

Melhorias às práticas terapêuticas preventivas ao suicídio no Sistema Único de Saúde – SUS



<https://doi.org/10.56238/interdiinovationscresce-037>

Maria Júlia Zimmermann Hering

Formação: Psicóloga Clínica, Bacharel em Psicologia, especialista em Avaliação Psicológica
 Instituição: Mestranda em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Regional de Blumenau (FURB)
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4537-583X>
 E-mail: psicologamariajulia@gmail.com

Camila Purnhagen Broering

Formação: Graduada em Medicina, Bacharelado em Medicina
 Instituição: Universidade Regional de Blumenau (FURB)
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4509-0877/>

Ricardo Crisóstomo Ribeiro

Formação: Graduado em Medicina, Bacharelado em Medicina
 Instituição: Universidade Regional de Blumenau (FURB)
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7791-7085>

Angela Duebbers Cunha

Formação: Graduada em Medicina, Bacharelado em Medicina
 Instituição: Universidade Regional de Blumenau (FURB)
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4509-0877>

Carlos Roberto de Oliveira Nunes

Formação: Doutor em Psicologia,
 Instituição: Professor do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Regional de Blumenau (FURB).
 ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6301-4053>

RESUMO

O suicídio é uma problemática de saúde pública. Apesar das taxas mundiais apresentarem uma redução nas mortes autoprovocadas, os índices no Brasil são crescentes. A população adulta registra as maiores taxas de crescimento na mortalidade por

suicídio. Neste contexto, revisar a literatura para identificar práticas preventivas contribui à melhoria dos atuais métodos adotados no Sistema Único de Saúde brasileiro. Foram revisados artigos publicados por pares, nas bases PubMed e LILACS, utilizando as palavras-chave *suicide*, *prevention* e *intervention*, com os filtros de publicação entre 2015 e 2020, e estarem integralmente disponíveis no formato open access. Com base nestes critérios, foram revisados três artigos, com estudos desenvolvidos no continente europeu, focados em práticas preventivas ao suicídio. Observou-se que todas as novas propostas terapêuticas envolvem métodos com autorrelato e estabelecimento de relação de confiança entre paciente e terapeuta. Os testes psicométricos aplicados são simples, com robustez analítica e de fácil adaptação a qualquer sistema de saúde, indicando os níveis de sofrimento psíquico e possíveis sinais de ideação ao suicídio. No Brasil, os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) são os responsáveis por acolher e acompanhar pacientes com diferentes transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos. Entretanto, ainda não há uma padronização às métricas de avaliação do sofrimento psíquico, nem de práticas preventivas às mortes por suicídio. Desta forma, a revisão de literatura e os métodos preventivos revisitados apontam possíveis caminhos para um melhor atendimento psicológico de pacientes com intenção de tirar a própria vida. A partir destes instrumentos adaptados, e da aplicação sistemática destes formulários, melhorias nas políticas públicas de prevenção ao suicídio podem ser propostas. A prevenção ao suicídio através de avaliações psicométricas não apenas representa uma alternativa para a redução da mortalidade por esta causa, mas também um menor gasto público para o tratamento e a melhor qualidade de vida em longo prazo destes pacientes.

Palavras-chave: Prevenção, Suicídio, Avaliação psicológica.



1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o suicídio como um ato intencional do indivíduo de extinguir a própria vida (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2020). O suicídio tem etiologia multifatorial, pois inúmeras são as razões que podem culminar nesta decisão, e entre elas estão fatores biológicos, sociais, psicológicos e psiquiátricos (CORONEL; WERLANG, 2010). Junto a isso, muitas condições psiquiátricas estão associadas ao comportamento suicida. Concebe-se que cerca de dois terços dos pacientes com comportamentos suicidas apresentam juntamente, por exemplo, o Transtorno Depressivo Maior, entre outras psicopatologias (RYBERG *et al.*, 2019).

Sabe-se que mais de 800 mil pessoas se suicidam todos os anos, o que corresponde a cerca de 1 a 4% de todas as mortes no mundo. O suicídio já é considerado a segunda principal causa de morte na população com idade variável entre 15 e 29 anos, ficando atrás apenas dos acidentes automobilísticos (OMS, 2019). Mundialmente, os dados mostraram que a prevalência de suicídio no ano de 2016 foi de 10,5 para cada 100 mil pessoas. Além disso, estima-se que as tentativas apresentem taxas cerca de dez a vinte vezes mais altas que os casos com desfecho fatídico (CORONEL; WERLANG, 2010); ou seja, para cada ocorrência efetiva de suicídio, outras 10 a 20 tentativas sem sucesso devem ocorrer (ZALSMAN *et al.*, 2016). Somente nos Estados Unidos, os custos de hospitalização com pacientes que tentaram suicídio representam cifras em torno de 4,7 bilhões de dólares, com mais de 1 milhão de pacientes hospitalizados por ano (GYSIN-MAILLART *et al.*, 2016). Logo, para que se evite o pior desfecho, ações interventivas com pacientes dos grupos vulneráveis precisam ser aplicadas a partir de uma primeira tentativa, ou ainda mais precocemente, através da identificação de sinais e sintomas que indiquem a ideação ou risco de suicídio. Considerando o grupo de maior vulnerabilidade, na faixa etária de 15 a 29 anos, há a necessidade urgente do desenvolvimento de estratégias de avaliação e intervenção que sejam aplicáveis neste público, reduzindo significativamente a ocorrência de tentativas e suicídio na população jovem.

Apesar deste cenário, em setembro de 2019 a OMS divulgou que a taxa de suicídio no mundo, de 2010 a 2016, apresentou uma redução de 9,8%. Em sentido contrário, no Brasil houve um aumento de 7% no mesmo período (OMS, 2019). Apesar de o Brasil ser o oitavo país no mundo em número absoluto de suicídios (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014), pesquisadores acreditam que há uma subnotificação dos casos, aliada à uma baixa qualidade no preenchimento de certificados de óbitos (LOVISI *et al.*, 2009), o que pode gerar índices menores, que não refletem a real situação do país.

O suicídio é uma causa de morte potencialmente evitável, e por isso, a aplicação de políticas públicas que possibilitem a diminuição das taxas é indispensável, principalmente no Brasil, devido aos aumentos percentuais registrados na última década. Perante isso, algumas estratégias têm sido



elaboradas como tentativas de reduzir a prevalência de óbitos por suicídio no país, podendo-se citar o “Setembro Amarelo” (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2020), uma campanha de conscientização e prevenção. Criada em 2015, traz a proposta de associar o amarelo ao mês **que contempla o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, em 10 de setembro**. Este é um período em que a conscientização sobre o assunto é feita pela divulgação de alternativas terapêuticas e assistenciais, para auxílio àqueles que possam estar em sofrimento psíquico.

Neste sentido, contempla-se que o risco de suicídio possua algumas características que podem ser avaliadas previamente por profissionais da saúde, e que ajudariam na prevenção de novos casos. Entre elas, a mais importante é o dever de ficar atento para novas tentativas de suicídio após uma tentativa prévia, pois o risco aumenta consideravelmente (MICHEL *et al.*, 2017). Além disso, a presença de sintomas negativos, como anedonia, desesperança, ausência de perspectiva de futuro, baixa autoestima, automutilação, devem ativar um cuidado mais próximo dos profissionais competentes.

Diagnósticos psiquiátricos são apenas fatores de risco, ou seja, não explicam totalmente a opção de um indivíduo por suicídio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014). Tal fato tem levado estudiosos a questionar se o tratamento específico para quadros psiquiátricos é realmente efetivo em reduzir os fatores de risco e sugerem que, na verdade, os tratamentos específicos para a ideação suicida possam ser mais efetivos em reduzir o risco de suicídio e comportamentos suicidas (RYBERG *et al.*, 2019). Neste contexto, métodos interventivos e práticas terapêuticas vêm sendo desenvolvidos mundialmente, de forma a otimizar os resultados preventivos concomitantemente à redução do tempo e custos relacionados ao tratamento. No Brasil, ainda não existem relatos, que sejam reconhecidos de nossa parte, sobre a revisitação e desenvolvimento específico de protocolos para prevenção da ideação suicida. Entretanto, já se reconhece a problemática do suicídio entre homens e mulheres necessita de abordagens diferenciadas, considerando inclusive os fatores de risco inerentes a cada um dos sexos (VIEIRA *et al.*, 2021). Os materiais formativos disponíveis são adaptações dos manuais e recomendações da OMS, o que não garante uma efetividade clínica e uma adequabilidade sociocultural para uma intervenção e prevenção de maior sucesso.

Diante desse cenário, parece haver necessidade do desenvolvimento de uma revisão de literatura que procure, dentro da produção científica mundial, os métodos de intervenção que se mostrem mais eficazes na prática clínica de prevenção ao suicídio. Estas terapêuticas também devem focar na população adulta e de forma ambulatorial, pois como já destacado, atualmente a população jovem é a que apresenta as maiores taxas de suicídio, devendo ser priorizados métodos interventivos para esta faixa etária. Por fim, as intervenções devem se propor a possuir um baixo nível de complexidade, mas com efeitos duradouros e um bom custo-benefício, o que democratiza a sua aplicação e permite a replicabilidade em inúmeros sistemas de saúde. Estes cuidados na busca de



protocolos de intervenção alternativos devem priorizar a melhoria dos atuais métodos empregados na atenção primária do Sistema Único de Saúde do Brasil. Com isso, espera-se a contribuição à redução das tentativas suicidas no país, ao identificar pontos de melhoria aos protocolos atualmente empregados.

Desta forma, o presente estudo buscou realizar uma revisão sistemática da literatura para responder à seguinte pergunta: quais são os métodos de intervenção, atualmente aplicados, que foquem na prevenção do comportamento suicida da população em geral, e que se mostrem efetivos para uma intervenção de baixo custo na atenção primária em saúde? Com base nos dados obtidos, objetiva-se a descrição crítica dos métodos empregados, sua efetividade, replicabilidade e potencial de adaptação para países com índices crescentes de suicídios na população jovem, como é o caso do Brasil.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão sistemática, adaptada do sistema PRISMA (ITENS *et al.*, 2015). A busca foi realizada por dois revisores independentes e de forma simultânea, entre agosto e outubro de 2019. Foram utilizadas duas bases de dados, PubMed e LILACS, a fim de verificar-se um panorama mundial e latino-americano sobre a temática.

Para o mecanismo de busca, utilizaram-se simultaneamente as palavras-chaves *suicide*, *prevention* e *intervention*, inclusas na interface de busca das plataformas selecionadas. Foram aplicados os filtros *Last 5 years* e *Clinical Trial*. A escolha dos filtros baseou-se no fato do presente estudo focar nos métodos mais recentes divulgados para intervenção à prevenção ao suicídio, e que tenham sua eficácia comprovada por meio de ensaio clínico randomizado, com estatísticas que refletissem a redução da ideação e/ou tentativa suicida.

Foram aceitos artigos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, e que estivessem integralmente disponíveis nas respectivas bases de dados. Inicialmente, como resultado do processo de busca e aplicação dos filtros, foram compilados os 206 estudos encontrados. Posteriormente, procedeu-se à leitura dos resumos/*abstracts* dos trabalhos, quando foi então aplicado um questionário de seleção para análise dos artigos que correspondiam aos critérios desejados. O formulário foi desenvolvido conforme recomendações do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2012). Os critérios estabelecidos neste são descritos em detalhes em sequência.

A seleção ocorreu em etapas, em que o atendimento sequencial dos critérios determinou a inclusão ou exclusão do trabalho do banco de dados. Foram descartados, após a primeira leitura, todos os trabalhos que apresentavam “temática totalmente fora de investigação”, ou seja, não se tratavam sobre suicídio. Após, foram retiradas as pesquisas que não constituíam ensaios clínicos randomizados e os que relatavam outra temática que não uma intervenção para prevenção do suicídio. Por exemplo, algumas publicações mostravam intervenções que preveniam o suicídio, mas eram, na verdade,



consequência do tratamento de outra comorbidade psiquiátrica, como terapêutica voltada para a depressão e que, por fim, também reduzia os sintomas de ideação suicida, mas não apresentavam o foco em sua prevenção. Todos os estudos que apresentavam apenas dados preliminares, ou que não puderam ter sua eficácia estatística comprovada, também foram retirados.

Sequencialmente, foram excluídos os estudos que não tratavam de intervenções diretamente aplicadas aos pacientes, e sim ações com agentes ou profissionais de saúde em contato com pacientes suicidas. No próximo passo, de acordo com objetivo do presente estudo de encontrar intervenções de prevenção eficazes e aplicáveis a público adulto e generalista, descartaram-se os artigos que contemplavam apenas populações específicas, como determinadas faixas etárias, condições de saúde ou profissões. Ao fim, foram excluídos os artigos que não estavam integralmente disponíveis em formato open access, para garantir o acesso aos dados por todos os públicos.

3 RESULTADOS

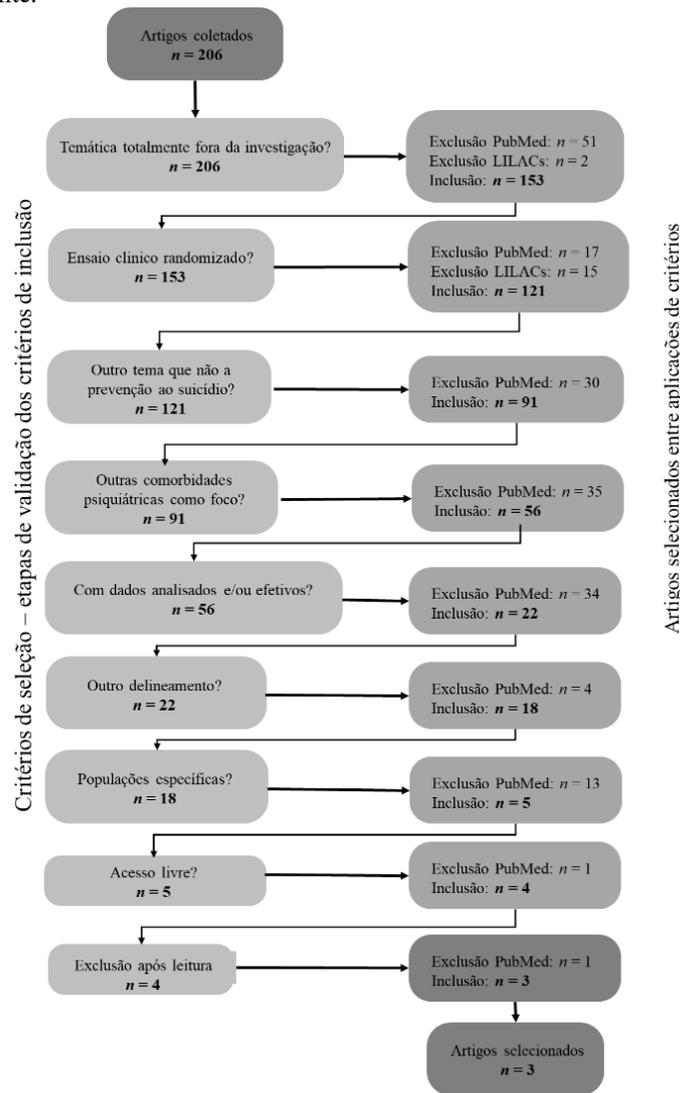
3.1 VALIDAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Após a compilação, dos 206 artigos encontrados, 189 eram da base de dados PubMed e 17 da base LILACS. Conforme os critérios de exclusão adotados, 203 trabalhos foram excluídos da composição global do banco de dados, como demonstrado na Figura 1. Os três trabalhos então analisados atendiam a todos os critérios selecionados no início da pesquisa, e estabelecidos como parâmetros de inclusão dos estudos ao banco de dados.

Ressalta-se que todos os artigos da base de dados LILACS foram excluídos, pois nenhum estudo correspondeu aos critérios estabelecidos. A exclusão dos artigos desta base se deu porque 2 possuíam temática totalmente fora da investigação, ou seja, seu conteúdo não tangia o suicídio, e 15 por não serem ensaios clínicos randomizados.



Figura 1 - Representação esquemática das etapas de seleção de literatura, e aplicação de filtros de pesquisa aos artigos avaliados. Em cada etapa, são apresentados os valores de artigos excluídos após aplicação do filtro, e o número de artigos avaliados na etapa subsequente.



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Todos os estudos selecionados são originários de países europeus, foram publicados em inglês e em periódicos internacionais, apresentando uma análise comparativa entre uma nova terapia e a terapêutica usual. Como desejava-se a análise focada em terapêuticas para adultos jovens, a média de idade obtida nos estudos selecionados foi de 37,3 anos, cumprindo o objetivo inicialmente proposto. Para fins de análise de conteúdo, detalhes sobre as terapêuticas e os métodos adotados nos estudos serão apresentados nos itens subsequentes, e um breve resumo dos dados destes está exposto na Tabela 1.



Tabela 1 - Resumo dos dados para as terapêuticas analisadas no presente estudo.

Descritor	Estudo 1	Estudo 2	Estudo 3
Autoria	Ryberg et al. (2019)	Ducasse et al. (2018)	Gysin-Maillart et al. (2016).
Qualis / Fator de impacto	A1a - 3,892b	A2a - 14,864c	A2a - 10,500d
Nº de participantes	78	40	120
Média de idade	35,9	38,2	37,8
Método de intervenção aplicado*	Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS).	Acceptance and Commitment Therapy (ACT) e Relaxation.	Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP).
Duração das sessões	50-60 min	2h	60-90 min
Duração da terapêutica	Média de 17,8 semanas	7 semanas	3 semanas
Acompanhamento após terapêutica	Até 12 meses	3 meses	Até 24 meses

Nota: a <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/> (CAPES, 2020). b <https://www.journals.elsevier.com/journal-of-affective-disorders>. c <https://www.karger.com/Journal/Home/223864>. d <https://journals.plos.org/plosmedicine/>, recuperados em 03 agosto, 2020.

(*) O nome das terapêuticas e as respectivas siglas são apresentados em inglês, conforme idioma original de publicação.

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A descrição detalhada dos métodos de aplicação de cada terapia, nos próximos subitens, tem como propósito possibilitar a percepção das diferenças e congruências entre elas. Além disso, apresenta-se aos leitores da área da saúde um embasamento teórico sobre a aplicação dos métodos de tratamento expostos, e uma comparação aos métodos tradicionais aplicados como base terapêutica em diferentes países.

3.2 SÍNTESE DAS TERAPÊUTICAS CAMS, ACT E ASSIP – REVISITAÇÃO TEÓRICA DOS MÉTODOS EMPREGADOS

3.2.1 Descrição do método CAMS

O estudo desenvolvido por Ryberg et al.3, na Noruega, avaliou a eficácia na redução do comportamento suicida por meio do método CAMS, livremente aqui traduzido como “Avaliação Colaborativa e Gerenciamento da Suicidalidade” (ACGS).

O CAMS traduz-se em um método centrado no paciente, com valores humanísticos e postura empática (MICHEL; JOBES, 2011), de maneira que o pensamento e o comportamento suicida sejam o principal enfoque da terapêutica. O objetivo é identificar e desativar os suicide drivers (daqui em diante, denominados pela tradução livre de “gatilhos”), ou seja, fatores que levam ao paciente a considerar o suicídio como única solução. Esses fatores podem ser diretos, como situações específicas, pensamentos ou comportamentos que aumentam o sofrimento mental, ou indiretos, como traumas do passado, que tornam a pessoa vulnerável. Para isso, durante o processo terapêutico, paciente e terapeuta trabalham em equipe, tentando compreender os motivos dos momentos de crise.

As ferramentas e características terapêuticas centrais que permeiam o processo na terapia CAMS incluem o uso sistemático e colaborativo de estratégias de avaliação, planejamento e tratamento de múltiplos propósitos, chamada Suicide Status Form (SSF) (JOBES *et al.*, 1997), e do



estabelecimento e acordo de um plano de tratamento abrangente, onde os gatilhos suicidas são abordados e avaliados a cada sessão. Cada sessão da terapia CAMS é iniciada com o preenchimento do formulário do SSF, classificando em uma escala Likert (de 1 a 5) os marcadores suicidas (dor psicológica, estresse, agitação, desesperança e ódio próprio), além do terapeuta fazer uma avaliação subjetiva do risco de suicídio. Na primeira sessão, o paciente era solicitado também a fornecer uma descrição qualitativa para cada marcador suicida (i.e., o que especificamente faz com que ele se sinta desesperado ou agitado) e a classificar esses itens no SSF, em escala da menor para a maior importância.

O plano de estabilização estruturado do CAMS é compilado durante a primeira sessão e modificado a cada sessão consecutiva. Este plano abordava a limitação do acesso a meios letais, sinais de alerta para pensamentos e comportamentos suicidas, estratégias de enfrentamento, maneiras de reduzir o isolamento, uma lista de pessoas para contatar antes e durante a crise, e possíveis obstáculos que poderiam aparecer.

O foco estrito na identificação, questionamento e modificação de pensamentos suicidas, comportamentos suicidas e gatilhos do suicídio foi mantido, até que o paciente não fosse mais suicida, conforme operacionalizado por três sessões consecutivas em que ele se classificasse com uma pontuação menor ou igual a 2 no risco geral, enquanto também gerenciasse efetivamente pensamentos e sentimentos suicidas. Após a finalização do método, o paciente poderia seguir o tratamento terapêutico com enfoque em outras comorbidades psíquicas³.

3.2.2 Descrição do método ACT

O estudo de Ducasse *et al.* (2018) teve por objetivo a análise de eficácia do método ACT, aqui traduzido como “Terapia de Aceitação e Compromisso” (TAC). Esta consiste em uma terapia comportamental, que visa mudar a relação do sujeito com suas experiências psicológicas e contextuais. Tem como alvo a evitação experiencial, ou seja, a tendência a evitar pensamentos ou emoções indesejadas, e a disfunção cognitiva, no sentido de mudar a maneira que o indivíduo interage e se relaciona com os pensamentos, por meio da criação de contextos nos quais as funções nocivas são diminuídas (FREITAS *et al.*, 2014). Procura treinar a flexibilidade psicológica, a capacidade de entrar em contato com seus valores e se envolver em um comportamento congruente eles, buscando ajudar os pacientes a aprender como: i. aceitar inevitáveis eventos e simplesmente notá-los como eventos mentais transitórios diferentes do eu; e ii. identificar e participar de ações guiadas por valores (DUCASSE *et al.*, 2018).

Os pacientes sob a terapia ACT, ao final de cada sessão, recebiam um resumo escrito para ajudá-los a praticar as habilidades trabalhadas em casa, além de exercícios de comprometimento comportamental. O protocolo psicoterapêutico foi baseado nos livros que descrevem a ACT, e outras



referências selecionadas, como o estudo de Ducasse *et al.* (2014). As sessões seguiram um processo padrão de revisão dos trabalhos de casa, das novas habilidades terapêuticas e a distribuição de resumos escritos. Foram planejadas três sessões de avaliação com os pacientes: a primeira de “inclusão ou pré-tratamento”, 2 semanas antes do início da terapia; a segunda sessão de “avaliação pós-terapia” dentro da primeira semana após a conclusão da terapia, e a terceira e última após 21 semanas de conclusão da terapia (follow up). Durante as avaliações, dados sociodemográficos, clínicos, incluindo características suicidas e uso de medicamentos, foram gravados (DUCASSE *et al.*, 2018).

3.2.3 Descrição do método ASSIP

No estudo de Gysin-Maillart *et al.* (2016), os pesquisadores suíços desenvolveram um modelo de tratamento chamado ASSIP (“Programa de Curta Intervenção à Tentativa de Suicídio”, em tradução livre), que visa ser um programa de intervenção rápida e de fácil implementação. Um dos principais objetivos do ASSIP é implementar estratégias de segurança para o comportamento suicida, e não reduzir os índices de suicídio. Como parte do tratamento, os pacientes foram informados de que as crises de suicídio poderiam ser desencadeadas novamente, a qualquer momento, no futuro.

O programa de tratamento ASSIP foi planejado para aplicação em 3 sessões semanais, sendo uma quarta sessão adicionada, se necessária, de acordo com o paciente. A primeira sessão é uma entrevista narrativa, na qual é pedido ao paciente para contar histórias pessoais de como ele chegou à tentativa de suicídio. O objetivo dessa entrevista narrativa é o de entender os mecanismos individuais que levam ao comportamento suicida, ao elucidar os fatores de vulnerabilidade e eventos desencadeantes das crises de suicídio. Todas as entrevistas são gravadas por vídeo, com o consentimento do paciente por escrito. Nessa primeira sessão também é utilizado o questionário SSF-III para identificar o risco de suicídio do paciente (6).

Na segunda sessão, paciente e terapeuta assistem juntos as sequências da gravação da primeira sessão. O objetivo dessa etapa é de reativar o estado mental do paciente durante a crise em um ambiente seguro, e providenciar uma reconstrução detalhada da transição entre uma experiência de dor e estresse psicológico para a ação suicida. Pensamentos automáticos, emoções, alterações psicológicas e comportamento contingente são identificados. Além disso, o paciente recebe um folheto psicoeducativo, argumentando que o suicídio não é um ato racional, como tarefa para ser trazida com comentários pessoais na terceira sessão. Na terceira e última sessão, os comentários escritos pelo paciente são discutidos. O caso é revisado colaborativamente entre terapeuta e paciente. Uma lista com objetivos a longo prazo, sinais de alerta individuais e estratégias de segurança são desenvolvidas em cooperação com o paciente, e copiadas para um folheto diminuto (tamanho de um cartão de crédito). A conceituação do caso, juntamente das estratégias pessoais de segurança e uma lista, com os números privados de telefones de profissionais, que podem ser contatados em casos de crises, são impressos e



entregues ao paciente. O paciente é instruído a carregar os dois folhetos com ele o tempo todo, e a usá-los em uma eventual crise. Como acompanhamento, o paciente recebeu cartas a cada 3 meses no primeiro ano, e a cada 6 meses no segundo ano, lembrando-o do risco de suicídio a longo prazo e sobre a importância das estratégias de segurança. As cartas foram personalizadas pelos terapeutas do programa ASSIP.

3.2.4 Intervenção no Sistema Único de Saúde no Brasil: análise de protocolos e métodos de abordagem

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é referência em se tratando de atendimento clínico, de forma gratuita e universal. Instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), oferece desde serviços ambulatoriais e hospitalares simples até procedimentos de alta complexidade. Desta forma, toda a população está amparada pelo acesso gratuito à saúde de qualidade (FIOCRUZ, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2015).

Por outro lado, quando se avalia a disponibilidade dos serviços de atenção psicológica e psiquiátrica, lacunas podem ser apontadas dentro de sua estrutura. Os atendimentos são centralizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e em Unidades de Acolhimento (UA) (BRASIL, 2015). Estas últimas são específicas para o tratamento domiciliar e internativo de pacientes que necessitam de monitoramento constante (i.e., distúrbios decorrentes de abuso de entorpecentes ou situação de vulnerabilidade social e psíquica).

Os CAPS, criados e implementados no final da década de 1980, têm como papel fundamental o acolhimento, acompanhamento e tratamento de pacientes com distúrbios de ordem psiquiátrica e psicológica. Estes pacientes estão inseridos em sociedade, devendo realizar o seu tratamento de forma monitorada pelos agentes de saúde, ao invés de uma internação de forma asilar. Nos CAPS, o atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, que inclui psicólogos, psiquiatras, médicos clínicos e profissionais de enfermagem. Além do paciente, também é ofertado o acompanhamento e suporte familiar, para que todos possam ter acesso a práticas de terapia individual ou coletiva (BRASIL, 2015).

Infelizmente, nas práticas clínicas não há um estabelecimento único de protocolos e abordagens focadas exclusivamente na prevenção suicida, que sejam desenvolvidos dentro do contexto sociocultural brasileiro. Atualmente os manuais que são utilizados pelo SUS são derivados de traduções e adaptações dos manuais da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). Nestes manuais, quando é tratada a prevenção ao suicídio, observa-se que as recomendações são práticas terapêuticas baseadas no estabelecimento de um contrato de confiança, onde o paciente possa se comunicar de forma empática com o profissional de saúde (D'OLIVEIRA, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). Este, por sua vez, deve ouvir sem



juízos, intervenções ou enviesamento de julgamento, acolhendo o paciente e identificando alguns pontos-chave:

- Se há alguma outra comorbidade psíquica que contribua para a ideação suicida;
- O estado mental atual do paciente, e possível influência de entorpecentes e/ou medicamentos;
- O estado atual de planejamento em relação à idealização da morte;
- E a rede de apoio e amparo no entorno do paciente, constituída pelos familiares, amigos e demais profissionais de saúde.

Ainda que estas práticas estejam em alinhamento com as terapêuticas anteriormente analisadas, o manual de prevenção do suicídio destinado aos profissionais da saúde carece de uma estruturação metodológica. Inicialmente, não são apontados, indicados ou remendados quaisquer tipos de métodos e protocolos para a abordagem do paciente. Desta forma, verifica-se que a atenção primária na atenção e prevenção ao suicídio ainda consiste de intervenções majoritariamente intuitivas, a partir da percepção do profissional de saúde e sua experiência pregressa, sem contar com métricas ou instrumentos de monitoramento ou mensuração do sofrimento psíquico, que pode resultar em uma tentativa e mesmo o desfecho suicida.

Outro ponto importante é relacionado à contribuição destas intervenções para futuros estudos clínicos e desenvolvimento de protocolos específicos para o SUS. Com a falta de padronização nos métodos de intervenção, não é possível o estabelecimento de pontos de avaliação para a eficácia da terapêutica proposta, nem uma avaliação temporal para proposição de melhorias aos protocolos desenvolvidos. Sendo assim, buscou-se traçar paralelos entre as terapêuticas levantadas na revisão de literatura, discutindo e sugerindo uma estruturação para a intervenção clínica preventiva ao suicídio no Brasil, como melhoria aos atuais manuais disponíveis para a formação profissional e atendimento psicológico nos CAPS.

4 DISCUSSÃO

4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRODUÇÃO MUNDIAL DE LITERATURA FOCADA À PREVENÇÃO SUICIDA

O primeiro objetivo deste estudo foi analisar a produção científica mundial acerca de métodos de prevenção eficazes contra o suicídio, e sistematizar os resultados encontrados para a análise crítica de uma possível universalização dos métodos aplicados para países com elevados e/ou crescentes índices de suicídio, como é o caso atual do Brasil. Foi constatada a lacuna na produção de artigos científicos na temática de desenvolvimento de novas terapêuticas, uma vez que apenas 3 estudos atenderam a todos os critérios explicitados nos filtros de pesquisa. Ainda assim, de todos os artigos examinados, 153 estudos trouxeram o suicídio como temática, e pelo menos 91 demonstraram alguma forma de intervenção para que ele fosse prevenido. A significativa quantidade de pesquisas sobre o



assunto converge com os dados epidemiológicos do suicídio, os quais demonstram prevalência do fenômeno como parcela significativa de mortes em nível mundial⁴. Embora países desenvolvidos tenham apresentado uma redução da mortalidade por suicídio, ainda uma parcela importante da população é perdida por esta causa de morte evitável, o que urge por medidas que diminuam o desfecho. Especialmente em países subdesenvolvidos, como o Brasil, onde os índices de suicídios são crescentes, a intervenção e aplicação de métodos preventivos mais eficazes é urgente.

Diante da análise realizada, percebeu-se que países desenvolvidos desempenham muito mais estratégias preventivas inovadoras. Em comparação, a produção científica da América Latina foi diminuta, e todos os artigos da base LILACS, que abarca principalmente trabalhos latino-americanos, foram descartados no processo de aplicação dos filtros. Tal fato permite entender as razões de a mortalidade por lesão autoprovocada estar reduzindo ao longo dos anos em países de primeiro mundo, mas não no Brasil e ainda lentamente na América Latina. Este fato pode indicar uma estagnação das pesquisas na área da saúde focadas na modernização do tratamento do comportamento suicida, identificado pelo baixo número de publicações com teste de evidências. Para a amenização das taxas atuais de suicídio, faz-se necessária a melhoria dos métodos preventivos, já que ainda são poucos os estudos que demonstram uma real eficácia na diminuição do comportamento suicida, e que estes métodos sejam aplicáveis no público em geral a baixo custo.

Os três trabalhos analisados foram desenvolvidos no continente europeu, e demonstraram a eficácia em terapêuticas preventivas em detrimento de práticas tradicionais de intervenção e prevenção suicida, atualmente aplicadas nos seus respectivos sistemas de saúde. Adicionalmente, os resultados destas mostraram maior eficácia, quando comparadas com a estas terapêuticas tradicionais. Entretanto, é válido ressaltar que os três estudos aqui analisados carecem de dados mais aprofundados a respeito das práticas terapêuticas usuais aplicadas aos quais foram comparadas. Existem lacunas descritivas aos ditos métodos tradicionais em todos os trabalhos, e informações adicionais sobre todas as práticas terapêuticas disponíveis e recomendadas pelos órgãos de saúde para prevenção ao suicídio. Ademais, como não são citadas outras possíveis terapêuticas disponíveis e/ou aplicadas, não é possível inferir se a prática alternativa proposta teria a mesma eficácia em relação a outros métodos existentes. Da mesma forma, não é possível estender esta comparação para outras práticas terapêuticas aplicadas em outros países. Então é preciso cautela na comparação da eficácia dos métodos analisados, com estudos de caso específicos para comparações a outras práticas de intervenção.

Vale ressaltar, entretanto, que as novas terapêuticas propostas mostraram resultados positivos em longo prazo, com redução da ideação suicida nos grupos avaliados, comparativamente aos métodos tradicionais. Apesar disto, a resposta à pergunta “qual seria o melhor método de tratamento para evitar o suicídio?”, ainda não pode ser totalmente definida com base nos presentes resultados. Ainda assim, como demonstrado nos três estudos analisados, a transição progressiva para estas novas terapêuticas,



ou pelo menos a associação entre estas e as terapêuticas convencionais, faz-se necessário para obtenção de melhores resultados preventivos e de longo prazo. Com isto, a população considerada de risco poderá encontrar alternativas terapêuticas eficazes em caso de situações de crise, aumentando o poder preventivo antes que a tentativa do suicídio ocorra.

O fato de ainda não haver um modelo terapêutico totalmente eficaz na prevenção ao suicídio passa a mensagem de que esse problema possa não ter uma solução. Entretanto, não se pode deixar de analisar a multifatorialidade do fenômeno, que o torna complexo, e carece de esforços interativos e associativos por órgãos competentes e profissionais da área de saúde. A partir do momento em que novas terapias são passíveis de serem utilizadas, e apresentem resultados significantes na redução dos índices de suicídio, não se deve medir esforços para aplicá-las amplamente. O profissional de saúde, utilizando-se das ferramentas corretas, tem a possibilidade de resgatar a esperança na vida das pessoas, ao devolver sua perspectiva de futuro.

Assim, a inserção da prática de vinculação aos métodos tradicionais já adotados pode ser uma saída estratégica, para a adaptação e implementação destas abordagens terapêuticas para os mais diferentes sistemas de saúde, principalmente da atenção primária. Associativamente, com maiores investimentos públicos e privados, e a atuação de profissionais de saúde interessados e devidamente capacitados, para colocar em prática as metodologias terapêuticas analisadas através deste estudo e suas devidas adaptações particulares, mais vidas poderão ser salvas, contribuindo para que haja uma redução nos índices de mortalidade por suicídio no cenário mundial.

4.2 CONSIDERAÇÕES À ESTRUTURAÇÃO DOS MÉTODOS DE INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO SUICIDA OFERTADOS PELO SUS

Conforme o levantamento de literatura realizado, pode-se perceber que as terapias utilizadas nos referidos estudos apresentaram modelos de fácil aplicação em diferentes sistemas de saúde. Isto porque, nas três terapêuticas descritas, a quantificação do risco de suicídio é realizada utilizando-se formulários compostos de perguntas simples e objetivas de serem respondidas. Além disso, através de uma análise baseada nas respostas fornecidas pelo paciente, e no seu estado de saúde mental no momento da entrevista, o trabalho é desenvolvido, junto a um terapeuta qualificado, com a finalidade de evitar os gatilhos mentais que corroboram para a tentativa de suicídio sejam ativados. Com isto, possibilita-se que o indivíduo perceba as situações de risco, identifique os momentos e pensamentos que podem provocar uma tentativa de suicídio, e aproprie-se de ferramentas para buscar ajuda e acionar contatos de confiança. Estas são medidas cruciais para se evitar o desfecho suicida.

A partir do momento que o paciente tem conhecimento sobre a sua condição patológica, este aprende a ficar mais atento aos sinais de perigo para si próprio. O autoconhecimento contribui para reduzir as tentativas de suicídio, ao evitar situações que desencadeiam estes pensamentos, além de



ajudar a manter o controle e saber quais as medidas o próprio indivíduo deve tomar para se evitar o suicídio. Adicionalmente, os três métodos analisados trazem e ressaltam a importância do comprometimento individual com a prática terapêutica, com o profissional de saúde que o orienta, e o valor do estabelecimento do vínculo paciente-profissional-método na efetividade e longevidade dos resultados da terapêutica.

Especificamente para o Brasil, como destacado, o uso de simples formulários e a interação entre terapeuta e cliente pode ser um facilitador na prevenção suicida. Adicionalmente, os métodos analisados têm baixo custo de implementação, sendo necessária a modificação e complementação da formação acadêmica dos profissionais de saúde para a sua correta aplicação e adaptação à realidade cultural e social do país.

Como ressaltado por Menezes e Murta (MENEZES; MURTA, 2018), a importação de métodos de intervenção clínica pode ter altos custos associados, uma vez que demandam a compra de materiais didáticos e consultivos para a formação profissional. Além disso, os autores destacam a necessidade de adequações às realidades culturais e sociais do país de aplicação, que no caso do Brasil, incorporam realidades múltiplas de dificuldade ao acesso para os tratamentos psicológicos pelo público em geral. Ainda assim, os métodos aqui investigados estão acessíveis para consulta dos profissionais, com artigos disponíveis na forma open access, e a adaptação tanto dos formulários quanto das práticas de interação clínica podem ser facilmente incorporados nos sistemas de saúde brasileiros. Deve-se, portanto, estimular a incorporação de práticas terapêuticas de prevenção suicida de médio e longo prazo, como os métodos aqui analisados, que possuem resultados promissores devido ao compromisso com a continuidade terapêutica, e que podem ser significativos na redução das taxas de suicídio no Brasil.

Especificamente, o SUS já possui a estrutura organizacional para a oferta de práticas terapêuticas nos CAPS, onde os clientes são acolhidos e realizam diferentes tratamentos clínicos e acompanhamento profissional. Ao inserir-se protocolos estruturados e métricas específicas para a mensuração do estado psíquico do paciente, como os formulários SSF e SSF-III (sugeridos respectivamente por Ryberg et al.³ e Gysin-Mailart et al.⁶), a percepção clínica de alguns sinais de ideação suicida podem ser melhor detectados. Conforme as recomendações dos protocolos adaptados da OMS pelo Ministério da Saúde do Brasil (MENEZES; MURTA, 2018), ressaltou-se que os principais fatores de risco a serem observados pelos profissionais de saúde brasileiros são uma tentativa prévia e o registro de outra comorbidade psicológica/psiquiátrica preexistente (MENEZES; MURTA, 2018). Entretanto, como ressaltado, estes sinais são mais sutis e podem não ser o indicativo de uma ideação suicida, já que o sofrimento psíquico em si possui nuances e complexidades que compõe e caracterizam os quadros individuais. Assim, a aplicação de métricas de mensuração do sofrimento emocional, através destes formulários, que podem ser repetidos ao longo do tempo para



acompanhamento do quadro, pode ser uma melhor estratégia de abordagem aos clientes atendidos nos CAPS do SUS.

Ainda com relação ao CAPS, deve ser valorizada a sua estrutura multiprofissional e a possível integração com os profissionais da saúde da família; estes profissionais estão inclusos em uma equipe multidisciplinar (FIOCRUZ, 2020) de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), cuja principal atuação está na criação de vínculos com as pessoas, de forma a promover uma saúde inclusiva e holística, acompanhando todos os aspectos da saúde do indivíduo ao longo de sua vida (BRASIL, 1997; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000). Entretanto, como ressaltado pelo manual do Ministério da Saúde (FIOCRUZ, 2020), outros profissionais de saúde podem ser integrados à equipe, de forma a fornecer um atendimento completo e em todas as esferas da vida de cada cidadão. Desta forma, o diálogo entre os profissionais do CAPS e dos agentes de saúde da família deve ser mais estreito e fluido, permitindo o acompanhamento dos clientes de atenção psicológica em todos os aspectos da promoção da saúde e bem-estar. Como ressaltado, as condições sociais, biológicas e psicológicas que levam o indivíduo aos pensamentos suicidas são múltiplas, e derivadas de fatores complexos. Portanto, quanto melhor o treinamento das equipes de saúde para o uso de métricas de identificação, monitoramento de sinais patológicos e intervenção à ideação suicida, maior será a capacidade de prevenção ao suicídio por parte do SUS. Espera-se, assim, que os índices de mortalidade provocada por danos intencionais sejam diminuídos ao longo do tempo, enquanto as práticas terapêuticas, com caráter humanista e empático, focadas no indivíduo e nos contratos de autocuidado e de confiança com os profissionais de saúde, possam ser um fator promotor da prevenção ao suicídio no Brasil.



REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>. Acesso em: set. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. A campanha Setembro Amarelo salva vidas! Brasil: ABP. 2020. Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: set. 2021.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Diário Oficial da União 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: set 2021.

BRASIL. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

CORONEL, M.K.; WERLANG, B.S.G. Problem-solving and suicide attempt: systematic review. *Rev Bras Ter Cognitivas*, v. 6, n. 2, p. 59-82, 2010.

D'OLIVEIRA, C.F.; BOTEAGA, N.J. (org.). Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasil: Ministério da Saúde; 2006.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa saúde da família. *J. Public Health*, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

DUCASSE D. *et al.* Acceptance and commitment therapy for the management of suicidal patients: A randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, v. 87, n. 4, p. 211-222, 2018.

Ducasse D. *et al.* Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychother Psychosom*, v. 83, p. 374-376, 2014.

FIOCRUZ. Saúde da família. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>. Acesso em: set. 2021.

FIOCRUZ. Sus. Brasil: Fundação Oswaldo Cruz. 2020. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/sus>. Acesso em: set. 2020.

FREITAS S.B. *et al.* Cognitive-behavioural therapy and cognitive-behavioural coaching: differences and similarities between the two approaches. *Rev Bras Ter Cognitivas*, v. 10, n. 1, p. 54-63, 2014.

GYSIN-MAILLART, A. *et al.* A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med*, v. 13, n. 3, p. 1–21, 2016.

ITENS P. *et al.* Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde*, v. 24, n. 2, p. 335–342, 2015.



- JOBES, D.A. *et al.* Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *J Couns Psychol*, v. 44, n. 4, p. 368-377, 1997.
- LOVISI, G.M. *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Braz J Psychiatry*, v. 31, p. 86–94, 2009. (Supl. 2).
- MENEZES, J.C.L.; MURTA, S.G. Adaptação Cultural de Intervenções Preventivas em Saúde Mental Baseadas em Evidências. *Psico-USF Campinas*, v. 23, n. 4, p. 681-91, 2018.
- MICHEL, K.; JOBES, D.A. Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC: American Psychological Association, 2011.
- MICHEL K. *et al.* A novel therapy for people who attempt suicide and why we need new models of suicide. *Int J Environ Res Public Health*, v. 14, n. 3, p. 243, 2017.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. SUS: 27 anos transformando a história da saúde no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/35647-sus-27-anos-transformando-a-historia-da-saude-no-brasil>. Acesso em: set. 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, Suíça: OMS; 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Suicide data. Base de dados, 2019. [S.l.]: OMS, 2019. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/. Acesso em: set. 2021.
- RYBERG W. *et al.* Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*, v. 249, p. 112-120, 2019.
- VIEIRA, M.T. *et al.* Fatores de risco de suicídio em homens e mulheres: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 6474-6484, 2021.
- ZALSMAN G. *et al.* Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, v. 3, n. 7, p. 646-659, 2016.