado, no sentido de que este seja ofertado sob uma perspectiva de alteridade e corresponsabilização.

Na ausência de algoritmos clínico-assistenciais validados e sistematizados para a aplicação por profissionais da Equipe de Saúde da Família, adequados às especificidades socioculturais de adolescentes brasileiros com ideação suicida, este estudo metodológico, ao descrever a construção e a validação de um instrumento que se propõe a tal finalidade, contribui não apenas para a prevenção do ato de,

deliberadamente, extinguir a própria vida, no âmbito da APS, como também para a pesquisa e o ensino em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde mental, dentre outras áreas correlatas do conhecimento.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Construir e validar algoritmo clínico-assistencial para avaliação e manejo de adolescentes com ideação suicida, na APS.

2.2 Específico

Validar a aparência e o conteúdo do algoritmo construído, através de dados obtidos por meio de avaliação realizada por juízes-especialistas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Prevenção do suicídio na adolescência: pensamento calculante e subjetividades

A perspectiva fenomenológica-existencial ao permitir a liberdade de se analisar reflexivamente o horizonte de sentidos, relatados pelos adolescentes-que-sofrem, com a ebulição de estranhamentos e dúvidas quanto ao desejo de morte e o ser-no-mundo, permite que a pessoa seja avaliada e não apenas o comportamento suicida (DUTRA, 2013).

Martin Heidegger e Jean Paul Sartre fornecem recursos epistemológicos que enriquecem o olhar do profissional-que-cuida para o/a adolescente, na tentativa de intervir para a preservação da vida considerando a tessitura de condições que, de maneira dinâmica, envolvem a pessoa que deseja a morte e o mundo: não mais separados, mas como um único ser.

A fundamentação teórica para a construção de cada item e respectivos subitens, na arquitetura das 3 etapas do algoritmo-clínico assistencial, ultrapassa o *pensamento calculante*, descrito por Heidegger no ensaio A Questão da Técnica, 1953/2001. Entretanto, os números com os cálculos e o planejamento que os acompanha não se encontram vazios de sentido. A interpretação da angústia do/a outro/a é norteadada por etapas que incluem acolhimento, avaliação do risco, tomada de decisão e seguimento, com o objetivo de preservar a vida. A psicometria enquanto caminho metodológico para a avaliação, partindo do respeito e da observação do desenvolvimento biopsicológico do /a adolescente em sua relação com o território, na interação conjunta dos elementos - processo, pessoa, contexto e tempo (POLETTTO; KOLLER, 2008).

3.1.1 Adolescência, impulsividade e devir

Inseridos na conjuntura da profunda reorganização física, psíquica e social, no que tange à intencionalidade de atitudes autodestrutivas presentes na esfera suicidária de adolescentes, destacam-se os fatores de vulnerabilidade (questões de gênero e etnia, perfeccionismo, impulsividade, pessimismo e baixa

capacidade de resolução de problemas), os fatores predisponentes (baixa autoestima, rigidez cognitiva, pensamento dicotômico, estilo atributivo disfuncional, perspectiva distorcida do tempo pessoal) e os fatores precipitantes (dor psicológica insuportável, constrição cognitiva, ansiedade elevada e decisão de morrer) (STEVENS et al., 2021).

Estudos experimentais permitem concluir que existe consistente relação entre baixa autoestima e a conduta suicida. Baixa autoestima conduz a avaliações irrealísticas de nulidade e incapacidade para o manejo de situações-problema, culminando na antecipação negativa do futuro (FONSECA, 2018, p. 246-258).

A violência autoprovocada, embora funcionalmente não seja acompanhada da intenção de autoextermínio, constitui fator preditor para o comportamento suicida. Pessoas com histórico de autolesão compõem um grupo de risco de particular importância para a prevenção do suicídio, estando o comportamento autolesivo presente em pelo menos 40% dos suicídios (HAWTON et al., 2015).

Identificada a correlação entre autoagressão e autopercepção negativamente distorcida/mecanismos ineficientes de enfrentamento, as técnicas de resolução de problemas e de reatribuição podem ser aplicadas, por profissionais de equipe multidisciplinar, com resultados favoráveis, a adolescentes com comportamento autolesivo, conforme descrito em estudo realizado em Portugal (Programa de Intervenção BELIEVE, 2010).

O comportamento autolesivo ocorre em diversas faixas etárias, sendo predominante no sexo feminino. Ao comparar estudos conduzidos em diferentes grupos etários, os adolescentes apresentam uma prevalência mais alta do que os adultos (ZETTERQVIST, 2015). A autoagressão, em adolescentes, pode se apresentar de forma crônica, em padrões rítmicos ou não, cuja intensidade e grau da lesão é variável, embora se relacione a prejuízo do funcionamento dentro do contexto familiar, escolar e interpessoal.

A autolesão representa qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao corpo, sem intenção consciente de suicídio, não aceita socialmente em meio a sua própria cultura e nem para exibição (GIUSTI, 2013).

Os comportamentos autolesivos mais comumente reportados são cortes superficiais na pele, arranhões, mordidas, queimaduras, bater partes do corpo contra

parede e enfiar objetos pontiagudos no corpo (CEDARO; NASCIMENTO, 2019, p. 203-223).

Na literatura, as funções ou motivos que levam à autolesão apresentam divisão por fatores teóricos. Nock e Prinstein (2004) propuseram um modelo de quatro fatores, considerando duas dimensões dicotômicas: a dimensão intrapessoal, reforçando automaticamente o comportamento de autolesão, e a dimensão social, em que o reforço é ocasionado na tentativa de alterar o ambiente.

Essas duas dimensões são subdivididas ainda de acordo com a recompensa positiva (obtenção de algo) e negativa (escapar de uma demanda da qual se quer esquivar). Dessa forma, as funções da autolesão se apresentam como: reforço automático negativo (remover sentimentos ruins, aliviar estresse, tensão etc.); reforço automático positivo (gerar sensação agradável); reforço social positivo (ser aceito num grupo, chamar atenção etc.); e reforço social negativo (escapar das responsabilidades ou compromissos) (CEDARO; NASCIMENTO, 2013).

Entre 2011 e 2016, no Brasil, dentre as notificações de autoagressão e tentativa de suicídio, houve predominância de adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 39 anos) (BRASIL, 2017).

3.2 Prevenção do suicídio: histórico, estratégias e políticas públicas

Entende-se por prevenção qualquer medida que vise interceptar a causa de uma doença antes que ela atinja um indivíduo. Bertolote (2012) e Gunnell *et al* (2020) propuseram três níveis de prevenção: Universal, Seletiva e Indicada. A primeira, destinada a toda a população, visa impedir o início de um dado comportamento; um exemplo de prevenção universal do suicídio é o Dia de Prevenção do Suicídio, onde toda a população é informada sobre a questão. A segunda é destinada a populações ou indivíduos que ainda não apresentaram o comportamento-alvo, visando impedir que este se instale. Um exemplo de prevenção seletiva de comportamentos suicidas é a busca ativa, oferta de informações e acolhimento de indivíduos com transtornos mentais associados à morte por suicídio. Por último, o terceiro diz respeito a populações ou indivíduos com risco considerável que já manifestaram o comportamento. Um exemplo de prevenção indicada para a abordagem do comportamento suicida é o acompanhamento de indivíduos que já tentaram o suicídio (BERTOLOTE, 2012, p. 88-89).

No tocante à prevenção do suicídio, os primeiros registros de ações sistematizadas para tal datam do início do século XX. Entretanto, constituíam ações pautadas por princípios filantrópicos, carecendo de embasamento científico. De acordo com Bertolote (2012, p. 93-96), Gunnel e Frankel realizaram um levantamento da literatura publicada entre 1975 e 1994, assinalando uma série de limitações na abordagem filantrópica, como a ausência de um objetivo e público-alvo claros, o pequeno número de sujeitos incluídos, o curto tempo de acompanhamento dos indivíduos e descrições superficiais da estratégia de intervenção. Ainda hoje, há programas de prevenção do suicídio inspirados em princípios filantrópicos, tais como atendimento via telefone de pessoas em crise que, embora relevantes em situações extremas, pode ser considerado estritamente passivo, uma vez que não há a busca ativa de pessoas com comportamentos suicidas (MACHADO; LEITE; BANDO, 2014, p. 345).

Distintos da abordagem filantrópica, e com eficácia comprovada, estão os programas de prevenção de suicídio associados a uma estratégia nacional. O surgimento de programas de prevenção do suicídio, na saúde pública, data de uma reunião internacional de peritos, em 1994, em Banff, Canadá, convocada pelo Conselho para Assuntos Econômicos e Sociais da ONU, e pelo Departamento de Saúde Mental da OMS.

Esta reunião resultou na publicação, em 1996, de um documento intitulado *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*. O documento teve a dupla importância de ser a primeira vez que organismos internacionais reconheciam os comportamentos suicidas como um importante problema social e econômico, com grande impacto na saúde pública, e por refletir uma abordagem sólida com base científica reconhecida (BERTOLOTE, 2012, p. 98).

Em 2004, com o apoio da *Suicide Prevention International* da OMS, um grupo de peritos oriundos de 15 países se reuniram e confirmaram cinco pontos prioritários para o desenvolvimento de atividades preventivas do comportamento suicida:

- a) Restrição do acesso a métodos empregados em comportamentos suicidas;
- 2- Abordagem adequada pelos meios de comunicação;
- b) Tratamento adequado de transtornos mentais;
- c) Programas adequados de educação e informação;

d) Busca ativa e acompanhamento de indivíduos com comportamento suicida.

Botega (2015) aponta que, de modo geral, países com estratégias nacionais de prevenção do suicídio, seja com ações amplas, localizadas ou descentralizadas, possuem programas educacionais para informar a população, buscam um melhor atendimento dos casos, incentivam pesquisas na área, oferecem treinamento para escolas, mídia e equipes de saúde, entre outros.

Segundo o World Health Statistics de 2019, publicado pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021), O suicídio é um fenômeno global; de fato, 77% dos suicídios ocorreram em países de baixa e média renda em 2019. O suicídio foi responsável por 1,3% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se a 17ª principal causa de morte em 2019.

Ainda que seja compreendido como grave problema de saúde pública, os suicídios são evitáveis com intervenções oportunas, baseadas em evidências e muitas vezes de baixo custo. Para que as respostas nacionais sejam eficazes, é necessária uma estratégia multissetorial abrangente de prevenção do suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Botega (2006, p. 218) afirma que o Brasil deu os primeiros passos no sentido de lançar um plano nacional de prevenção do suicídio ao montar, em 2005, um grupo de trabalho para este fim, formado por representantes do governo, de entidades da sociedade civil e de universidades. A partir de então, surgiram as Diretrizes Brasileiras que orientam quais deveriam ser os objetivos para uma Estratégia nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006):

- a) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos;
- b) Desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- c) Organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas;
- d) Identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade;
- e) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- f) Contribuir para o desenvolvimento de métodos de coleta e análise de dados, permitindo a qualificação da gestão, a disseminação das informações e dos conhecimentos;

- g) Promover intercâmbio entre o Sistema de Informações do SUS e outros sistemas de informações setoriais afins, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados garantindo a democratização das informações; e
- h) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização. (Botega, 2006, p. 218, 218).

O Brasil foi o primeiro País da América Latina a elaborar estratégias de prevenção do comportamento suicida (BOTEGA, 2007, p. 8), apesar de tal avanço, o país jamais entregou um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio propriamente dito, enquanto as taxas de suicídio seguem crescendo anualmente, principalmente entre jovens (WASELFISZ, 2014, p. 114).

Como parte das ações da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (2006), o Ministério da Saúde, em cooperação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Universidade de Campinas (UNICAMP), após ter lançado, em agosto do mesmo ano, as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, elabora e divulga um manual para profissionais das equipes de saúde mental dos serviços de saúde, com especial ênfase às equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

Com vistas à redução das taxas de suicídios e tentativas, bem como dos danos associados com os comportamentos suicidas, assim como o impacto traumático da morte por autoextermínio na família e no círculo de relações interpessoais, esse manual configura uma tentativa de qualificação permanente, pautada nas Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, ressaltando a importância da “detecção precoce e tratamento de doenças mentais”. Ao delinear ações que, embora preconizadas em níveis distintos de atenção à saúde, no referido manual, ressalta-se o tratamento farmacológico e o cuidado especializado.

Contraditoriamente ao proposto pela Portaria número 1876, de 14 de Agosto de 2006, que “institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão”, no decorrer dos anos, delinea-se uma prática de saúde com caráter médico-centrado e, por conseguinte, limitador das potencialidades presentes na abordagem interdisciplinar em saúde mental. Além de reduzir a APS como “meio para encaminhar pacientes” e de ignorar a multidimensionalidade do sofrimento psíquico, que se expande para muito além de diagnósticos médicos.

As Diretrizes lançaram os alicerces para o que deveria vir a ser um Plano Nacional, no entanto, ainda não se encontram suficientemente implementadas e articuladas. Elas demonstram o aspecto multicausal do suicídio, incluindo pontos importantes, como a promoção de qualidade de vida e de educação, e, inclusive, procuram garantir a democratização das informações do Sistema Único de Saúde. Em contrapartida, ainda é premente a definição de objetivos claros, cuja base esteja alicerçada em evidências científicas e que superem a falta de atendimento, tratamento e apoio adequados, bem como a deficiência nos métodos de identificação e notificação dos casos de violência autoprovocada, o que expõe a necessidade de políticas públicas eficazes na área da saúde pública, para a prevenção do suicídio (BERTOLOTE, 2012).

A Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. De acordo com artigo sexto da referida Lei, aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, assim como ao Conselho Tutelar e aos estabelecimentos de ensino públicos e privados, caberia promover a informação e o treinamento quanto aos procedimentos de notificação estabelecidos, uma vez que os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada passam a ser considerados como de notificação compulsória (BRASIL, 2019).

Não obstante, estima-se que a complexidade de fatores históricos, sociais, e políticos que entremeiam o fenômeno da subnotificação acerca do comportamento suicida permaneçam. Visto que, os adolescentes e as famílias destes citam o preconceito e o despreparo profissional para o acolhimento como impeditivos à procura por ajuda, especialmente entre grupos marginalizados e discriminados (STEVENS, 2021).

3.2.1 Atenção primária de saúde e capacitação profissional na prevenção de suicídio

Segundo Silva et al. (2019, p. 50-56), a identificação e a compreensão dos fatores preditores de ideação suicida, tentativas de suicídio, bem como de comportamento autolesivo alicerçam o desenvolvimento de estratégias preventivas, que se direcionem aos âmbitos individual e comunitário do cuidado, com a execução de

Intervenções Psicossociais (dimensão individual) e o planejamento/execução/avaliação de ações mobilizadoras em conjunto com atores sociais e recursos comunitários (dimensão coletiva).

Globalmente, a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre suicídio e tentativas de suicídio são frágeis. Apenas cerca de 80 Estados-Membros dispõem de registros de mortalidade cuja fidedignidade permita que sejam utilizados diretamente para estimar as taxas de suicídio. Esse problema de dados de mortalidade de baixa qualidade não é exclusivo do suicídio, mas dada a sensibilidade do suicídio – e a ilegalidade do comportamento suicida em alguns países – é provável que a subnotificação e a classificação errônea envolvam problemática de maior complexidade para o suicídio do que para a maioria das outras causas de morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No Brasil, existe também um tabu na mídia, que teme divulgar debates relativos ao tema e causar ondas de suicídio por imitação ou indução, omitindo informações relevantes, enquanto os tabloides tratam do assunto de maneira sensacionalista. Desmistificar o tema, seguindo preceitos éticos, poderia abrir possibilidades de se falar adequadamente sobre o assunto, reduzindo a subnotificação (HORTA et al., 2019; STEVENS et al., 2021)

No que tange à capacitação de profissionais de saúde da atenção básica, Botega, Marín-león, Oliveira, Barros, Silva e Dalgalarondo (2009, p. 2637), analisando o município de Campinas, em São Paulo, constataram que aproximadamente um quinto da população já havia apresentado ideação suicida ao longo da vida, mas que, de cada três casos de tentativas de suicídio, apenas um foi atendido por serviço médico. Carlos Estellita-Lins (*apud* MACHADO; LEITE; BANDO, 2014, p. 384) aponta que os serviços de emergência no Rio de Janeiro são marcados pela negligência na abordagem sobre suicídio, bem como pela escassez de treinamento dos profissionais.

De acordo com o preconizado pela Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA, 2008), a Atenção Primária de Saúde deve incluir, rotineiramente, entre seus serviços essenciais a identificação precoce dos transtornos da saúde mental, o tratamento dos transtornos mentais comuns, o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, a referência para outros níveis quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas de saúde física, assim como a promoção da saúde mental e a prevenção de agravos.

Considerando a lacuna (*gap*) entre a demanda urgente de pacientes com transtorno da saúde mental: aproximadamente, 1 em cada 10 pessoas (OMS/ MI-mhGAP, 2018) e o acesso aos profissionais especializados, a integração da atenção à saúde mental aos serviços de atenção primária tem o potencial de reduzir o *gap* de tratamento e, conseqüentemente, diminuir a carga de doença produzida pelos transtornos mentais.

Como a maioria dos adolescentes os consulta pelo menos uma vez por ano, médicos generalistas estariam em posição ideal para identificar precocemente o comportamento suicida e fatores de risco (VALINEZHAD et al., 2021).

No entanto, tem sido difícil provar a eficácia de tal detecção entre adolescentes, uma vez que estes, não costumam abordar, espontaneamente, questões relativas ao sofrimento de ordem psicossocial com as (os) médicos de família (TALIAFERRO et al., 2019). Conforme descrito por Binder *et al.*, 2018, quando há relação de confiança, em se tratando de solicitar auxílio ou relatar sofrimento, os primeiros a serem procurados são os amigos ou pais.

O modelo tradicional de cuidado médico-centrado; eminentemente prescritivo; à medida que o cuidado é direcionado ao estabelecimento da relação causal doença-cura, dificultando o *rapport* e a realização de uma escuta qualificada. Além disso, médicos generalistas não são inclinados a rastrear espontaneamente o comportamento suicida em adolescentes quando os motivos da consulta são somáticos ou administrativos, como é o caso em mais de 92% dos atendimentos na atenção primária de saúde (BINDER et al., 2018). Quando questionados, os profissionais generalistas afirmam não ter o tempo nem as habilidades necessárias, e também mencionam a baixa disponibilidade do serviço no que tange às demandas em saúde mental, em termos de privacidade e tempo disponível para escuta qualificada (LEAHY et al., 2018).

Rotoli et al. (2019), reiteram que os desafios apontados para agregar resolutividade às ações em saúde mental, pela APS, estão relacionados com a lacuna de conhecimentos específicos para sustentar o que os profissionais desenvolvem; com a organização dos serviços e a participação dos gestores; e com a ambivalência da pessoa com transtorno mental em relação à aceitação e continuidade do tratamento. Torna-se premente a construção de práticas compartilhadas entre profissionais, pessoas com transtornos mentais e suas famílias, a partir de

articulações teórico-práticas capazes de gerar transformações na práxis das equipes de saúde da família.

3.3 Reorientação da práxis na APS para a preservação da vida

A triagem interdisciplinar, em saúde mental, na APS e em serviços de emergência, para adolescentes com depressão e risco identificado como elevado para suicídio, tem sido defendida como uma abordagem que pode apresentar melhor eficácia e eficiência na avaliação/manejo/seguimento dos sujeitos em sofrimento, quando comparada ao tratamento tradicional médico-centrado, fragmentado e de acesso mais restrito, representado pela atenção especializada nos níveis secundário e terciário de saúde (OPAS, 2018).

Estudos relativos a cuidados colaborativos em ambientes pediátricos, demonstram maior impacto, em termos de prevenção de tentativas e desfecho fatal em adolescentes que apresentem diagnóstico prévio de transtornos emocionais e comportamentais, em comparação a jovens que apresentem transtornos mentais e comportamentais decorrentes do abuso de substâncias psicoativas (HORTA et al., 2019).

A triagem colaborativa, considerando a APS como ponto inicial de acesso aos serviços de saúde, pode identificar precocemente, com sucesso, novos casos de jovens em risco de suicídio. No entanto, a triagem por si só, sem um plano para envolver os jovens e famílias em tratamento e acompanhamento para garantir a adesão, provavelmente não é um meio eficaz para a prevenção do suicídio (BRENT, 2019).

Busca ativa e avaliação transversal que permitam uma avaliação sensível e inclua intervenção assertiva, através da pronta tomada de decisão quanto ao manejo, e o seguimento dos adolescentes em sofrimento podem reduzir a taxa de tentativas subsequentes de autolesão com ou sem ideação suicida (OPAS, 2018).

Dessa maneira, pode-se estabelecer a viabilidade de oferecer intervenções farmacológicas e psicossociais nos serviços de atenção à saúde não especializados, conquanto haja matriciamento da equipe de saúde por profissionais qualificados para tal e mediante a normatização para a identificação do risco de suicídio e o encaminhamento de casos refratários ao plano terapêutico proposto (CHIAVERINI, 2011).

A continuidade do cuidado corresponde a um elemento central de uma atenção primária efetiva, especialmente quando há um relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, uma vez que os serviços de atenção primária são, geralmente, os mais acessíveis, disponíveis e aceitos pela comunidade (MICHAEL, 2020).

Com uma boa disponibilidade e custo-efetividade, a APS oferece para a saúde mental o aumento do acesso, bons resultados clínicos e a promoção dos direitos humanos neste campo. No planejamento terapêutico dos transtornos da saúde mental, as intervenções psicossociais apresentam um papel primordial, ao incluírem a psicoeducação, a redução do estresse e fortalecimento do apoio social, assim como a promoção do funcionamento em atividades diárias e desenvolvimento de competências socioemocionais adaptativas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

As intervenções psicossociais demandam dedicação de tempo, além de empatia e respeito à vontade e preferências do adolescente. Apesar de, frequentemente, serem executadas por especialistas, estas intervenções terapêuticas podem ser oferecidas efetivamente por trabalhadores não especializados capacitados e supervisionados bem como por meio de autoajuda guiada (p. ex., com o uso de programas de saúde mental em meio eletrônico). (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Essas ações interdisciplinares configuram alternativas terapêuticas, cujas evidências científicas fazem com que sejam recomendações internacionais para os mais variados transtornos de saúde mental, bem como meio para a capacitação e o apoio de cuidadores (HAT, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION 2021), promovendo o desenvolvimento de competências socioemocionais como amabilidade, resiliência emocional, autogestão, abertura ao novo e, inclusive, a identificação de expressões não verbais como forma de ressignificação da dor, tais como literatura, música, dança e esportes. Sem que seja diminuída a relevância do tratamento medicamentoso, quando preenchidos os critérios para sua correta utilização (MACEDO et al., 2020, p. 1-17).

Dessa maneira, o reconhecimento da potência transformadora inserida no caráter plural do cuidado ofertado pela APS motivou a pesquisadora quanto à construção e à validação de algoritmo clínico-assistencial para identificação do risco

de suicídio e manejo da ideação suicida, de utilização interdisciplinar, adequado às especificidades psicossociais dos adolescentes em sofrimento.

3.4.1 Algoritmo clínico-assistencial como estratégia de prevenção do suicídio na adolescência

Algoritmo corresponde a uma representação gráfica, de um conjunto finito de passos lógicos, sucessivos e bem definidos, regras ou procedimentos que devem ser seguidos para resolver um problema diagnóstico ou terapêutico específico. (BARRERA *et al.*, 2016)

O primeiro elemento a ser considerado para a criação ou adaptação de um guia clínico-assistencial é a necessidade de sua construção, devido à magnitude do problema de saúde em questão, a variabilidade de condutas clínicas observadas para seu manejo e os custos envolvidos. É, então, que se define o grupo de trabalho para a sua elaboração, o planejamento da realização, as técnicas de consenso, as questões de preparação ou ação a serem respondidas, para as quais se sugere o formato PICO, e as recomendações (MILLARUELO, 2015).

Dentre as qualidades que esses documentos devem ter, segundo Millaruelo, (2015), estão a validade interna e a validade externa. A primeira depende da qualidade dos estudos utilizados em sua elaboração. A segunda é em relação à aplicação de suas recomendações a um paciente específico. A ausência de contextualização, em termos de comorbidades e características biopsicossociais dos pacientes, nos estudos que fundamentam os conteúdos e sugestões, muitas vezes significa que eles não são aplicáveis na prática rotineira. Guias extensos, manuais que priorizam intervenções medicamentosas, em uma lógica monocausal de doença-cura, além de exaustivos aos profissionais da APS, desvalorizam o trabalho interdisciplinar e colaborativo, que acaba por se inviabilizar na práxis. Tal fato se dá, em especial, quando os conteúdos dos guias clínicos se distanciam da realidade prática enfrentada pelos profissionais.

Em se tratando de comportamento suicida na adolescência, a individualidade dos casos exige que as decisões tomadas tenham caráter singular; no entanto, as bases gerais oferecidas por essas diretrizes, enquanto aplicáveis e factíveis, evitam variabilidades indesejadas (VANERIO, 2018).

Del Hierro (2018) afirma que esses documentos têm o propósito comum de padronizar a prática clínica, promover uma assistência efetiva e contribuir para

sistematizar a assistência de acordo com a perspectiva mais atual oferecida pela literatura técnico-científica, baseada em evidências de pesquisa.

Para a validação de face e de conteúdo, características tais como, como credibilidade, reprodutibilidade, representatividade, aplicabilidade clínica e flexibilidade, clareza, força das recomendações, transparência, devem estar presentes, em conformidade com revisão e atualização periódicas, devido à vertiginosa produção científica atual em todos os níveis da ciência. Caso contrário, a diretriz se tornaria obsoleta dentro de três a cinco anos (média de 3,6 anos) segundo Barrera, devido ao surgimento de novas evidências.

A redução da lacuna entre o conhecimento científico atualmente disponível e o que é feito na prática clínica minimiza a variabilidade de estilos na tomada de decisão.

Além disso, gera uma abordagem sistêmica com menores custos de saúde, internações desnecessárias, procedimentos diagnósticos incorretos, diminuição do tempo de internação e taxas de recorrência, segundo a opinião de Vanério. De forma sintética, Barrera Cruz coloca as diretrizes da prática clínica como elemento essencial na assistência médica.

Em sua revisão de diretrizes clínico-assistenciais, Del Hierro propõe que estas sejam atualizadas a cada três anos e recomenda que nem todo o conteúdo seja modificado, mas sim aspectos específicos de acordo com o andamento das evidências. Del Hierro observou ainda, que falhas na fase de elaboração e na adaptação do instrumento aos profissionais-alvo do algoritmo prejudicariam os aspectos semânticos do algoritmo, com subsequente má aceitação pelos profissionais. Capote et al. (2019), concluem que grande parte dos instrumentos clínico-assistenciais disponibilizados não se demonstram acessíveis a uma utilização transversal, tampouco exibem a qualidade técnica necessária à pronta tomada de decisão, na APS.

Independentemente dos formatos utilizados na elaboração destes instrumentos, que podem tornar mais ou menos viável a sua utilização, e da qualidade do conteúdo, as maiores dificuldades residem na sua implementação pelos profissionais. São vários os motivos pelos quais os profissionais não aderem a essas diretrizes, entre eles Millaruelo encontrou: falta de recursos, falta de acessibilidade a eles, falta de confiança em sua eficácia, a crença de que não são capazes de cumprir suas sugestões, a falta de familiarização ou de tempo disponível para o seu estudo,

confronto com a autonomia pessoal e a experiência adquirida que, por vezes, associa-se à rigidez de condutas que se perpetuam sem que haja evidências que as sustentem.

O método clínico centrado na pessoa é a base, não apenas da prática médica, como também do atendimento interdisciplinar através do qual o ser em sofrimento é acolhido, ouvido e cuidado, num processo de empoderamento e partilha de conhecimento. Dessa maneira, com a utilização de algoritmos clínico-assistenciais, a práxis do cuidado não se extingue nem se deforma. Outrossim, é enriquecido com novas ferramentas que auxiliem o profissional de saúde na tomada de decisão. O método clínico, centrado na pessoa, constitui uma sequência ordenada de etapas, com caráter adaptável ao sujeito em sofrimento, para auxiliar o profissional de saúde na busca e abordagem de um diagnóstico, permitindo a pronta tomada de decisões, assim como o seguimento adequado a fim de atender às demandas do paciente, em seu contexto familiar, escolar e social. Sendo assim, a relação com o adolescente, para que facilite a obtenção de dados, inicia-se por meio da escuta sensível, não excluindo o exame físico e a análise da história clínica e a identificação de riscos e vulnerabilidades que demandem atendimento emergencial (SANTA; CANTILINO, 2016).

A natureza flexível e contextualizada do algoritmo DEVIR permite que as diretrizes de prevenção ao suicídio na adolescência sejam adaptadas às condições do ambiente cotidiano, possibilitando que seja construída uma referência para o trabalho nacional, adaptada às especificidades biopsicossociais apresentadas por adolescentes brasileiros, em uma perspectiva dinâmica.

4 METODOLOGIA

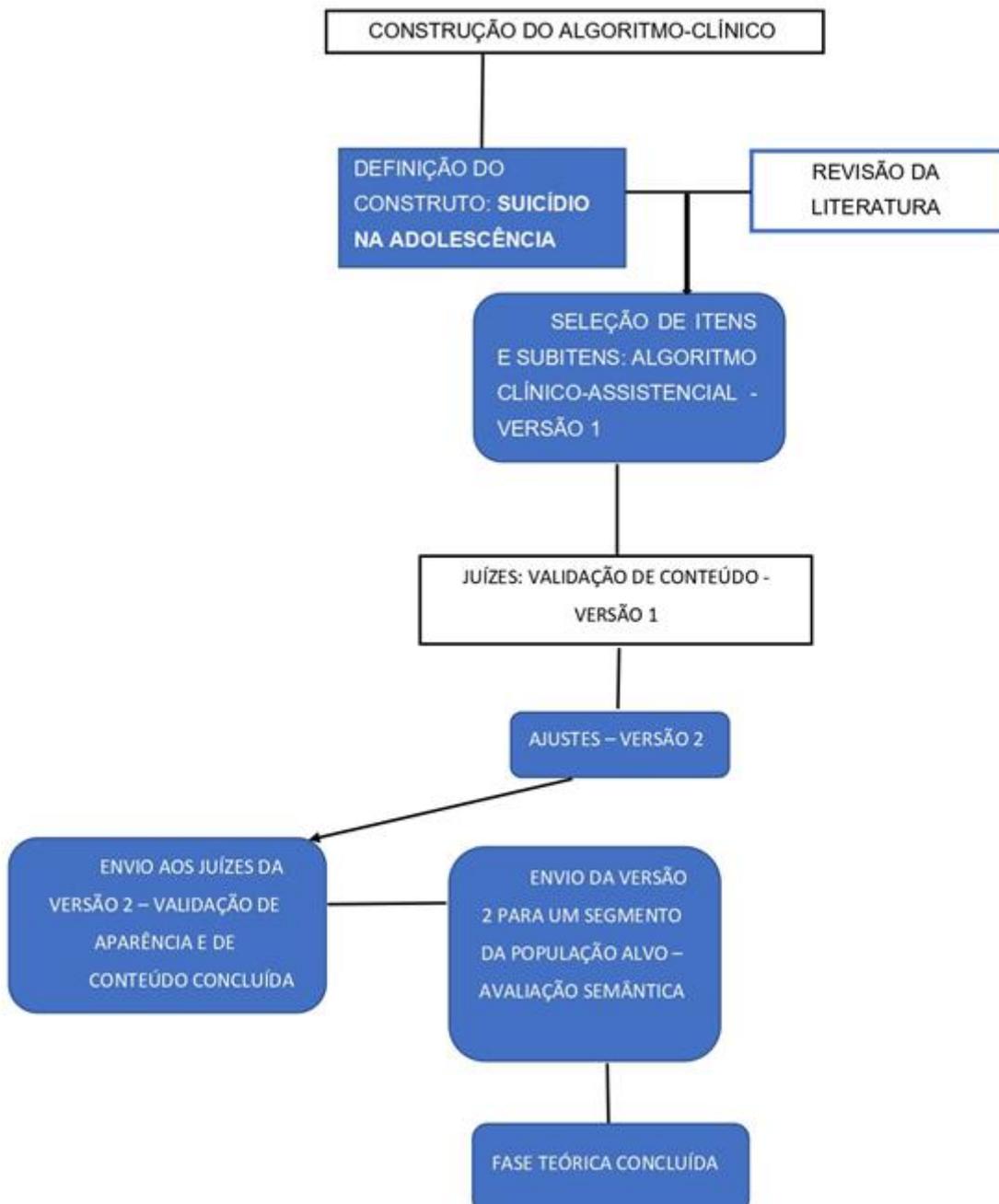
Este trabalho consiste em estudo metodológico, destinado à descrição das etapas envolvidas na construção e na validação de algoritmo clínico-assistencial, cujos passos sequenciais se propõem à otimização do acolhimento; avaliação; tomada de decisão e seguimento interdisciplinar de adolescentes que exibam ideação ou comportamento suicida, por profissionais da atenção primária de saúde.

A pesquisa metodológica aborda o desenvolvimento, validação e avaliação de instrumentos de coleta de dados, escalas e técnicas sobre conceitos ou fenômenos de uma determinada área do conhecimento. As fases contempladas por esse tipo de estudo incluem: definição do conceito ou comportamento a ser medido; revisão de literatura; formulação dos itens do instrumento; validação de aparência, por meio de análise comunicacional-imagética, e de conteúdo, pelo Índice de Validação de Conteúdo; análise semântica; teste piloto (aplicação e/ ou avaliação) e teste de confiabilidade do instrumento de medida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2013).

Para a elaboração do instrumento, adotou-se, de forma adaptada, o que é proposto por Pasquali (2010), segundo o qual, a construção de um instrumento delinea-se em 3 etapas: 1. Teórica, 2. Empírica e 3. Analítica. Este estudo contempla a fase teórica. Para o cumprimento dos objetivos propostos inclui-se a definição constitutiva de planejamento e a seleção dos componentes do instrumento, a partir dos referenciais teórico-metodológicos; avaliação pelo Comitê de juízes; análise semântica e avaliação da consistência interna, a respeito das respostas dos juízes, pela análise do Alfa de Cronbach.

O detalhamento das etapas percorridas na construção e validação do instrumento encontram-se apresentadas na Figura 1.

Figura 1 – Representação gráfica das etapas de desenvolvimento do algoritmo clínico-assistencial. Fortaleza, CE, Brasil, 2022



Fonte: Elaborado pela autora, 2022

4.1 Fase teórica

De acordo com Pasquali (2010), a validade de conteúdo de um instrumento é praticamente garantida pela técnica de construção deste. Sendo assim, o rigor em cada etapa do processo de elaboração do instrumento é necessário para que a precisão com a qual o teste deve medir o que se propõe seja factível.

Havendo a definição do traço ou construto, ou seja, da representação dos processos psicológicos a serem avaliados, prossegue-se com a análise criteriosa de referencial teórico (LÓPEZ, 2021).

4.1.1 Análise do referencial teórico

Para a análise do referencial teórico, este estudo seguiu as recomendações feitas pela Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), sendo utilizado seu checklist (BMJ, 2021).

Desenvolvida por um grupo de pesquisadores no Canadá, a declaração dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA), foi desenvolvida para ajudar revisores sistemáticos a relatar de forma transparente por qual motivo a revisão foi feita, os métodos empregados e o que os autores encontraram.

Para o desenvolvimento dessa revisão 7 etapas foram seguidas: 1) criação do protocolo de pesquisa; 2) formulação da pergunta problema com a utilização do acrônimo PICO; 3) busca dos materiais com os descritores e operadores booleanos associados, a utilização dos critérios de inclusão e exclusão nas bases de dados de modo eletrônico; 4) seleção dos estudos com a implementação dos critérios de elegibilidade; 5) avaliação crítica do material selecionado; 6) coleta dos dados; e 7) síntese e agrupamento dos dados coletados (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

A Prática Baseada em Evidências segundo a Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (DRUMMOND; SILVA; KATZ; CAUMO; ROTHER, 2014), propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados

utilizando-se a estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcome” (desfecho). Com isso, neste estudo, o acrônimo ficou (P) – adolescentes com ideação e/ou comportamento suicida; (I) – algoritmo clínico-assistencial; (C) – Não houve comparação; e (O) – prevenção de suicídio na Atenção Primária de Saúde.

A partir dos critérios referidos, adotou-se a seguinte questão “É possível construir e validar um algoritmo clínico-assistencial para prevenção do suicídio, no atendimento a adolescentes com ideação e/ou comportamento suicida, na atenção primária de saúde?”

Os termos de busca utilizados foram obtidos através da consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (decs.bvs.br). Além disso, houve a combinação dos descritores selecionados com os operadores booleanos ‘AND’ e ‘OR’, assim, os descritores booleanos utilizados buscaram as seguintes associações Algorithm AND prevention AND Suicide AND Diagnosis OR Detection AND Adolescent.

A busca foi realizada em bases de dados por meio eletrônico, a partir do portal de periódicos da Capes, Scopus, BVS e PubMed, durante os meses de Julho a Novembro de 2022. Foram utilizadas as bases DOAJ (Directory of Open Access Journals), Medline Complete, Embase, ROAD (Directory of Open Access Scholarly Resources), Academic Search Premier, CINAHL with Full Text, BioMedCentral Open Access, Oxford Journals Current. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos completos, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos 5 anos (2017-2022), revisado por pares, nos idiomas português, inglês e espanhol. Adotou-se como critério de exclusão artigos duplicados e que não respondessem à pergunta problema.

Ainda que utilizadas outras combinações de descritores: (Suicide) AND (Clinical Algorithm) AND (Primary Health Care); (Suicide) OR (Prevention AND Suicide) AND (Clinical Algorithm) AND (Primary Health Care); (Prevention) AND (Primary Health Care) AND (Suicide) AND (Algorithms AND Diagnosis); dentre outras associações, as buscas ressaltam a escassez de algoritmos clínico-assistenciais para o conteúdo estudado. Ainda que não respondessem diretamente à pergunta-problema, 15 artigos foram armazenados para compor a base de dados, em vista da relevância a respeito de critérios metodológicos para a construção e validação de instrumentos diversos, a serem utilizados no rastreamento de preditores do comportamento suicida na adolescência.

Para armazenamento e tabulação dos dados obtidos, tais como: o título do estudo, país de origem, ano de publicação, autor, objetivo e resumo dos resultados, utilizou-se o programa Microsoft Office Excel®, versão 8. De cada artigo incluído foram extraídos dados relacionados ao objetivo desta revisão; características da amostra, com a priorização de estudos destinados à descrição de construção e validação de instrumentos destinados à prevenção e manejo de comportamento suicida na adolescência, bem como à utilização destas tecnologias por profissionais da Atenção Primária de Saúde; avaliação de fatores de risco para suicídio na adolescência e a relação destes com suicídio consumado; compreensão e exploração de fatores protetivos; país de publicação; autores; objetivode pesquisa.

Incluiu-se, na pesquisa, consulta a livros e a textos de avaliação psicométrica, bem como manuais técnicos e legislação vigente para políticas públicas de prevenção ao suicídio, fora do período estabelecido como critério de inclusão para análise, pelo caráter eminentemente relevante das publicações citadas, no que diz respeito ao embasamento teórico necessário à construção dos itens e subitens do algoritmo. Para tal construção, foram utilizados, de maneira adaptada aos objetivos deste estudo, os critérios psicométricos para a elaboração dos itens conforme proposto por Pasquali, descritos no quadro a seguir.

Quadro 1 – Critérios psicométricos para a elaboração dos itens

Critérios para a construção dos itens:	
Critério de Objetividade	Os itens devem cobrir comportamentos e expressar sua preferência
Critério de simplicidade	O item deve emitir uma ideia exclusiva. Devem apresentar comportamentos como atitude e que indiquem personalidade, expressando preferência por quem opinar sobre o item.
Critério de Clareza	O item deve ser inteligível, ou seja, de fácil compreensão inclusive para aqueles de estrato mais baixo da população alvo. Deve-se utilizar frases curtas, simples e inequívocas. Utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Evitar frases longas, com ideias negativas e gírias porque normalmente essas não são compreendidas por todos da população-meta.
Critério de relevância	A expressão (frase) deve apresentar consistência com o traço latente (atributo, fator, propriedade psicológica) definido, ou seja, não deve induzir atributo diferente do definido, deve-se expressar o atributo que realmente deseja medir.
Critério de precisão	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
Critério de modalidade	Utilizar frases com expressão modal, não utilizar expressões extremadas como miserável, excelente. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
Critério de tipicidade	Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
Critério da credibilidade	O item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil. Itens com essa característica podem contribuir para uma atitude desfavorável do respondente.

Fonte: Pasquali, 2010.

4.1.2 Seleção de itens e subitens

No sentido de garantir celeridade e eficácia à tomada de decisões em prevenção de suicídio a sujeitos de alta vulnerabilidade, o algoritmo construído ordena as ações do cuidado em 3 etapas distintas: Avaliação, Manejo e Seguimento. Para cada etapa são apresentadas condutas sequenciais e de complexidade progressiva, para a prevenção de desfecho fatal por autoextermínio em adolescentes, seguindo o modelo escalonado do cuidado (JOBES et al., 2018).

A formulação detalhada da definição do traço ou construto (representação comportamental a ser medida) encontra-se indissociável da teoria psicológica adotada no critério de seleção dos itens e subitens de cada etapa do instrumento, juntamente com dados obtidos a partir de pesquisas anteriores, bem como da observação sistemática do traço, a partir das análises dos domínios relacionados ao comportamento/fenômeno estudado (PASQUALI, 2010).

Neste estudo, a pesquisadora adotou como ponto inicial de caracterização do construto a percepção fenomenológica-existencial. Os princípios da fenomenologia hermenêutica, adaptados às especificidades dos problemas em saúde mental no ser-adolescente, visam à compreensão da experiência vivida quanto à decisão de tentar o suicídio, bem como dos desdobramentos comportamentais que sejam passíveis de intervenção, na APS (MING-WAU et al., 2020).

No sentido oposto ao cenário cientificista que, predominantemente, sustenta as abordagens e práticas relativas ao sofrimento em saúde mental, a perspectiva adotada neste trabalho aponta para uma atitude fenomenológica, valorizando, assim, a ideia de um Devir enquanto transformação permanente, num horizonte de abertura de sentidos, afetos e comportamentos (HEIDDEGER, 1927).

A fenomenologia existencial, como inspiração teórico-metodológica, expande a compreensão da experiência vivida na decisão de tentar o suicídio. A análise da delicada tessitura que envolve situações de infortúnios, conflitos, desamparo, desespero e angústia, permite a construção de itens e subitens que abranjam as subjetividades dos adolescentes em sofrimento. A avaliação de cunho psicométrico, ao invés de se contrapor à investigação fenomenológica da complexidade que envolve o comportamento suicida, apresenta fundamental importância para que seja viabilizada a caracterização rápida e precisa do risco de suicídio, por profissionais de formações técnicas diversas. Outrossim, os

procedimentos metodológicos de validação do algoritmo-clínico assistencial proposto apresentam-se como necessários, à medida em que conferem a este instrumento adequação, legitimidade e congruência (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Para a seleção dos itens-chave, além do referencial teórico, considerou-se o conhecimento empírico da pesquisadora, na observação *in loco*, do caráter dinâmico das alterações socioeconômicas e psicossociais do território objetivo e subjetivo, ao longo de 15 anos como profissional da APS.

4.1.2.1 Desdobramento dos itens em subitens

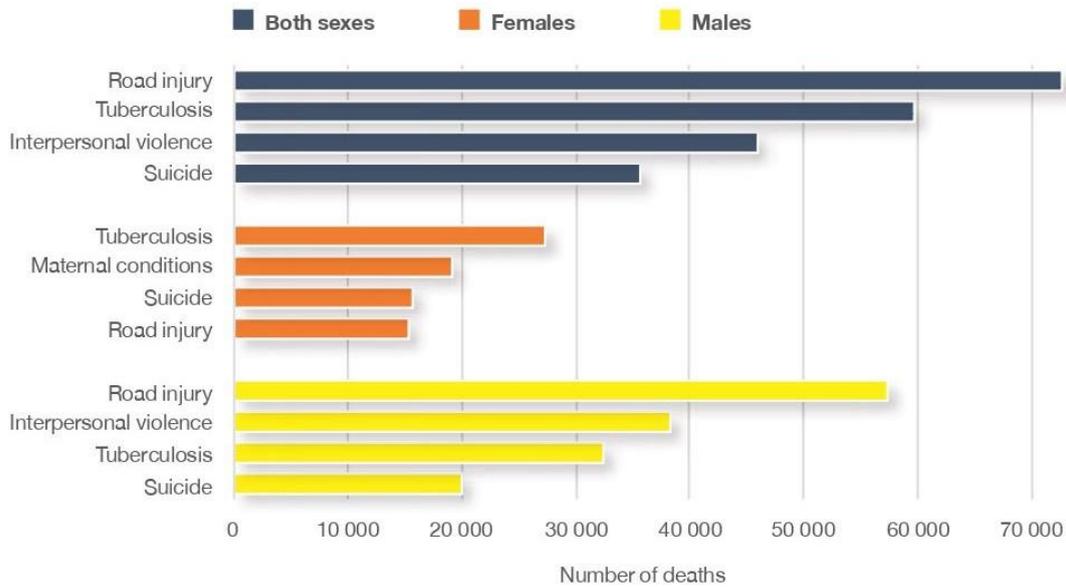
Em virtude da não linearidade de processos biopsicossociais, priorizou-se que o desdobramento dos itens refletisse o enovelamento entre as características sociodemográficas; a distribuição de notificações de violência autoprovocada por sexo, gênero e etnia; a escolaridade; os antecedentes psiquiátricos, clínicos e a própria história de vida, bem como a autopercepção do sofrimento e os mecanismos de *coping* (CALDEIRA, 2015).

De fato, os itens e subitens de um algoritmo clínico-assistencial para a prevenção de suicídio na adolescência organizam-se como uma rede complexa, sem a compreensão da qual torna-se inexecutável a apropriada avaliação, estabelecimento de vínculos e tomada de decisão (BARROS *et al.*, 2020).

Os itens de cada etapa foram selecionados a partir de uma amostra inicial, cujos componentes provieram da intersecção das seguintes análises:

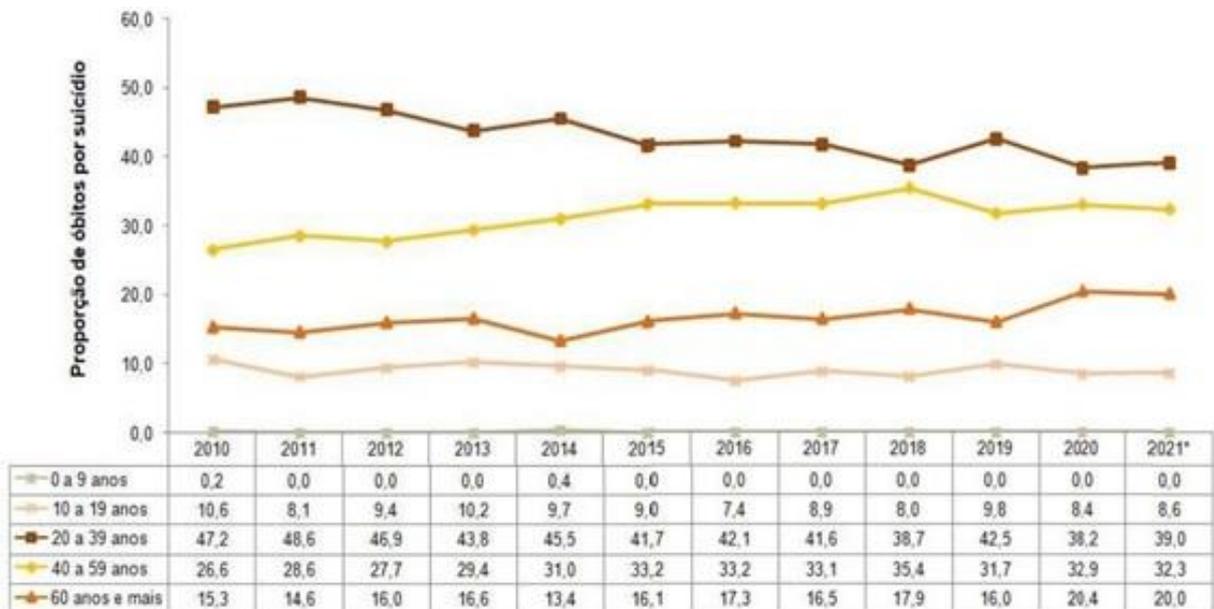
Análise teórica dos trabalhos que atingiram os critérios de elegibilidade através do fluxograma PRISMA para revisão integrativa, compreendendo o risco de desfecho fatal por tentativa de suicídio na perspectiva de teia da causalidade, conceito introduzido na Epidemiologia por MacMahon e colaboradores (apud GUILAM, 2008). Nesta etapa da construção do algoritmo, priorizou-se a identificação de fatores de risco e eventos associados a maior gravidade em termos de desfecho fatal, para a população e o traço estudados, conforme descrito nas tabelas a seguir:

Tabela 1 – Distribuição por sexo das 4 principais causas globais de morte, de acordo com a faixa etária de 15 a 19 anos, 2019



Fonte: WHO Global Health Estimates 2000 – 2019.

Tabela 2 – Proporção de óbitos por suicídio segundo a faixa etária. Ceará, 2010 a 2021



Fonte: SESA/SEVIG/COVEP/CEVEP/DATASUS/SIM: dados de 2010 a 2020 consultados no dia 29/08/2022 no site do DATASUS; *Dados de 2021, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 02/09/2022.

Nota: Para essa análise foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária foi assinalada como "ignorada".

O suicídio e as violências autoprovocadas (tentativa de suicídio, ideação suicida e automutilação) afetam não apenas os indivíduos, mas também as famílias, comunidades e sociedades. Dentre os fatores de risco associados ao suicídio, destacam-se: abuso sexual na infância, alta recente de internação psiquiátrica, doenças incapacitantes, impulsividade/agressividade, isolamento social, suicídio na família, tentativa prévia e doenças mentais. É importante destacar que o estigma social e a falta de consciência se configuram como as principais barreiras para a procura de ajuda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

A clareza na identificação de preditores de morte por suicídio na adolescência, cuja relevância estatística se evidencia em estudos epidemiológicos (CEARÁ, 2022; HAT; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), é fundamental para a pronta tomada de decisão pela (o) profissional que acolherá o adolescente, inclusive com o encaminhamento a Unidades de Pronto Atendimento ou, até mesmo, emergência psiquiátrica.

A partir da seleção dos itens e respectivos subitens, privilegiou-se a construção de instruções claras e pertinentes, facilmente legíveis e identificáveis; com complexidade progressiva, conforme os objetivos a serem cumpridos em cada uma das 3 etapas que compõem o instrumento; aplicabilidade transversal e colaborativa, pelos componentes da Estratégia de Saúde da Família e/ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, tais como enfermeiros, médicos generalistas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre outros profissionais de formação com nível superior.

4.1.2.2 Arquitetura do algoritmo

No sentido de garantir celeridade e eficácia à tomada de decisões em prevenção de suicídio com sujeitos de alta vulnerabilidade, o algoritmo construído ordena as ações do cuidado em 3 etapas distintas: Avaliação, Manejo e Seguimento (APÊNDICE D). Para cada etapa são apresentadas condutas sequenciais, representadas por itens e subitens relacionados ao comportamento/ideação suicida, a serem identificados em cada etapa, seguindo o modelo escalonado do cuidado (JOBES et al, 2018).

Priorizou-se as cores vermelha e amarela para permitir a pronta identificação de situações de alto risco para suicídio e/ou emergenciais (vermelho), que demandam atendimento hospitalar imediato; assim como a caracterização de comportamentos, antecedentes pessoais/familiares para o manejo e o seguimento dos quais sejam necessárias ações intensivas e colaborativas de cuidado, embora haja a presença de rede de apoio e colaboração do adolescente e no planejamento de processos decisórios e avaliativos (amarelo). Evidencia-se, por meio da cor laranja, a compulsoriedade da notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, de acordo com a Lei 13.819, de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

Através de itens e subitens, são incluídas sugestões de abordagem que facilitem a formação de vínculos, reforçando o caráter prejudicial de julgamentos e condutas moralizantes, para que as condutas sejam centradas nas necessidades de cada adolescente, no sentido de prevenir o desfecho fatal por autoextermínio (GIH-mhGAP, 2020).

Para a etapa Avaliação, destacam-se o acolhimento; escuta empática e ativa; diferenciação da ideação suicida em ativa ou passiva; avaliação operacionalizada do *status* biopsicossocial, atentando para o relato de tentativa prévia de suicídio e o intervalo de tempo transcorrido até a avaliação atual, dada a relevância de tal fator como preditor do risco suicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Na etapa Manejo, a partir da interpretação do risco, seguem-se às tomadas imediatas de decisão, conforme as instruções dos subitens ressaltados em amarelo ou em vermelho: ideação suicida ativa sem condições severas de risco, com rede de apoio (amarelo) X presença de condições severas de risco (vermelho). A necessidade de notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada é reiterada nesta etapa (laranja).

Para o Seguimento dos adolescentes com comportamento suicida, é ressaltada a elaboração de plano terapêutico singular, o intervalo entre os encontros, a aplicação sistemática de Intervenções Psicossociais (OPAS, 2022), aliadas ao tratamento medicamentoso, quando indicado, e seguimento psicoterápico. Estimula-se, ao longo do Seguimento, o envolvimento da Escola e a exploração da potência social e política de equipamentos comunitários, com o planejamento e a implementação de ações, cujo impacto bioecológico nas condições psicossociais dos

adolescentes fortaleçam a teia de apoio a ser delineada em torno destes e de seus cuidadores.

4.1.3 Validação

A despeito da relevância da precisão dos instrumentos para as ciências psicossociais, conceitualmente, a validade diz respeito ao aspecto da medida de ser congruente com a propriedade medida dos objetos e não com a exatidão com que a mensuração, que descreve essa propriedade do objeto, é feita. Ou seja, a validade de um instrumento expressa a correspondência entre o traço e a sua representação física (comportamento), demonstrando a adequação, a legitimidade e a correspondência entre o construto e a sua representação física, a saber, o comportamento estudado (PASQUALI, 2017).

Pode-se compreender a validade de um instrumento a partir das dimensões externa e interna desta. A validade externa relaciona-se com a generalização dos dados no tocante às pessoas, aos ambientes e às épocas. Referindo-se, portanto, ao instrumento, intrinsecamente. Por sua vez, a validade interna diz respeito à capacidade do instrumento de pesquisa em mensurar o que deve ser medido (PASQUALI, 2013).

Conforme o Modelo Trinitário, originalmente descrito por Cronbach e Meehl (1955), o conceito de validade classifica-se em três principais configurações: validade de conteúdo, de critérios e de construto (PASQUALI, 2013; POLIT; BECK, 2011). Este estudo se propõe a descrever a validação de face e de conteúdo.

Para a construção dos itens dos instrumentos destinados à validação de face e conteúdo pelo Comitê de juízes e análise semântica, utilizou-se a ferramenta *Google Docs Off line*, por meio do gerador de formulários, em busca de otimizar a coleta das informações da pesquisa. Essa ferramenta é um serviço em forma de *software* que possibilita compartilhar, armazenar e criar documentos de produtividade na web, sendo de domínio público e gratuito, além de preservar a confidencialidade de informações (GIL, 2012).

O formulário *Google Docs* facilita a criação de questionários, pois automatiza o processo de design da página e possibilita o desenvolvimento de questões pré-construídas. Essa ferramenta admite vários usos, como questionário, ficha de cadastro, pesquisa de opinião, enquete e outros usos. Além disso, ele pode

ser facilmente compartilhado por e-mail, pelo link gerado, o que beneficia pesquisadores, professores e acadêmicos, cujo trabalho envolve construção de questionários (GIL, 2012).

4.3.1.1 Validade de conteúdo

A validação de aparência e de conteúdo do algoritmo clínico-assistencial DEVIR se deu a partir da análise dos itens de cada etapa do instrumento, por um grupo de juízes ou peritos com experiência na área do conteúdo em questão. De acordo com Pasquali (2010), caberá aos juízes a função de ponderar se os itens se referem ou não ao traço em questão. Dessa maneira, os itens são analisados e julgados como abrangentes e representativos, ou, ainda, se o conteúdo de cada um deles se relaciona com aquilo que se deseja medir/identificar.

Não há concordância sobre o número de juízes ideal ao processo de validação entre estudiosos. Pasquali (2010) sugere o mínimo de 3 juízes ao processo de validação. Para Fehring (1986), o ideal seria uma amostra de 25 a 50 experts, enquanto Lynn (1986) menciona o mínimo de cinco e o máximo de dez experts, sempre devendo optar por um número ímpar de juízes, visando evitar o empate de opiniões.

Como critérios de inclusão no comitê de juízes-especialistas, uma vez que inexistia uma classificação ou modelo de seleção específico para o conteúdo estudado, estipulou-se como critérios de seleção: expertise assistencial e/ou acadêmica (mestrado e/ou doutorado), com pelo menos 5 anos de atuação, nas áreas de Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde mental e/ou Educação em Saúde. O critério “tempo de atuação” foi definido por consenso (percentual de concordância igual a 100%), através de duas rodas de conversa, via *Google Meet*, realizadas em Agosto de 2021 e em Junho de 2022, com 5 profissionais da APS: uma médica e um médico, ambos com título de especialista em saúde da família e comunidade; duas enfermeiras e um cirurgião dentista. Estes profissionais foram selecionados por conveniência, em grupos de trabalho nacionais de saúde mental para a APS, para os quais enviou-se convite individual via *whatsapp*. Todas e todos apresentavam cinco ou mais anos de experiência de trabalho na assistência (média de 10 anos), com relatos de experiências em estudo do suicídio por meio de

publicações e/ou apresentação de trabalho na temática de saúde mental em congressos regionais e nacionais de saúde da família/saúde coletiva.

A seleção dos juízes iniciou-se por meio de consulta ao curriculum vitae da Plataforma Lattes (CNPq) e através da produção bibliográfica dos pesquisadores com relação ao tema de investigação.

Em razão da dificuldade para contactar profissionais peritos a partir dos endereços eletrônicos disponíveis na Plataforma Lattes (CNPq), de acesso livre e público, a pesquisadora utilizou a técnica de seleção e busca de amostragem “bola de neve” também categorizada como Snowball ou Snowball Sampling (BIERNACKI; WALDORF, 1981). Nesta estratégia, ao encontrar um profissional que preenchesse os critérios de elegibilidade definidos, solicitou-se ao mesmo que sugerisse outros possíveis sujeitos, caracterizando, deste modo, uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Os juízes da validação de conteúdo foram identificados pela letra “JC”, acrescida de algarismo numérico de acordo com a ordem de devolução do instrumento de validação respondido (JC01 a JC05). Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em planilhas do Excel®. O processamento dos dados foi realizado por meio do software IBM SPSS Statistics.

4.3.1.1.1 Caracterização da amostra de juízes

Após convite por meio eletrônico e assinatura de TCLE (APÊNDICE B), 7 juízes avaliaram 9 questões sobre a aparência, pertinência e clareza do instrumento. O questionário enviado disponibilizou espaço para que os juízes pudessem propor alterações, caso julgassem pertinente. A figura a seguir descreve os critérios de seleção, além de exibir variáveis categóricas relevantes para caracterização da amostra.

Figura 2 – Caracterização do comitê de juízes especialistas: validação de conteúdo e de aparência. Fortaleza, CE, Brasil, 2022

JUIZ	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO	FUNÇÃO/TEMPO DE ATUAÇÃO	IDADE/ANOS	SEXO
JC01	MEDICINA DE FAMÍLIA	MESTRE EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE	PRECEPTOR E MÉDICO NA APS/6 ANOS	32	MASCULINO
JC02	ENFERMEIRAGEM	MESTRE EM SAÚDE COLETIVA	ENFERMEIRA NAAPS/12 ANOS	42	FEMININO
JC03	PSIQUIATRIA	MESTRE EM SAÚDE COLETIVA	DOCENTE: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA APS/8 ANOS	40	MASCULINO
JC04	PSICOLOGIA	DOUTOR EM SAÚDE COLETIVA	GESTOR DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE/25 ANOS	55	MASCULINO
JC05	ENFERMEIRA	ESPECIALISTA EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	ENFERMEIRA NA APS/16 ANOS	47	FEMININO
JC06	ODONTOLOGIA	MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA	CIRURGIÃO DENTISTA NA APS/8 ANOS	43	MASCULINO
JC07	MEDICINA DE FAMÍLIA	DOUTORANDA EM SAÚDE COLETIVA	DOCENTE: MEDICINA DE FAMÍLIA	44	FEMININO

Fonte: elaborada pela autora.

Para o comitê de experts, os itens do questionário foram organizados em formato de escala tipo Likert, em que o valor 0 corresponde a pior nota e o valor 3 a melhor nota: 0-Totalmente inadequado (TI); 1-Parcialmente inadequado (PI); 2-Adequado com alterações (AA); 4- Totalmente Adequado (TA). Valor igual ou maior que 2 significará que o item avaliado atende aos objetivos propostos no estudo.

Este instrumento, formulado no *google docs*, foi enviado por e-mail e WhatsApp, juntamente com o link para acesso ao algoritmo. O processo de validação de aparência e conteúdo ocorreu no período compreendido entre Julho a Novembro de 2022.

Os valores atribuídos pelos juízes, em cada avaliação, foram descritos por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), Média e Desvio-Padrão. Para cada item avaliado, calculou-se o IVC, conforme proposto por Alexandre e Coluci (2011), que mede a concordância de juízes sobre itens avaliados (objetivos, estrutura, apresentação e relevância).

Pode-se calcular o IVC para cada item de uma escala (I-IVC), bem como para a escala geral (S-IVC), em que “I” corresponde à palavra *Item*; e “S” corresponde a *Scale*. Para calcular o I-IVC de cada item do instrumento, somou-se o número de respostas 2 e 3 e, em seguida, dividiu-se o resultado dessa soma pelo número total de respostas obtidas para o item, conforme fórmula a seguir:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 2 ou 3}}{\text{Número total de respostas}}$$

Para calcular o S-IVC existem duas opções:

- a) Calcular o I-IVC para cada item do instrumento, e depois calcular o I-IVC médio entre os itens. Chamamos este processo como: S-IVC/AVE (AVE= *average variance extracted*);
- b) Calcular a proporção de itens na escala que alcançam uma escala de relevância de 2 ou 3, por todos os especialistas. Este processo denomina-se S-CVI/UA (UA= *universal agreement*). A pontuação da concordância universal (UA) é dada como 1 quando o item atingiu 100% de concordância dos especialistas, caso contrário, a pontuação da UA é dada como 0 (Zero).

Um índice de validade de conteúdo aceitável deve ser de no mínimo 0.78 para I-IVC e 0.80 para S-IVC e, preferencialmente, maior que 0.90, especialmente para novos instrumentos (YUSOFF, 2019).

Os valores de I-IVC orientarão as decisões sobre as revisões ou rejeições de itens. Se o valor do IVC for baixo, pode significar que os itens não são boas operacionalizações do construto subjacente, que as especificações ou instruções do

construto para os especialistas foram inadequadas ou que os próprios especialistas foram tendenciosos, erráticos ou não suficientemente proficientes. Sendo assim, é necessário estabelecer critérios para a formulação de itens relevantes e construir especificações claras para os especialistas, após haver selecionado um bom painel destes (POLIT; BECK, 2006; OLIVEIRA et al., 2015).

4.1.3.2 Avaliação da confiabilidade através da consistência interna

Quanto à avaliação da confiabilidade – ou fidedignidade – de um instrumento, trata-se da capacidade em reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou a partir de observadores diferentes, indicando aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade. Corresponde a um dos critérios principais de qualidade de um instrumento (PASQUALI, 2010).

A confiabilidade refere-se, principalmente, à estabilidade, consistência interna e equivalência de uma medida. É importante ressaltar que a confiabilidade não é uma propriedade fixa de um questionário. Pelo contrário, a confiabilidade depende da função do instrumento, da população em que é administrado, das circunstâncias, do contexto; ou seja, o mesmo instrumento pode não ser considerado confiável segundo diferentes condições. Estimativas de confiabilidade são afetadas por diversos aspectos do ambiente de avaliação (avaliadores, características da amostra, tipo de instrumento, método de administração) e pelo método estatístico utilizado. Portanto, os resultados de uma pesquisa utilizando instrumentos de medida só podem ser interpretados quando as condições de avaliação e a abordagem estatística são apresentadas de maneira clara (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

A consistência interna constitui uma importante propriedade de medida para instrumentos que avaliam um único construto, utilizando, para isso, uma diversidade de itens. Uma estimativa de consistência interna baixa pode significar que os itens medem construtos diferentes ou que as respostas às questões do instrumento são inconsistentes (STREINER, 2003).

A maioria dos pesquisadores avalia a consistência interna de instrumentos por meio do coeficiente alfa de *Cronbach*. Desde a década de 1950, tal medida é a mais utilizada para avaliação da confiabilidade (CRONBACH; MEEHL, 1955). O coeficiente alfa de Cronbach reflete o grau de covariância entre os itens de uma

escala. Dessa forma, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Apesar de o coeficiente alfa de Cronbach ser o mais utilizado na avaliação da consistência interna, ainda não há consenso quanto a sua interpretação. Embora estudos determinem que valores superiores a 0,7 sejam os ideais, algumas pesquisas consideram valores abaixo de 0,70 – mas próximos a 0,60 – como satisfatórios. Neste estudo, estipulou-se como valor ideal o coeficiente alfa de Cronbach acima de 0,70, conforme sugerido por Bonett e Wright (2015).

4.1.3.3 Análise semântica

A análise semântica envolve a compreensão dos itens pela população-alvo, ou seja, a população a que se destina o instrumento, tendo relevância quanto à inteligibilidade dos itens e a validade aparente (PASQUALI, 2010).

Quanto à inteligibilidade, buscou-se verificar se os itens são bem compreendidos pelo segmento da população que apresenta menor nível de habilidades, de forma que a dificuldade na compreensão dos itens não resulte em fator complicador na utilização do algoritmo (PASQUALI, 2017).

A análise semântica desse instrumento foi realizada com 08 profissionais da APS: duas enfermeiras, duas psicólogas, dois médicos, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional.

Optou-se por utilizar a técnica de enviar o instrumento para dois grupos: o primeiro grupo representou o estrato de menor nível de habilidades e experiências profissionais, composto por duas enfermeiras e dois médicos, com tempo de atuação inferior ou igual a 2 anos e o segundo grupo, composto por duas psicólogas, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional, 3 delas com pós-graduação *latu sensu* em saúde da família e uma com pós-graduação em saúde mental e atenção psicossocial, com 5 ou mais anos de atuação profissional, compondo o grupo de extrato mais elevado de habilidades. Segundo Pasquali (2010), essa técnica é considerada uma das mais eficazes na avaliação da compreensão dos itens.

4.1.3.4 Caracterização da amostra (segmento da população-alvo) para validação semântica

Os profissionais que participaram da validação semântica constituem amostra não-probabilística, cuja seleção se iniciou em grupos nacionais de trabalho em saúde mental para a APS, mediante técnica de *snowball* (BIERNACKI; WALDORF, 1981).

Os grupos de trabalho de associações e sociedades de saúde da família e comunidade, em geral, reúnem profissionais associados a tais instituições, de formações diversas, com interesses comuns dentro de um subtema: saúde coletiva; saúde mental; saúde planetária etc., com o planejamento e divulgação de atividades científicas por meio de grupos de *whatsapp* (ALMEIDA, 2019).

Mediante aceite de convite virtual e assinatura de TCLE (Apêndice), 8 profissionais receberam, via e-mail, o link de acesso para o algoritmo clínico-assistencial proposto e um questionário (Apêndice), formulado via *Google docs*. O questionário para a avaliação semântica apresenta 5 questões, cujas respostas apresentam-se na forma de escala tipo *Likert*, com pontuação de 0 a 3. Valores iguais ou superiores a 2, representam a correta compreensão do item.

Os juízes da avaliação semântica foram identificados pela letra “JVS”, acrescida de algarismo numérico de acordo com a ordem de devolução do instrumento de validação respondido (JVS01 a JVS08). Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em planilhas do Excel®.

A seleção dos profissionais ocorreu a partir da análise dos critérios descritos na figura 3, a fim de que a amostra apresentasse heterogeneidade quanto à formação e ao tempo de atuação profissional, com o objetivo de verificar se o instrumento de pesquisa foi, de fato, elaborado de maneira compreensível para a população-alvo (PASQUALI, 2010).

Figura 3 – Caracterização do segmento da população-alvo: validação semântica. Fortaleza, CE, Brasil, 2022

PROFISSIONAL DE SAÚDE	FORMAÇÃO	TITULAÇÃO	FUNÇÃO/TEMPO DE ATUAÇÃO	IDADE	SEXO
JVS01	ENFERMAGEM	-	1,5 ANO	26	FEMININO
JVS02	ENFERMAGEM	PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO	2 ANOS	29	FEMININO
JVS03	MÉDICO	-	1,8 ANO	34	MASCULINO
JVS04	MÉDICO	-	2 ANOS	28	MASCULINO
JVS05	PSICÓLOGA	PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA	9 ANOS	38	FEMININO
JVS06	PSICÓLOGA	PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA	5 ANOS	28	FEMININO
JVS07	NUTRICIONISTA	PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE DA FAMÍLIA	12 ANOS	45	FEMININO
JVS08	TERAPEUTA OCUPACIONAL	PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	11 ANOS	47	FEMININO

Fonte: elaborada pela autora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta investigação estão apresentados seguindo-se as etapas do processo de construção do Algoritmo Clínico-assistencial para Prevenção do Suicídio na Adolescência, por Profissionais da APS. A saber, a Fase Teórica, que inclui: avaliação pelo Comitê de juízes; reavaliação pelo Comitê de juízes (etapa incluída para apreciação e tomada de decisão sobre as modificações propostas); análise semântica, por segmento da população-alvo para cuja utilização o algoritmo clínico-assistencial construído se destina.

5.1 Resultados estatísticos

5.1.1 Avaliação do comitê de juízes especialistas: validação de aparência e conteúdo

Após a construção do instrumento, conforme as etapas descritas anteriormente foram encaminhadas ao Comitê de juízes a versão 1 do Algoritmo.

As tabelas a seguir apresentam os resultados da avaliação do instrumento pelos juízes, distribuídos em cada uma das 3 etapas, apresentadas separadamente.

A Tabela 3 apresenta o valor das notas que cada um dos sete juízes atribuiu aos itens que abrangem as 3 Etapas da Versão 1 do Algoritmo, segundo três critérios: Clareza - expressão textual clara, de fácil compreensão, precisa e inteligível para o leitor; Pertinência - caracterizada pela relevância de um propósito adequado ou apropriado; e Aparência - configuração exterior caracterizada pelo aspecto dos itens.

As últimas colunas da Tabela 3 apresentam indicadores da validação do conteúdo de cada item e cada critério.

Tabela 3 – Distribuição da frequência das respostas aos itens do questionário para validação de aparência e conteúdo da Versão 1 - Algoritmo Clínico-Assistencial para Prevenção de Suicídio na Adolescência, por Profissionais da Atenção Primária de Saúde: segundo I-IVC; IVC médio; média e desvio-padrão. Fortaleza, CE, 2022

Item	Critério	Juízes						Indicadores				
		1	2	3	4	5	6	7	I-IVC %	IVC Médio por etapa %	Nota Média	Desvio Padrão
1	C	3	3	3	3	3	3	3	100,00		3,00	0,00
1	P	3	3	3	3	3	3	3	100,00	95,24	3,00	0,00
1	A	1	2	2	3	2	3	2	85,71		2,14	0,755
2	C	3	3	3	3	3	3	3	100,00		3,00	0,00
2	P	3	3	3	3	3	3	3	100,00	100,00	3,00	0,00
2	A	2	3	3	2	3	2	2	100,00		2,43	0,534
3	C	3	3	3	3	3	3	3	100,00		3,00	0,00
3	P	3	3	3	3	3	3	3	100,00	100,00	3,00	0,00
3	A	2	2	2	3	3	3	3	100,00		2,57	0,534

***S-IVC = 0,98**

Fonte: Elaborado a partir dos dados obtidos na primeira avaliação dos juízes.

Nota: C-Clareza; P-Pertinência; A-Aparência; *S-IVC = IVC médio da Versão 1 = 0,98

Quanto à análise das respostas do comitê de juízes especialistas dos itens que compõem a Versão 1 do instrumento, salienta-se que o sujeito J02 atribuiu nota “1” ao critério “Aparência”, para a Etapa 1. Demais sugestões, ofertadas pelos demais componentes do comitê de experts quanto à aparência e ao conteúdo foram acatadas pela pesquisadora, no sentido de aprimorar a legibilidade do instrumento, uma vez que a maior facilidade de leitura se relaciona com melhor aceitação visual pelo público-alvo e interfere na otimização das decisões e planejamentos terapêuticos a serem eleitos. O quadro a seguir reúne as sugestões e observações realizadas.

Quadro 2 – sugestões dos juízes especialistas após análise da versão 1 do Algoritmo clínico - Assistencial para prevenção do suicídio na adolescência por profissionais da APS. Fortaleza, CE, 2022

CRITÉRIO APARÊNCIA	JUIZ	SUGESTÕES	ADAPTAÇÕES
ETAPA 1	J02	1-Diminuir a quantidade de cores utilizadas para uma padronização Verde/Vermelho/Amarelo; 2-Adaptar a fonte e o vocabulário para leitura mais objetiva.	1-As cores utilizadas são justificadas por legenda; 2-Vocabulário adaptado para fácil compreensão por público
			interdisciplinar, evitando-se expressões de cunho especializado dentro da temática psiquiátrica, sempre que possível.
ETAPA 2	J06	Destacar o lembrete da notificação com outra cor.	A cor laranja foi utilizada para destacar a compulsoriedade da notificação de violência autoprovocada.
ETAPA 3	J07 e J03	Reforçar que o seguimento é individualizado.	Acatado sem modificação do conteúdo sugerido.
	J05	Atentar para o alinhamento com equipamentos relevantes no território.	Acatado sem modificação do conteúdo sugerido.

Fonte: elaborado pela autora.

As versões 1 e 2 do algoritmo correspondem aos Apêndices A e D, respectivamente.

Dado que o S-IVC inicial corresponde a 0,98, considera-se que o instrumento se encontra validado quanto à aparência e o conteúdo, a partir da análise da primeira versão, ao contemplar o alvo proposto para o S-IVC acima de 0,80 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Quanto à verificação da consistência interna das respostas dos juízes, o coeficiente alfa de Cronbach atingiu valor de 0,794. Entretanto, a segunda versão foi apresentada aos experts, com as adaptações e acréscimos sugeridos. Foi obtido o percentual de concordância igual a 100%, com respostas de nota 3 para os todos os critérios avaliados. Na avaliação da versão 2, utilizou-se o mesmo questionário aplicado para a análise da versão 1 (APÊNDICE C). O S-IVC/UA da segunda versão correspondeu a 1 (um), representando concordância universal entre os 7 juízes especialistas (YUSUFF, 2019).

5.1.2 Análise da consistência interna

A confiabilidade refere-se a quão estável, consistente ou preciso é um instrumento. A escolha dos testes estatísticos usados para avaliar a confiabilidade pode variar, dependendo do que se pretende medir.

Calculou-se a consistência interna, a partir das respostas do questionário destinado aos juízes, segundo o alfa de Cronbach, atingindo-se o valor de 0,794, considerado como substancial. O valor encontrado atinge o estipulado como alvo para o estudo: maior que 0,70 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

É importante compreender que os valores do coeficiente alfa de Cronbach são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida. Pequeno número de itens por domínio de um instrumento pode diminuir os valores de alfa, afetando a consistência interna.

Quanto à análise das respostas relativas à segunda versão do instrumento, foi calculado o percentual de concordância (PC) das respostas dos participantes, atingindo PC=100% (total concordância entre os juízes). O percentual de concordância é a medida mais simples de concordância entre observadores, calculado mediante a fórmula seguinte:

$$PC = \frac{\text{NÚMERO DE PARTICIPANTES QUE CONCORDAM} \times 100}{\text{NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES}}$$

5.1.3 Análise semântica

A análise semântica constitui uma das etapas necessárias à criação do instrumento. O objetivo desta etapa é verificar se todos os itens de um instrumento são compreensíveis por um segmento heterogêneo da população à qual se destina, quanto ao nível de conhecimentos e habilidades (PASQUALI, 2010).

Os participantes responderam a um questionário (APÊNDICE F) contendo 6 itens organizados em formato de escala tipo Likert, com notas de 0 a 3. O número 0 (zero) corresponde a pior nota e o número 3 (três) a melhor. Considerando as análises dos dois grupos (o de maior estrato e habilidades e o de menor), não houve sugestões para alterações dos itens. O algoritmo clínico assistencial DEVIR foi considerado de fácil compreensão e reproduzível em territórios distintos, na perspectiva da oferta de cuidado em saúde mental, pela APS.

A análise descritiva dos dados obtidos com as respostas ao questionário comprova a compreensão e a aceitação dos itens do algoritmo, segundo cada etapa deste. Segue a tabela com a descrição das médias e desvio padrão, para cada item no formato Likert do questionário (questões de 1 a 6). Dois profissionais responderam “sim” à pergunta sobre alteração, acréscimo ou retirada de item, mas não justificaram a resposta. Não foi relatada dificuldade para reprodução do sentido de cada etapa: todos os 8 profissionais usaram palavras semanticamente semelhantes às descrições das 3 etapas: avaliação/manejo/seguimento.

Tabela 4 – Análise descritiva das respostas aos itens do questionário para validação semântica do Algoritmo Clínico-Assistencial para Prevenção de Suicídio na Adolescência, por Profissionais da Atenção Primária de Saúde, segundo média e desvio-padrão. Fortaleza, CE, 2022

ANÁLISE SEMÂNTICA						
JVS	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6
1	3	3	3	3	3	3
2	3	2	2	3	3	3
3	3	3	2	3	3	3
4	3	3	2	3	3	3
5	3	3	3	3	3	2
6	2	3	3	3	3	2
7	3	3	3	3	3	2
8	2	3	3	3	3	2
Média	2,75	2,875	2,625	3	3	2,5
DP	0,463	0,353	0,517	0,000	0,000	0,534

Fonte: Elaborado através dos dados obtidos com o questionário de avaliação semântica, respondido por 8 profissionais da Atenção Primária de Saúde.

5.2 Aspectos éticos

Em conformidade com a Resolução 196/96 e a 466/2012 do Conselho de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), este estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, cujo indicador de aprovação está representado pelo CAAE 54880222.7.0000.5534. (ANEXO, A).

Em todas as etapas elencadas nesta pesquisa, adotou-se os quatro princípios básicos da bioética: Autonomia, Justiça, Beneficência e Não Maleficência. A todos os sujeitos participantes do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6 CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos propostos e resultados obtidos neste estudo, pode-se assumir que o Algoritmo clínico-Assistencial DEVIR:

- a) Constitui um instrumento elaborado por meio de embasamento teórico proveniente da literatura científica e de observações no território adscrito a uma Unidade de Atenção Primária de Saúde;
- b) Apresentou Índice de Validade de Conteúdo satisfatório mediante processo de validação de face e de conteúdo por comitê de juízes especialistas;
- c) Foi considerado pertinente, confiável e facilmente compreendido por profissionais que atuam na Atenção Primária de Saúde;
- d) Apresentou consistência interna substancial mediante o teste do coeficiente Alpha de Cronbach.

Os resultados deste estudo representam contribuição relevante para o ensino, a pesquisa e a gestão do cuidado em saúde mental, na Atenção Primária de Saúde, dado que, até o momento, não há instrumentos de abordagem quantitativa, desenvolvidos e validados, em âmbito nacional, adaptáveis a uma abordagem biopsicossocial dos fatores de risco que envolvem o comportamento suicida na adolescência.

Embora o algoritmo apresentado facilite a tomada de decisão, no cuidado transversal em saúde mental, este estudo apresenta limitações decorrentes do tamanho amostral, que inviabilizou a concretização da fase empírica de construção do instrumento, bem como a avaliação de outras propriedades psicométricas que pudessem ressaltar a fidedignidade dos itens. Estudos posteriores são recomendados, com segmento amostral representativo da população-alvo para a realização das fases empírica e analítica, com a possibilidade de outras verificações estatísticas tais como análise da validade de construto e análise fatorial. Com os resultados satisfatórios encontrados e descritos a partir do processo de construção e validação semântica, o instrumento é adequado ao fim a que se destina, podendo ser passível de recomendação para aplicações futuras, no âmbito interdisciplinar da Atenção Primária de Saúde.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011.

ARAÚJO, E. T. H.; ALMEIDA, C. A. P. L.; VAZ, J. R.; MAGALHÃES E. J. L.; ALCANTARA, C. H. L.; LAGO, E. C. Use of social networks for data collection in scientific productions in the health area: integrative literature review. **Aquichan**, [S./], v. 19, n. 2, e1924, mar. 2019.

BAHIA, C. A.; AVANCI, J. Q.; PINTO, L. W.; MINAYO, M. C. S. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S./], v. 29, n. 2, p. 1-12, dez. 2020.

BARRERA, C. A.; VINIEGRA, O. A.; VALENZUELA, F. A. A.; TORRES, L. P. A.; DÁVILA, J. T. Metodología para el desarrollo y la actualización de guías de práctica clínica: estado actual. **Rev Med Inst Mex Seguro Soc.**, [S./], v. 54, n. 1, p. 78-91, dez. 2016.

BARROS, J. Recognizing states of psychological vulnerability to suicidal behavior: a Bayesian network of artificial intelligence applied to a clinical sample. **BMC Psychiatry**, [S./], v. 20, p. 138, mar. 2020.

BERENCHTEIN NETTO, N. **Suicídio**: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico-dialético. 2007. 179 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

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

BINDER, P. et al. L'approche des adolescents en médecine générale. Deuxième partie. Evaluer, accompagner. **Exercer**, v. 142, p. 169-181, 2018.

BONETT, D. G.; WRIGHT, T. A. Cronbach's alpha reliability: interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. **J Organ Behav.**, [S./], v. 36, n. 1, p. 3-15 jan. 2015.

BOTEGA, N. J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um plano nacional de prevenção. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 7-8, mar. 2007.

BOTEGA, N. J.; WERLANG, BLANCA S. G.; CAIS, CARLOS F. S.; MACEDO, Mônica M. K. Prevenção do comportamento suicida. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. 213-220, mar. 2006.

BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B. A., SILVA, V. F.; DALGALARRONDO, P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez. 2009.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a política nacional de prevenção da automutilação e do suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio. Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [emhttps://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio](https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/noticias/novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio). Acesso em: 14 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRENT, D. A. Saving holden caulfield: suicide prevention in children and adolescents. master clinician review. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, [S.l.], v. 58, n. 1, p. 25-35, jan. 2019.

CALDEIRA, C. M. H. **Estratégias de coping em indivíduos que tentaram o suicídio**. Master Thesis: Universidade de Évora, 2015.

CAPOTE, J. C. A.; HIDALGO MESA, C. J.; HIDALGO CEPERO, H. E. Utilidad de lasguías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica. **Revista Cubana de Medicina**, Villa Clara, Cuba, v. 58, n. 1, e980, 2019.

CEARÁ (Estado). Secretaria de Saúde do Estado do Ceara. **Boletim Epidemiológico Nº0130/09/2022**: mortalidade por suicídio e sobre os casos notificados por lesãoautoprovocada. Fortaleza: Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde, 2022.

CEDARO, J. J.; NASCIMENTO, J. P. G. Dor e gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. **Psicol. USP**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 203-223, ago. 2013.

CHIAVERINI, D. H. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONCEIÇÃO, A.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, v. 18, p. 67-76, dez. 2017.

COSTA, M.B.; MELNIK T. Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane. **Einstein**, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 235-277, 2016.

CRONBACH, L. J.; MEEHL P. E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 281-302, jun. 1955.

DE ALCÂNTARA, S. M.; PEREIRA, G. S.; ZANON, R. B. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: estudo com profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, dez. 2017.

DE BEURS, D. et al. A network perspective on suicidal behavior: Understanding suicidality as a complex system. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, [S.l.], v. 51, n. 1, p. 115-126, fev. 2021.

DEL HIERRO, L. I. **Análisis de los protocolos y guías de práctica clínica sobre elabuso sexual infantil en España**. Tesis: Universidad autónoma de Madrid, 2018.

DIAS DA COSTA, J. S. D. O que é “um problema de saúde pública”? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 144-151, mar. 2006.

DRUMMOND, J. P.; SILVA, E.; KATZ, M.; CAUMO, W.; ROTHER, E. T. **Fundamentos da medicina baseada em evidências: teoria e prática**. São Paulo: Atheneu, 2014.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus sistemática. **Rer Min Enferm.**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 10, 2014.

FAÇANHA NETO, J. D. et al. Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção believe. **SMAD**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, jul. 2020.

FEIJOO, A. M. L. C. Por um núcleo de atendimento clínico a pessoas em risco de suicídio. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 24, n. 2, p. 173-181, maio/ago. 2018.

FONSECA, P. H. Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arq. bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 246-258, set./dez. 2018.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 270-275, set./dez. 2014.

GATTI, P. V.; MENDES, A. I. F. As contribuições da terapia cognitivo comportamental para a prevenção do suicídio em pacientes com depressão: revisão narrativa. **Revista Brasileira de Terapias cognitivas**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2020.

GIUSTI, J. S. **Automutilação**: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. 2013. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GUNNELL, D. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. **Lancet Psychiatry**. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext#%20). Acesso em: 12 dez. 2022.

HAWTON, K. et al. Suicide following self-harm: findings from the multicentre study of self-harm in England, 2000-2012. **J Affect Disord.**, [S./], v. 175, n. 1, p. 147-151, jan. 2015.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. v. 2. (Original publicado em 1927).

HORTA, C. L. et al. Efeitos da vitimização por pares sobre o uso de substâncias psicoativas e comportamentos violentos em adolescentes. **Estud. psicol.**, Natal, v. 24, n. 4, p. 402-413, dez. 2019.

JOBES, D. A.; GREGORIAN, M. J.; COLBORN, V. A. A stepped care approach to clinical suicide prevention. **Psychological Services**, [S./], v. 15, n. 3, p. 243-250, ago. 2018.

LEAHY, R. L. et al. Metacognition and emotional schemas: effects on depression and anxiety. **J Cogn Ther**, [S./], v. 12, p. 25-37, nov. 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **'Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice**. [S. /]: Elsevier, 2013. p. 199.

LÓPEZ, A. G. Narrativas del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes a suicidio. **Revista Sul-Americana de Psicología**, [S. /], v. 9, n. 2, dez. 2021.

MACEDO, A. B. T. et al. Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem., **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 10, n. 25, p. 1-17, jun. 2020.

MACHADO, M. F. S.; LEITE, C. K. S.; BANDO, D. H. Políticas públicas de prevenção do suicídio no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista gestão e Políticas Públicas**, [S./], v. 4, n. 2, p. 334-356, dez. 2014.

MALTA, D. C. et al. Mortes evitáveis no sistema único de saúde na população brasileira, entre 5 e 69 anos, 2000 - 2013. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 21, e180008, fev. 2018.

MARBACK, R. F.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 122-129, dez. 2014.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. A abordagem ecológica de urie bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.4, n. 1, p. 1-10, jun. 2004.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 4, n 4, p. 127-135, jan./fev. 2015.

MENDES, R. et al. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, jun. 2016.

MICHAIL, M.; MUGHAL, F. Suicide prevention in young people: optimising primary care. **British Journal of General Practice**, [S./], v. 70, n. 692, p. 104-105. mar. 2020.

MILLARUELA, T. J. M. Guías de práctica clínica: una visión crítica. **Diabetes Práctica**, [S./], v. 6, n. 2, p. 50-55, jun. 2015.

MINAYO, M. C. S. et al. Estudo das publicações científicas (2002-2017) sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autonegligência de idosos internados em instituições de longa permanência. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1393-1404, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01422019>. Acesso em: 2 maio 2022.

MING-WAU, C. et al. A decisão de tentar o suicídio sob a lente fenomenológico-existencial sartriana. **Estudos e pesquisas em psicologia**, [S./], v. 20, n. 4, p. 1310-1330, jun. 2020.

MONTEIRO, G. T. R.; HORA, H. R. M. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados**. Curitiba: Appris, 2014.

NOCK, M. K.; PRINTEL; Mitchell J. A. Functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S./], v. 72, n. 5, p. 885-890, out. 2004.

ORBEN, A. Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, [S./], v. 55, n. 4, p. 407-414, jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. MI-mhGAP manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde. Versão 2.0. Brasília: OPAS, 2018.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, [S.l.], v. 372, n. 71, mar. 2021.

PASQUALI L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI L. Validade dos testes. **Revista Examen**, Brasília, [S.l.], v. 1, n. 1. p. 14-48, jul./dez. 2017.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Delineamento de pesquisa em enfermagem. *In*: POLIT, D. F.; BECK, C.T. (Orgs.). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011. 247-368.

REIS, A. V. D.; KNAPIK, J. Psicometria e pós-venção ao suicídio: revisão e bibliometria de pesquisas. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 10, n. 8, jul. 2021.

ROTOLO, A. et al. Mental health in primary care: challenges for the resoluteness of actions. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180303, 2019.

SANTA, N. D. C. A. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 772-780, dez. 2016.

SILVA, J. L. C.; GOMES, H. F. A informação em devir(es): uma reflexão filosófica no contexto da(s) disciplinaridade(s). *Revista de Informação*, [S.l.], v. 14, n. 2, abr. 2013.

SILVA, R. M. et al. Suicidal ideation and attempt of older women in Northern as tern Brazil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, p. 755-762, out. 2018. Supl. 2.

SILVA, R. S. et al. Fatores de risco associados ao suicídio na adolescência: uma revisão integrativa no período de 2004 a 2019. **Revista de Patologia do Tocantins**, Tocantins, v. 6, n. 2, p. 50-56, jun. 2019.

STEVENS, K., THAMBINATHAN, V., HOLLENBERG, E. *et al.* Core components and strategies for suicide and risk management protocols in mental health research: a scoping review. **BMC Psychiatry**, [S.l.], v. 21, n. 13, jan. 2021.

STREINER, D. L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. **J Pers Assess**, [S.l.], v. 80, n. 1, p. 99-103, fev. 2003.

SYMONDS, R. L. Suicide, a study in sociology: Émile Durkheim. **British Journal of Psychiatry**, [S.l.], v. 159, p. 739-741, mar. 1991.

TALIAFERRO, L. A. et al. Risk and protective factors for self-harm in a population-based sample of transgender youth. **Archives of suicide research**, v.23, n. 2, p. 203-221, abr./jun. 2019.

THUM, M. A., BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n. 2, fev. 2019.

VALINEZHAD, A. et al. The mediating role of interpersonal needs, parent-adolescent conflict in the relationship between parenting styles, basic needs with non-suicidal self-injury, suicidal ideation. **Journal of Applied Psychology**, [S.l.], v.15, n. 3, p. 564-537, jun. 2021.

VANERIO, G. Síncope 2018 ¿qué hay de nuevo en las guías europeas? **Rev Urug Cardiol.**, Montevideo, v. 33, p. 295-302, dez. 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014**. Juventude no Brasil: atualização 15 a 29 anos. Brasília: Presidência da República, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a community engagement toolkit**. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860>. Acesso em: 25 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS. **Wonca**. 2008. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. **Resource**, v. 77, n. 2, p. 49-54, dez. 2019.

ZETTERQVIST, M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**, v. 9, n. 31, set. 2015.

APÊNDICES A – VERSÃO INICIAL DO ALGORITMO – p. 63 A 66 B – ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DEVIR, VERSÃO 1

ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Público-alvo: Adolescentes (10 a 19 anos) com ideação suicida ativa ou passiva

IDEAÇÃO SUICIDA PASSIVA: PENSAMENTOS EVENTUAIS SOBRE NÃO MAIS ESTAR VIVO, SEM RISCO IMINENTE DE TENTATIVA DE SUICÍDIO.
IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA: DESEJO DE MORRER, IDEALIZAÇÃO DA PRÓPRIA MORTE, COM POSSIBILIDADE DE INICIAR PLANEJAMENTO PARA OBTER ESSE ÊXITO.

PASSO 1: ACOLHA, OBSERVE e ESCUTE

PASSO 2: MANEJO de acordo com a **IDENTIFICAÇÃO DE CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO**

PRESENÇA = **VERMELHO** ou AUSÊNCIA, EMBORA HAJA DEMAIS FATORES DE RISCO = **AMARELO**

PASSO 3: SEGUIMENTO INTERPROFISSIONAL E COLABORATIVO

LEGENDA:
VERMELHO = SAMU/UPA/HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
AMARELO = VIGILÂNCIA/SEGUIMENTO COLABORATIVO

ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

PASSO 1 AVALIAÇÃO

ACOLHA A/O ADOLESCENTE SEM JULGAMENTOS:

- não minimize o sofrimento relatado;
- quanto a aspectos culturais, religiosos, étnicos ou de gênero: não haverá vinculação sem o respeito às diferenças!
- não julgue comportamentos.

ESCUÇA ATIVA E EMPÁTICA – EVITE:

- interrupções desnecessárias;
- fornecimento de soluções e descrições de experiências pessoais – exemplos: “se eu fosse você faria exercício físico”; “acho que deve se separar dess@ namorad@...”; “quando eu tinha a sua idade, passei por isso e fiz assim...”.
- intervenções culpabilizadoras: “isso é falta de força de vontade...”
- procure promover ambiente que preserve a privacidade e o sigilo (a escuta deve ser direcionada ao paciente).

COMO ESTÁ O AUTOCUIDADO – higiene pessoal; vestimentas; autoestima.

A/O ADOLESCENTE VEIO ESPONTANEAMENTE OU TRAZIDA POR RESPONSÁVEL? ENCAMINHADA PELA ESCOLA?

IDEAÇÃO SUICIDA É ATIVA OU PASSIVA? “você já teve vontade de fazer ou já chegou a tentar fazer ‘algo ruim’ contra você mesm@”? já se machucou intencionalmente? há quanto tempo?

HOUVE TENTATIVA PRÉVIA DE SUICÍDIO? **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS**; **NOS ÚLTIMOS 12 MESES.**

OBSERVE O HUMOR – deprimido? elevado?

PASSO 2
MANEJO
INTERPRETAÇÃO DO RISCO +
TOMADA IMEDIATA
DE DECISÃO

IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA SEM CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO, COM REDE DE APOIO:

PREJUÍZO DO AUTOCUIDADO; VESTIMENTAS INADEQUADAS À CULTURA E/OU AO CLIMA

RETRAIMENTO/FALTA DE DISPOSIÇÃO PARA COMUNICAR-SE, COMPORTAMENTO VIOLENTO OU AGITAÇÃO?

SOFRIMENTO POR QUESTÕES DE GÊNERO E/OU ETNIA?

INTIMIDAÇÃO VEXATÓRIA

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, FÍSICA OU SEXUAL

TRANSTORNO DA SAÚDE MENTAL E/OU USO NOCIVO DE ÁLCOOL E/OU SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

DOR OU INCAPACIDADE CRÔNICAS

INSÔNIA

QUEDA ABRUPTA DO RENDIMENTO ESCOLAR

ANTECEDENTE DE COMPORTAMENTO AUTOLESIVO SEM INTENÇÃO SUICIDA

TENTATIVA DE SUICÍDIO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

AMARELO = ESTABELECIMENTO DE REDE DE APOIO (FAMILIAR, ESCOLAR E COMUNITÁRIA) - ORIENTAR A FAMÍLIA QUANTO À NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA; NÃO DEIXAR O ADOLESCENTE SOZINHO; AFASTAR ACESSO A MEIOS QUE POSSAM SER UTILIZADOS PARA TENTATIVAS; TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DA SAÚDE MENTAL E DA INSÔNIA, SE HOUVER; ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR SEMANAL POR 8 SEMANAS (PRESENCIAL OU MEDIADA POR TECNOLOGIAS) – CUIDADO COLABORATIVO INCLUINDO PROFISSIONAL MATRICIAD@R, EM ESPECIAL, QUANDO NÃO HOUVER EQUIPE DE NASF DISPONÍVEL. NA AUSÊNCIA DE REDE DE APOIO, CONSIDERAR INTERNAMENTO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO

SANGRAMENTO DE LESÃO AUTOINFLIGIDA

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA? DESORIENTAÇÃO? LETARGIA? AGITAÇÃO PSICOMOTORA? DESORIENTAÇÃO?

POSSIBILIDADE DE ENVENENAMENTO, SUPERDOSAGEM DE MEDICAMENTOS, INTOXICAÇÃO POR ÁLCOOL, OVERDOSE DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA?

PESSOA ISENTA DE REDE DE APOIO OU **EM SITUAÇÃO DE RUA**, COM IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA, PLANEJAMENTO E ACESSO A MEIOS

ADOLESCENTE COM TRANSTORNO GRAVE DA SAÚDE MENTAL

TENTATIVA PRÉVIA DE SUICÍDIO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

AO IDENTIFICAR IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA OU PASSIVA COM CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO - **VERMELHO** - SAMU/UPA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - CONSIDERAR INTERNAMENTO APÓS ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA

De acordo com a Lei 13.819, de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio: Atente para a **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA.**

PASSO 3
SEGUIMENTO

TRATAMENTO CONCRETO E VIÁVEL: INCLUA O ADOLESCENTE NOS PROCESSOS DECISÓRIOS, SEMPRE QUE POSSÍVEL.

AÇÕES INTERSETORIAIS: PROFISSIONAIS DA APS (EM ESPECIAL OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE) + FAMÍLIA + ESCOLA + MATRICIAMENTO + AMIGOS E PESSOAS DE CONFIANÇA DO ADOLESCENTE + RECURSOS DA COMUNIDADE

MONITORAMENTO EM INTERVALOS DE TEMPO REGULARES (A CADA 2 A 4 SEMANAS) A DEPENDER DAS NECESSIDADES E ESPECIFICIDADES DA PESSOA EM SOFRIMENTO, ENQUANTO HOUVER IDEIAÇÃO ATIVA

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS: PSICOEDUCAÇÃO (PACIENTE E CUIDADOR@S); EXPLORAÇÃO DE FATORES PROTETIVOS; AUXILIAR A IDENTIFICAÇÃO DE SOLUÇÕES VIÁVEIS PARA OS PROBLEMAS DIRETAMENTE ASSOCIADOS AO SOFRIMENTO

CUIDAR D@S CUIDADOR@S: VERIFIQUE A COMPREENSÃO E AS EXPECTATIVAS SOBRE O TRATAMENTO, FADIGA FÍSICA E ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS DA SAÚDE MENTAL

AVALIE O ESTADO GERAL DE SAÚDE D@ PACIENTE

INCLUIA @ ADOLESCENTE NOS PROCESSOS AVALIATIVOS DA ADESÃO E RESPOSTA AO TRATAMENTO!!!

A CADA CONTATO, VERIFIQUE SE HÁ IDEIAÇÃO/PLANEJAMENTO SUICIDA OU AUTOLESÃO

SEGUIMENTO INTERDISCIPLINAR POR 2 ANOS (OPAS, 2018)

AOS PACIENTES COM CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO SUBMETIDOS A INTERNAMENTO E REFERÊNCIA A SERVIÇOS SECUNDÁRIOS OU TERCIÁRIOS, DEVE-SE MANTER O MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO E A OFERTA INTEGRAL DO CUIDADO!

De acordo com a Lei 13.819, de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio: Atente para a **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA.**

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COMITÊ DE JUÍZES

Prezado(a) Profissional,
Meu nome é Amanda Roberta Fonsêca do Nascimento, sou discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora UECE, e responsável por esta pesquisa, com a orientação da Prof. Dra. Ana Patrícia Pereira Morais. Este estudo tem como objetivo geral descrever o processo de construção e validação semântica de um instrumento para avaliação e abordagem interdisciplinar de adolescentes com ideação suicida por profissionais da Atenção Primária de Saúde. Você está sendo convidado(a) a participar do Comitê de Especialistas que realizará a validação do Algoritmo clínico-assistencial DEVIR, avaliando o referido instrumento quanto à aparência e conteúdo, facilidade de compreensão e vinculação dos itens propostos no sentido de constituírem um conjunto capaz de orientar as tomadas de decisões na assistência a adolescentes em risco de morte por autoextermínio, por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. O questionário contém 9 itens distribuídos nas categorias aparência, pertinência e clareza. Os itens serão organizados em formato de escala tipo Likert de 4 pontos, em que o valor 0 corresponde a pior nota e valor 3 a melhor nota: 0- Totalmente Inadequado (I); 2- Parcialmente Adequado (PA); 3- Totalmente Adequado (TA). Valor igual ou maior que 2 significará que o item avaliado atende aos objetivos propostos no estudo. Após as 9 perguntas, haverá um espaço destinado a sugestões quanto à aparência e ao conteúdo do instrumento. Com esta escala, indicar-se-á a exequibilidade do instrumento para a Atenção Primária de Saúde, como estratégia multiprofissional de prevenção ao suicídio na adolescência. Para tanto, anexo a este termo você receberá a carta convite (formulário Google Docs) contendo o instrumento e instruções para avaliação do algoritmo, via correio eletrônico. Sabe-se que o tempo necessário para essa avaliação é variável, mas estima-se que você precisará de 20 (vinte) minutos para a realização da mesma. Gostaria que a entrega de sua avaliação ocorresse em até 15 (quinze) dias a partir da data de recebimento deste. Você não terá benefícios diretos por participar desse estudo como membro do Comitê de Especialistas e não receberá benefício econômico. Por se tratar de pesquisa que envolve atividade informatizada, pode implicar em risco leve de ansiedade e desconforto ao se analisar o instrumento, bem

como ao responder o questionário de avaliação, podendo suscitar questões pessoais e/ou profissionais. Dessa forma, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, minimizando os possíveis riscos, sem que ocorram prejuízos pessoais. Adicionalmente, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação no estudo, por parte do pesquisador. Você tem a liberdade de desistir de participar do Comitê em qualquer momento, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo. Você receberá uma via deste termo assinada pela pesquisadora e pela orientadora onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sobre a sua participação, a qualquer momento. Agradeço a sua colaboração! Contato da pesquisadora: amanda.roberta@aluno.uece.br Caso necessite de esclarecimentos, contatar: Comitê de Ética e Pesquisa –(85) 3101-9890; <http://www.uece.br/cep/>; Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE. O Comitê tem o papel de acompanhar todas as investigações por ele autorizadas até a sua finalização e publicação.

TCLE*

Concordo Não Concordo

Nome Completo do Participante:

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE ALGORITMO CLÍNICO- ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO ENTRE ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

O algoritmo DEVIR contempla 3 etapas para a sistematização da avaliação, manejo e seguimento de adolescentes com ideação suicida, na atenção primária de saúde. Solicitamos que você avalie cada etapa do instrumento quanto a clareza, pertinência, aparência e aplicabilidade, atribuindo a eles valores de 1 a 4. O valor 1 corresponde à pior nota e o valor 4, à melhor nota: 0- Inadequado (I); 1- Parcialmente Inadequado(PI); 2- Adequado com alterações (AA); 3- Totalmente Adequado (TA). Valor igual ou maior que 2 significará que o item avaliado atende aos objetivos propostos no estudo. Após estas 9 perguntas, há um espaço destinado a sugestões quanto à aparência e ao conteúdo do instrumento.

ETAPA 1 DO INSTRUMENTO: **AVALIAÇÃO**

1- Clareza* 0 1 2 3

*é a expressão textual clara, de fácil compreensão, precisa e inteligível para o leitor.

2- Aparência* 0 1 2 3

*é a configuração exterior caracterizada pelo aspecto dos itens

3- Pertinência* 0 1 2 3

*é caracterizada pela relevância de um propósito adequado ou apropriado.

ETAPA 2 DO INSTRUMENTO: **MANEJO**

4- Clareza* 0 1 2 3

*é a expressão textual clara, de fácil compreensão, precisa e inteligível para o leitor.

5- Aparência* 0 1 2 3

*é a configuração exterior caracterizada pelo aspecto dos itens

6- Pertinência* 0 1 2 3

*é caracterizada pela relevância de um propósito adequado

ou apropriado. ETAPA 3 DO INSTRUMENTO:

SEGUIMENTO

7 - Clareza* 0 1 2 3

*é a expressão textual clara, de fácil compreensão, precisa e inteligível para o leitor.

8 - Aparência* 0 1 2 3

*é a configuração exterior caracterizada pelo aspecto dos itens

9 - Pertinência* 0 1 2 3

*é caracterizada pela relevância de um propósito adequado ou apropriado.

10- ESPAÇO PARA SUGESTÕES QUANTO A ALTERAÇÕES DE CONTEÚDO OU DE APARÊNCIA, EXCLUSÃO OU INCLUSÃO DE ITENS:

APÊNDICE D – ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DEVIR, VERSÃO 2

ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Público-alvo: Adolescentes (10 a 19 anos) com ideação suicida ativa ou passiva

IDEAÇÃO SUICIDA PASSIVA: PENSAMENTOS EVENTUAIS SOBRE NÃO MAIS ESTAR VIVO, SEM RISCO IMINENTE DE TENTATIVA DE SUICÍDIO.
IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA: DESEJO DE MORRER, IDEALIZAÇÃO DA PRÓPRIA MORTE, COM POSSIBILIDADE DE INICIAR PLANEJAMENTO PARA OBTER ESSE ÊXITO.

PASSO 1: ACOLHA, OBSERVE e ESCUTE

PASSO 2: MANEJO de acordo com a **IDENTIFICAÇÃO DE CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO**

PRESENÇA = VERMELHO ou **AUSÊNCIA, EMBORA HAJA DEMAIS FATORES DE RISCO = AMARELO**

PASSO 3: SEGUIMENTO INTERPROFISSIONAL E COLABORATIVO

LEGENDA:
VERMELHO = SAMU/UPA/HOSPITAL PSQUIÁTRICO
AMARELO = VIGILÂNCIA/SEGUIMENTO COLABORATIVO

ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

PASSO 1 AVALIAÇÃO

ACOLHA A/O ADOLESCENTE SEM JULGAMENTOS:

- não minimize o sofrimento relatado;
- quanto a aspectos culturais, religiosos, étnicos ou de gênero: não haverá vinculação sem o respeito às diferenças!
- não julgue comportamentos.

ESCUÇA ATIVA E EMPÁTICA – EVITE:

- interrupções desnecessárias;
- fornecimento de soluções e descrições de experiências pessoais – exemplos: "se eu fosse você faria exercício físico"; "acho que deve se separar dess@ namorad@..."; "quando eu tinha a sua idade, passei por isso e fiz assim...".
- intervenções culpabilizadoras: "isso é falta de força de vontade...".
- procure promover ambiente que preserve a privacidade e o sigilo (a escuta deve ser direcionada ao paciente).

COMO ESTÁ O AUTOCUIDADO – higiene pessoal; vestimentas; autoestima.

A/O ADOLESCENTE VEIO ESPONTANEAMENTE OU TRAZIDA POR RESPONSÁVEL? ENCAMINHADA PELA ESCOLA?

IDEAÇÃO SUICIDA É ATIVA OU PASSIVA? "você já teve vontade de fazer ou já chegou a tentar fazer 'algo ruim' contra você mesm@"? já se machucou intencionalmente? há quanto tempo?

HOUE TENTATIVA PRÉVIA DE SUICÍDIO? **NOS ÚLTIMOS 30 DIAS;** **NOS ÚLTIMOS 12 MESES.**

OBSERVE O HUMOR – deprimido? elevado?

PASSO 2
MANEJO
INTERPRETAÇÃO DO RISCO +
TOMADA IMEDIATA
DE DECISÃO

IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA SEM CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO, COM REDE DE APOIO:

PREJUÍZO DO AUTOCUIDADO; VESTIMENTAS INADEQUADAS À CULTURA E/OU AO CLIMA

RETRAIMENTO/FALTA DE DISPOSIÇÃO PARA COMUNICAR-SE, COMPORTAMENTO VIOLENTO OU AGITAÇÃO?

SOFRIMENTO POR QUESTÕES DE GÊNERO E/OU ETNIA?

@DOLESCENTE ADVINDO DE POVOS/ COMUNIDADES TRADICIONAIS?

BULLYING

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, FÍSICA OU SEXUAL

TRANSTORNO DA SAÚDE MENTAL E/OU USO NOCIVO DE ÁLCOOL E/OU SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

DOR OU INCAPACIDADE CRÔNICAS

INSÔNIA

QUEDA ABRUPTA DO RENDIMENTO ESCOLAR

ANTECEDENTE DE COMPORTAMENTO AUTOLESIVO SEM INTENÇÃO SUICIDA

TENTATIVA DE SUICÍDIO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

AMARELO = ESTABELECIMENTO DE REDE DE APOIO (FAMILIAR, ESCOLAR E COMUNITÁRIA) - ORIENTAR A FAMÍLIA QUANTO À NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA; NÃO DEIXAR O ADOLESCENTE SOZINHO; AFASTAR ACESSO A MEIOS QUE POSSAM SER UTILIZADOS PARA TENTATIVAS; TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DA SAÚDE MENTAL E DA INSÔNIA, SE HOUVER; ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR SEMANAL POR 8 SEMANAS (PRESENCIAL OU MEDIADA POR TECNOLOGIAS) - CUIDADO COLABORATIVO INCLUINDO PROFISSIONAL MATRICIAD@R, EM ESPECIAL, QUANDO NÃO HOUVER EQUIPE DE NASF DISPONÍVEL. NA AUSÊNCIA DE REDE DE APOIO, CONSIDERAR INTERNAMENTO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO

SANGRAMENTO DE LESÃO AUTOINFLIGIDA

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA? DESORIENTAÇÃO? LETARGIA? AGITAÇÃO PSICOMOTORA? DESORIENTAÇÃO?

POSSIBILIDADE DE ENVENENAMENTO, SUPERDOSAGEM DE MEDICAMENTOS, INTOXICAÇÃO POR ÁLCOOL, OVERDOSE DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA?

PESSOA ISENTA DE REDE DE APOIO OU **EM SITUAÇÃO DE RUA**, COM IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA, PLANEJAMENTO E ACESSO A MEIOS

ADOLESCENTE COM TRANSTORNO GRAVE DA SAÚDE MENTAL

TENTATIVA PRÉVIA DE SUICÍDIO NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

AO IDENTIFICAR **IDEAÇÃO SUICIDA ATIVA OU PASSIVA COM CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO = VERMELHO** = SAMU/UPA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO - CONSIDERAR INTERNAMENTO APÓS ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA

De acordo com a Lei 13.819, de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio: Atente para a **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA.**

PASSO 3
SEGUIMENTO

TRATAMENTO CONCRETO E VIÁVEL: INCLUA O ADOLESCENTE NOS PROCESSOS DECISÓRIOS, SEMPRE QUE POSSÍVEL

AÇÕES INTERSETORIAIS: PROFISSIONAIS DA APS (EM ESPECIAL OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE) + FAMÍLIA + ESCOLA + MATRICIAMENTO + AMIGOS E PESSOAS DE CONFIANÇA DO ADOLESCENTE + RECURSOS DA COMUNIDADE

MONITORAMENTO EM INTERVALOS DE TEMPO REGULARES (A CADA 2 A 4 SEMANAS) A DEPENDER DAS NECESSIDADES E ESPECIFICIDADES DA PESSOA EM SOFRIMENTO, ENQUANTO HOUVER IDEIAÇÃO ATIVA

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS; PSICOEDUCAÇÃO (PACIENTE E CUIDADOR@S); EXPLORAÇÃO DE FATORES PROTETIVOS; AUXILIAR A IDENTIFICAÇÃO DE SOLUÇÕES VIÁVEIS PARA OS PROBLEMAS DIRETAMENTE ASSOCIADOS AO SOFRIMENTO

CUIDAR D@S CUIDADOR@S: VERIFIQUE A COMPREENSÃO E AS EXPECTATIVAS SOBRE O TRATAMENTO, FADIGA FÍSICA E ANTECEDENTES DE TRANSTORNOS DA SAÚDE MENTAL

AVALIE O ESTADO GERAL DE SAÚDE D@ PACIENTE

INCLUIA @ ADOLESCENTE NOS PROCESSOS AVALIATIVOS DA ADESÃO E RESPOSTA AO TRATAMENTO!!!

A CADA CONTATO, VERIFIQUE SE HÁ IDEIAÇÃO/PLANEJAMENTO SUICIDA OU AUTOLESÃO

SEGUIMENTO INTERDISCIPLINAR POR 2 ANOS (OPAS, 2018)

AOS PACIENTES COM CONDIÇÕES SEVERAS DE RISCO SUBMETIDOS A INTERNAMENTO E REFERÊNCIA A SERVIÇOS SECUNDÁRIOS OU TERCIÁRIOS, DEVE-SE MANTER O MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO E A OFERTA INTEGRAL DO CUIDADO!

De acordo com a Lei 13.819, de 2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio: Atente para a **NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA.**

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ANÁLISE SEMÂNTICA

Prezado(a) Profissional,

Meu nome é Amanda Roberta Fonsêca do Nascimento, sou discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora UECE, e responsável por esta pesquisa, com a orientação da Prof. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes, cujo título é *Devir na Atenção Primária de Saúde: construção e validação de algoritmo clínico-assistencial para prevenção de suicídio na adolescência*. Este estudo tem como objetivo geral descrever o processo de construção e validação de um instrumento para avaliação e abordagem interdisciplinar de adolescentes com ideação suicida por profissionais da Atenção Primária de Saúde. Você está sendo convidado(a) a participar da avaliação do Algoritmo clínico-assistencial DEVIR, avaliando o referido instrumento quanto à relevância e facilidade de compreensão dos itens propostos no algoritmo. Concordando livre e voluntariamente em participar desta pesquisa, você receberá a carta convite (formulário Google Docs) contendo o instrumento e instruções para avaliação do algoritmo, via correio eletrônico. A avaliação será através de um questionário cujo objetivo é verificar se os itens do algoritmo constituem um conjunto capaz de orientar as tomadas de decisões, na assistência realizada por profissionais da Estratégia de Saúde da Família a adolescentes em risco de morte por suicídio. Este questionário contém 5 itens distribuídos nas categorias aparência, pertinência e clareza. Os itens serão organizados em formato de escala tipo Likert de 4 pontos, em que o valor 0 corresponde a pior nota e valor 3 a melhor nota: 0- Totalmente Inadequado (I); 2- Parcialmente Adequado (PA); 3- Totalmente Adequado (TA). Valor igual ou maior que 2 significará que o item avaliado atende aos objetivos propostos no estudo. Após as 5 perguntas, haverá um espaço destinado a sugestões quanto à aparência e ao conteúdo do instrumento. Com esta escala, indicar-se-á a exequibilidade do instrumento para a Atenção Primária de Saúde, como estratégia multiprofissional de prevenção ao suicídio na adolescência. Sabe-se que o tempo necessário para essa avaliação é variável, mas estima-se que você precisará de 5 a 10 minutos para a realização da mesma. Gostaria que a entrega de sua avaliação ocorresse em até 15 dias a partir da data de recebimento deste. Você não terá

benefícios diretos por participar desse estudo como membro do Comitê de Especialistas e não receberá benefício econômico. Por se tratar de pesquisa que envolve atividade informatizada, pode implicar em risco leve de ansiedade e desconforto ao se analisar o instrumento, bem como ao responder o questionário de avaliação, podendo suscitar questões pessoais e/ou profissionais. Dessa forma, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, minimizando os possíveis riscos, sem que ocorram prejuízos pessoais. Adicionalmente, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação no estudo, por parte do pesquisador. Você tem a liberdade de desistir de participar do Comitê em qualquer momento, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo. Você receberá uma via deste termo assinada pela pesquisadora e pela orientadora onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sobre a sua participação, a qualquer momento. Agradeço a sua colaboração!

Contato da pesquisadora: amanda.roberta@aluno.uece.br

Caso necessite de esclarecimentos, contatar: Comitê de Ética e Pesquisa – (85) 3101-9890; <http://www.uece.br/cep/>; Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE. O Comitê tem o papel de acompanhar todas as investigações por ele autorizadas até a sua finalização e publicação.

TCLE*

Concordo Não Concordo

Nome Completo do Participante:

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO SEMÂNTICA DO ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DEVIR

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:

A avaliação do questionário é de suma importância para adequação do instrumento, quanto a compreensão e pertinência dos itens para o atendimento a adolescentes que apresentem risco aumentado para suicídio, em unidades de atenção primária de saúde. Para a avaliação do instrumento, você realizará a leitura crítica de cada item composto nas 3 etapas do algoritmo. Você irá responder oito questões, que consistem na avaliação geral do instrumento. Foram atribuídos para cada questão valores de 0 a 3, onde 0 corresponde a pior nota e 3 a melhor nota (0=Ruim; 1=Regular; 2=Bom; 3=Muito bom). Há um espaço específico para o participante descrever sugestões, se necessário. Cabe destacar que deverá ser concedida uma única alternativa para cada questão. Valores igual ou maior que 2 significarão que o item avaliado atende aos objetivos propostos no estudo. O prazo para devolução do material respondido é de 10 dias e lembretes serão enviados dois dias antes para recordá-lo. As alterações sugeridas pelo participante serão analisadas e acatadas conforme os objetivos do estudo. Desde já, agradeço a sua participação, que é fundamental para consolidar um instrumento de utilização interdisciplinar, o que contribuirá para otimizar a avaliação, a tomada de decisão, bem como o seguimento de adolescentes com ideação suicida.

- 1. ETAPA1 (ACOLHIMENTO/ AVALIAÇÃO/ IDENTIFICAÇÃO DO RISCO):** na escala de 0 a 3, quanto você considera os itens desta etapa importantes para a prática profissional na Atenção Primária de Saúde?

0 1 2 3

- 2. ETAPA2 (DEFINIÇÃO DE CONDUTA A PARTIR DO RISCO / NOTIFICAÇÃO SE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA CONSUMADA OU SUSPEITA):** na escala de 0 a 3, quanto você considera os itens desta etapa importantes para a prática profissional na Atenção Primária de Saúde?

0 1 2 3

- 3. ETAPA3 (SEGUIMENTO):** na escala de 0 a 3, quanto você considera os itens desta etapa importantes para a prática profissional na Atenção Primária de Saúde?

0 1 2 3

4. EM SUAS PALAVRAS, DE MANEIRA SIMPLIFICADA, COMO VOCÊ RESUMIRIA CADA ETAPA?

5. VOCÊ CONSIDERA O ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL DEVIR DE FÁCIL COMPREENSÃO?

0 1 2 3

6. VOCÊ CONSIDERA O ALGORITMO CLÍNICO – ASSISTENCIAL DEVIR RELEVANTE E PERTINENTE PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL?

0 1 2 3

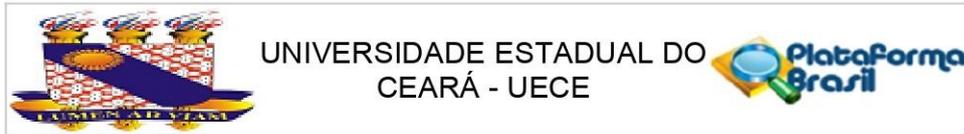
7. O QUE VOCÊ ACHOU DO TIPO DE RESPOSTA DESTE QUESTIONÁRIO (0 A 3)?

0 1 2 3

8. VOCÊ GOSTARIA DE MODIFICAR OU ACRESCENTAR ALGUM (ALGUNS) ITEM (ITENS) DO INSTRUMENTO PROPOSTO? Se “Sim”, Qual (quais)?

8-ESPAÇO PARA SUGESTÕES, CASO VOCÊ CONSIDERE PERTINENTE.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEVIR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA

Pesquisador: AMANDA ROBERTA FONSECA DO NASCIMENTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54880222.7.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UECE)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

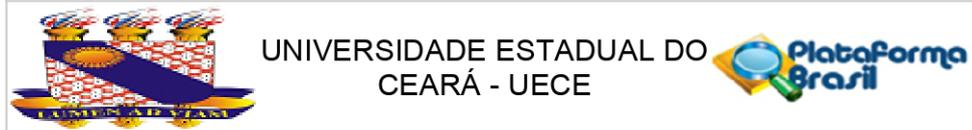
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.219.099

Apresentação do Projeto:

O ato de, deliberadamente, extinguir a própria vida é um fenômeno complexo e multifatorial. Para o sociólogo Émile Durkheim (apud SYMONDS, 1991), o suicídio é um fato social e é delineado pelas características sociais, lugar e tempo onde ocorre, sendo categorizado de três formas: o suicídio egoísta, quando o ego pessoal sobrepõe-se ao social e o indivíduo não vê, na sociedade, motivos para permanecer vivo; o suicídio altruísta, quando o ego social é preponderante ao individual, e o sujeito encerra a vida por um benefício social, como os pilotos kamikaze, na Segunda Guerra Mundial; e o suicídio anômico, que ocorre quando os laços de solidariedade se enfraquecem frente ao caos e desordem, situação de anomia social, onde as normas morais que mantêm a sociedade coesa, veiculadas por meio da religião, leis e costumes se desestruturam, podendo haver aumento no número de suicídios pelo sentimento de desvinculação e, conseqüentemente, de desesperança. Diante da ausência de instrumentos brasileiros específicos para o manejo da ideação suicida em adolescentes, no contexto da atenção primária de saúde, este trabalho destina-se à construção e validação de algoritmo clínico-assistencial direcionado a esta faixa etária, de utilização interdisciplinar, cujo arcabouço teórico-metodológico se sustenta nos princípios do escalonamento do cuidado (OPAS, 2018). Considerando a lacuna entre a demanda de atendimentos em saúde mental na infância e adolescência e o acesso ao cuidado especializado, torna-se premente a reorientação da práxis em saúde mental, na Atenção Primária

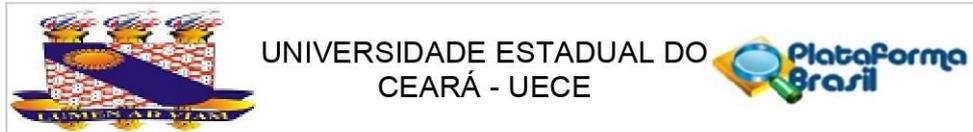
Endereço: Av. Sílas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.219.099

de Saúde (APS), a fim de garantir a integralidade e longitudinalidade do atendimento ofertado a adolescentes com ideação suicida e comportamento autolesivo. Outrossim, a potência ordenadora do cuidado representada pela APS, que a caracteriza como ponto inicial de oferta da atenção em saúde, possibilita a identificação precoce de fatores preditores para suicídio. A operacionalização de um algoritmo para a abordagem de adolescentes em sofrimento e que exibam ideação suicida reforça o protagonismo da APS na oferta do cuidado integral e interdisciplinar, além de otimizar encaminhamentos para serviços especializados, oportunizando a sistematização de ações preventivas direcionadas a mortes por autoextermínio, as quais representam a segunda causa principal de morte para sujeitos entre 15 e 29 anos (OMS, 2018). O suicídio corresponde à segunda principal causa de morte. Considerando-se a evitabilidade da morte por autoextermínio, tal incidência de suicídio, para a referida faixa etária, configura um grave problema de saúde pública. Entretanto, por meio de revisão de literatura, com busca de referências nas Bases Bibliográficas Eletrônicas BVS e MEDLINE, do Portal Pubmed, dos últimos 5 anos, nota-se a escassez de fluxogramas, protocolos e algoritmos apropriados para o manejo do comportamento suicida na adolescência e que sejam de utilização interdisciplinar. A pesquisadora, ao longo de catorze anos como profissional da APS, testemunhou as repercussões da ojeriza social ao suicídio, marcadamente evidenciada pela fragilidade de ações em educação permanente sobre o tema, em geral carentes de evidências científicas e restritas a "campanhas de Setembro amarelo", pela insegurança profissional dos integrantes da Equipe de Saúde de Família na produção e gestão do cuidado em saúde mental, bem como pela inexistência de políticas públicas de prevenção ao suicídio, exequíveis, voltadas às populações de maior vulnerabilidade. Diante do exposto, com o número crescente da demanda de adolescentes com ideação suicida e comportamento autolesivo, a pesquisadora buscou instrumentos validados e viáveis de serem utilizados por equipe interdisciplinar para o acolhimento, avaliação e manejo destes sujeitos em intenso sofrimento, otimizando o caráter preventivo e o embasamento teórico-metodológico das tomadas de decisões na APS. O mundo, de acordo com o filósofo Heráclito (apud SILVA e GOMES, 2013) "é um eterno devir", havendo um fluxo permanente, atuante como uma lei geral do Universo, que dissolve, cria e transforma todas as realidades existentes. Interpretando a dualidade constante Vida/Morte presente na esfera suicidária, por meio da espiral "práxis-esperança-cuidado", a pesquisadora nomeou o algoritmo, cuja elaboração e validação serão descritas neste estudo, de DEVIR, como acrônimo para as etapas transformadoras de realidades, vivenciadas pela pesquisadora na experiência pessoal da mesma enquanto pessoa com transtorno da saúde mental: Desenvolvimento de competências socioemocionais, Empatia, Valorização da Vida, Intervenções

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700	CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906
	E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.219.099

Psicossociais, Ressignificação do sofrimento. A elaboração do Algoritmo DEVIR transcende práticas profissionais automatizadas e estigmatizantes do sofrimento-desesperança, ao promover capacitação profissional e sensibilização para acolhimento/manejo/seguimento, com a construção de vínculos que perpassem a fragmentação do cuidado, no sentido de que este seja ofertado inserido em uma perspectiva da alteridade e da corresponsabilização. Na ausência de algoritmos clínico assistenciais validados e sistematizados para a aplicação por profissionais da Equipe de Saúde da Família, adequados às especificidades socioculturais de adolescentes brasileiros com ideação suicida, este estudo metodológico, ao descrever a construção e a validação de instrumento que se propõe para tal finalidade, contribuirá não apenas para a prevenção da morte por autoextermínio no âmbito da APS, como também para a pesquisa e o ensino em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde mental, dentre outras áreas correlatas do conhecimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Construir e validar algoritmo clínico-assistencial para avaliação e manejo de adolescentes com ideação suicida, na APS.

Objetivo Secundário:

Validar a aparência e o conteúdo do algoritmo construído, através de dados obtidos por meio de avaliação realizada por juízes-especialistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

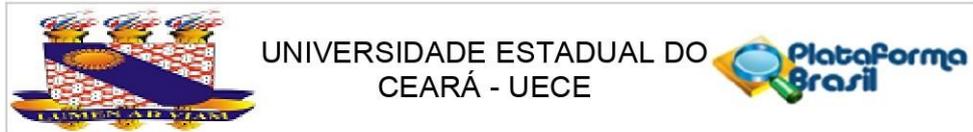
Riscos:

Por se tratar de pesquisa que envolve atividade informatizada, pode implicar em risco leve de ansiedade e desconforto ao se analisar o instrumento, bem como ao responder o questionário de avaliação, podendo suscitar questões pessoais e/ou profissionais.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos por participar deste estudo como membro do Comitê de Especialistas, assim como não existirá qualquer benefício econômico. Há o direito à indenização, conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação no estudo, por parte do pesquisador. O (a) participante é livre para desistir de participar do Comitê em qualquer momento, retirando seu consentimento em qualquer fase do

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700	CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.219.099

estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa relevante, com benefícios indiretos para os usuários. Propõe a construção do Algoritmo DEVIR transcende práticas profissionais automatizadas e estigmatizantes do sofrimento-desesperança, ao promover capacitação profissional e sensibilização para acolhimento/manejo/seguimento dos adolescentes acompanhados no serviço. Objetivos são adequados a metodologia proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios em conformidade com as resoluções do sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Encaminhar o relatório ao final do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

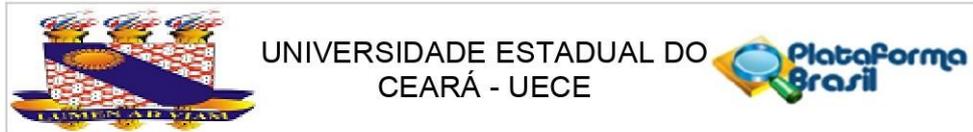
Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1880869.pdf	04/01/2022 15:55:19		Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	04/01/2022 15:54:14	AMANDA ROBERTA FONSECA DO NASCIMENTO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/01/2022 02:50:11	AMANDA ROBERTA FONSECA DO NASCIMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	04/01/2022 02:48:09	AMANDA ROBERTA FONSECA DO NASCIMENTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	04/01/2022 02:47:38	AMANDA ROBERTA FONSECA DO NASCIMENTO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/01/2022 02:47:10	AMANDA ROBERTA FONSECA DO NASCIMENTO	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 5.219.099

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 01 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br