



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**MARIA EDUARDA BRANDÃO MENDES PEDROSO DE LIMA**

IDEAÇÃO SUICIDA E SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: pesquisa exploratória e  
elucubrações acerca do profissional sanitário na prevenção de comportamentos suicidas

Rio de Janeiro  
2019

MARIA EDUARDA BRANDÃO MENDES PEDROSO DE LIMA

IDEAÇÃO SUICIDA E SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: pesquisa exploratória e elucubrações acerca do profissional sanitário na prevenção de comportamentos suicidas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa

Coorientador: Msc. Roberto José Gervásio Unger

Rio de Janeiro

2019

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

MARIA EDUARDA BRANDÃO MENDES PEDROSO DE LIMA

IDEAÇÃO SUICIDA E SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: pesquisa exploratória e elucubrações acerca do profissional sanitarista na prevenção de comportamentos suicidas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 25 de janeiro de 2019.

---

Prof. Dr. Alexandre da Silva Costa (Orientador)

IESC/UFRJ

---

Msc. Roberto José Gervásio Unger (Coorientador)

IESC/UFRJ

---

Profa. Dra. Elaine Reis Brandão

IESC/UFRJ

---

Profa. Dra. Rachel Aisengart Menezes

IESC/UFRJ

*Trabalho dedicado a todos que, nos momentos de dor, muito dizem sem nada falar e, aos profissionais de saúde que escutam sem precisar ouvir.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a oportunidade de desenvolver este trabalho.

Sou grata a tudo e a todos que contribuíram nesta etapa de minha caminhada.

Agradeço à Universidade e ao Instituto pela possibilidade do aprimoramento e desenvolvimento de conhecimentos e saberes – práticos e teóricos, bem como todas as interações entre os colegas de formação, os docentes e os demais profissionais do Instituto.

Em especial, agradeço à relação de parceria, entre ensinamentos que transcendem os papéis e afetos que engradece o ser e perduram com o tempo, aqueles que contribuíram de modo direto para a conclusão deste trabalho, assim, registro minha profunda gratidão à:

Patrícia Cardoso e Patricia Morais, pelas noites em claro em discussões acadêmicas;

Malena Paladino, pelos esclarecimentos contínuos e zelo incessante;

Bárbara Machado, pelo companheirismo nas pesquisas de iniciação científica;

Sandra Becker, por enxergar um potencial e manter viva a sede pelo conhecimento;

Elaine Brandão, Fernanda Alzuguir e Lucas Tramontano, pela confiança e estímulo à docência;

Roberto Unger e Sheila Ferreira, pelo apoio metodológico e por potencializarem a riqueza dos livros, germinando ideias em conversas inigualáveis;

Alexandre Costa, pela orientação e perspectiva instigante e singular de (re)apresentar os conhecimentos;

E por fim, à minha família pelo suporte para conclusão do curso e desta monografia, e sobretudo à minha mãe, por ser um exemplo constante de abnegação, trabalho, bom-ânimo e perseverança.

*When you show deep empathy toward others,  
their defensive energy goes down, and  
positive energy replaces it. That's when you  
can get more creative in solving problems*

***Stephen Covey***

## RESUMO

LIMA, M. E. B. M. P. **Ideação suicida e saúde coletiva no Brasil**: pesquisa exploratória e elucubrações acerca do profissional sanitário na prevenção de comportamentos suicidas. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O suicídio – ato deliberado por um ser contra a si mesmo, cuja finalidade é a extirpação de sua própria existência – constitui-se como grave problema de saúde pública no mundo. Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Plano de Ação para Saúde Mental (2013 - 2020), firmou um acordo com 177 países, no qual o Brasil é signatário, para redução das taxas de suicídio. Assim sendo, é fundamental conhecer as alternativas capazes de reduzir as taxas de mortalidade deste. Para tal, faz-se imperioso compreender que existem comportamentos suicidas, que permeiam o indivíduo antes do ato suicida propriamente dito. No tocante a este trabalho, destaca-se em especial a ideação suicida, uma vez que a diminuição da mortalidade de suicídio dar-se-á em primeira instância pela diminuição da morbidade dos comportamentos suicidas – ideação e tentativa. Não obstante, através da revisão bibliográfica no corte temporal de vinte anos (1998 - 2018), busca-se aproximar essa discussão do campo de estudos da Saúde Coletiva e do profissional sanitário. Os resultados indicam quatro abordagens sobre a ideação suicida: tentativa de delineamento teórico-conceitual; fatores de risco e proteção associados; instrumentos de detecção; manejo clínico, níveis de ideação e redes de atenção. Por fim, são evidenciados pontos cruciais de semelhanças e disparidades encontradas nos estudos e em quais aspectos possuem ou não articulação com a hipótese e os objetivos levantados.

Palavras-chave: Ideação suicida. Saúde pública. Suicídio - prevenção e controle.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Eixos da pesquisa .....	20
Figura 2 - Detalhamento das fontes correspondentes aos eixos da pesquisa.....	21
Figura 3 - Detalhamento do processo metodológico correspondente ao primeiro eixo .....	22
Figura 4 - Etapas da pesquisa bibliográfica sobre ideação suicida .....	24
Figura 5 - Detalhamento das chaves de busca .....	24
Figura 6 - Seleção das bases de dados para a pesquisa sobre ideação suicida.....	25
Figura 7 - Representação quantitativa resumida do processo de inclusão e exclusão de materiais na pesquisa sobre ideação suicida .....	25
Figura 8 - Quantidade de vezes que a palavra “ideação suicida” é mencionada nos documentos listados da WHO.....	27
Figura 9 - Resultados obtidos segundo idioma .....	27
Figura 10 - País de origem da publicação .....	28
Figura 11 - Quantidade de artigos obtidos segundo o ano de publicação.....	28
Figura 12 - Abordagem do estudo por área de conhecimento .....	29
Figura 13 - Relação linear dos comportamentos suicidas.....	31
Figura 14 - Relação de contingência dos comportamentos suicidas.....	31
Figura 15 - Possibilidades de desenvolvimento de comportamentos suicidas .....	32
Figura 16 - Características psicopatológicas apontadas pela OMS comuns no estado mental dos suicidas.....	38
Figura 17 - Avaliação médica auxiliar para a detecção da ideação suicida.....	39
Figura 18 - Vínculos influenciadores no tratamento do paciente com ideações ou comportamento suicidas.....	43

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Listagem dos resultados obtidos sobre suicídio na WHO (ordem alfabética).....	23
Quadro 2 - Listagem nominal dos resultados obtidos na pesquisa sobre ideação suicida (ordem alfabética) .....	26
Quadro 3 - Fatores de risco e proteção ante à ideação suicida .....	35
Quadro 4 - Instrumentos de detecção de ideação suicida (ordem alfabética).....	36
Quadro 5 - Paciente com quadro depressivo e com ideação suicida .....	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychiatric Association
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
BAI	Escala Beck de Ansiedade
BDI	Inventário Beck de Depressão
BHS	Escala Beck de Desesperança
BSI	Escala Beck de Ideação Suicida
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CVV	Centro de Valorização da Vida
DNPS	Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ECR	Escala de Crenças Religiosas
EMTAS	Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio
EPR	Escala de Práticas Religiosas
ENPS	Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
GAR	Núcleo de Promoção da Saúde da Solidariedade e Prevenção das Violências e Grupos Articuladores Regionais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPAS	Escala de Avaliação de Dor Psicológica
PNPS	Plano Nacional de Prevenção do Suicídio
QIS	Questionário de Ideação Suicida
QSG-12	Questionário de Saúde Geral de Goldberg
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RAP	Rede de Adolescentes e Jovens Promotores de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBQ-R	Questionário de Comportamentos Suicidas
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIVA	Vigilância de Violência e Acidentes
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>HIPÓTESE.....</b>	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	19
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
5.1	TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	20
<b>6</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
6.1	DELINEAMENTO TEÓRICO-CONCEITUAL DA IDEACÃO SUICIDA.....	30
6.2	FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO ANTE A IDEACÃO SUICIDA.....	34
6.3	INSTRUMENTOS DE DETECÇÃO DE IDEACÃO SUICIDA.....	35
6.4	AVALIAÇÃO CLÍNICA, NÍVEIS DE IDEACÃO E REDES DE ATENÇÃO.....	37
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
7.1	PONTOS DIVERGENTES.....	46
7.2	PONTOS CONVERGENTES.....	46
7.3	DEMAIS PONDERAÇÕES.....	47
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>53</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>74</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No âmbito da saúde, questões que impactem diretamente na autonomia dos indivíduos, tornam-se assuntos polêmicos que recaem sobre a polarização de serem completamente evitados ou inadequadamente discutidos e divulgados. Principalmente, as problemáticas relacionadas à finitude da vida biológica, configuram-se como estigmas na sociedade que repercutem nas tomadas de decisões dos profissionais de saúde, dentre estas, evidencia-se em particular, o suicídio. Este,

é visto, frequentemente, como o resultado de um processo de decisão onde se consideram os aspectos positivos e negativos em estar vivo, chegando-se à conclusão que é melhor morrer. No entanto, estas situações são exceção, pois, na maioria das vezes, ele está ligado a problemas de saúde mental que, se diagnosticados e tratados apropriadamente, podem levar a uma diminuição das tentativas e mortes relacionadas a ele. (SMS, 2016, p. 05).

Corroborando a isto, o suicídio está enquadrado nos descritores de saúde como pertencente a um grupo de comportamentos que transcendem a consumação do ato em si. Nesta perspectiva, cumpre destacar que tanto a ideação suicida quanto a tentativa de suicídio, vinculam-se diretamente ao grupo de comportamento autodestrutivo ou comportamentos suicidas. Nesse sentido, “o comportamento suicida inclui pensar em acabar com a vida, planejar o ato, encontrar os meios para fazê-lo, tentar matar-se e realizar o ato” (BRASIL, 2013, p. 32).

Na literatura, a abordagem disseminada desse assunto foi estabelecida principalmente com o respaldo das publicações da *World Health Organization* - WHO ou Organização Mundial de Saúde - OMS, especialmente no que tange a prevenção do suicídio. Nesse íterim, prevenção em saúde, constitui-se como um conjunto de “intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (CZERESNIA, 2003, p. 04).

Aliada à prevenção, em seus diversos níveis - primária, secundária, terciária e quaternária (DEMARZO, 2012) - está a promoção da saúde, entendida como:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2002, p. 19).

Assim sendo, diversos países buscam na elaboração de políticas de promoção de saúde, alternativas para subsidiar a prevenção de comportamentos suicidas. No Brasil, no campo legislativo, de acordo com a plataforma Saúde Legis, existem sete portarias elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS) que abordam o suicídio, das quais três estão associadas à estratégia, diretrizes e plano nacional de prevenção ao suicídio. A primeira, PRT GM/MS nº 2.542 de 23.12.2005, trata da instituição do Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a ENPS - Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2005). No entanto, foi em 2006, pela PRT GM/MS nº 1.876 de 15.08.2006, com a instituição das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (DNPS) que a temática ganhou notoriedade, tendo em vista a premissa estabelecida nesta de que “o fenômeno do suicídio é um grave problema de saúde pública, que afeta toda a sociedade e que pode ser prevenido” (BRASIL, 2006a, p. 01).

Haja vista a consideração do fenômeno como um problema passível de prevenção na esfera da saúde pública, torna-se incumbência da Saúde Pública - enquanto “prática social interdisciplinar” (SOUZA, 2014, p. 15) o desdobramento sobre esse assunto. Outrossim, faz-se imperioso contemplar a “nova saúde pública”, oriunda da segunda metade do século XX sob a égide de movimentos convalidados sobretudo, na América Latina e em especial no Brasil, para a saúde comunitária e reforma sanitária (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Assim, emerge nesse período o campo (OSMO; SCHRAIBER, 2015) da Saúde Coletiva, que apresenta diversas potencialidades, mediante a uma abordagem conceitual que visa a transdisciplinaridade de conhecimentos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Sob outro prisma, no tocante ao suicídio, ressalta-se a perspectiva de que a busca por ajuda é um tabu e que o diálogo público atualmente não é encorajado, mas que mediante a um avanço nos fatores de proteção este cenário poderá ser modificado.

Furtherance of protective factors will help build for the future – a future in which community organizations provide support and appropriate referrals to those in need of assistance, families and social circles enhance resilience and intervene effectively to help loved ones, and there is a social climate where help-seeking is no longer taboo and public dialogue is encouraged. (WHO, 2014a, p. 09).

Assim sendo, corrobora-se à ideia de que a Saúde Coletiva pode vir a ser uma ferramenta imprescindível nesse assunto já que:

[...] a saúde coletiva requer uma compreensão dos desafios que se colocam no presente e no futuro que transcendem o campo institucional e o tipo de profissional convencionalmente reconhecidos como da saúde pública. A possibilidade de redimensionar objeto, instrumentos de trabalho e atividades, considerando sua articulação com a totalidade social reabre alternativas metodológicas e técnicas para pensar e atuar no campo da saúde coletiva no trânsito para o novo milênio. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 310).

Isto posto, uma das primeiras providências na prevenção do suicídio, segundo o manual *Preventing Suicide: A Global Imperative*, está na elaboração de programas e diretrizes a nível nacional, como relata a seguir:

Key elements in developing a national suicide prevention strategy are to make prevention a multisectoral priority that involves not only the health sector but also education, employment, social welfare, the judiciary and others. The strategy should be tailored to each country's cultural and social context, establishing best practices and evidence-based interventions in a comprehensive approach. Resources should be allocated for achieving both short-to-medium and long-term objectives, there should be effective planning, and the strategy should be regularly evaluated, with evaluation findings feeding into future planning. (WHO, 2014a, p. 08).

No Brasil, o começo efetivo da admissão dessa estratégia tornou-se plausível apenas no ano de 2017, com a terceira portaria de destaque na temática, a PRT GM/MS nº 3.479 22.12.2017, que instituiu o Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS). Deste, cumpre destacar as competências do Comitê descritas no artigo terceiro:

Art. 3º Compete ao Comitê de que trata o art. 1º: I - coordenar a construção de diagnósticos situacionais sobre o cenário relativo ao suicídio no Brasil; II - elaborar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil em consonância com as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e com as Diretrizes Organizacionais das Redes de Atenção à Saúde; III - articular a implementação e implantação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil; IV - realizar o monitoramento e avaliação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. (BRASIL, 2017, p. 01).

É forçoso ressaltar que para amparar a proposta do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, faz-se indispensável o reconhecimento tanto da multicausalidade - “*The interplay of biological, psychological, social, environmental and cultural factors in the determinism of suicidal behaviors*” (WHO, 2014a, p. 48) quanto do próprio entendimento do que são os comportamentos suicidas.

Assim, segundo a definição, é imperioso esclarecer que, em verdade, existem comportamentos que antecedem ao suicídio. Nesse sentido, descreve a OMS: “*Suicidal behaviour refers to a range of behaviours that include thinking about suicide (or ideation), planning for suicide, attempting suicide and suicide itself [...]*” (WHO, 2014a, p.10). Ou seja, são considerados comportamento suicidas, o pensamento sobre o suicídio (ideação), o planejamento sobre o suicídio, a tentativa de suicídio e o suicídio propriamente dito.

Por esse ângulo, em um estudo qualitativo realizado com idosos, os autores afirmam:

Reconhecido como um desafio à contemporaneidade e permeando diversas áreas do conhecimento, as ideações, as tentativas e o suicídio mostram estreitas ligações. Entende-se por ideação suicida: pensamentos, verbalizações e atitudes que demonstrem interesse em acabar com a própria vida, podendo apresentar-se sob a forma de desejo ou planos de suicídio, sem que haja necessariamente a concretização do ato. Por sua vez, a tentativa de suicídio caracteriza-se por atos autodestrutivos deliberados que não conseguiram seu desfecho. (FIGUEIREIDO *et al.*, 2015, p. 1712).

Além disso, uma das premissas levantadas no mesmo estudo, para esta população, deve ser cautelosamente considerada, estando passível de averiguação se a mesma não seria reaplicada para outras faixas etárias ou populações:

Ideação suicida e tentativas de suicídio de pessoas idosas são temas relevantes que carecem de mais aprofundamento. Estima-se que os comportamentos suicidas (ideações, pensamentos e tentativas) são até quatro vezes maiores que os suicídios consumados registrados no Brasil, representando grave problema para a saúde pública. No entanto, os casos mais graves não chegam aos Serviços de saúde e não são notificados. (FIGUEIREIDO *et al.*, 2015, p.1717)

Nesse viés, a tentativa de suicídio e a ideação suicida devem ser consideradas como aspectos norteadores para as políticas de prevenção. Contudo, o presente trabalho considerará o enfoque para a ideação suicida já que esta pode coexistir majoritariamente com todos os comportamentos suicidas.

## 2 JUSTIFICATIVA

Segundo o Ministério da Saúde, com relação ao número de suicídios no país:

- O Brasil encontra-se no grupo de países com taxas baixas de suicídio;
- Essas taxas variaram de 3,9 a 4,5 para cada 100 mil habitantes a cada ano, entre os anos de 1994 e 2004;
- No entanto, como se trata de um país populoso, está entre os dez países com maiores números absolutos de suicídio (7.987 em 2004). (BRASIL, 2006b, p. 08).

Todavia, de acordo com a atualização dos dados divulgados em setembro de 2018 no site do MS: “Entre 2007 e 2016, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) 106.374 óbitos por suicídio. Em 2016, a taxa chegou a 5,8 por 100 mil habitantes, com a notificação de 11.433 mortes por essa causa” (MACIEL, 2018, p.1).

Por outro lado, a partir do Plano de Ação Para Saúde Mental – *Mental Health Action Plan*, formulado pela WHO em 2013, destaca-se que: “*The rate of suicide in countries will be reduced by 10% (by the year 2020)*” (WHO, 2013, p. 17). Neste plano foram estipuladas metas acordadas em cerca de 160 nações, das quais o Brasil está incluído como signatário.

Nesse sentido, para que de fato ocorra uma redução de 10% dos suicídios no país até 2020, faz-se imperioso destacar as quatro medidas preconizadas pelo Comitê do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio – previamente mencionadas – como prioritárias na estratégia de prevenção, são elas: a elaboração de diagnósticos situacionais; a coadunação da proposta do Plano Nacional com as Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio e com as Redes de Atenção à Saúde (RAS); a execução do Plano Nacional (já que foi apenas implantado e não implementado); e, por conseguinte, a realização do monitoramento e avaliação do Plano (BRASIL, 2017).

Em uma análise sucinta, as medidas levantadas são questões relacionadas a diversas áreas de conhecimento, mas estão diretamente associadas às de planejamento, gestão, avaliação e vigilância em saúde. Por conseguinte, salienta-se que o profissional graduado ou pós-graduado em Saúde Coletiva, sanitarista de formação, possa contribuir expressivamente nesta questão, uma vez que:

[...] identifica-se concordância sobre o que é ser sanitarista, especialmente naquilo que corresponde à formação de sujeitos “epistêmicos e públicos” capazes de analisar a realidade social a partir de bases que constituem o campo da Saúde Coletiva, formando uma tríade: Epidemiologia; política, planejamento e gestão; e Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Essa última foi apontada como um dos diferenciais da formação em relação aos demais cursos da área da Saúde que possibilita maior compreensão sobre o fenômeno saúde-doença-cuidado. (SILVA; PINTO, 2016, p. 545).

Por outro ângulo, cumpre destacar alguns pontos mencionados pela notícia de setembro de 2018 do MS no tópico “Assistência é fator de proteção na prevenção do suicídio”, são eles:

- 1º. No ano passado (2017), o MS lançou uma agenda estratégica de prevenção do suicídio;
- 2º. No próximo ano (2019), serão liberadas verbas para o desenvolvimento de pesquisas sobre o risco de suicídio e saúde psicossocial em pessoas vivendo com HIV e/ou acometidas por transtornos mentais;
- 3º. Em decorrência do alto índice de suicídio, seis capitais (Manaus, Campo Grande, Boa Vista, Teresina, Porto Alegre e Florianópolis) foram elencadas como prioritárias para receberem apoio financeiro para a realização de projetos nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS);
- 4º. Para ampliar a gratuidade das ligações pelo número 188, ao Centro de Valorização da Vida (CVV), o MS tem convênio assinado apoiando a liberação do dinheiro necessário para a expansão das chamadas sem cobranças;
- 5º. Uma vez que nos locais onde existem Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) o risco de suicídio reduz em até 14%; neste ano (2018), foram habilitados 109 CAPS em 20 estados;
- 6º. Para qualificação das ações de prevenção de suicídio, foram capacitados 62 multiplicadores, nos seis estados com as maiores taxas de mortalidade;
- 7º. Nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), foram realizadas ações de capacitação aos profissionais e duas oficinas coletivamente com a comunidade. Destaca-se que nestas as ações de prevenção e qualificação do atendimento foram capazes de reduzir 10,2% dos óbitos com a implantação da Linha de Cuidado de Prevenção do Suicídio. (MACIEL, 2018, p.1).

Dentre estes, cumpre reproduzir um trecho do sexto tópico no qual: “A qualificação permitirá uma melhor notificação das tentativas e óbitos por suicídio, orientação sobre o cuidado a pessoas com ideação/tentativa de suicídio e seus familiares; e organizar os fluxos assistenciais” (MACIEL, 2018, p.1). Diante desta passagem, evidenciam-se três comandos cruciais na estratégia de prevenção: notificar – casos; orientar – envolvidos; e organizar – fluxos de assistência.

Por isto, diante da apreensão ampliada de conhecimentos e capacidade intersetorial de articulação com os demais profissionais de saúde, tanto para as necessidades de saúde quanto para os problemas em saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2014), retoma-se a ideia da inserção do profissional sanitário na detecção e/ou prevenção de comportamentos suicidas, salientando-se a ideação suicida.

Contudo, abordar esta temática requer extrema cautela, já que:

The inclusion of ideation in suicidal behaviour is a complex issue about which there is meaningful ongoing academic dialogue. The decision to include ideation in suicidal behaviour was made for the purpose of simplicity since the diversity of research sources included in this report are not consistent in their positions on ideation. (WHO, 2014a, p. 12).

Assim, embora esta passagem demonstre a inconsistência do relatório de 2014 sobre a ideação, a Associação Brasileira de Psiquiatria afirma, no mesmo ano, que: “Médicos devem saber identificar e manejar toda gama de características que envolvem o comportamento suicida, já que a diminuição da morbidade (ideação e tentativa) deve levar à diminuição da mortalidade (suicídio)” (ABP, 2014, p. 26). Deste modo, considerando que de acordo com os descritores de saúde, a ideação suicida é o comportamento suicida mais recorrente, a mesma é o objeto de interesse deste estudo.

### 3 HIPÓTESE

Mediante a revisão bibliográfica da literatura acerca da temática, poder-se-ia inferir que há uma escala comportamental progressiva que desencadearia a ocorrência do suicídio. Corroborando, tornar-se-ia plausível deduzir que existem falhas nas políticas ou nas formas de prevenção ao suicídio no país.

Destarte, diante da consequencialidade de que diminuir a morbidade tende a diminuir a mortalidade, entende-se pela lógica da condicionalidade que para a ocorrência de C (suicídio), B (tentativa de suicídio) ou A (ideação suicida) devem advir primeiro. Como resultado, para atuar de modo efetivo na prevenção do suicídio, torna-se condição *sine qua non* a intervenção em B ou em A, como exemplifica o seguinte raciocínio:

- Pela detecção de um problema X, propõe-se uma intervenção Y, para diminuir ou erradicar o problema X, à luz de metas elencadas ao longo de um dado período;
- No entanto, se com o passar do tempo estipulado a diminuição de X pela intervenção Y não é percebida, deduz-se que há uma interpretação falaciosa nessa análise.
- Nessa perspectiva, torna-se possível inferir que Y não é capaz de alterar positivamente – conforme o esperado – diminuir X.

Portanto, deduz se que a eficácia da prevenção (sobretudo, primária e secundária) do suicídio, dar-se-á em primeira instância pelo reconhecimento, monitoramento e rastreamento dos tipos de comportamentos suicidas, em especial a ideação suicida. Logo, faz-se necessário um estudo da mesma de modo a corroborar nos futuros projetos de intervenção para redução das elevadas taxas envolvendo o suicídio, ao tempo que, intenta-se encontrar subterfúgios para detecção da ideação suicida e possivelmente a diminuição da ocorrência do suicídio.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Construir o levantamento teórico sobre a ideação suicida, segundo a revisão narrativa da literatura.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Pesquisar sobre a necessidade da investigação da prevalência de ideação suicida nos atendimentos de saúde;
- Evidenciar a relevância dos estudos no campo da Saúde Coletiva para articulação de profissionais no âmbito da saúde sobre o referido assunto;
- Identificar se há formas de atuação do sanitarista na problemática de saúde: notificação e detecção de casos de ideação suicida;
- Questionar a viabilidade da prevenção ao suicídio do ponto de vista da Saúde Coletiva;

## 5 METODOLOGIA

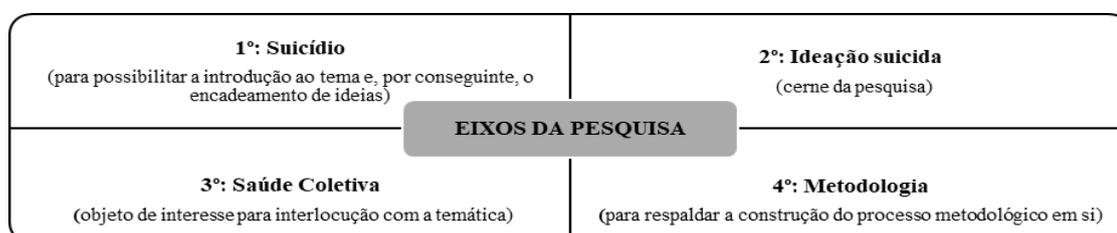
O presente trabalho configura-se como uma pesquisa de caráter exploratório que tem por "objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses" (GIL, 2002, p. 41). Esse tipo de pesquisa é embasado em fontes secundárias, ou seja, publicações elaboradas e sustentadas nos resultados e posicionamentos de autores sobre as fontes primárias - documentos oficiais. Segundo Gil (2002, p. 45), embora esse tipo de estudo tenda a se limitar quanto a veracidade das informações, torna-se muito útil em temáticas que possibilitem uma investigação mais abrangente dos fenômenos e dos dados.

Assim, dentre os tipos de revisão da literatura, a revisão narrativa se apresentou como a mais adequada para contextualização e fundamentação teórica sobre a ideação suicida. Porém, anteriormente, fez-se necessário realizar uma pesquisa documental (análise de fontes primárias), para a elaboração da hipótese, justificativa e entendimento prévio sobre o suicídio e comportamentos suicidas. Esta, a análise documental, pode ser definida como “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referenciação.” (CHAUMIER, 1988 apud BARDIN, 2011, p. 51). Por sua vez, a revisão narrativa compreende “publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual” (ROTHER, 2007, p.2)"

### 5.1 TRAJETÓRIA DA PESQUISA

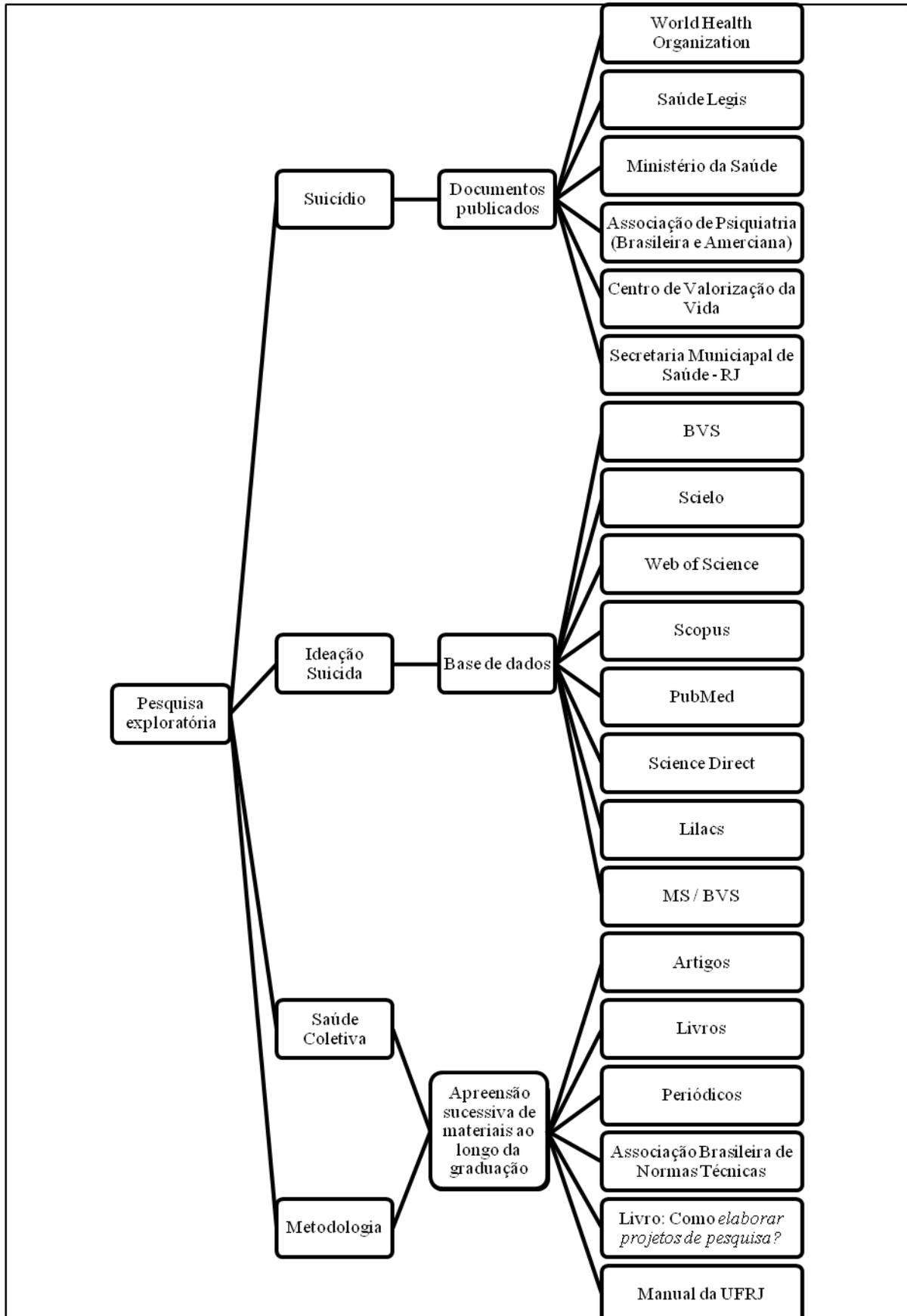
Na pretensão de realizar uma fluida interação entre a ideação suicida e a Saúde Coletiva, fez-se fundamental, nos primórdios do desenvolvimento da pesquisa, considerar quatro eixos para o desenvolvimento da mesma, evidenciados na figura a seguir:

**Figura 1 - Eixos da pesquisa**



Fonte: Elaborado pela autora.

**Figura 2 - Detalhamento das fontes correspondentes aos eixos da pesquisa**

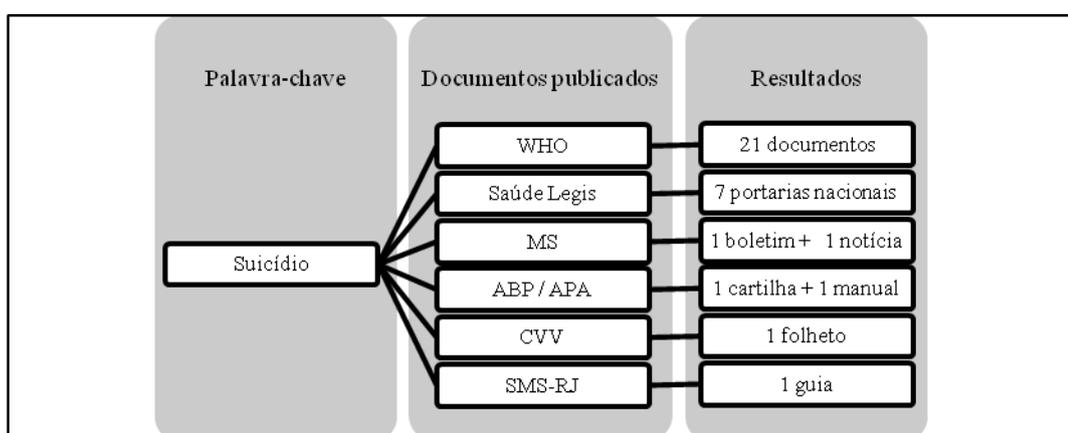


Fonte: Elaborado pela autora.

Assim sendo, cada eixo teve um direcionamento diferente para o levantamento bibliográfico. O primeiro, na leitura e sondagem de documentos oficiais publicados referentes ao “suicídio”. O segundo, “ideação suicida” foi baseado fundamentalmente na investigação de chaves de busca e fichamento de artigos em oito bases de dados. Já para o terceiro (Saúde Coletiva) e o quarto eixo (Metodologia) foi considerado a apreensão dos materiais obtidos ao longo da graduação em Saúde Coletiva [Figura 2].

Para proporcionar um melhor vislumbre deste processo, foram pormenorizados o primeiro e o segundo eixo da pesquisa – suicídio e ideação suicida, respectivamente. Com relação ao primeiro – suicídio, a palavra *per si* foi empregada como mecanismo de busca em documentos oficiais. Estes foram retirados de cinco instituições essenciais para esta abordagem: *World Health Organization* – site oficial (em inglês) da Organização Mundial de Saúde (OMS); Ministério da Saúde (MS); Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) / American Psychiatric Association (APA); e Centro de Valorização da Vida (CVV); Além disso, foi incluído o “Guia de Referência Rápida para Avaliação de Risco de Suicídio e Sua Prevenção” pela Secretaria Municipal da prefeitura do Rio de Janeiro, também foram contempladas todas as portarias nacionais voltadas para o assunto localizadas pela plataforma Saúde Legis [Figura 3].

**Figura 3 - Detalhamento do processo metodológico correspondente ao primeiro eixo**



Fonte: Elaborado pela autora.

Como vistas a aplainar o conteúdo sobre a temática e tendo em vista a relevância dos documentos extraídos do site da WHO, já que são e foram utilizados como referência primária das demais referências no assunto, criou-se uma tabela para resumir todos os documentos elaborados pela Organização até o presente momento [Quadro 1]:

**Quadro 1 - Listagem dos resultados obtidos sobre suicídio na WHO (ordem alfabética)**

Nº	NOME	FONTE	IDIOMA	ANO	PAÍS
1	Instructions for users: How to extract suicide statistics by country from the WHO Mortality Database Online Too	WHO	Inglês	*	*
2	Mental Health Atlas 2017	WHO	Inglês	2018	Suíça
3	Multisite Intervention Study On Suicidal Behaviours – Supre-Miss: Protocol Of Supre-Miss	WHO	Inglês	2002	Suíça
4	Preventing suicide: a resource at work	WHO	Inglês	2006	Suíça
5	Preventing suicide: a resource for counsellors	WHO	Inglês	2006	Suíça
6	Preventing suicide: a resource for suicide case registration	WHO	Inglês	2011	Suíça
7	Preventing suicide: a community engagement toolkit Pilot version 1.0	WHO	Inglês	2016	Suíça
8	Preventing suicide: a resource for media professionals Update 2017	WHO	Inglês	2017	Suíça
9	Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration	WHO	Inglês	2014	Suíça
10	Preventing suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders	WHO	Inglês	2009	Suíça
11	Preventing suicide: a global imperative	WHO	Inglês	2014	Suíça
12	Preventing suicide: a global imperative - Key messages	WHO	Inglês	2014	Suíça
13	Preventing suicide: a global imperative - Myths	WHO	Inglês	2014	Suíça
14	Preventing suicide in jails and prisons	WHO	Inglês	2007	Suíça
15	Preventing suicide: how to start a survivors' group	WHO	Inglês	2008	Suíça
16	Preventing suicide: a resource for general physicians	WHO	Inglês	2000	Suíça
17	Preventing suicide: a resource for general physicians	WHO	Inglês	2000	Suíça
18	Preventing suicide: a resource for primary health care workers	WHO	Inglês	2000	Suíça
19	Preventing suicide: a resource for teachers and other school staff	WHO	Inglês	2000	Suíça
20	Public health action for the prevention of suicide	WHO	Inglês	2002	Suíça
21	Responsible reporting on suicide: quick reference guide	WHO	Inglês	*	Suíça

\* sem informação precisa.

Fonte: Elaborado pela autora.

Por outro lado, enaltecendo o segundo eixo, o levantamento bibliográfico deste foi baseado em seis etapas norteadoras, como demonstra a figura a seguir:

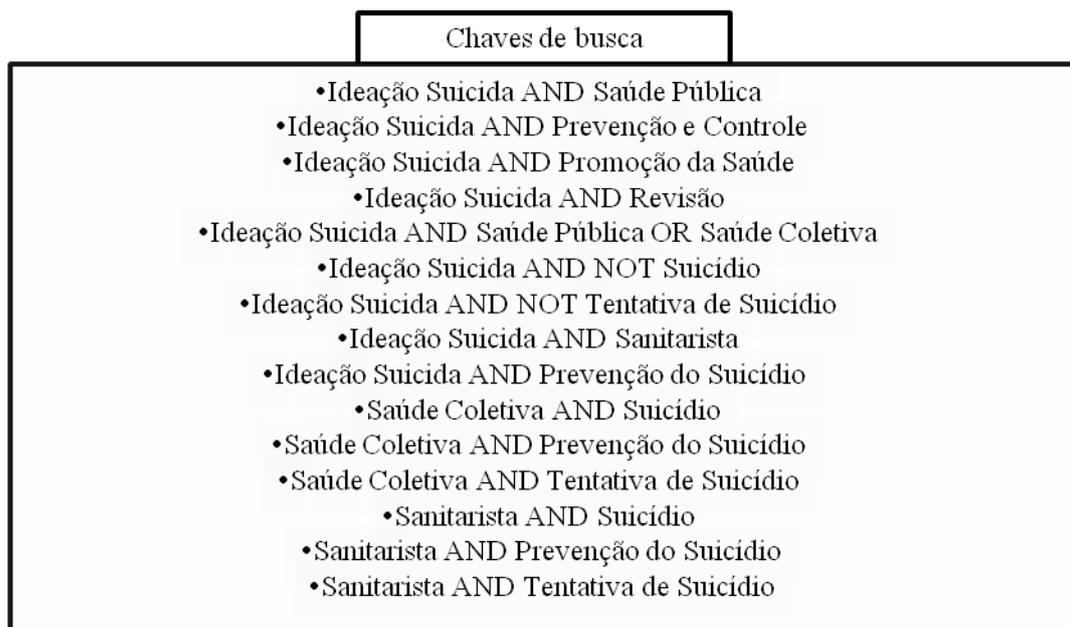
**Figura 4 - Etapas da pesquisa bibliográfica sobre ideação suicida**



Fonte: Elaborado pela autora.

- a) Formulação das chaves de busca (etapa condutora das demais): Neste ponto da pesquisa, foram utilizadas quinze combinações através dos operadores lógicos ou booleanos (“AND”, “OR” e “AND NOT”); Cumprir observar que além dos descritores utilizados, optou-se por utilizar a palavra-chave “sanitarista” na formação das chaves de busca;

**Figura 5 - Detalhamento das chaves de busca**

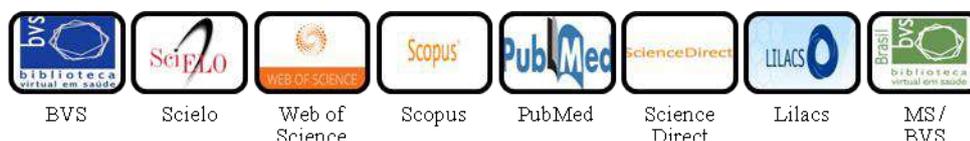


Fonte: Elaborado pela autora.

- b) Escolha das bases de dados e aplicação das chaves: foram selecionadas oito bases de dados [Figura 6]. Independentemente das diferenças entre a disposição dos mecanismos de busca, em todas as bases foram utilizadas as mesmas chaves. No entanto, nas bases em

inglês, as chaves de busca foram traduzidas de acordo com o idioma. (Exemplo: “Ideação suicida AND Saúde Pública” -> “Suicide ideation AND Public Health”);

**Figura 6 - Seleção das bases de dados para a pesquisa sobre ideação suicida**



Fonte: Elaborado pela autora.

- c) Resultados com sem filtros: quando possível, os seguintes filtros foram empregados: “acesso aberto” / “open access”; período de vinte anos (1998 a 2018); país de origem: “Brasil” / “Brazil”; E, por fim, devido à abrangência do estudo, população – por faixa etária, gênero – e demais classificações não foram utilizadas como parâmetros de filtragem na pesquisa;
- d) Seleção e aplicação do critério de inclusão e exclusão: foram considerados pertinentes para a presente pesquisa os resultados (artigos / monografias) que incluíssem “ideação suicida” ou “ideações suicidas” no título, nas palavras-chaves e/ou no resumo [Apêndice A], caso contrário, seriam excluídos. Cumpre destacar que se pela ordem elencada fosse percebido um resultado previamente selecionado pela base anterior, o mesmo também seria excluído evitando a ocorrência de duplicatas. Assim sendo, sucedeu-se a leitura de todos os títulos com os resultados obtidos com as chaves de busca; em seguida, fez-se uma leitura prévia de todos os resumos dos mesmos; e posteriormente a exclusão daqueles que não se enquadravam no critério de inclusão; por fim foram selecionados 38 resultados para leitura integral e fichamento, como demonstra o esquema a seguir:

**Figura 7 - Representação quantitativa resumida do processo de inclusão e exclusão de materiais na pesquisa sobre ideação suicida**

Pesquisa exploratória sobre ideação suicida	Base de dados								Total
	BVS	Scielo	Web of Science	Scopus	PubMed	Science Direct	Lilacs	MS/BVS	
Resultados obtidos com as chaves de busca	45	56	24	02	21	12	12	01	<u>173</u>
Exclusão pela leitura dos resumos	33	33	20	01	20	11	08	01	<u>127</u>
Selecionados para leitura integral e fichamento	09	21	01	01	01	01	03	01	<u>38</u>

Fonte: Elaborado pela autora.

e) Leitura analítica: os trinta e oito documentos foram integralmente lidos; (Quadro 2)

**Quadro 2 - Listagem nominal dos resultados obtidos na pesquisa sobre ideação suicida (ordem alfabética)**

Nº	TÍTULO	Nº	TÍTULO
1	A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida	20	O suicídio e os apelos da alma: reflexões sobre o suicídio na clínica junguiana com pacientes adolescentes
2	An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm	21	Predicting Suicide Risk in Trauma Exposed Veterans: The Role of Health Promoting Behaviors
3	Comportamento suicida: epidemiologia	22	Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura
4	Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos.	23	Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil
5	É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos	24	Relevância clínica de pesadelos em pacientes com transtorno depressivo
6	Efficient interventions on suicide prevention: A literature review	25	Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública
7	Estudo de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação de Dor Psicológica	26	Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia
8	Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial	27	Searching for Psychological Predictors of Suicidal Ideation in University Students
9	Exposure to physical and sexual violence and suicidal ideation among schoolchildren	28	Suicidal ideation and associated factors among adolescents in Northeastern Brazil
10	Factors associated with suicidal ideation among university students	29	Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation
11	Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle	30	Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study
12	Fatores de Risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência	31	Suicidal ideation and chronotype assessment in nurses and police officers
13	How do families of adolescents with suicidal ideation behave?	32	Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician
14	Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas	33	Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors
15	Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial	34	Suicídio em jovens: fatores de risco e análise quantitativa espaço-temporal (Brasil, 1991-2001)
16	Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas	35	Tentativa de suicídio por queimadura: ideação suicida e desesperança
17	Levantamento de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com hemofilia	36	The relationship between sleep quality, depression, and anxiety in patients with epilepsy and suicidal ideation
18	Mental status and suicide probability of young people: A cross-sectional study	37	Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio
19	Níveis de ideação suicida em jovens adultos	38	Women with HIV: gender violence and suicidal ideation

Fonte: Elaborado pela autora.

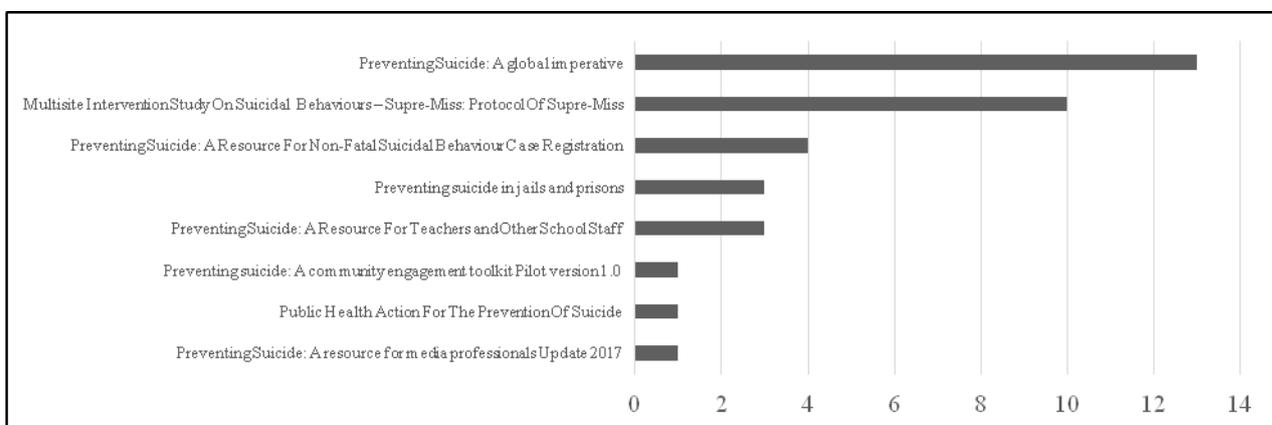
f) Fichamento: enfim, sucedeu o fichamento de conceitos, citações e referências encontradas nos materiais elencados para subsidiar os resultados da pesquisa;

## 6 RESULTADOS

No intuito de caracterizar o encaminhamento da pesquisa, é fundamental sintetizar de antemão alguns pontos gerais dos documentos encontrados, a saber:

- Dos documentos oficiais da WHO [Quadro 1]:
  - Apenas 8 mencionam “ideação suicida” (no singular e no plural: “suicide ideation” / “suicide ideations”) [Figura 8];

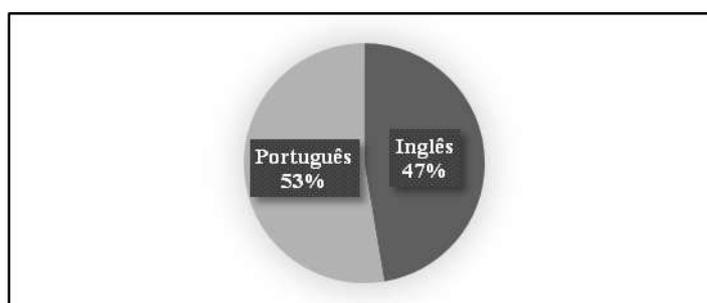
**Figura 8 - Quantidade de vezes que a palavra “ideação suicida” é mencionada nos documentos listados da WHO**



Fonte: Elaborado pela autora.

- Dos 38 documentos obtidos sobre ideação suicida:
  - 20 estão em português e 18 em inglês [Figura 9];

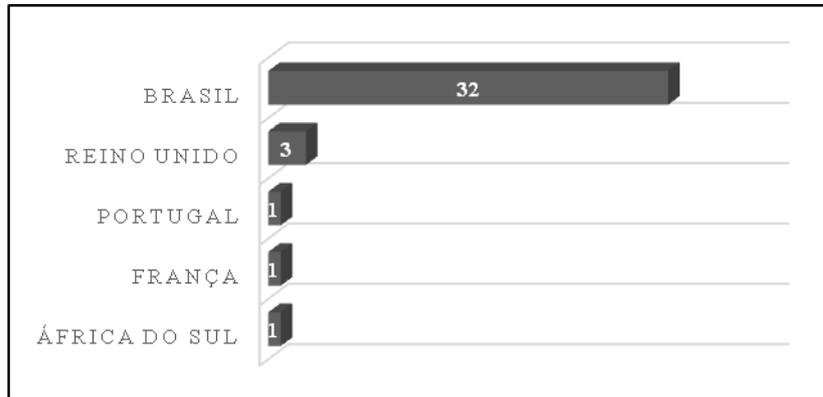
**Figura 9 - Resultados obtidos segundo idioma**



Fonte: Elaborado pela autora.

- A maior parte – 84,2% (32 artigos) – foi publicada no Brasil;

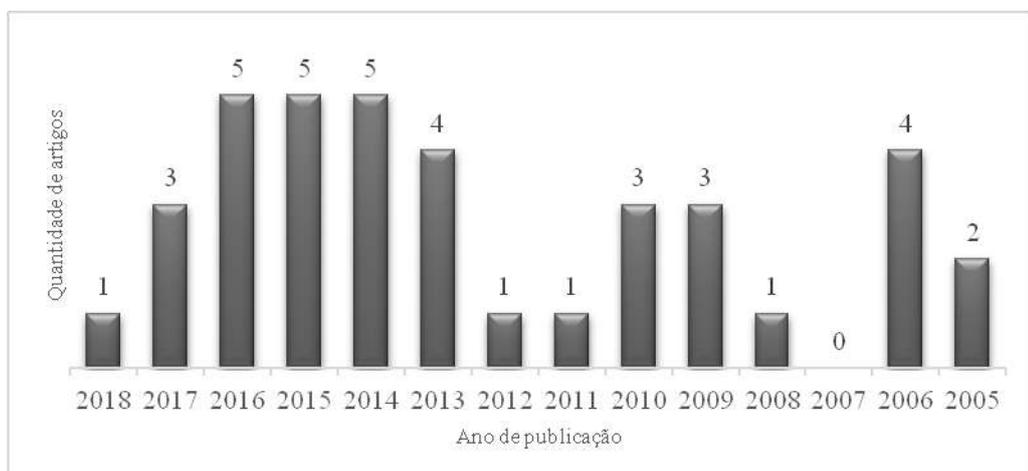
**Figura 10 - País de origem da publicação**



Fonte: Elaborado pela autora.

- De modo geral, a região geográfica estudada não era a mesma da região de publicação; Ex.: O artigo “Predicting Suicide: Risk in Trauma Exposed Veterans” foi publicado pela revista da África do Sul, porém o recorte populacional da amostra do estudo foi efetuado com veteranos de guerras no Iraque.
- Os artigos foram publicados entre os anos de 2005 e 2018 [Figura 10], sendo que em 2007 não houve publicação e 2016, 2015 e 2014 foram os anos com o maior número de publicações.

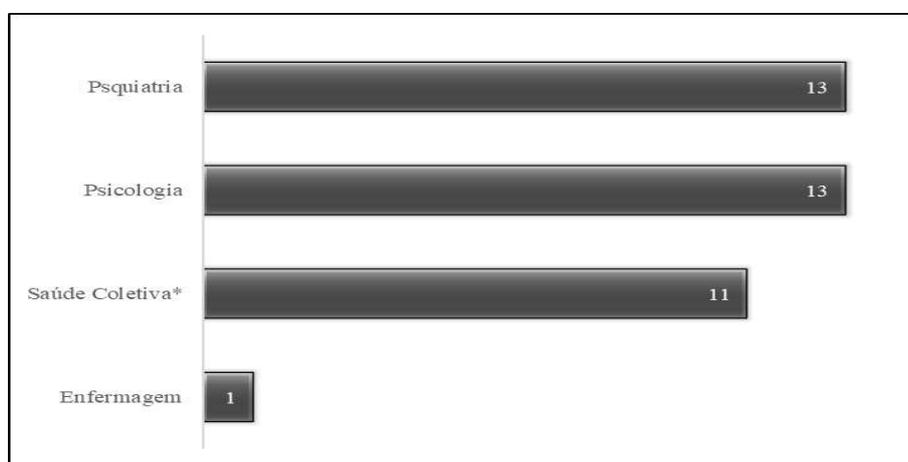
**Figura 11 - Quantidade de artigos obtidos segundo o ano de publicação**



Fonte: Elaborado pela autora.

- Seja no recorte amostral ou nos filtros da pesquisa, cada estudo apresentou um recurso metodológico distinto, porém, majoritariamente, estavam baseados em uma metodologia qualitativa-quantitativa, utilizando escalas e questionários em concomitância com análises estatísticas e epidemiológicas.
- No que tange a abordagem por área de conhecimento [Figura 11], verificou-se além do conteúdo em si, a revista de publicação para qual o artigo foi enviado [Apêndice A], assim sendo, houve a predominância de quatro abordagens, sendo a psiquiátrica e a psicológica de maior destaque;

**Figura 12 - Abordagem do estudo por área de conhecimento**



\*e/ou Saúde Pública e/ou Epidemiologia.

Fonte: Elaborado pela autora.

- A respeito das características populacionais, não há uma uniformidade nos recortes dos estudos quanto ao sexo e a faixa-etária, porém, cumpre mencionar que analisando os artigos em conjunto, todas as idades compreendidas entre 4 e 92 anos foram abordadas;
- Por fim, a exceção das revisões bibliográficas, os autores mencionavam nos artigos, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da localidade, e a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos casos de entrevista.

## 6.1 DELINEAMENTO TEÓRICO-CONCEITUAL DA IDEACÃO SUICIDA

Conforme apontam Figueiredo *et al.* (2015, p. 1712), “pesquisar a ocorrência de ideação suicida ainda é difícil pela complexidade e controvérsia que envolve a gênese do fenômeno.” Assim, considerando os contrastes observados entre as fontes primárias e secundárias do presente estudo sobre a definição da ideação suicida – quanto a ocorrência e duração; é possível inferir, resumidamente, três visões a respeito da interação desta com os demais comportamentos suicidas. Sobre estes, é imperioso destacar preliminarmente, que alguns autores consideram os comportamentos suicidas como a agregação de três eventos (ideações, planejamentos e tentativas), havendo, além disso, uma divisão entre comportamentos fatais e não fatais, como expõe o trecho a seguir:

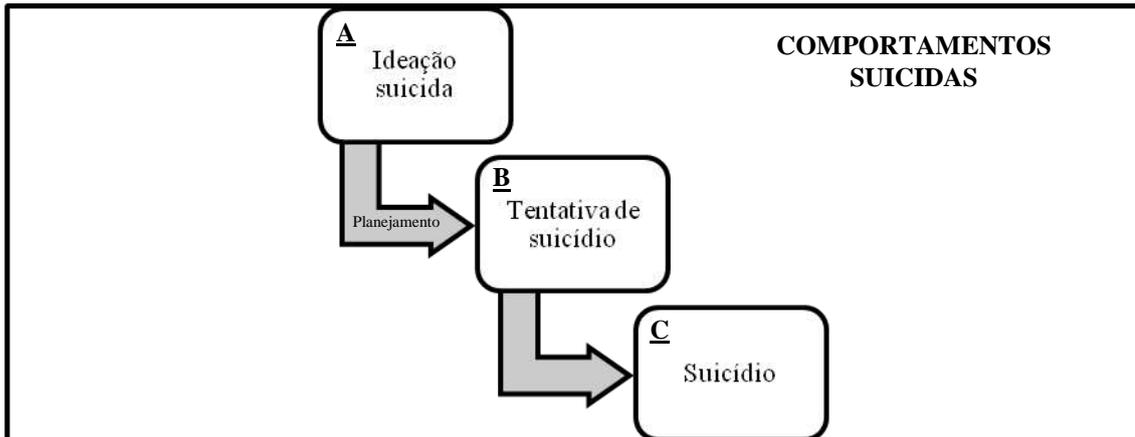
O suicídio é visto como um ato intencional para acabar com a própria vida. Pensamentos e comportamentos suicidas não fatais são agrupados em três categorias: ideação suicida, pensamentos que fomentam a intenção de acabar com a própria vida; plano suicida, formulação de um método para acabar com a própria vida; tentativa de suicídio, comportamento voltado para se ferir em que há alguma intenção de se matar. Ela pode resultar em nenhum ferimento, em ferimento ou em morte. Se a tentativa de suicídio resulta em morte, então é definida como suicídio. A literatura tem utilizado também o termo comportamento suicida, como um tipo de conduta da pessoa que busca se ferir (de modo explícito ou implícito), seja agindo contra si e ameaçando sua vida, seja deixando pistas verbais ou comportamentais. (CAVALCANTE *et al.*, 2013, p. 2987).

Ainda assim, o prosseguimento da pesquisa prioriza a divisão estabelecida nos descritores de saúde, em que são considerados comportamentos suicidas as ideações, as tentativas e o suicídio propriamente. Clareado este ponto, seccionando os pontos disparadores dos comportamentos suicidas em letras – sendo “A” ideação suicida, “B” tentativa de suicídio e “C” suicídio – tem-se três óticas identificadas pelos autores, que estão representadas através de esquemas e elucidadas com as principais citações referentes a essas perspectivas.

Na primeira [Figura 13], entende-se que a ideação suicida seja o estopim dos comportamentos suicidas. Ou seja, a partir de uma progressão linear, um indivíduo necessariamente apresenta a ideação suicida, depois tenta o suicídio e por fim, consuma o ato.

Alguns estudos associam ideação suicida ao risco de tentativas de suicídio e estima-se que 60% dos indivíduos que se suicidam tinham, previamente, ideação suicida. A gravidade e a duração dos pensamentos suicidas correlacionam-se com a probabilidade de tentativa de suicídio, que é, por sua vez, o principal fator de risco para suicídio completo. Evidenciam-se, então, relações importantes entre pensamento e ato no contexto dos comportamentos suicidas, **ainda que outros autores defendam tendências à não progressão da ideação para outras etapas do comportamento suicida.** (SILVA, 2006, p. 1835-1836, grifo da autora).

**Figura 13 - Relação linear dos comportamentos suicidas**

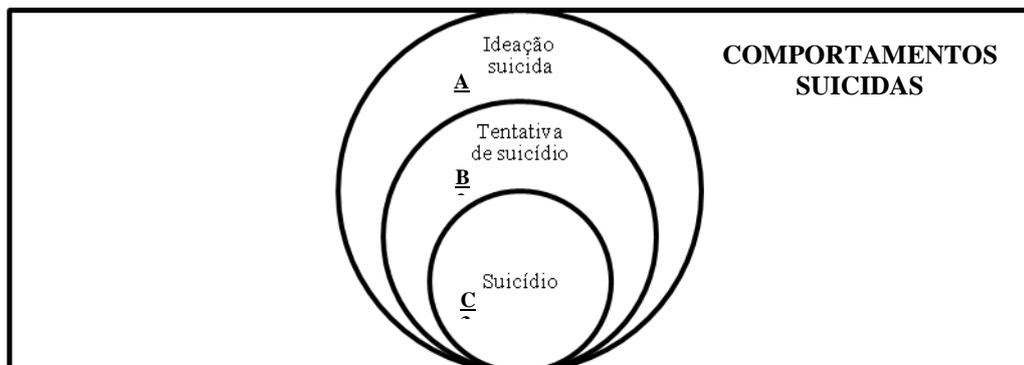


Fonte: Elaborado pela autora.

Já na segunda perspectiva [Figura 14], a ideação é representada simplesmente pela ideia que o indivíduo sustenta sobre a sua intenção de ceifar a própria vida, podendo ser diferenciada em intensidades. Neste sentido, considera-se que ideação seja uma constante nos comportamentos suicidas, estando presente durante a tentativa e o suicídio propriamente dito. Válido ressaltar, que este prisma também considera uma certa linearidade, em que o indivíduo não alcança o suicídio no primeiro momento da ideação, tendendo a passar por tentativas sucessivas antes do ápice da ideação.

No presente estudo, de forma a dar um contributo efetivo para essa área do saber, aborda-se a ideação suicida a partir de seus dois polos: a tentativa ou o suicídio efetivo. O propósito geral é identificar e diferenciar sujeitos **em função das ideias, desejos ou pensamentos** que possam ter eventualmente quanto a morrer de forma intencional. (VASCONCELOS-RAPOSO *et al.*, 2016, p. 346, grifo da autora).

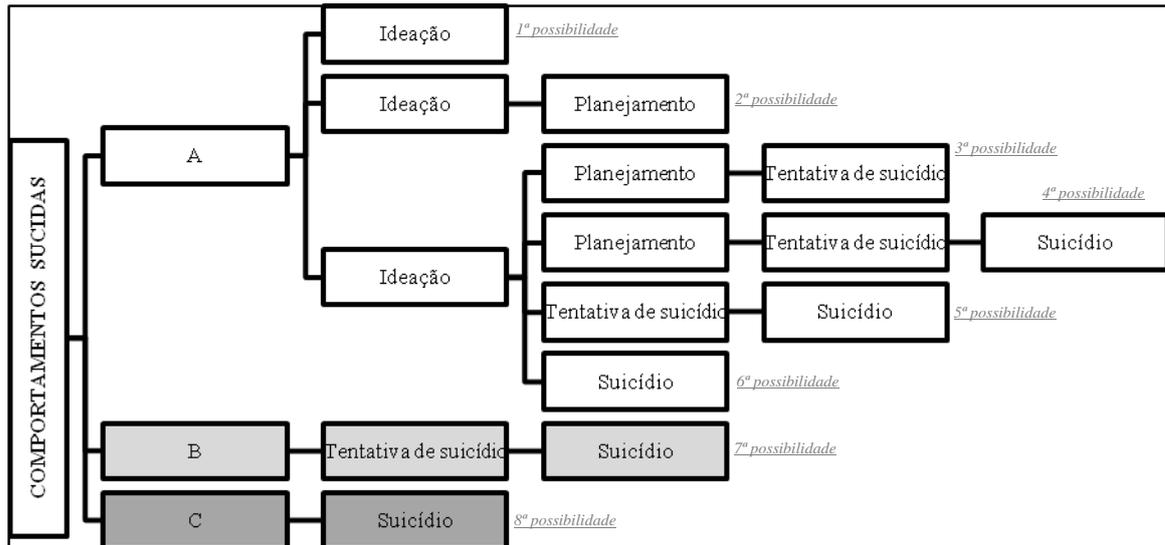
**Figura 14 - Relação de contingência dos comportamentos suicidas**



Fonte: Elaborado pela autora.

Por fim, a terceira perspectiva [Figura 15], concebe que podem existir diversas possibilidades de apresentar algum ou alguns comportamentos suicidas, são elas:

**Figura 15 - Possibilidades de desenvolvimento de comportamentos suicidas**



Fonte: Elaborado pela autora.

1ª) O indivíduo apenas a apresenta a ideiação suicida, ou ideiações, ao longo da vida e a partir deste quadro não desenvolve os demais comportamentos suicidas;

Available data indicates direct associations between physical and sexual violence, and suicidal thoughts in adolescents. Physical and sexual abuse during childhood was found to be strongly associated with suicidal ideation in adolescents even when socio-demographic, mental health, and family variables that could influence this relationship are accounted for. Results from previous studies state that sexual abuse victims show 2 to 3 times more risk of **presenting suicidal ideation as a symptom**, and that physical abuse is a significant predictor of suicidal ideation also when confounding variables are controlled. (SCHÄFER *et al.*, 2017, p. 97, grifo da autora).

2ª) O indivíduo apresenta a ideiação suicida e começa a elaborar planos para tentar o ato, mas não o faz propriamente, somente planeja;

Among those who were randomised to screening for suicidal ideation, we found that very few people who did not have thoughts of ending their life at baseline reported having these thoughts at follow-up. In contrast almost half of those who reported thinking of ending their life at baseline denied having this thought during the following 2 weeks. These findings support those of a population-based study by Gunnell and colleagues who found that most people who experience thoughts of ending their life no longer do so 18 months later. They also provide support for the view that 'watchful waiting' of those with suicidal ideation is appropriate in primary care, in the absence of firmer evidence of risk of suicide **such as a suicide plan**. (CRAWFARD *et al.*, 2011, p. 383, grifo da autora).

3ª) O indivíduo manifesta a ideiação, planeja a tentativa e executa o plano, porém não chega ao suicídio;

This study focused on suicidal ideation and factors associated with suicidal ideation. However, it is of note that one cannot easily link suicidal ideation to **effective suicide**

**attempts.** As we have seen, over the course of a lifetime, suicidal thoughts are six times more frequent than actual suicide attempts although the **frequency of planning** how to take one's own life is much nearer to that of the attempt (a ratio of approximately 5:3). (BOTEGA *et al.*, 2005, p. 52, grifo da autora).

4<sup>a</sup>) O indivíduo possui a ideiação, planeja o suicídio, e após uma ou mais tentativas, suicida-se;

Embora ele ameaçasse: *qualquer dia eu vou me matar, não consigo mais ficar aqui*, sua **ideação suicida** não foi vista como fator de risco pelo médico que o examinou, conforme relatou a filha. Os dois idosos que se enforcaram fizeram igualmente uma escolha existencial **planejada**. (CAVALCANTE *et al.*, 2013, p. 2989, grifo da autora).

5<sup>a</sup>) O indivíduo possui a ideiação, tenta de súbito o suicídio, e após uma ou mais tentativas repetidas, suicida-se;

Quando foi relacionada a **ideação suicida e impulsividade**, os resultados mostraram significância estatística positiva para **falta de planejamento** e impulsividade entre os dependentes com ideiação suicida resultados que podem ser apoiados por alguns estudos, como o apresentado por Kellermann *et al.* (1992) e Lesage *et al.* (1994) onde colocam que mais da metade dos casos das pessoas que **cometem suicídio** preenchem critérios diagnósticos para transtornos de personalidade do grupo B, principalmente, Transtorno da Personalidade Limítrofe e Antissocial, dois quadros caracterizados pela importante presença de traços impulsivos e agressivos. Achados estes, consistentes também com o de Malone *et al.* (1995), que indica que em várias categorias diagnósticas, **existe uma correlação positiva entre a presença de traços impulsivos ou impulsivo-agressivos e a tendência a manifestar o comportamento suicida**. (ALMEIDA *et al.*, 2013, p. 7, grifo da autora).

6<sup>a</sup>) O indivíduo possui a ideiação, e sem planejar ou tentar previamente, suicida-se de pronto;

Em nenhum desses três casos [de suicídio], os filhos observaram comportamento suicida [fatal], embora duas dessas mulheres apresentassem forte ideiação. **Não nos foram relatadas tentativas de suicídio**. Houve percepção de sinais verbais quanto ao profundo sofrimento e desejo de morrer, bem como, houve observação da reação comportamental de quietude e isolamento, no caso em que nenhum sinal de depressão foi identificado. (CAVALCANTE *et al.*, 2013, p. 2989, comentários e grifo da autora).

7<sup>a</sup>) Sem exteriorizar ideiação suicida ou elaborar um plano, o indivíduo tenta o suicídio, e após uma ou mais tentativas repetidas, suicida-se;

“O transtorno bipolar afetou outros membros da família e há o relato de que sua mãe faleceu de consequências advindas de uma **tentativa de suicídio associada a surto psicótico**.” (CAVALCANTE *et al.*, 2013, p. 2987, grifo da autora).

8<sup>a</sup>) Sem apresentar ideiação suicida, ou arquitetar um planejamento, ou ainda, sem histórico de tentativas suicidas, o indivíduo repetidamente suicida-se;

*“Fact: The majority of suicides have been preceded by warning signs, whether verbal or behavioural. Of course there are some suicides that occur without warning. But it is important to understand what the warning signs are and look out for them”* (WHO, 2014a, p. 29, grifo da autora).

Destarte, a terceira perspectiva mostra-se mais inclusiva que as demais, pois os autores consideram que estas possibilidades podem coexistir. Além disto, nota-se que a ideação suicida (“A”) está majoritariamente relacionada com comportamentos suicidas (seis possibilidades de oito). Assim, percebe-se que a ausência da ideação como situação disparadora de comportamentos suicidas em “B” e “C” está atrelada aos poucos casos em que não são identificadas alterações comportamentais no indivíduo, estando basicamente associadas aos surtos psicóticos.

## 6.2 FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO ANTE A IDEACÃO SUICIDA

Tendo vista a polissemia do conceito de risco, na área da saúde, mais especificamente da saúde coletiva, adota-se a interpretação preconizada pelas vigilâncias em saúde de que risco “se refere à possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos que tenham consequências negativas à saúde, ou seja, que possam causar algum tipo de agravo ou dano à saúde de um indivíduo, de um grupo populacional ou ao ambiente” (OLIVEIRA *et al.*, 2009, p. 234). Assim, convém ressaltar que:

Na abordagem quantitativa do risco, torna-se necessário diferenciar duas importantes palavras que o envolvem: a possibilidade e a probabilidade da ocorrência de algum agravo ou dano. O risco, pensado como possibilidade de ocorrência de agravo ou dano, pode ser considerado inerente à própria vida. Viver é estar, de certa maneira, submetido a variados riscos. A probabilidade é uma medida, é a relação existente entre o número de agravos/danos que poderiam acontecer em uma dada situação e sua real ocorrência. **É, portanto, a probabilidade que pode ser avaliada e gerenciada, já que ela admite gradação.** (Ibid, p. 236, grifo da autora).

Isto posto, no que concerne aos fatores de risco, entende-se que são “condições que predis põem uma pessoa a maior risco de desenvolver uma doença. Podem ser genéticas, comportamentais, sociais, culturais ou ambientais” (BRASIL, 20018, p. 23). Já os fatores de proteção são “fatores que reduzem, abrandam ou eliminam as exposições aos fatores de risco, seja reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas ao risco.” (Ibid, p. 23).

Nesse sentido,

Na área da suicidologia, o maior esforço dos estudiosos tem sido a **identificação de fatores de risco para o ato suicida**, e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação auxilia no reconhecimento de grupos de risco, na identificação de sua gravidade e intensidade, e sua associação com diversas variáveis. (FENSTERSEIFER *et al.*, 2005, p. 21, grifo da autora).

Esta dificuldade acentua-se quando o estudo é voltado especificamente para a ideação suicida. De acordo com os resultados relatados, fatores de risco e proteção para a ideação, podem mudar de categoria de acordo com o nível detectado, ou seja, o que é risco pode tornar-se proteção e vice-versa. Corroborando a isto, as apreensões pessoais do sujeito do estudo também podem alterar os encaminhamentos das pesquisas. Como por exemplo, evidencia o trecho do estudo com idosos em que se ratifica que:

Essas mudanças podem ser positivas ou negativas de acordo com a interpretação que cada idoso atribuirá aos eventos em sua vida, os quais são influenciados por fatores psicológicos, emocionais, sociais e culturais, **cujo desfecho pode ser**, para a maioria dos idosos, **a ideação suicida** ou a tentativa de suicídio. (FIGUEIREDO *et al.*, 2015, p. 1712, grifo da autora).

Contudo, algumas questões são passíveis de identificação, como índices de depressão, satisfação com a vida e religiosidade, reforçada pelos estudos de Santos *et al.*, 2015 e Figueiredo *et al.*, 2016. Durante a pesquisa, concebiam o concernido teórico sob a “convivência ambivalente entre o desejo de morrer e a vontade de viver” (FIGUEIREDO *et al.*, 2015, p. 1715), sintetizadas no quadro abaixo em “atração pela vida” (repulsão pela morte) e “repulsão pela vida” (atração pela morte).

### Quadro 3 - Fatores de risco e proteção ante à ideação suicida

Nº	VARIÁVEL	FATOR DE RISCO	FATOR DE PROTEÇÃO	CORRELAÇÃO	
				Atração	Repulsão
				Vida	Vida
I	Satisfação com a vida	Baixo nível	Alto nível	+	-
II	Depressão	Alto nível	Baixo nível	-	+
III	Índice de Compromisso Religioso (ICR)*	Baixo nível	Alto nível	+	-

\*Esta variável, assim como a Escala de Crenças Religiosas, está fortemente associada ao engajamento comunitário, ou seja, a formação de redes de sociabilidade / estímulo às atividades de interação sociais.

Fonte: SANTOS *et al.*, 2016 e FIGUEIREDO *et al.*, 2015.

### 6.3 INSTRUMENTOS DE DETECÇÃO DE IDEAÇÃO SUICIDA

Em um primeiro momento, a identificação da ideação suicida dar-se-ia, pela apreensão de auto-relatos, no entanto, existem vários fatores de confundimento que interferem na elaboração deste processo, como expõe a Organização Mundial de Saúde:

[...] there are several confounding factors that can affect self-report rates of suicidal ideation and suicide attempts. Such factors include the **literacy level of the population**, the specific wording used in the questionnaire, the **length** of the questionnaire, the **interpretation** (i.e. the exact meaning and implications) of the wording in the local language, the time frame considered, and – most importantly – the extent to which **respondents are willing to reveal** this information. (WHO, 2014a, p. 25-26, grifo da autora).

Apesar disto, a veracidade destes instrumentos está respaldada em testes científicos já que “na resolução, nº 002/2003, o Conselho Federal de Psicologia determinou que é requisito mínimo e obrigatório para os instrumentos de avaliação psicológica a apresentação de evidências empíricas de validade e fidedignidade” (FENSTERSEIFER *et al.*, 2005, p. 21).

Entretanto, é forçoso destacar que: “*assessment of suicide intent can be assisted by - but never relegated only to - the administration of scales and questionnaires*” (WHO, 2014b, p. 13), ou seja, a utilização de escalas e questionários funcionam como auxílio na avaliação se o indivíduo apresenta ou não a intenção suicida, porém, isoladamente, não são suficientes para tal.

Mesmo assim, no ímpeto de promover uma maior precisão das informações sobre ideação suicida, no que concerne a coleta de dados, os pesquisadores do assunto utilizam alguns instrumentos majoritariamente baseados em escalas e questionários. Desse modo, a partir dos documentos encontrados, foram esquematizados os principais instrumentos mencionados e explicados nos artigos [Quadro 4]. Estão enquadrados como “específicos” aqueles que fazem referência direta à ideação suicida; como “complementares” aqueles que são condizentes, de modo geral, com os comportamentos suicidas (fatais e não fatais); e os “auxiliares”, por sua vez, são aqueles que foram utilizados nas pesquisas e que de algum modo estão vinculados ao objeto de interesse deste estudo, já que remetem a fatores de risco ou proteção para o suicídio, como pode ser observado a seguir:

#### Quadro 4 - Instrumentos de detecção de ideação suicida (ordem alfabética)

ESPECÍFICOS					
Nº	NOME	SIGLA	Quant. ITENS	ESCALA	SOBRE / FINALIDADE
1	Escala de Ideação Suicida (de Beck)	BSI	30**	**	<p>“É uma medida escalar de auto-relato, que objetiva a identificação da presença de ideação suicida, além de avaliar os planos, comportamentos e atitudes que podem ser encontrados no paciente, para que cometa o suicídio (FENSTERSEIFER <i>et al.</i>, 2005, p. 23)</p> <p>**Obs.: Foram relatadas três versões desta escala: questionário com 30, 21 e 19 itens, com a possibilidade de 3 ou 4 alternativas de resposta para cada item.</p>
2	Questionário de Ideação Suicida	QIS	30	7 pontos (Likert)	<p>“O QIS tem como objetivo analisar a ocorrência de ideação suicida em adolescentes e adultos”</p> <p>“O valor da escala é obtido somando-se as pontuações dos 30 itens, e varia entre 0 e 180 pontos. Quanto maior a pontuação, maior a ideação suicida”</p> <p>(VASCOENLOS-RAPOSO <i>et al.</i>, 2016, p. 349)</p>

COMPLEMENTARES					
Nº	NOME	SIGLA	ITENS	ESCALA	SOBRE / FINALIDADE
1	Escala de Avaliação de Dor Psicológica	PPAS	**	**	<p>“Tentativa de entender os comportamentos autodestrutivos e detectar tendências ou predisposições ao ato suicida.” (FENSTERSEIFER <i>et al.</i>, 2005, p. 21)</p> <p>**Obs.: 4 etapas            1ª – dados de identificação + informações conceituais            2ª – Atribuição de dor psicológica à personagens de 5 imagens (escala de 9 pontos do tipo Likert)            3ª – Classificação da pior dor psicológica e escolha de 3 sentimentos da listagem de 21 itens associados a esta dor;            4ª – Descrição da pior dor psicológica;</p>
2	Escala Multi-Atitudinal de Tendência ao Suicídio	EMTAS	20	5 pontos (Likert)	Avaliar a tendência ao comportamento suicida a partir da identificação entre o conflito “vida” e “morte”. (SANTOS, <i>et al.</i> , 2016, p. 519)
3	Questionário de Comportamentos Suicidas	SBQ-R	4	7 pontos	The four items assess suicidal ideation and behaviour, frequency of suicidal thoughts, threats to die by suicide and self-reported likelihood of suicide attempts (ARMITAGE <i>et al.</i> , 2016, p. 472)
AUXILIARES					
Nº	NOME	SIGLA	Quant. ITENS	ESCALA	SOBRE / FINALIDADE
1	Escala de Crenças Religiosas	ECR*	18	7 pontos	Avaliar a concordância com diferentes práticas religiosas, indicando o grau de religiosidade. (SANTOS, <i>et al.</i> , 2016, p. 519)
2	Escala de Desesperança (de Beck)	BHS	20	4 pontos (mínima, leve, moderada e grave)	“mede a dimensão do pessimismo ou a extensão das atitudes negativas do indivíduo diante do futuro” (FENSTERSEIFER <i>et al.</i> , 2005, p. 23)
3	Escala de Práticas Religiosas	EPR*	18	5 pontos	Mensurar práticas correspondentes a três grupos religiosos [católicos, espíritas e protestantes]. (SANTOS, <i>et al.</i> , 2016, p. 518-519)
4	Escala de Satisfação com a Vida	ESV	5	7 pontos (Likert)	Avaliar o julgamento que as pessoas fazem acerca do quanto estão satisfeitas com a vida. Obs.: Média dos itens constitui um indicador geral de satisfação com a vida. (SANTOS, <i>et al.</i> , 2016, p. 518)
5	Inventário de Depressão (de Beck)	BDI	21	4 pontos (mínima, leve, moderada e grave)	“A soma dos escores dos itens resulta em um escore total, que equivale ‡ intensidade da depressão, que pode ser classificada como mínima, leve, moderada e grave.” (FENSTERSEIFER <i>et al.</i> , 2005, p. 23)
6	Questionário de Saúde Geral de Goldberg	QSG-12	12	4 pontos	Rastrear transtornos mentais comuns (ansiedade e depressão) na clínica geral e na atenção primária. Obs.: Maior pontuação indica baixo nível de saúde mental. (SANTOS, <i>et al.</i> , 2016, p. 518)

\*Abreviação sugerida pela autora.

Fonte: Elaborado pela autora.

Além destes, Cavalcante *et al.*, propuseram um tipo de avaliação diferenciado que considera o uso do método hermenêutico dialético no estudo da tentativa e ideação suicida, sobre esta, foram avaliados: “frequência, intensidade, meios pensados, plano suicida e gravidade” (2015, p. 1678). Contudo, também foram identificados outros instrumentos, que não foram elencados por não haver uma clara explicação sobre a quantidade de itens, pontos e/ou finalidade.

#### 6.4 AVALIAÇÃO CLÍNICA, NÍVEIS DE IDEAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO

Considerando as possibilidades de desenvolvimento dos comportamentos suicidas [Figura 15], avaliar clinicamente a ideação é um percalço que necessita de maiores

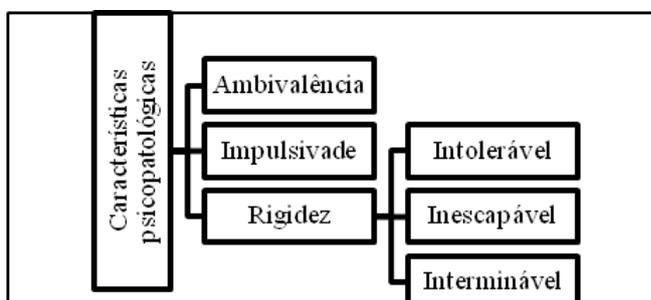
aprofundamentos. Todavia, mediante a utilização dos instrumentos citados [Quadro 4], combinadas as expertises da área de saúde mental, sobretudo no campo da psiquiatria e psicologia, este procedimento torna-se possível, em avaliações periódicas, como evidencia a Associação Brasileira de Psiquiatria:

O primeiro passo é a identificação dos indivíduos de risco por meio da avaliação clínica periódica, considerando que o risco pode mudar rapidamente. Ninguém é realmente capaz de prever com exatidão qual paciente irá se suicidar; apenas o risco pode ser estimado. A avaliação para o risco de suicídio inclui uma **entrevista clínica** e, frequentemente, a **coleta de dados** junto a terceiros. (ABP, 2014, p. 24, grifo da autora).

Outrossim, faz-se necessário frisar que não há um consenso da evolução clínica da ideação, logo, o médico psiquiatra deverá questionar em suas análises, com auxílio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) – [Apêndice B], se, para cada paciente:

- A ideação suicida é o início para os comportamentos suicidas ou mostra-se constante nestes?
- É possível identificar fatores de risco e proteção ante a ideação?
- Quais são as características psicopatológicas do indivíduo? [Figura 16];

**Figura 16 - Características psicopatológicas apontadas pela OMS comuns no estado mental dos suicidas**



Fonte: ABP, 2014, p.24-27

- Ambivalência: “o desejo de viver e de morrer se confundem no sujeito [...] Se for dado oportunamente o apoio emocional necessário para reforçar o desejo de viver, logo a intenção e o risco de suicídio diminuirão.” (ABP, 2014, p. 25).
- Impulsividade: “O impulso para cometer suicídio é transitório e tem duração de alguns minutos ou horas.” (Ibid, p.25).

- Rigidez: “Todo o comportamento está inflexível quanto à sua decisão” (Ibid, p. 25).

Neste processo, é imprescindível evidenciar que:

Os suicidas estão passando quase invariavelmente por uma doença mental que altera, de forma radical, a sua percepção da realidade e interfere em seu livre arbítrio. O tratamento eficaz da doença mental é o pilar mais importante da prevenção do suicídio. Após o tratamento da doença mental o desejo de se matar desaparece. (ABP, 2014, p. 14).

Além disso, para o paciente,

Existe uma distorção da percepção de realidade com avaliação negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Há um medo irracional e uma preocupação excessiva. O passado e o presente reforçam seu sofrimento e o futuro é sombrio, sem perspectiva e com ausência de planos. Surge a ideação e a tentativa de suicídio, que pode culminar com o ato suicida. O peso da decisão de morrer repousa na interpretação dos eventos e a maioria das pessoas, quando saudável, não interpreta nenhum evento como devastador o suficiente para justificar o ato extremo. (ABP, 2014, p. 17).

Assim, toda avaliação médica deve conter a verificação de sete pontos fundamentais, listados a baixo:

#### Figura 17 - Avaliação médica auxiliar para a detecção da ideação suicida

Avaliação médica	Presença de doença mental
	Histórico de comportamento suicida (pessoal ou familiar)
	Suicidabilidade
	Características da personalidade
	Fatores estressores
	Fatores psicossociais e demográficos
	Presença de outras doenças

Fonte: ABP, 2014, p.27-28

Em especial, na Atenção Primária à Saúde (APS), insta considerar o seguinte fluxo de atendimento:

#### Quadro 5 - Paciente com quadro depressivo e com ideação suicida

SEM planos de cometer suicídio		COM planos de cometer suicídio	
Com tentativa anterior, e/ou suporte social frágil, e/ou uso de álcool e outras drogas	Sem tentativa anterior; Bom suporte social; Sem histórico de álcool e outras drogas;	Com acesso aos planos; Tentativa anterior ou não;	
		Conduta no primeiro atendimento	No Seguimento
1º) Tratar o quadro depressivo da maneira mais	1º) Organizar a equipe e agendar atendimentos em intervalos menores, a fim de	1º) Não deixar a pessoa sozinha; 2º) Avaliar necessidade de solicitar Vaga Zero -	1º) Atentar que o período de 30 dias após alta hospitalar é também de maior de risco.

<p>indicada, utilizar medicamentos com menor potencial de letalidade, considerando que pode ser utilizado em uma tentativa;</p> <p>2º) Dispensar a medicação em intervalos menores, se necessário;</p> <p>3º) Discussão do caso com profissionais de Saúde Mental do NASF ou com o serviço de saúde mental de referência para avaliar a necessidade de encaminhamento para ambulatório especializado, mantendo a coordenação do cuidado pela APS;</p>	<p>monitorar se a ideação suicida não evolui para planejamento e tentativa. Visitas domiciliares e telefonemas por membros da equipe, incluindo ACS são opções;</p> <p>2º) Iniciar tratamento medicamentoso com menor potencial de letalidade (caso seja utilizado em uma tentativa). Dispensar a medicação em intervalos menores.</p> <p>3º) Acionar profissionais NASF ou do serviço de saúde mental de referência para acompanhamento conjunto com psiquiatra e psicólogo (a).</p> <p>4º) Remover os meios de autoagressão (objetos perfuro cortantes, armas de fogo, cordas, venenos, medicamentos).</p> <p>5º) Garantir bom sono.</p> <p>6º) Articular o cuidado com o CAPS, CAPS Álcool e Drogas (CAPS ad) ou CAPS Infantil (em caso de infância e adolescência)</p> <p>7º) Mobilizar família e/ou pessoas próximas e/ou recursos da comunidade para monitorização do risco e apoio. Esclarecer que conversar sobre suicídio reduz a ansiedade associada ao sentimento. Críticas à pessoa não a ajudam.</p> <p>8º) Avaliar a necessidade de atendimento específico pelo psicólogo do NASF, além do atendimento conjunto com matriciamento dos profissionais de saúde mental do NASF, CAPS ou outros serviços de saúde mental.</p>	<p>Regulação para os leitos de SM.;</p> <p>3º) Caso não esteja indicada internação em saúde mental, pode-se articular nos casos graves, internação domiciliar, destacando membro(s) da família (rede social) para vigilância 24h ao dia.;</p> <p>4º) Organizar a equipe e agendar atendimentos em intervalos menores, semanais, a fim de monitorar se a ideação suicida não evolui para planejamento e tentativa. Telefonemas e visitas domiciliares são opções.;</p> <p>5º) Iniciar tratamento medicamentoso com menor potencial de letalidade (caso seja utilizado em uma tentativa). Dispensar a medicação em intervalos menores;</p> <p>6º) Acionar profissionais NASF ou do serviço de saúde mental de referência para acompanhamento conjunto com psiquiatra e psicólogo (a);</p> <p>7º) Avaliar necessidade de atendimento psiquiátrico específico, além do atendimento conjunto realizado com psiquiatra em matriciamento;</p> <p>8º) Avaliar a necessidade de atendimento específico pelo psicólogo do NASF, além do atendimento conjunto, ou encaminhamento para ambulatório especializado para psicoterapia, mantendo a coordenação do cuidado pela APS;</p> <p>9º) Remover os meios de autoagressão (objetos perfuro cortantes, armas de fogo, cordas, venenos, medicamentos);</p> <p>10º) Garantir bom sono;</p> <p>11º) Articular o cuidado com o CAPS Infantil (em caso de infância e adolescência) CAPS Adulto ou CAPS AD para acompanhamento de período de crise;</p> <p>12º) Mobilizar família e/ou pessoas próximas e/ou recursos da comunidade para monitorização do risco e apoio. Esclarecer que conversar sobre suicídio reduz a ansiedade associada ao sentimento. Críticas à pessoa não a ajudam;</p> <p>13º) Fornecer suporte à família;</p> <p>14º) Orientar sobre uso da emergência psiquiátrica em situações de crise ou acolhimento no CAPS;</p> <p>15º) Colocar a unidade de saúde à disposição para retorno;</p> <p>16º) Se houver tentativa, notificá-la, realizar notificação compulsória imediata (Portaria nº 204/2016), através da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal Autoprovocada;</p>	<p>2º) Organizar a equipe e agendar atendimentos em intervalos menores, intensificando a relação com a ESF. Visitas domiciliares e telefonemas por membros da equipe, incluindo ACS são opções.</p> <p>3º) Iniciar tratamento medicamentoso com menor potencial de letalidade (caso seja utilizado em uma tentativa). Dispensar a medicação em intervalos menores.</p> <p>4º) Acionar profissionais NASF ou do serviço de saúde mental de referência para acompanhamento conjunto com psiquiatra e psicólogo (a).</p> <p>5º) Remover os meios de autoagressão (objetos perfuro cortantes, armas de fogo, cordas, venenos, medicamentos).</p> <p>6º) Garantir bom sono.</p> <p>7º) Articular o cuidado com o CAPS, CAPS Álcool e Drogas (CAPS ad) ou CAPS Infantil (em caso de infância e adolescência).</p> <p>8º) Mobilizar família e/ou pessoas próximas e/ou recursos da comunidade para monitorização do risco e apoio. Esclarecer que conversar sobre suicídio reduz a ansiedade associada ao sentimento. Críticas à pessoa não a ajudam.</p> <p>9º) Avaliar a necessidade de atendimento específico pelo psicólogo do NASF, além do atendimento conjunto com matriciamento dos profissionais de saúde mental do NASF, CAPS ou outros serviços de saúde mental.</p>
---	---	---	--

Fonte: RIO DE JANEIRO, 2016, p. 32-33.

Com relação a medicação, salienta-se que os profissionais envolvidos não podem olvidar que:

Quando são prescritos antidepressivos a pessoas deprimidas com ideação suicida, a equipe deve permanecer atenta especialmente nas primeiras semanas do tratamento.

Conforme o medicamento faça efeito, pode melhorar o ânimo, a energia e a capacidade de colocar planejamentos em prática antes de melhorar o humor deprimido e os pensamentos suicidas. No início da melhora, a tentativa de suicídio pode acontecer. (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 38).

Outro ponto fundamental a ser visto, é além de detectar a presença ou ausência de ideação suicida, avaliar os níveis de ideação. Nesse sentido, os dois instrumentos específicos para tal – Questionário de Ideação Suicida (QIS) e Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) – [Quadro 3], são os únicos identificados que indicam diretamente as gradações das ideações. No primeiro, “de acordo com Reynolds (1988), uma pontuação no QIS superior ou igual a 41 pontos pode ser indicativa da presença de psicopatologia e de um potencial risco de suicídio.” (VASCOCENLOS-RAPOSO *et al*, 2016, p. 349). E a segunda, “[...] não possui um ponto de corte específico, porém, considera-se como presente ideação moderada a alta pacientes com pontuação maior ou igual a 6.” (BRITO *et al.*, 2013, p. 32).

Corroborando a isto, o guia de referência rápida *Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção*, recomenda (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 29):

- Estratificar o risco de suicídio em baixo, moderado e alto, manejando o atendimento entre o CAPS e a APS. Esta estratificação é efetuada a partir de três aspectos:
  - Presença de ideação suicida;
  - Presença de ideação suicida + histórico de tentativa prévia;
  - Presença de ideação suicida + histórico de tentativa prévia + planejamento + aspecto agravante (impulsividade, desespero, delirium, alucinações, dependência química...);
  
- Avaliar o risco de suicídio do paciente com ideação suicida (na unidade de atenção primária e/ou consultório de rua):
  - 1º passo) Acolher e avaliar o paciente:
    - Risco de suicídio baixo: SEM planos de cometer suicídio;
    - Risco de suicídio moderado: Com sintomas depressivos graves e com planos de cometer suicídio
    - Risco de suicídio alto: Com planos de cometer suicídio, acesso aos planos e Urgência ou Emergência Clínica [Paciente com ideação suicida e sinais de: Envenenamento, intoxicação ou abstinência de drogas, Delirium – confusão mental,

desorientação, flutuação da consciência, da atenção, podendo haver alucinações] por comorbidade psiquiátrica [Paciente com ideação suicida, sem sinais de delirium, intoxicação ou abstinência de drogas, mas COM SINTOMAS PSICÓTICOS: pensamento desorganizado (fala confusa), alucinações auditivas, ideias delirantes (fora da realidade) de cunho místico, persecutório (entre outras)] clínica cirúrgica, obstétrica;

- Seguir estratégias no cuidado:
  - Risco de suicídio baixo: Manter o cuidado do caso na Unidade de APS. Monitorar se a ideação suicida não evolui para planejamento e tentativa;
  - Risco de suicídio moderado: Avaliação imediata da necessidade de internação ou de acompanhamento intensivo em CAPS; Compartilhar o caso com médico(a) e enfermeiro (a) da equipe;
  - Risco de suicídio alto: Médico (a) solicita VAGA ZERO via plataforma de ambulâncias;
    - De acordo com o parágrafo primeiro da resolução nº 2.077/14 do Conselho Federal de Medicina: “A “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências.” (CFM, p. 2014, p. 5).

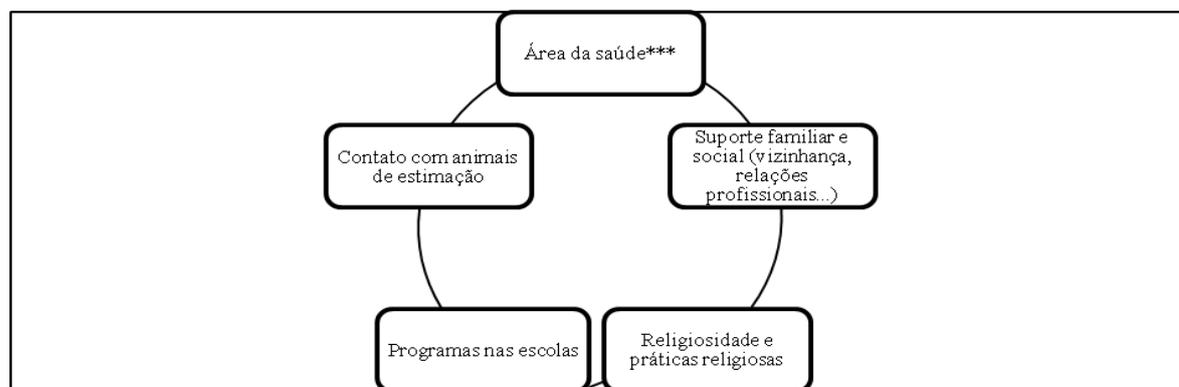
Sob outro aspecto, para além da avaliação (médica e psicológica) torna-se crucial, em problemas de saúde multifatoriais, a compreensão do tratamento diante da perspectiva da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a portaria 4.279 do Ministério da Saúde, “a Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 04). Estas se articulam constantemente com a linha de cuidado, já que são:

Modos de organização da gestão e da atenção em saúde, que abrangem ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, e que articulam os recursos e as tecnologias nos diferentes pontos da rede de serviços de saúde para assegurar o acesso ao cuidado integral. Notas: i) A partir da classificação de risco e da análise da situação de saúde dos sujeitos, é estabelecido um “percurso assistencial”, em que são

definidas as funções e responsabilidades de cada ponto de atenção na produção do cuidado baseado na concepção de integralidade em todos os níveis de atenção. ii) As linhas de cuidado articulam as medidas de regulação, a legislação e as intervenções nos determinantes sociais que impactam o processo saúde-doença. (BRASIL, 2012, p. 25).

Nesse sentido, no tocante as ideações suicidas, “será necessário avançar na **linha de cuidado** com vários setores integrados, tais como saúde (serviços residenciais terapêuticos, atenção básica e Caps, acesso ao medicamento, etc.), habitação, segurança, entre outros” (FIGUEIREDO *et al.*, 2016, p. 1717, grifo da autora). Além disso, “articular intervenções da rede durante o processo terapêutico (pautado na integralidade) buscando remissão de ideação e resolução dos agravos associados” (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 06). Sem embargo, devem ser consideradas as relações intra e extrafamiliares como mecanismos influenciadores, positivos ou negativos, no tratamento do paciente, analisando todo o seu itinerário terapêutico.

**Figura 18 - Vínculos influenciadores no tratamento do paciente com ideações ou comportamento suicidas\*\***



\*Elaborado com base nos resultados dos artigos.

\*\*Sugere-se a avaliação complementar do *Ecomapa*, “ferramenta de trabalho com famílias, que representa graficamente as ligações da família, as pessoas e as estruturas sociais do meio em que habita, além de ajudar a identificar suas relações e os recursos locais, pontos de apoio e suporte” (RJ, 2016. p. 57)

\*\*\*CAPS; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Núcleo de Promoção da Saúde da Solidariedade e Prevenção das Violências e Grupos Articuladores Regionais (GAR); Rede de Adolescentes e Jovens Promotores de Saúde (RAP); E demais componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (RJ, 2016);

Além da atuação do médico e psicólogo, destaca-se a atuação do terapeuta ocupacional, do assistente social e, em especial, na APS, do ACS – Agente Comunitário de Saúde.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde, na realização de visitas domiciliares mais frequentes às pessoas com depressão e ideação suicida é muito importante para auxiliar na sua vinculação com a unidade, no monitoramento da situação e no suporte emocional, auxiliando inclusive a pessoa em sofrimento a buscar forças para comparecer nos grupos, nas consultas e demais atividades oferecidas pela unidade. (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 48).

Concomitantemente, na logística da rede de atenção e linha de cuidado, convém conceber alternativas no processo terapêutico que não estão institucionalizadas, mas que podem vir a contribuir no tratamento dos pacientes que relatam descrenças nos tratamentos convencionais que não se mostram exitosos nos casos de intensa ideação suicida (CAVALCANTE *et al.*, 2013, p. 2991).

Nessa acepção, foram encontradas quatro possibilidades terapêuticas e/ou preventivas: Estratégia de enfrentamento (FIGUEIREDO *et al.*, 2015), Folha de ajuda volitiva (ARMITAGE, 2016), *Tele-Help* e *Tele-Check* (ROSCOÄT, 2016), e Terapia de Resolução de Problemas (RIO DE JANEIRO, 2016).

1º. Estratégia de enfrentamento (*coping*):

- ➔ “[...] focalizadas na **emoção**, cujo objetivo é alterar o estado afetivo do indivíduo, buscando reduzir as sensações desagradáveis decorrentes dos fatores estressores da vida.” (FIGUEIREDO *et al.*, 2015, p. 1712, grifo da autora).
- ➔ “E focalizadas no **problema**, procurando direcionar as ações internas e externas em prol da modificação das dificuldades existentes, do aprimoramento da relação entre as pessoas e seu meio social e cultural.” (FIGUEIREDO *et al.*, 2015, p. 1712, grifo da autora).

2º. Folha de ajuda “voluntária” [ANEXO A]:

- ➔ “volitional help sheet potentially represents a unique, non-invasive, low-cost tool that can be used to prevent repetition of suicidal ideation and behaviour” (ARMITAGE, 2016, p. 475).
- ➔ “such interventions are likely to prove most useful when employed as an adjunct to other forms of psychosocial or pharmacological treatments” (Ibid, p. 475).
- ➔ “Last, the volitional help sheet shows promise as a brief, cost-effective tool to reduce suicidal ideation and behaviour, threats to die by suicide and reported likelihood of a future suicide attempt.” (Ibid, p. 475).

3º. *Tele-Help* e *Tele-Check* :

- ➔ “The results showed a significant decrease in suicidal ideation of the imminent suicide over the course of the call in individuals having suicidal thoughts or intentions” (ROSCOÄT, 2016, p. 369).

4º. Terapia de Resolução de Problemas:

- “[...] é uma intervenção desenvolvida especificamente para o cenário da Atenção Primária, a fim de reduzir sintomas depressivos e ansiosos, auxiliando profissionais a apoiar pessoas no enfrentamento de situações de estresse” (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 48).

5º. Intervenção Breve Pessoal (IIP):

- “[...] tem como principal objetivo oferecer atenção para a remissão dos sintomas, através da melhora do funcionamento interpessoal nas suas relações familiares e outros suportes sociais” (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 50).

Por fim, com relação a **notificação e registro da ideação suicida**, em nota do guia, afirma-se que: “Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação no VIVA [Vigilância de Violência e Acidentes], requer ações de atenção integral em saúde” (RIO DE JANEIRO, 2016, p. 78, comentário da autora). Ou seja, não há um mecanismo institucionalizado para notificação ao Ministério da Saúde sobre a detecção da ideação suicida, enquanto sendo considerada a fagulha para o desenvolvimento dos comportamentos suicidas. Porém, o documento *Preventing Suicide: A Resource for Non-fatal Suicidal Behaviour Case Registration* sugere o registro do maior número de informações possíveis sobre o paciente que deu entrada na unidade de saúde, especialmente, no que tange aos comportamentos não-fatais: [Anexo B]:

Essentially, every health facility should have a unique identification number for each person who enters as a way to distinguish those who repeat non-fatal suicidal behaviour from those who present only once; this would also capture people moving from one area to another, and assist in linking morbidity data with mortality data. Establishing a unique identification for each individual is also a key to understanding patterns in prevalence of non-fatal suicidal behavior (single episode and repeats). (WHO, 2014b, p. 06).

## 7 DISCUSSÃO

Diante da proximidade da meta estipulada pela OMS para a redução das taxas de suicídio e o paradoxal aumento das mesmas, a produção científica sobre a temática de comportamentos suicidas tem ganhado notoriedade. A ideação suicida em particular, apresenta significativos avanços em termos quantitativos de publicações. Contudo, sobre esta, traçando a análise comparativa entre os autores e seus respectivos resultados, as abordagens são distintas. Este fato suscita dois encaminhamentos para a academia: a falta de legitimidade – poucos artigos defendem a mesma abordagem, com relação a metodologia de estudo, o recorte populacional e o desfecho; em contraponto com a amplificação da temática – quanto mais artigos houverem sob diversas perspectivas, maior será o diálogo com outras áreas temáticas ou de conhecimento.

### 7.1 PONTOS DIVERGENTES

Ao apresentarem as citações de autoridade sobre o assunto, não há delimitações claras sobre a definição de ideação suicida, posto que comparando cada artigo entre si, os rumos do prosseguimento desta diante dos comportamentos suicidas é colocado de modo implícito durante as análises. Esta questão, apesar de simples, torna fundamental a análise minuciosa dessas delimitações, posto que podem comprometer o subsequente desfecho de cada estudo. Observam-se conclusões não consensuais a respeito dos fatores de risco e proteção ante a ideação suicida, no que toca a relação de causa e consequência, a ideação suicida é um fator de risco ou proteção para outras doenças e comorbidades? Ou o contrário, doenças e comorbidades podem se apresentar como fator de risco ou proteção para a ideação suicida?

### 7.2 PONTOS CONVERGENTES

De modo geral, os estudos, traçam uma forte aproximação teórica entre ideação suicida e planejamento suicida, porém defendem que ter a ideia não é o mesmo que aprofundá-la (em planejamentos / arquitetadas) e tampouco efetuar-la (tentativa ou suicídio). Porém, a nível de coleta de dados, torna-se difícil segregar o abstrato (campo das ideias, que podem ou não serem exteriorizadas verbalmente ou comportamentalmente), do concreto (comportamentos fatais, expressos em tentativa e suicídio).

Com relação a amostra do estudo, aqueles que se propunham a implementar questionários e entrevistas, realizaram por intermédio de amostras de conveniência (não probabilísticas), ou seja, os direcionamentos finais dos trabalhos tornam-se inconsistentes quanto a capacidade de rigor estatístico a nível populacional. No que tange a utilização dos instrumentos, dos que se propunham a tal, nota-se que todos os estudos utilizaram ao menos uma das escalas Beck – Ansiedade (BAI), Desesperança (BHS), Depressão (BDI), Ideação Suicida (BSI). Já sobre as considerações finais, de modo geral, acrescentavam a escassez de estudos na área e a subsequente carência da realização de novos. Além disso, reconhecem que abordar formas de detecção e intervenção de ideação suicida, corresponde a intervir direta ou indiretamente na promoção à saúde e prevenção ao suicídio.

Sobre a área de abordagem dos estudos, nota-se uma secção entre duas vertentes: estudos com o enfoque no indivíduo (psiquiatria, enfermagem e psicologia) e com enfoque no coletivo (saúde coletiva, saúde pública e epidemiologia). No que concerne a quantidade de idioma por país de publicação, observa-se a não correspondência equitativa ao concernido da amostra dos estudos, isto é, dos trinta e oito resultados, apenas vinte estão no idioma português em oposição aos trinta e dois que foram publicados originalmente em idioma estrangeiro, mas elaborados no Brasil. Seja para dar mais visibilidade à temática, seja pelo reconhecimento à nível internacional, carecem publicações que estejam voltadas de fato para a realidade nacional.

Sobre os autores dos estudos, cumpre destacar, sem embargo, e em especial, o brasileiro Neury José Botega. Graduado em medicina com residência médica em psiquiatria, doutorado em saúde mental, pela Universidade Estadual de Campinas e pós-doutorado pelo Instituto de Psiquiatria de Londres, tem atuação especializada na análise dos comportamentos suicidas. Atualmente, atua como professor titular da UNICAMP e é membro da diretoria da Associação Brasileira de Estudos de Psiquiatria (ABEPS). As publicações de Botega, são referenciadas, primordialmente por quase todos os artigos, e também em documentos da WHO, representando no assunto, um grande legado para os estudos no país.

### 7.3 DEMAIS PONDERAÇÕES

Retomando a hipótese central da pesquisa, identifica-se que a mesma foi parcialmente corroborada, posto que de fato a ideação suicida constitui-se como o primeiro estágio dos comportamentos suicidas, sendo um ponto validado em todas as análises, a exceção dos casos que a detecção é dificultosa, pois indicam correspondências com os casos de surtos psicóticos,

representando a minoria nos registros de suicídio. Contudo, não foram relatados mecanismos reais, praticados em unidades de saúde – apenas utilizados circunstancialmente no momento da pesquisa – para reconhecer, monitorar e rastrear a ideação suicida. Nesse sentido, espera-se que novas pesquisas possam encontrar outros recursos para detecção da ideação suicida, para além do QIS e BSI, para possibilitar a diminuição subsequente da ocorrência de suicídio.

Porém, no que compete a prevenção do suicídio, questiona-se a viabilização desta no cenário contemporâneo, sob dois aspectos: No Brasil, como atender em tempo hábil a meta da OMS, se as modificações do acordo preconizado em 2013, começaram a ser implementadas, a nível de Política Nacional, apenas em 2017? E, sob o prisma da ideação suicida, como atuar na prevenção se os estudos indicam a necessidade de atuação, mas não as formas?

Além disto, convém destacar o enfoque dado pelos documentos de que a problemática transcende a área da saúde demandando, portanto, ações multidisciplinares e intersetoriais. Todavia, cumpre salientar, em especial, o olhar apurado que os profissionais de saúde devem buscar desenvolver para estarem aptos para lidar com a identificação e acolhimento de pacientes com ideação suicida. Contudo, não há evidências de um direcionamento transparente sobre a forma como a capacitação destes é efetuada para o suicídio, e tampouco para a ideação suicida. Durante a revisão bibliográfica, o único documento encontrado sobre este ponto é a notícia publicada no site do MS, em setembro de 2018, alegando os avanços quanto as políticas de prevenção (do suicídio), porém, novamente, não há uma exposição clara sobre como fazê-lo.

Ademais, convém evidenciar a carência da caracterização da ideação suicida, no que se refere às instituições de referência (OMS, APA/ABP e MS). Todavia, considerando que não há um documento oficial específico para a ideação, sugere-se que as pesquisas voltadas para este quesito – da investigação de instituições e programas de referências no assunto – optem pela utilização de novas chaves de busca, permitindo a inclusão dos descritores: “comportamentos suicidas”, “prevalência” (de ideação suicida) e “profissionais de saúde”, sendo a ausência destes uma das limitações deste estudo.

Outro impasse deste, foi a não explicitação das taxas de ideação suicida segundo características populacionais – faixa etária e sexo – e regionais. Porém, novas pesquisas poderão cruzar as análises e realizar inferências que representem a presença ou ausência de significância estatística. Além disso, sugere-se a possibilidade da revisão integrativa a partir da análise primária dos documentos elencados.

Sobre o campo da saúde coletiva, não foram identificadas interações expressivas entre a ideação suicida. Em contrapartida, quatro estudos foram submetidos para a Revista de Saúde

Coletiva, não com o intuito de evidenciar o aspecto da intersectorialidade, mas sim, o de reforçar as implicações na saúde do coletivo que as ideias silenciosas podem ocasionar. Outros quatro estudos – Prevalência e fatores associados à ideia suicida na adolescência: revisão de literatura; Prevalências de ideia, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil; *Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation*; *Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors* – endossam a relevância da investigação da prevalência de ideia suicida nos atendimentos de saúde. Nesta deixa, não há uma sistematização explícita dos procedimentos de atendimento a pacientes com comportamentos suicidas sob níveis de atenção, porém, deve-se dar um enfoque especial para a prevenção primária e secundária dos comportamentos suicidas.

Nesse sentido, cumpre deduzir um raciocínio vital desta pesquisa: talvez a abordagem para as políticas de prevenção ao suicídio, estejam equivocadas na própria titulação “prevenção ao suicídio” e deveriam considerar a “prevenção de comportamentos suicidas”. Pois, apesar do imperativo de evitar a fatalidade da morte, o processo (número de tentativas e ideias) é reconhecido de modo unânime como superior ao suicídio, e mais custoso nos aspectos – emocionais e psíquicos (para o indivíduo e familiares), econômicos (com as práticas de mitigação dos meios de suicídio para o indivíduo com alto risco e tratamento ao indivíduo que apresenta tentativas não consumadas que deixam sequelas) e sociais (pela postergação do desânimo e inatividade produtiva).

Torna-se imperioso ressaltar, que esta questão propicia uma hipótese para outros estudos, já que o intuito desta foi o de tentar respeitar a neutralidade do encaminhamento da pesquisa, nos quais as hipóteses e objetivos desta, estariam passíveis de validação ou questionabilidade. Assim, do ponto de vista, da Saúde Coletiva, a prevenção do suicídio, é um aspecto amplamente abordado, porém há uma falta de direcionamento, quanto a abordagem (“suicídio” *versus* “comportamentos suicidas”) e articulação de abordagens (áreas de conhecimento), para criação e replicação de programas e modelos que transcendem a eficácia (o plano ideal) dos programas e atingem a efetividade (o plano real).

A esta altura, faz-se crucial retomar a ideia central da estratégia de prevenção: notificar – casos; orientar – envolvidos; e organizar – fluxos de assistência à luz da elaboração de diagnósticos situacionais (para a investigação dos comportamentos suicidas nos níveis municipais, estaduais e nacional), aliado a implementação transparente da execução do Plano e Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio. Porém, cabe a indagação: quais serão os profissionais aptos para atuar nestas questões?

Sobre este aspecto, nenhuma pesquisa evidenciou o sanitário como profissional de saúde apto para atuar na temática. Entretanto, outros profissionais também não foram abordados de modo direto – médicos e psicólogos estavam subentendidos nas pesquisas, além destes, os profissionais de enfermagem e policiais foram mencionados não como profissionais atuantes na remissão da ideação, mas como população passível de desenvolver a ideação – o que implica alegar que não houve um relato preciso das formas de atuação dos profissionais de saúde ou de áreas adjacentes, excetuando-se o guia da SUBPAV que destrincha a atuação do NASF. Nesse sentido, reforça-se uma lacuna para este quesito, e que, talvez, a expertise do profissional sanitário poderá auxiliar na interlocução de propostas e implantação das políticas de prevenção, já que possui as expertises das áreas de Política, Planejamento, Gestão, Epidemiologia e das Ciências Sociais e Humanas em saúde.

Portanto, sobre este profissional, conforme a literatura, não há como realizar apontamentos sobre as formas de atuação deste na notificação e detecção de casos de ideação suicida. Especialmente, porque a identificação das potencialidades de atuação do sanitário está associada a um reconhecimento da Saúde Coletiva exclusivamente na América Latina, e subsequentemente, carece a legitimidade desta em nível global. Somado a isto, todos os documentos da WHO, são elaborados na Suíça sob o enfoque global da Saúde Pública.

Mesmo assim, talvez uma possibilidade de atuação seja a de auxiliar na implementação nos atendimentos de saúde – para os casos de saúde mental que já possuem acompanhamento clínico – da folha de registro de comportamentos suicidas não-fatais. Ou ainda, para propiciar uma real articulação entre os profissionais de saúde voltados estritamente para as ciências biológicas e psicológicas com as demais áreas. Ou na transparência e implementação dos programas existentes e auxílio na criação de novos. Todavia, estas continuam sendo inferências que apenas estudos mais específicos poderão ratificar ou invalidar.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, foi estabelecida a tentativa de aproximar e delinear conceitualmente a ideação suicida, fatores de risco e fatores de proteção implicados a esta, instrumentos de detecção, encaminhamentos da avaliação clínica, níveis de ideação e possíveis redes de atenção. Evidencia-se a relevância desta temática, não somente para a promoção da saúde e prevenção do suicídio, mas para fins pragmáticos, para avaliação de custos sociais e econômicos, cujos desdobramentos podem ser avaliados em outras pesquisas.

Destaca-se que a partir do percurso metodológico deste trabalho, a pesquisa adquire um encaminhamento diferente do intencionado. Ainda assim, o direcionamento do trabalho à luz das justificativas expostas, permite que os achados corroborem parcialmente com a hipótese e com os objetivos propostos. Nessa ótica, ao que indicam os estudos, a exceção de alguns casos – correspondentes aos casos não preveníveis – a abordagem sobre a prevenção ao suicídio deveria estar voltada para o primeiro estágio do suicídio, a ideação suicida.

Além disso, nota-se a importância da APS, do NASF bem como toda a rede de atenção básica na ESF da saúde mental. Porém, é lastimável assinalar uma defasagem implícita no MS sobre o assunto, haja vista que não há um setor especializado e institucionalizado para tratar da temática. Neste ponto, o CVV exerce um trabalho meritório, pelo escuta e acolhimento de pessoas passando por momentos de sofrimentos extremos. Todavia, por se tratar de uma organização não-governamental, a problemática aparece quando esta instituição é vista pela população, como a única alternativa para estes propósitos, quando em verdade, deveria ser uma alternativa complementar a alguma instituição ou programa de referência do MS.

Sob outro ponto, sabe-se que o suicídio é visto como um tabu na sociedade. Contudo, poucos sabem que o induzimento ao suicídio é crime previsto no código penal. Ou seja, há uma linha tênue entre abordar e não abordar o suicídio, pois, em verdade, os documentos da WHO indicam que o assunto deve ser levantando para propiciar a construção de redes de apoio, ao tempo em que o modo da abordagem deve ser considerado e analisado a fim de evitar o “comportamento de manada”. Isto posto, este aspecto tende a maximizar a dificuldade de explanar, fora do âmbito acadêmico, sobre os comportamentos suicidas, principalmente a ideação suicida.

Em suma, nota-se que a ideação suicida se constitui, assim como o suicídio, como um problema, multicausal, que, entretanto, possui características convergentes que permitem a detecção e prevenção. Embora, até o presente momento as análises dos documentos oficiais da WHO se mostrem insuficientes para abordar a temática, espera-se, em um futuro próximo,

que a atualização destes documentos possa abrir novos caminhos para novas pesquisas científicas que irão propiciar contribuições enriquecedoras tanto para o nível acadêmico quanto para os níveis sociais, econômicos, profissionais e pessoais.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Lena Nabuco de *et al.* Ideação suicida e tentativas de suicídio no transtorno bipolar tipo I: uma atualização para o clínico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 271-280, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n3/aop0309.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.
- AKCA, Selen Ozakar; YUNCU, Ozgur; AYDIN, Zehra. Estado mental e probabilidade de suicídio de jovens: um estudo transversal. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 64, n. 1, p. 32-40, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v64n1/0104-4230-ramb-64-01-0032.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.
- ALEXANDRINO-SILVA, Clóvis *et al.* Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 338-344, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31n4/aop0909.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.
- ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; FLORES, Antoníele Carla Stephanus; SCHEFFER, Morgana. Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v26n1/01.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.
- ALVES, Verônica de Medeiros *et al.* Suicidal ideation and chronotype assessment in nurses and police officers. **Medical Express**, São Paulo, v. 2, n. 3, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/medical/v2n3/2318-8111-medical-02-03-20150305.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnbr6023.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018.
- \_\_\_\_\_. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/nbr10520-original.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Conselho Federal de Medicina. **Suicídio**: informando para prevenir. Brasília, 2014. Disponível em: [https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio\\_informado\\_para\\_prevenir\\_abp\\_2014.pdf](https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/suicidio_informado_para_prevenir_abp_2014.pdf). Acesso em: 09 jun. 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução de: Maria Inês Corrêa Nascimento. Disponível: <https://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagnóstico-e-Estatístico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

ARMITAGE, C. J. *et al.* An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. **The British Journal of Psychiatry**, 2016, v. 208, n. 5, p. 470-476. 2016. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E229C883F9729E18F40DDA6B95AC8B0A/S000712500024378Xa.pdf/an\\_exploratory\\_randomised\\_trial\\_of\\_a\\_simple\\_brief\\_psychological\\_intervention\\_to\\_reduce\\_subsequent\\_suicidal\\_ideation\\_and\\_behaviour\\_in\\_patients\\_admitted\\_to\\_hospital\\_for\\_selfharm.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E229C883F9729E18F40DDA6B95AC8B0A/S000712500024378Xa.pdf/an_exploratory_randomised_trial_of_a_simple_brief_psychological_intervention_to_reduce_subsequent_suicidal_ideation_and_behaviour_in_patients_admitted_to_hospital_for_selfharm.pdf). Acesso em: 26 dez. 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Código-penal. Decreto-lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Artigo 122. **JusBrasil**. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40#art-122>. Acesso em 30 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 30, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.479, de 18 de dezembro de 2017. Institui Comitê para a elaboração e operacionalização do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio no Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2017. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3479_22_12_2017.html). Acesso em: 16 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Primária**: rastreamento. Brasília, v. 2, n. 29. 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento\\_caderno\\_atencao\\_primaria\\_n29.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf). Acesso em: 29 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Promoção da saúde**: glossário temático. Brasília: MS, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf). Acesso em: 16 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf). Acesso em: 02 jan. 2019

\_\_\_\_\_. 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. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 65, 15 ago, 2006a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em: 16 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Campinas: 2006b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf). Acesso em: 29 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **VIVA**: instrutivo. Notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília: MS, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpessoal\\_autoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf). Acesso em: 16 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.542, de 22 de agosto de 2005. Institui Grupo de Trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542\\_22\\_12\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html). Acesso em: 16 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: MS, 2002. p. 19. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 16 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Saúde Legis**: Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: [http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM). Acesso em: 16 dez. 2018.

BAHLS, Saint-Clair *et al.* Levantamento de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com hemofilia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 20-25, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n1/v55n1a03.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

BEURS, D. P. *et al.* Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines: cluster randomised trial. **The British Journal of Psychiatry**, v. 208, p. 477-483, maio. 2016. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E9FF31D76518550FF4D1156997BAA834/S0007125000243791a.pdf/evaluation\\_of\\_benefit\\_to\\_patients\\_of\\_training\\_mental\\_health\\_professionals\\_in\\_suicide\\_guidelines\\_cluster\\_randomised\\_trial.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/E9FF31D76518550FF4D1156997BAA834/S0007125000243791a.pdf/evaluation_of_benefit_to_patients_of_training_mental_health_professionals_in_suicide_guidelines_cluster_randomised_trial.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE (BVS). **Descritores em ciências da saúde**: DeCS. Disponível em: [http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface\\_language=p&previous\\_page=homepage&previous\\_task=NULL&task=start](http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IsisScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&interface_language=p&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start). Acesso em: 24 jun. 2018.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, dez. de 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-2014-03-0231.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2018.

BOTEGA, Neury José *et al.* 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/10.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

BOTEGA, Neury José *et al.* Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 45-53, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23712.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

BRITO, Maria Eliane Maciel *et al.* Tentativa de suicídio por queimadura: ideação suicida e desesperança. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 12, n. 1, p. 30-36. 2013. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/141/pt-BR/tentativa-de-suicidio-por-queimadura--ideacao-suicida-e-desesperanca>. Acesso em: 30 dez. 2018.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves *et al.* Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1667-1680, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1667.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a23.pdf>. Acesso em: 29 dez. de 2018.

CECCON, Roger Flores *et al.* Mulheres com HIV: Violência de gênero e ideação suicida. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 758-765. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211578/>. Acesso em: 30 dez. 2018.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). **Falando abertamente sobre o suicídio** [folheto]. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/05/Falando-Abertamente-CVV-2017.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

CHELLAPPA, Sarah Laxhmi; ARAUJO, John Fontenele. Relevância clínica de pesadelos em pacientes com transtorno depressivo. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 183-187, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n4/a02v33n4.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 2.077/14**: dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2019.

CRAWFORD, M. J. *et al.* Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry**, v. 198, p. 379-384, maio. 2011. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/C13EF2D1B4FC19F0867838D5D4106CDD/S000712500025513Xa.pdf/impact\\_of\\_screening\\_for\\_risk\\_of\\_suicide\\_randomised\\_controlled\\_trial.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/C13EF2D1B4FC19F0867838D5D4106CDD/S000712500025513Xa.pdf/impact_of_screening_for_risk_of_suicide_randomised_controlled_trial.pdf). Acesso em: 30 de dez. 2018.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

DeBEER, B. B. *et al.* Predicting suicide risk in trauma exposed veterans: the role of health promoting behaviors. **PLoS ONE**, v. 11, n. 12, p. 1-11, dez. 2016. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0167464&type=printable>. Acesso em: 30 de dez. 2018.

DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. **Reorganização dos sistemas de saúde**: promoção da saúde e atenção básica da saúde. [Brasília]: UNASUS. 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade02/unidade02.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade02/unidade02.pdf). Acesso em: 09 jul. 2018.

FENSTERSEIFER, Liza; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Enquadramento e avaliação da Escala de Avaliação de Dor Psicológica. **Psico-USF**, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 21-29, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a04.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos *et al.* É possível superar ideações e tentativas de suicídio? um estudo sobre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1711-1719. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1711.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa?** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: [https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod\\_resource/content/1/como\\_elaborar\\_projeto\\_de\\_pesquisa\\_-\\_antonio\\_carlos\\_gil.pdf](https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf). Acesso em: 09 jun. 2018.

GOUVEIA-PEREIRA, Maria; ABREU, Sonia; MARTINS, Cláudia. How do families of adolescents with suicidal ideation behave? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 171-178, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v27n1/19.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; SOUSA, Amandia Braga Lima; GRUBITS, Sonia. Ideação suicida e tentativa de suicídio em idosos - experiências subjetivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1731-1740, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1731.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

MACIEL, Victor. Novos dados reforçam a importância da prevenção do suicídio. **Ministério da Saúde**, 20 set. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44404-novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 19, n. 3, p. 445-453, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00445.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD: Ensp, 2009. 404p. Disponível em: <http://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2019.

OLIVEIRA, Santina Rodrigues de. O suicídio e os apelos da alma: reflexões sobre o suicídio na clínica junguiana com pacientes adolescentes. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 103-110. 2012. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/suicidio\\_apelos\\_alma\\_reflexoes\\_adolescentes.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/suicidio_apelos_alma_reflexoes_adolescentes.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

OSMO, Alan. SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl.1, p. 205-218, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Análise da situação de saúde: o que são necessidades e problemas de saúde? *In*: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap. 3.

\_\_\_\_\_. Saúde Coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

PEREIRA, Adelino António Gonçalves; CARDOSO, Francisco Manuel dos Santos. Searching for Psychological Predictors of Suicidal Ideation in University Students. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 33, p. 1-8. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v33/0102-3772-ptp-33-e33420.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; NASCIMENTO, Emily da Silva. Representação social da depressão em uma Instituição de ensino da rede pública. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 448-463, set. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n3/v30n3a02.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Coleção Guia de Referência Rápida. **Avaliação do risco do suicídio e sua prevenção** (versão profissional). Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: [https://subpav.org/download/prot/Guia\\_Suicidio.pdf](https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

RODRIGUES, R. S. *et al.* Suicídio em jovens: fatores de risco e análise quantitativa espaço-temporal (Brasil, 1991-2001). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 7, p. 177-188, nov. 2006. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/53>. Acesso em: 30 dez. 2018.

ROSCOÄT, E.; BECK, F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. **Revue d’Epidemiologie et de Santé Publique**, v. 1, n. 4, p. 363-374, jan. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002885>. Acesso em: 30 out. 2018.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2019.

SA, Daniel Graça Fatori de *et al.* Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 643-652, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/08.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

SAÚDE mental: é necessário aumentar recursos em todo o mundo para atingir metas globais. **Organização Pan-Americana de Saúde**. Brasília, 06 jun. 2018. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necesario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5694:saude-mental-e-necesario-aumentar-recursos-em-todo-o-mundo-para-atingir-metas-globais&Itemid=839). Acesso em: 30 jan. 2019.

SANTOS, Hugo Gedeon Barros dos *et al.* Factors associated with suicidal ideation among university students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2878, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt\\_0104-1169-rlae-25-e2878.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2878.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

SANTOS, Walberto Silva dos *et al.* A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v.17, n. 3, p.515-526, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v17n3/v17n3a16.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

SCHÄFER, Julia Luiza *et al.* Exposição à violência física e sexual e ideação suicida em escolares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 96-103, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n2/0047-2085-jbpsiq-66-2-0096.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos *et al.* Suicidal ideation and associated factors among adolescents in northeastern Brazil. **The Scientific World Journal**, p. 1-8, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260435/pdf/TSWJ2014-450943.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

SILVA, Vinício Oliveira da; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções dos estudantes e dos egressos de Saúde Pública / Coletiva. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 539-550, abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1414-3283-icse-22-65-0539.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

SILVA, Viviane Franco da *et al.* Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1835-1843, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/07.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

SOUZA, Luciano Dias de Mattos *et al.* Ideação suicida em adolescentes de 11 a 15 anos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 37-41, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32n1/aop1109.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes de. Saúde pública ou saúde coletiva. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 07-21, 2014. Disponível em: [http://www.escolade.saude.pr.gov.br/arquivos/File/saude\\_publica\\_4.pdf](http://www.escolade.saude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf). Acesso em: 17 dez. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Informação e Bibliotecas. **Manual para elaboração e normalização de trabalhos de conclusão de curso**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004. Disponível em: <http://www.sibi.ufrj.br/index.php/manuais-e-publicacoes>. Acesso em: 30 dez. 2018.

VASCONCELOS-RAPOSO, José *et al.* Níveis de ideação suicida em jovens adultos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 33, n. 2, p. 345-354, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n2/0103-166X-estpsi-33-02-00345.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 714-727, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>. Acesso: 30 dez. 2018.

WIGG, Cristina Maria Duarte; FILGUEIRAS, Alberto; GOMES, Marleide da Mota. The relationship between sleep quality, depression, and anxiety in patients with epilepsy and suicidal ideation. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 72, n. 5, p. 344-348, maio 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v72n5/0004-282X-anp-72-5-0344.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Instructions for users**: how to extract suicide statistics by country from the WHO Mortality Database Online Tool. Geneva: WHO, [2016?]. p.1-7. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/extraction\\_suicide\\_statistics.pdf](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/extraction_suicide_statistics.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Mental Health Action Plan 2013 - 2020**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=73D87E5F5472FFAE51DF5F9C15F5F641?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=73D87E5F5472FFAE51DF5F9C15F5F641?sequence=1). Acesso em: 09 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **Mental Health Atlas 2017**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – Supre-Miss**: protocol of supre-miss. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.174.5140&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a community engagement toolkit (Pilot version 1.0). Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252071/WHO-MSD-MER-16.6-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: WHO, 2014a. Disponível em: <https://www.lifeline.org.au/static/uploads/files/who-report-preventing-suicide-wfsichcursc.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a global imperative – key messages. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/key\\_messages.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/key_messages.pdf?ua=1). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a global imperative – myths. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/myths.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/myths.pdf?ua=1). Acesso em: 30 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a resource at work. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43502/9241594381\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43502/9241594381_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for counsellors. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43487/9241594314\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43487/9241594314_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for general physicians. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/56.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for media professionals (Update 2017). Geneva: WHO, 2017. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_media.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: WHO, 2014b. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112852/9789241506717\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112852/9789241506717_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for police, firefighters and other first line responders. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_firstresponders.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_firstresponders.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for suicide case registration. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665\\_eng.pdf?sequence](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44757/9789241502665_eng.pdf?sequence). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for teachers and other school staff. Geneva: WHO, 2000. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/62.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/62.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: a resource for start survivor's group. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_survivors.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: in jails and prisons. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_jails\\_prisons.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons.pdf). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: public health action for the prevention of suicide – a framework. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf?sequence=1). Acesso em: 30 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Preventing suicide**: responsible reporting on suicide – quick reference guide. Geneva: WHO, [201-?]. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/dos\\_donts\\_one\\_pager.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/dos_donts_one_pager.pdf?ua=1). Acesso em: 30 dez. 2018.

**APÊNDICE**

APÊNDICE A - LISTAGEM DOS RESULTADOS OBTIDOS NO LEVANTAMENTO SOBRE IDEAÇÃO SUICIDA MEDIANTE CRITÉRIO DE INCLUSÃO (ORDEM ALFABÉTICA)

Nº	TÍTULO	AUTORES	PALAVRAS-CHAVE	TIPO	BASE REVISTA	IDIOMA	ANO	PAÍS PUBLICAÇÃO
1	A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida	1.Walberto Silva dos Santos 2.Sylvia Maria Ulisses 3.Thicianne Malheiros da Costa 4.Mariana Gonçalves Farias 5.Darlene Pinho Fernandes de Moura	a)Ideação Suicida; b)Saúde Mental; c)Satisfação com a Vida; d)Compromisso Religioso	Artigo	SCIELO Psicologia, Saúde e Doenças	Português	2016	Portugal
2	An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm.	1.Christopher J. Armitage 2.Wirda Abdul Rahim 3.Richard Rowe 4.Rory C. O'Connor	**	Artigo	BVS The Britash Journal of Psychiatry	Inglês	2016	Reino Unido
3	Comportamento suicida: epidemiologia	1.Neury José Botega	a)Suicídio; b)Tentativa de suicídio; c)Epidemiologia;	Artigo	SCIELO Psicologia, USP	Português	2014	Brasil
4	Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos	1.Fátima Gonçalves Cavalcante 2.Maria Cecília de Souza Minayo 3.Raimunda Matilde do Nascimento Mangas	a)Suicídio em idosos; b)Depressão; c)Autópsia psicológica;	Artigo	Web Of Science Ciência e Saúde Coletiva	Português	2013	Brasil
5	É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos	1.Ana Elisa Bastos Figueiredo 2.Raimunda Magalhães da Silva 3.Luiza Jane Eyre Souza Vieira 4.Raimunda Matilde do Nascimento Mangas 5.Girliani Silva de Sousa 6.Jarlideire Soares Freitas 7.Marta Conte 8.Everton Botelho Sougey	a)Tentativa de suicídio; b)Ideação suicida; c)Idoso; d)Superação	Artigo	BVS Ciência e Saúde Coletiva	Português	2015	Brasil
6	Efficient interventions on suicide prevention: A literature review*  Les interventions efficaces dans le champ de la prévention du suicide: analyse de la littérature	1.E. du Roscaët 2.F. Beck	a)Evaluation of interventions; b)Literature review; c)Psychological distress; d)Public health; e)Suicidal ideations; f)Suicide; g)Suicide prevention	Artigo	Science Direct Revue d'épidémiologie et de santé	Inglês*  Francês	2013	França
7	Estudo de fidedignidade e validade da Escala de Avaliação de Dor Psicológica	1.Liza Fensterseifer 2.Blanca Susana 3.Guevara Werlang	a)Escala de Avaliação de Dor Psicológica; b)Fidedignidade; c)Validade; d)Adolescentes; e)Ideação suicida;	Artigo	SCIELO Psicologia, UFC	Português	2005	Brasil
8	Evaluation of benefit to patients of training mental health professionals in suicide guidelines:	1.Derek P. de Beurs 2.Marieke H. de Groot 3.Jos de Keijser 4.Erik van Duijn	**	Artigo	BVS The Britash Journal of	Inglês	2016	Reino Unido

	cluster randomised trial	5.Remco F. P. de Winter 6.Ad J. F. M. Kerkhof			Psychiatry			
9	Exposure to physical and sexual violence and suicidal ideation among schoolchildren	1.Julia Luiza Schäfer 2.Vanessa Andina Teixeira 3.Larissa Prado da Fontoura 4.Luís César de Castro 5.Rogério Lessa Horta	a)Suicidal ideation; b)Adolescent behavior; c)Child abuse;	Artigo	SCIELO Jornal Brasileiro de Psiquiatria	Inglês	2017	Brasil
10	Factors associated with suicidal ideation among university students	1.Hugo Gedeon Barros dos Santos 2.Samira Reschetti Marcon 3.Mariano Martínez Espinosa 4.Makilin Nunes Baptista 5.Paula Mirianh Cabral de Paulo	a)Suicidal Ideation; b)Univesities, c)Students; d)Adolescent; e)Risk Factors	Artigo	SCIELO Revista Latino-Americana de Enfermagem	Inglês	2017	Brasil
11	Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle	1.Viviane Franco da Silva 2.Helenice Bosco de Oliveira 3.Neury José Botega 4.Leticia Marín-León 5.Marilisa Berti de Azevedo Barros 6.Paulo Dalgalarondo	a)Suicídio; b)Saúde Mental; c)Estudos de Casos e Controles.	Artigo	SCIELO Cadernos de Saúde Pública	Português	2006	Brasil
12	Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência	1.Daniel Graça Fatori de Sá 2.Isabel A. Santos Bordin 3.Denise Martin 4.Cristiane S. de Paula	a)Saúde mental; b)Fatores de risco; c)Criança; d)Adolescente; e)Estudos transversais.	Artigo	SCIELO Psicologia: Teoria e Pesquisa	Português	2010	Brasil
13	How do families of adolescents with suicidal ideation behave?	1.Maria Gouveia-Pereira 2.Sonia Abreu 3.Cláudia Martins	a)Adolescência; b)Ciclo de vida; c)Coesão; d) Adaptabilidade familiar; e)Ideação suicida;	Artigo	SCIELO Psicologia: Reflexão e Crítica	Inglês	2014	Brasil
14	Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas	1.Rosa Maria Martins de Almeida; 2.Antoniéle Carla Stephanus Flores; 3.Morgana Scheffer	a)Suicídio; b)Drogas c)Expressão de raiva, d)Impulsividade e)Raciocínio abstrato.	Artigo	Lilacs Psicologia: Reflexão e Crítica	Português	2013	Brasil
15	Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial.	1.Mike J. Crawford 2.Lavanya Thana 3.Caroline Methuen 4.Pradip Ghosh 5.Sian V. Stanley 6.Juliette Ross 7.Fabiana Gordon 8.Grant Blair 9.Priya Bajaj	**	Artigo	BVS The British Journal of Psychiatry	Inglês	2011	Reino Unido
16	Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas	1.Fátima Gonçalves Cavalcante 2.Maria Cecília de Souza Minayo 3.Denise Machado Duran Gutierrez 4.Girliani Silva de Sousa 5.Raimunda Magalhães da Silva 6. Rosylaine Moura 7.Stela Nazareth Meneghel	a)Tentativa de suicídio em idosos; b)Ideação suicida na velhice; c)Entrevista semiestruturada; d)Rigor e qualidade de instrumentos de pesquisa	Artigo	SCIELO Ciência e Saúde Coletiva	Português	2015	Brasil
17	Levantamento de sintomas depressivos em crianças e adolescentes com hemofilia	1.Saint-Clair Bahls 2.Flávia Rocha Campos Bahls 3.Juliane Keller 4.Altamir Sabbag 5.Ana Elisa Gusso	a)Crianças e adolescentes, b)Hemofilia, c)Sintomas depressivos d)Medo de dor.	Artigo	SCIELO Jornal Brasileiro de Psiquiatria	Português	2006	Brasil

		6.Débora Carla de Assunção 7.Maria Fernanda Petry 8.Roberto Beno Echterhoff						
18	Mental status and suicide probability of young people: A cross-sectional study.	1.Selen Ozakar Akca 2.Ozgur Yuncu 3.Zehra Aydin	a)Anxiety. b)Depression. c)Hostility d)Suicide e)Young Adult. f)Adolescent.	Artigo	PubMed Revista da Associação Médica Brasileira	Inglês	2017	Brasil
19	Níveis de ideação suicida em jovens adultos	1.José Vasconcelos-Raposo 2.Ana Rita Soares 3.Filipa Silva 4.Marcos Gimenes Fernandes 5.Carla Maria Teixeira	a)Adulto jovem; b)Estudantes; c)Ideação suicida	Artigo	SCIELO Estudos de Psicologia (Campinas)	Português	2016	Brasil
20	O suicídio e os apelos da alma: reflexões sobre o suicídio na clínica junguiana com pacientes adolescentes	1.Santina Rodrigues de Oliveira	a)Suicídio; b)Adolescente c)Teoria Junguiana.	Artigo	BV/MS O Mundo da Saúde	Português	2012	Brasil
21	Predicting Suicide Risk in Trauma Exposed Veterans: The Role of Health Promoting Behaviors.	1.Bryann B. DeBeer , 2.Julie A. Kittel, 3.Andrew Cook, 4.Dena Davidson, 5.Nathan A. Kimbrel, 6.Eric C. Meyer, 7.Suzy B. Gulliver, 8.Sandra B. Morissette	**	Artigo	BVS PLOS ONE	Inglês	2016	África do Sul
22	Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura	1.Lenice Carrilho de Oliveira Moreira 2.Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Basto	a)Comportamento autodestrutivo; b)Suicídio; c)Adolescentes	Artigo	SCIELO Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional	Português	2015	Brasil
23	Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil	1Neury José Botega 2.Leticia Marín-León 3.Helenice Bosco de Oliveira Marilisa 4.Berti de Azevedo Barros 5.Viviane Franco da Silva 6.Paulo Dalgalarondo	a)Adulto jovem; b)Estudantes; c)Ideação suicida	Artigo	SCIELO Cadernos de Saúde Pública	Português	2009	Brasil
24	Relevância clínica de pesadelos em pacientes com transtorno depressivo	1.Sarah Laxhmi Chellappa 2.John Fontenele Araújo	a)Pesadelos, b)Distúrbios do sono, c)Transtornos depressivos d)Ideação suicida	Artigo	SCIELO Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)	Português	2006	Brasil
25	Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública	1.Karla Carolina Silveira Ribeiro 2.Maria da Penha de Lima Coutinho 3.Emily da Silva Nascimento	a)Depressão, b)Adolescência, c)Representação social, d)Desenho-história com tema.	Artigo	SCIELO Psicologia: Ciência e Profissão	Português	2010	Brasil
26	Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia	1.Kay Francis Leal Vieira 2.Maria da Penha de Lima Coutinho	a)Representações sociais. b)Depressão. c)Suicídio. d)Estudantes de Psicologia	Artigo	SCIELO Psicologia: Ciência e Profissão	Português	2008	Brasil
27	Searching for Psychological Predictors of Suicidal Ideation in University Students	1.Adelino António Gonçalves Pereira 2.Francisco Manuel dos Santos Cardoso	a)Psychological predictors b)Suicidal ideation, c)University students	Artigo	SCIELO Psicologia: Teoria e Pesquisa	Inglês	2018	**
28	Suicidal ideation and associated factors among adolescents in Northeastern Brazil	1.Roberto Jerônimo dos Santos Silva 2.Fabio Alexandre Lima dos Santos 3.Nara Michelle Moura Soares	**	Artigo	Scopus The Scientific World Journal	Inglês	2014	**

		4.Emerson Pardono						
29	Suicidal behaviour in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation	1.Neury José Botegal 2.Marilisa Berti de Azevedo Barros 3.Helenice Bosco de Oliveira 4.Paulo Dalgalarondo 5.Letícia Marín-León	a)Suicide, attempted, statistics & numerical data; b)Self-Injurious behavior; c)Cross-sectional studies	Artigo	BVS Revista Brasileira de Psiquiatria	Inglês	2005	Brasil
30	Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study	1.Clóvis Alexandrino-Silva 2.Maira Lazarini Guimarães Pereira 3.Carlos Bustamante 4.André Corrêa de Toledo Ferraz 5.Sergio Baldassin 6.Arthur Guerra de Andrade 7.Tânia Corrêa de Toledo Ferraz Alves	a)Depression; b)Symptoms, psychic; c)Students, medical; d)Cross-sectional studies; e)Students, health occupations	Artigo	BVS Revista Brasileira de Psiquiatria	Inglês	2009	Brasil
31	Suicidal ideation and chronotype assessment in nurses and police officers	1.Verônica de Medeiros Alves 2.Mayra Bruna de Farias Santos 3.Layse Mayane Silva Nascimento 4.Gicilene Cavalcante Ferro 5.Lucas Kayzan Barbosa da Silva 6.Fabian Eloi Tenório 7.Antônio E. Nardi	a)Nursing; b)Police; c)Anxiety; d)Depression; e)Suicidal ideation; f)Chronobiology phenomena	Artigo	SCIELO Medical Express	Inglês	2015	Brasil
32	Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician	1.Lena Nabuco de Abreu 2.Beny Lafer 3.Enrique Baca-Garcia 4.Maria A. Oquendo	a)Bipolar disorder; b)Suicide; c)Behavior; d)Risk factors; e)Review	Artigo	SCIELO Revista Brasileira de Psiquiatria	Inglês	2009	Brasil
33	Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors	1.Luciano Dias de Mattos Souza 2.Ricardo Azevedo da Silva 3.Karen Jansen 4.Renata Peretti Kuhn 5.Bernardo Lessa Horta 6.Ricardo Tavares Pinheiro	a)Adolescent; b)Suicide; c)Cross-sectional studies; d)Risk factors; e)Substance-related disorders	Artigo	SCIELO Revista Brasileira de Psiquiatria	Inglês	2010	Brasil
34	Suicídio em jovens: fatores de risco e análise quantitativa espaço-temporal (Brasil, 1991-2001)	1.Regina S Rodrigues, 2.Ana Claudia F. M. Nogueira 3.Jorge Antolini 4.Victor Berbara 5.Cátia Oliveir	a)Suicídio; b)Saúde do Adolescente; c)Epidemiologia	Artigo	BVS Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Português	2006	Brasil
35	Tentativa de suicídio por queimadura: ideação suicida e desesperança	1.Maria Eliane Maciel Brito 2.Leirylane de Souza Pereira Goes 3.Vanessa Bomfim Costa 4.Maria Glêdes Ibiapina Gurgel 5.Maria Dalva Santos Alves 6.Maria Adélia Timbó 7.José Gomes Bezerra Filho	a)Suicídio. b)Tentativa de suicídio. c)Queimaduras. d)Unidades de queimados. e)Ideação suicida.	Artigo	Lilacs Revista Brasileira de Queimaduras	Português	2013	Brasil
36	The relationship between sleep quality, depression, and anxiety in patients with epilepsy and suicidal ideation	1.Cristina Maria Duarte Wigg 2.Alberto Filgueiras 3.Marleide da Mota Gomes	a)Epilepsy; b)Suicidal ideation; c)Depression; e)anxiety; f)Sleep disorders; g)Sleep quality; h)Predictors	Artigo	Lilacs Arquivos de Neuropsiquiatria	Inglês	2014	Brasil
37	Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio	1.Denise Machado Duran Gutierrez 2.Amandia Braga Lima Sousa	Tentativa de suicídio, Ideação suicida, Subjetividade,	Artigo	SCIELO Ciência e Saúde	Português	2015	Brasil

		3.Sonia Grubits	Idoso, Família		Coletiva			
38	Women with HIV: Gender violence and suicidal ideation	1.Roger Flores Ceccon 2.Stela Nazareth Meneghel 3.Vania Naomi Hirakata	a)Violence Against Women, b)Suicidal Ideation, c)Battered Women, d)HIV Infections, psychology, e)Cross- Sectional Studies	Artigo	BVS Revista de Saúde Pública	Inglês	2014	Brasil

\*Resultado utilizado em detrimento do idioma original de publicação.

\*\*Não informado.

Legenda:

	Resultados obtidos em idioma nacional (português)
	Resultados obtidos em idioma estrangeiro (inglês)

## APÊNDICE B – FICHAMENTO DAS MENÇÕES À IDEACÃO SUICIDA NO DSM-V

Nº	TÓPICO / CITAÇÃO DIRETA
1	<p>UTILIZAÇÃO DO MANUAL &gt; Definição de um Transtorno Mental &gt; (p. 20)</p> <p>O diagnóstico de transtorno mental deve ter utilidade clínica: deve ajudar os clínicos a determinar o prognóstico, os planos de tratamento e os possíveis resultados do tratamento para seus pacientes. Contudo, o diagnóstico de um transtorno mental não é equivalente à necessidade de tratamento. A necessidade de tratamento é uma decisão clínica complexa que leva em consideração a gravidade dos sintomas, <b>a importância dos sintomas (p. ex., presença de ideação suicida)</b>, o sofrimento do paciente (dor mental) associado ao(s) sintoma(s), deficiência ou incapacidade relacionada aos sintomas do paciente, riscos e benefícios dos tratamentos disponíveis e outros fatores (p. ex., sintomas psiquiátricos complicadores de outras doenças). Os clínicos podem, dessa forma, encontrar indivíduos cujos sintomas não satisfazem todos os critérios para um transtorno mental, mas que demonstram necessidade evidente de tratamento ou cuidados. O fato de algumas pessoas não apresentarem todos os sintomas indicativos de um diagnóstico não deve ser usado para limitar seu acesso aos cuidados adequados.</p>
2	<p>TRANSTORNOS DO NEURODESENVOLVIMENTO &gt; Transtorno Específico da Aprendizagem &gt; Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico &gt; (p.70)</p> <p>O transtorno específico da aprendizagem está associado a <b>risco aumentado de ideação</b> e tentativas de suicídio em crianças, adolescentes e adultos.</p>
3	<p>ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS &gt; Esquizofrenia &gt; Risco de Suicídio &gt; (p. 74)</p> <p>Cerca de 5 a 6% dos indivíduos com esquizofrenia morrem por suicídio; em torno de 20% tentam suicídio em uma ou mais ocasiões, <b>e muitos mais têm ideação suicida importante</b>. Um comportamento suicida ocorre por vezes em resposta ao comando das alucinações para prejudicar a si mesmo ou a outros. O risco de suicídio permanece elevado durante o ciclo de vida para ambos os sexos, embora possa ser especialmente alto em indivíduos do sexo masculino mais jovens com uso de substância comórbida. Outros fatores de risco incluem ter sintomas depressivos ou sentimentos de desesperança e estar desempregado. O risco é maior também no período após um episódio psicótico ou alta hospitalar.</p>
4	<p>TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNOS RELACIONADOS &gt; Transtorno Bipolar Tipo I &gt; Episódio Depressivo Maior &gt; (p.125)</p> <p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.  Nota: Não incluir sintomas que sejam claramente atribuíveis a outra condição médica. (...)  9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), <b>ideação suicida recorrente sem um plano específico</b>, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p>
5	<p>TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNOS RELACIONADOS &gt; Transtorno Bipolar Tipo II &gt; Episódio Depressivo Maior &gt; (p.133)</p> <p>9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), <b>ideação suicida recorrente sem um plano específico</b>, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p>
6	<p>TRANSTORNO BIPOLAR E TRANSTORNOS RELACIONADOS &gt; Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado &gt; Especificadores para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados &gt; (p.150)</p> <p>6. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), <b>ideação suicida recorrente sem plano específico</b>, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p>
7	<p>TRANSTORNOS DEPRESSIVOS &gt; Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor &gt; Consequências Funcionais do Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor &gt; (p.158)</p> <p>Tanto no transtorno disruptivo da desregulação do humor quanto no transtorno bipolar pediátrico são comuns comportamentos de risco, <b>ideação suicida ou tentativas de suicídio</b>, agressão grave e hospitalização psiquiátrica.</p>
8	<p>TRANSTORNOS DEPRESSIVOS &gt; Transtorno Depressivo Maior &gt; Características Diagnósticos &gt; (p.</p>

	161)
	9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), <b><u>ideação suicida recorrente sem um plano específico</u></b> , uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
9	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS > Transtorno Depressivo Maior > Características Diagnósticos > (p. 162) Os sintomas dos critérios para transtorno depressivo maior devem estar presentes quase todos os dias para serem considerados presentes, <b><u>com exceção de alteração do peso e ideação suicida</u></b> .
10	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS > Transtorno Depressivo Maior > Características Diagnósticos > (p. 163) O indivíduo também deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, extraídos de uma lista que inclui mudanças no apetite ou peso, no sono e na atividade psicomotora; diminuição de energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; <b><u>ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida</u></b> , planos ou tentativas de suicídio.
11	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS > Transtorno Depressivo Maior > Características Diagnósticos > (p. 164) <b><u>Pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio (Critério A9) são comuns</u></b> . Esses pensamentos variam desde um desejo passivo de não acordar pela manhã, ou uma crença de que os outros estariam melhor se o indivíduo estivesse morto, até pensamentos transitórios, porém recorrentes, sobre cometer suicídio ou planos específicos para se matar. As pessoas mais gravemente suicidas podem ter colocado seus negócios em ordem (p. ex., atualizar o testamento, pagar as dívidas), podem ter adquirido materiais necessários (p. ex., corda ou arma de fogo) e podem ter estabelecido um local e momento para consumarem o suicídio. As motivações para o suicídio podem incluir desejo de desistir diante de obstáculos percebidos como insuperáveis, intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente doloroso, incapacidade de antever algum prazer na vida ou o desejo de não ser uma carga para os outros. A resolução desses pensamentos pode ser uma medida mais significativa de risco reduzido de suicídio do que a negação de planos suicidas.
12	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS > Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento > Risco de Suicídio > (p. 179) No tocante à suicidalidade emergente no tratamento com antidepressivos, um comitê consultivo da U.S. Food and Drug Administration (FDA) considerou metanálises de 99.839 participantes arrolados em 372 ensaios clínicos randomizados de antidepressivos em ensaios para transtornos mentais. As análises mostraram que, quando os dados eram agrupados em todas as faixas etárias adultas, <b><u>não havia risco aumentado perceptível de comportamento ou ideação suicida</u></b> .
13	TRANSTORNOS DEPRESSIVOS > Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento > Risco de Suicídio > (p. 179) Entretanto, em análise estratificada por idade, o risco para pacientes entre 18 e 24 anos era elevado, embora não significativamente (razão de chances [RC] = 1,55; IC de 95% = 0,91-2,70). As metanálises da FDA revelam um risco absoluto de suicídio em pacientes que estão tomando antidepressivos em estudo de 0,01%. Em conclusão, o suicídio emergente no tratamento é claramente um fenômeno muito raro, porém o desfecho de suicídio foi suficientemente sério fazendo a FDA emitir uma advertência de caixa preta, em 2007, <b><u>referente à importância do monitoramento criterioso da ideação suicida emergente no tratamento entre pacientes que estão recebendo antidepressivos</u></b> .
14	TRANSTORNOS DE ANSIEDADE > Transtornos de Ansiedade de Separação > Risco de Suicídio > (p.193) O transtorno de ansiedade de separação em crianças pode estar associado a risco aumentado de suicídio. <b><u>Em uma amostra da comunidade, a presença de transtornos do humor, transtornos de ansiedade ou uso de substância foi associada a ideação suicida e tentativas de suicídio</u></b> . No entanto, essa associação não é específica do transtorno de ansiedade de separação, sendo encontrada em diversos transtornos de ansiedade.
15	TRANSTORNOS DE ANSIEDADE > Transtornos de Pânico > Risco de Suicídio > (p.212) <b><u>Ataques de pânico e diagnóstico de transtorno de pânico nos últimos 12 meses estão relacionados a uma taxa mais elevada de tentativas de suicídio e ideação suicida</u></b> , mesmo quando as comorbidades e uma história de abuso infantil e outros fatores de risco de suicídio são levados em conta.

	TRANSTORNOS DE ANSIEDADE > Especificados de Ataque de Pânico > Características Associadas > (p.215)
16	Um tipo de ataque de pânico inesperado é o ataque de pânico noturno (i.e., acordar do sono em estado de pânico), o qual difere de entrar em pânico depois de estar completamente acordado. <b><u>Os ataques de pânico estão relacionados a uma taxa mais alta de tentativas de suicídio e ideação suicida</u></b> , mesmo quando as comorbidades e outros fatores de risco de suicídio são levados em conta.
	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNOS RELACIONADOS > Transtorno Dismórfico Corporal > Risco de Suicídio > (p.245)
17	<b><u>As taxas de ideação suicida</u></b> e tentativas de suicídio são altas tanto em adultos quanto em crianças/adolescentes com transtorno dismórfico corporal. Além disso, o risco de suicídio parece alto em adolescentes.
	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNOS RELACIONADOS > Transtorno Dismórfico Corporal > Risco de Suicídio > (p.245)
18	Uma proporção substancial de indivíduos atribui a <b><u>ideação suicida</u></b> ou as tentativas de suicídio principalmente às suas preocupações com a aparência.
	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNOS RELACIONADOS > Transtorno Dismórfico Corporal > Risco de Suicídio > (p.245)
19	As pessoas com transtorno dismórfico corporal têm muitos fatores de risco para suicídio completado, <b><u>tais como altas taxas de ideação suicida e de tentativas de suicídio</u></b> , características demográficas associadas a suicídio e altas taxas de transtorno depressivo maior comórbido.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A TRAUMA E A ESTRESSORES > Transtorno de Estresse Pós-traumático > Desenvolvimento e Curso > (p.277)
20	Nos mais velhos, o transtorno está associado a percepções de saúde negativas, <b><u>utilização da rede de atenção básica e ideação suicida</u></b> .
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A TRAUMA E A ESTRESSORES > Transtorno de Estresse Pós-traumático > Risco de Suicídio > (p.278)
21	Eventos traumáticos, como abuso infantil, aumentam o risco de suicídio de uma pessoa. O TEPT está associado a <b><u>ideação suicida</u></b> e tentativas de suicídio.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A TRAUMA E A ESTRESSORES > Transtorno de Estresse Pós-traumático > Risco de Suicídio > (p.278)
22	e a presença do transtorno pode indicar quais indivíduos com essa <b><u>ideação</u></b> acabam elaborando um plano de suicídio ou de fato tentam cometer suicídio.
	TRANSTORNOS ALIMENTARES > Anorexia Nervosa > Risco de Suicídio > (p. 343)
23	O risco de suicídio é elevado na anorexia nervosa, com taxas de 12 por 100.000 por ano. <b><u>A avaliação abrangente de indivíduos com anorexia nervosa deve incluir a determinação de ideação</u></b> e comportamentos suicidas, bem como de outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativa(s) de suicídio.
	TRANSTORNOS ALIMENTARES > Bulimia Nervosa > Risco de Suicídio > (p. 349)
24	O risco de suicídio é alto na bulimia nervosa. A avaliação completa de <b><u>indivíduos com esse transtorno deverá incluir determinação de ideação</u></b> e comportamentos suicidas, bem como outros fatores de risco para suicídio, incluindo história de tentativas de suicídio.
	TRANSTORNOS DO SONO-VIGÍLIA > Transtorno do Pesadelo > Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico > (p.405)
25	<b><u>Indivíduos com pesadelos frequentes estão sob risco substancialmente maior de ideação suicida e de tentativas de suicídio</u></b> , mesmo quando o gênero e a doença mental são considerados.
	DISFORIA DE GÊNERO > Disforia de Gênero > Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico > (p. 455)
26	Antes da redesignação de gênero, adolescentes e adultos com disforia de gênero estão <b><u>sob risco elevado de</u></b>

	<b>ideação suicida</b> , tentativa de suicídio e suicídio. Após a redesignação de gênero, a adaptação pode variar, e o risco de suicídio pode persistir.
	TRANSTORNOS DISRUPTIVOS, DO CONTROLE DE IMPULSOS E DA CONDUTA > Transtornos da Conduta > Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico (p. 473)
27	Uso problemático de substâncias com frequência é uma característica associada, sobretudo em adolescentes do sexo feminino. <b>ideação suicida</b> , tentativas de suicídio e suicídios cometidos ocorrem a uma taxa mais elevada do que o esperado em indivíduos com transtorno da conduta.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS ADITIVOS > Intoxicação por Uso de Inalantes > Desenvolvimento e Curso > (p. 536)
28	Pessoas com transtorno por uso de inalantes que se prolonga até a idade adulta costumam apresentar problemas graves: transtornos por uso de substância, <b>transtorno da personalidade antissocial e ideação suicida</b> com tentativas de suicídio.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS ADITIVOS > Intoxicação por Uso de Inalantes > Comorbidade > (p. 538)
29	Indivíduos com transtorno por uso de inalantes que recebem cuidados clínicos costumam apresentar vários outros transtornos por uso de substâncias. O transtorno por uso de inalantes normalmente tem ocorrência concomitante com transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial. O uso de inalantes e o transtorno por uso de inalantes na idade adulta também <b>estão fortemente associados a ideação suicida</b> e a tentativas de suicídio.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS ADITIVOS > Intoxicação por Uso de Inalantes > Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico > (p. 563)
30	Indivíduos com intoxicação aguda podem apresentar fuga de ideias, cefaleia, ideias de referência transitórias e zumbido. Pode haver ideação paranoide, alucinações auditivas com sensorio claro e alucinações táteis, as quais o indivíduo normalmente reconhece como os efeitos da droga. Ameaças e manifestação de comportamento agressivo podem ocorrer. Depressão, <b>ideação suicida</b> , irritabilidade, anedonia, instabilidade emocional ou perturbações na atenção e na concentração ocorrem com frequência durante a abstinência.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS ADITIVOS > Intoxicação por Uso de Inalantes > Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico > (p. 564)
31	Sintomas depressivos com <b>ideação</b> ou comportamento suicida podem ocorrer e geralmente constituem os problemas mais graves durante a abstinência de estimulantes.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS ADITIVOS > Abstinência de Estimulantes > Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico > (p. 570)
32	Sintomas agudos de abstinência (“repê”) costumam ser observados após períodos de uso repetitivo de altas doses e caracterizam-se por sensações intensas e desagradáveis de lassidão e depressão e de aumento do apetite, geralmente exigindo vários dias de repouso e recuperação. Podem ocorrer sintomas depressivos com <b>ideação</b> ou comportamento suicida, que costumam ser os problemas mais graves observados durante o “repê” ou outras formas de abstinência de estimulantes.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS ADITIVOS > Intoxicação por Outra Substância (ou Substância Desconhecida) > Comorbidade > (p.581)
33	Transtornos por uso de substância, incluindo transtorno por uso de outra substância (ou substância desconhecida), habitualmente são comórbidos uns com os outros, com transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta e com <b>ideação suicida</b> e tentativas de suicídio.
	TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS E TRANSTORNOS ADITIVOS > Transtornos Não Relacionados a Substância > Transtorno do Jogo > Características Associadas que Apoiam o Diagnóstico > (p.587)
34	Outros indivíduos com o transtorno são deprimidos e solitários e podem jogar quando se sentem impotentes, culpados ou deprimidos. <b>Até metade dos indivíduos sob tratamento para transtorno do jogo tem ideação suicida</b> , e cerca de 17% tentaram suicídio.

	TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE > Transtornos de Personalidade <i>Borderline</i> > Características Disagnósticas > (p.664)		
35	Indivíduos com transtorno da personalidade <i>borderline</i> mostram impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (Critério 4). Podem apostar, gastar dinheiro de forma irresponsável, comer compulsivamente, abusar de substâncias, envolver-se em sexo desprotegido ou dirigir de forma imprudente. Apresentam recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento de automutilação (Critério 5). Suicídio ocorre em 8 a 10% de tais indivíduos, sendo que atos de automutilação (p. ex., cortes ou queimaduras) e ameaças e tentativas de suicídio são muito comuns. <b><u>A ideação suicida recorrente é com frequência a razão pela qual essas pessoas buscam ajuda.</u></b> Esses atos autodestrutivos são geralmente precipitados por ameaças de separação ou rejeição ou por expectativas de que o indivíduo assuma maiores responsabilidades. A automutilação pode ocorrer durante experiências dissociativas e com frequência traz alívio por reafirmar a capacidade do indivíduo de sentir ou por expiar a sensação de ser uma má pessoa.		
	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO > Escala Transversais de Sintomas > Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 > (p.734)		
36	A versão para adultos da escala consiste em 23 perguntas que avaliam 13 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, <b><u>ideação suicida</u></b> , psicose, distúrbio do sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substância (Tabela 1).		
	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO > Escala Transversais de Sintomas > Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 > (p.734)		
37	A versão preenchida pelos pais/responsável (para crianças de 6-17 anos) consiste de 25 perguntas que avaliam 12 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, irritabilidade, mania, ansiedade, sintomas somáticos, desatenção, <b><u>ideação suicida</u></b> /tentativa de suicídio, psicose, distúrbio do sono, pensamentos e comportamentos repetitivos e uso de substância (Tabela 2).		
	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO > Escala Transversais de Sintomas > Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 > (p.735)		
38	Pontuação e interpretação. Na versão para adultos do instrumento autoaplicável, cada item é classificado em uma escala de 5 pontos (0 = nada ou de modo algum; 1 = muito leve ou raramente; 2 = leve ou vários dias; 3 = moderado ou mais da metade dos dias; e 4 = grave ou quase todos os dias). O escore em cada item dentro de um domínio deve ser revisado. Entretanto, um escore leve (i.e., 2) ou maior em algum item dentro de um domínio, exceto para uso de substância, <b><u>ideação suicida</u></b> e psicose, pode servir como um guia para investigação adicional e acompanhamento para determinar se é necessária uma avaliação mais detalhada, o que pode incluir a avaliação transversal de sintomas de Nível 2 para o domínio (ver a Tabela 2).		
	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO > Escala Transversais de Sintomas > Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 > (p.735)		
39	Para uso de substância, <b><u>ideação suicida</u></b> e psicose, um escore muito leve (i.e., 1) ou maior em algum item dentro do domínio pode servir como um guia para investigação adicional e acompanhamento para determinar se é necessária uma avaliação mais detalhada.		
	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO > Escala Transversais de Sintomas > Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 > (p.735)		
40	Nome do domínio	Limiar para orientar uma investigação mais aprofundada	Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 do DSM-5a
	VI. Ideação suicida	Muito leve ou maior	Nenhuma
	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO > Escala Transversais de Sintomas > Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 > (p.736)		
41	Os itens de ideação suicida, tentativa de suicídio e uso de substância são classificados em uma escala de “Sim, Não ou Não sei”.		
	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO > Escala Transversais de Sintomas > Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 > (p.736)		
42	Nome do domínio	Limiar para orientar uma investigação mais aprofundada	Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 do DSM-5a
	XII. Ideação suicida/Tentativas de	Sim / Não sei	Nenhuma / Nenhuma

	Suicídio		
	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO > Escala Transversais de Sintomas > Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 > (p.737)		
43	Uma classificação de um pai ou responsável como “Não sei” em <b>ideação suicida</b> , tentativa de suicídio e algum dos itens sobre uso de substância, especialmente para crianças de 11 a 17 anos, pode resultar em uma sondagem adicional das questões com a criança, incluindo o uso da Escala Transversal de Sintomas de Nível 2 classificada pela criança para o domínio relevante.		
	CONDIÇÕES PARA ESTUDOS POSTERIORES > Episódios Depressivos com Hipomania de Curta Duração > Critérios Propostos > (p.787)		
44	9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), <b>ideação suicida recorrente</b> , sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.		
	CONDIÇÕES PARA ESTUDOS POSTERIORES > Transtorno do Luto Complexo Persistente > Risco de Suicídio > (p.791)		
45	Indivíduos com transtorno do luto complexo persistente frequentemente relatam <b>ideação suicida</b> .		
	CONDIÇÕES PARA ESTUDOS POSTERIORES > Transtorno do Comportamento Suicida > Critérios Propostos > (p.801)		
46	<b>C. O diagnóstico não é aplicado a ideação suicida ou a atos preparatórios.</b>		
	DESTAQUES DAS MODIFICAÇÕES DO DSM-IV PARA O DSM-5 > Transtorno Depressivo > (p.811)		
47	Essa exclusão é omitida no DSM-5 por várias razões, incluindo o reconhecimento de que o luto é um estressor psicossocial grave que pode precipitar um episódio depressivo maior em um indivíduo vulnerável, geralmente iniciando logo após a perda, e pode acrescentar um risco adicional para sofrimento, sentimentos de desvalia, <b>ideação suicida</b> , problemas de saúde e funcionamento interpessoal e laboral pior.		
	GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS > (p.825)		
48	<b>ideias suicidas (ideação suicida) Pensamentos sobre autoagressão, com a consideração ou o planejamento de possíveis técnicas para causar a própria morte.</b>		
Outras menções à “ideação” ou “ideias”:			
<b>ideação paranoide</b> Ideação, de proporção menor que delirante, envolvendo suspeitas ou a crença de que o indivíduo está sendo assediado, perseguido ou injustamente tratado. (p.825)			
<b>ideia supervalorizada</b> Crença irracional e persistente que é mantida com intensidade menor do que delirante (i.e., a pessoa é capaz de reconhecer a possibilidade de que a crença não seja verdadeira). A crença não é comumente aceita pelos outros membros da cultura ou subcultura da pessoa. (p.825)			
<b>ideias de referência</b> O sentimento de que incidentes casuais e eventos externos têm um significado particular e incomum específico para a pessoa. Uma ideia de referência deve ser distinguida de um DELÍRIO DE REFERÊNCIA, no qual existe uma crença que é mantida com convicção delirante. (p.825)			
➔ Também são mencionados: <b>ideação autodepreciativa</b> (p.126, 134, 161); <b>ideação delirante</b> (p.606); <b>ideação mágica</b> (p.784);			

**ANEXO**

ANEXO A – FOLHA DE AJUDA VOLUNTÁRIA DE AUTO-DANO  
(INSTRUÇÕES DE INTERVENÇÃO) \*

Queremos que você planeje evitar a autoagressão. Pesquisas mostram que se as pessoas puderem identificar situações nas quais serão tentadas a se ferir para superar essas situações, é muito mais provável que tenham sucesso em evitar a autoagressão. No lado esquerdo da mesa, há uma lista de situações comuns em que as pessoas se sentem tentadas a se machucarem; no lado direito da tabela é uma lista de soluções possíveis. Para cada situação que se aplica a você pessoalmente (lado esquerdo), por favor, desenhe uma linha ligando-a a uma solução (lado direito) que você acha que pode funcionar para você. Por favor desenhe uma linha ligando uma situação à uma solução de cada vez, mas faça quantos links de solução de situação que desejar.

SITUAÇÕES		SOLUÇÕES	
	Se eu for tentado a me machucar quando quero obter alívio de um terrível estado de espírito.		Então eu farei outra coisa ao invés de me ferir.
	Se eu sou tentado a me machucar quando quero me punir.		Então eu vou dizer a mim mesmo que eu posso parar de me ferir se eu quiser.
	Se eu for tentado a me machucar quando quero morrer.		E então vou me lembrar de informações que as pessoas me deram sobre os benefícios de parar de me agredir.
	Se eu for tentado a me machucar quando quero mostrar o quão desesperado estou sentindo.		Então eu vou dizer a mim mesmo que a sociedade está mudando de maneiras que tornam mais fácil para que as pessoas parem com a autoagressão.
	Se eu for tentado a me machucar quando eu quiser descobrir se alguém realmente me ama.		Então vou me certificar de que sou recompensado por outras pessoas se eu não me prejudicar
	Se eu for tentado a me machucar quando quero chamar atenção.		Então eu vou pensar sobre o impacto da minha autoagressão sobre as pessoas ao meu redor.
	Se sou tentado a me machucar quando quero assustar alguém.		Então eu vou lembrar que eu reajo emocionalmente aos avisos sobre minha autoagressão.
	Estou tentado a me machucar quando quero voltar para alguém.		Então eu vou lembrar que eu fico chateado quando penso na minha auto flagelação.
	Se eu sou tentado a me machucar quando me sinto derrotado.		Então vou colocar as coisas em volta da minha casa ou local de trabalho que me lembrem de não me machucar.
	Se eu for tentado a me machucar quando eu me sentir preso		Então eu vou procurar alguém que me escute quando eu precisar falar sobre automutilação.
	Se eu sou tentado a me machucar quando me sinto sem esperança		Então eu vou tomar medicação.

Fonte: ARMITAGE *et al*, 2016, p. 476.

\*Tradução livre do inglês para o português.

ANEXO B - EXEMPLO DE FORMULÁRIO DE REGISTRO PARA CASOS NÃO FATAIS DE COMPORTAMENTO SUICIDA / TENTATIVA DE SUICÍDIO\*

	Não aplicável	Desconhecido
Data do registro do caso (dia / mês / ano):		
País / província / estado:		
Cidade ou área de amostra:		
Nome do caso (se autorizado):		
Número de identificação do caso (atribuído):		
Endereço residencial:		
Sexo: _Masculino _Feminino _Transexual		
Data de nascimento (dia / mês / ano):		
Idade em anos:		
Data do comportamento suicida não fatal (dia / mês / ano):		
Dia da semana do comportamento suicida não fatal:		
Tempo do comportamento suicida não fatal (hora / minuto):		
Localização do comportamento suicida não fatal:		
Momento de entrada no hospital (hora / minuto):		
Método (s) de suicídio não fatal (s) (de acordo com os códigos da CID-10):		
Descrição do (s) método (s) de suicídio não fatal e sua letalidade:		
Declaração de intenção de morrer (Sim / Não):		
Descrição da intenção:		
Histórico de comportamento suicida não fatal (tentativas anteriores de suicídio):		
Momento de saída do hospital (Hora / Minuto):		
Qualquer diagnóstico associado ao paciente:		

Fonte: WHO, 2014b, p.20.

\*Tradução livre do inglês para o português.