Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Felipe Ayres Pozzobon

ATITUDES E AUTOEFICÁCIA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE NA IDENTIFICAÇÃO, NA AVALIAÇÃO E NO MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO

Porto Alegre, RS

2025

Felipe Ayres Pozzobon

Atitudes e autoeficácia de profissionais da saúde da região metropolitana de Porto Alegre na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia sob orientação da Prof.ª Dr.ª Letícia Sanguinetti Czepielewski

Porto Alegre, RS

2025

Agradecimentos

Agradeço imensamente a todos que, de alguma forma, tornaram possível a realização desta dissertação.

À minha família, em especial à minha mãe, Rosimere, e ao meu irmão, Andrei, cujo carinho e amor incondicionais, apoio e afeto foram a base sobre a qual construí cada etapa deste e de todos os outros trabalhos ao longo da minha vida, dedico meu mais sincero obrigado.

Aos meus colegas e amigos do mestrado (agora mestres), em especial ao Roni, à Maitê, ao Ícaro e à Carolina, agradeço pelas trocas enriquecedoras, pelos momentos de companheirismo e de resmungos, e pelos estímulos intelectuais que impulsionaram meu crescimento acadêmico e pessoal.

À minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Letícia S Czepielwski, por sua sabedoria, generosidade e olhar crítico, que guiaram este estudo com paciência e rigor científico — sua paciência e compreensão incessantes, confiança e incentivo foram fundamentais para a construção deste trabalho.

Por fim, agradeço aos profissionais da saúde que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa, disponibilizando seu tempo e compartilhando suas experiências. Sem a colaboração de cada um deles, não teria sido possível alcançar a profundidade e a relevância que este trabalho almeja.

O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida.

Cicely Saunders

Sumário

RESUMO **6**

ABSTRACT **8**

APRESENTAÇÃO **10**

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO **13**

SUICÍDIO 13

MODELOS TEÓRICOS PARA COMPREENSÃO DO SUICÍDIO 15

PREVENÇÃO E MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO 18

PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA PREVENÇÃO E MANEJO DO RISCO DE SUICÍDIO 21

AUTOEFICÁCIA 23

OBJETIVOS 26

Objetivo geral *26*

Objetivos específicos *26*

CAPÍTULO 2: ESTUDO 1 ..... **27**

RESUMO 27

INTRODUÇÃO 28

MÉTODO 28

Etapa 1 – Construção do Questionário de autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio *29*

Etapa 2 – Evidências de validade de conteúdo do Questionário de autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio *31*

Etapa 3 – Aplicação piloto *33*

RESULTADOS E DISCUSSÃO 34

CONCLUSÃO 38

CAPÍTULO 3: ESTUDO 2 ..... **40**

RESUMO 40

INTRODUÇÃO 41

MÉTODO 44

ANÁLISE DE DADOS 45

RESULTADOS 46
DISCUSSÃO 53
CONCLUSÃO 57

CAPÍTULO 4: CONSIDERAÇÕES FINAIS 58

REFERÊNCIAS 61

ANEXO A 76
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudo 2) 76
ANEXO B 78
Questionário sociodemográfico 78
ANEXO C 80
Questionário sobre autoeficácia no manejo do risco de suicídio 80
ANEXO D 83
Nova Escala Geral de Autoeficácia 83
ANEXO E 84
Questionário de Atitudes frente ao Comportamento Suicida 84
ANEXO F 86
Self-Reporting Questionnaire 20 86
ANEXO G 87
Carta-convite 87
ANEXO H 88
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudo 1) 88
ANEXO I 90
Formulário de avaliação dos itens do questionário 90
ANEXO J 94
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e documentos relacionados . 94

Resumo

Muitos profissionais da saúde frequentemente não se sentem preparados para manejar pacientes em risco de suicídio, um problema de saúde pública mundial que leva mais de 700.000 pessoas a óbito por ano. Este trabalho trouxe evidências de validade de conteúdo de um questionário de autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio e aplicou-o em profissionais da saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. No Estudo 1, especialistas em manejo do risco de suicídio e psicometria avaliaram o questionário quanto a sua pertinência, organização e estruturação, cujas propriedades foram avaliadas por meio de análises estatísticas. O Índice de Validade de Conteúdo da escala foi de 0,905, sugerindo que o questionário possui consistência para mensurar aspectos centrais da autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio. O Estudo 2 teve um delineamento transversal, quantitativo, descritivo e exploratório, no qual profissionais da saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre (n = 44) responderam ao questionário validado e a outras escalas. As correlações internas do instrumento validado mostraram que percepção de segurança e competência técnica estão fortemente associadas, sugerindo que profissionais melhor preparados têm maior autoeficácia no manejo do risco de suicídio. O sofrimento psíquico apresentou correlações negativas com competência técnica e percepção de capacidade, indicando que profissionais com maior sintomatologia podem subestimar suas próprias habilidades. Embora barreiras institucionais e operacionais, somadas ao tamanho amostral reduzido, representem as principais limitações deste trabalho, os resultados obtidos oferecem insights valiosos sobre percepções de autoeficácia e segurança técnica no manejo do risco de suicídio apontando para a necessidade de

intervenções voltadas ao fortalecimento de suas competências e ao cuidado de sua saúde mental.

Palavras-chave: autoeficácia, profissionais da saúde, suicídio, risco de suicídio, prevenção do suicídio.

Abstract

Many health professionals often feel unprepared to manage patients at risk of suicide, a global public health problem that leads to more than 700,000 deaths per year. In this study, the content of a questionnaire on self-efficacy of health professionals in managing suicide risk was validated and applied to health professionals in the metropolitan region of Porto Alegre, RS. In Study 1, experts in suicide risk management and psychometrics evaluated the questionnaire regarding its relevance, organization, and structure, whose properties were assessed through statistical analysis. The Content Validity Index of the scale was 0.905, suggesting that the questionnaire is consistent in measuring central aspects of the self-efficacy of health professionals in managing suicide risk. Study 2 had a cross-sectional, quantitative, descriptive and exploratory design, in which health professionals from the Metropolitan Region of Porto Alegre (n = 44) responded to the validated questionnaire and other scales. The internal correlations of the validated instrument showed that perception of safety and technical competence are strongly associated, which suggests better prepared professionals have a higher self-efficacy in dealing with suicide risk. Psychological distress showed negative correlation with technical competence and perception of capacity, showing that professionals with more symptoms may underestimate their own skills. Although some institutional and operational barriers, added to the reduced sample size, constitute the main limitations of this work, the results obtained offer valuable insights into perceptions of self-efficacy and technical safety in managing suicide risk, pointing toward the interventions focusing on strengthening their competence and taking better care of their own mental health.

Keywords: self-efficacy, healthcare professionals, suicide, suicide risk, suicide prevention.

Apresentação

Ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional, sempre nutri um interesse profundo pela interface entre formação profissional, prática clínica e prevenção do suicídio. Desde a graduação em Psicologia, senti-me incomodado com as lacunas existentes no currículo, especialmente no que tange à preparação técnica para o manejo de situações críticas de risco de suicídio. Essa percepção de insuficiência me motivou a buscar experiências que pudessem suprir tais carências e a refletir sobre formas de fortalecer a autoeficácia dos profissionais de saúde, que me levaram a fazer diferentes cursos livres, de formação e de aperfeiçoamento.

Durante a pandemia de COVID-19, tive a oportunidade de atuar como residente multiprofissional em um setor de emergência hospitalar, onde acompanhei de perto inúmeros casos de tentativa de suicídio, onde pude intervir enquanto profissional no manejo com os pacientes, os familiares e a equipe. Essa vivência foi imensamente marcante não apenas pela intensidade dos atendimentos, mas pela necessidade de decisões rápidas, muitas vezes com recursos limitados e pressionado pelo contexto excepcional. Foi ali também que desenvolvi meu trabalho de conclusão de residência, este também dedicado à temática do suicídio, e que pude reconhecer o quanto a confiança — ou a falta dela — de cada membro da equipe influenciava massivamente na qualidade do cuidado prestado.

Em minha prática clínica subsequente, consolidei essa experiência, atendendo pacientes em diferentes níveis de gravidade e, após, enquanto trabalhador do SUS, colaborando com equipes de atenção básica por meio do contato multidisciplinar, discussões de caso, tomadas de decisão, elaboração de planos terapêuticos singulares, entre outros. Nesses momentos, ficou abundantemente evidente que

muitos profissionais tinham receio de lidar com o risco suicida — não por desinteresse, mas por julgamento e pela sensação de insegurança em suas próprias competências técnicas. Identificar esse medo institucionalizado reforçou em mim a convicção de que investir na autoeficácia dos cuidadores é um passo fundamental para a prevenção efetiva do suicídio.

Tive ainda o privilégio de levar esse debate a públicos amplos: ministrei eventos de capacitação durante a campanha de prevenção do suicídio e valorização da vida do Setembro Amarelo em 2023 para equipes de atenção básica de um município da região metropolitana de Porto Alegre. Compartilhar o conhecimento e promover reflexões práticas com centenas de profissionais reforçou minha convicção de que, ao desenvolvermos instrumentos e treinamentos baseados em evidência, podemos transformar a insegurança em segurança clínica e, assim, salvar vidas. Essa dissertação representa, para mim, parte da concretização desse percurso: unir a motivação pessoal pela causa ao rigor científico necessário para promover mudanças reais na formação e na prática dos profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio.

Nesse sentido, esta dissertação é composta por quatro capítulos. No primeiro capítulo, apresentamos o panorama teórico e empírico que fundamenta toda a dissertação. Nele, introduzimos definições e conceitos centrais sobre o suicídio, revisamos dados epidemiológicos nacionais e internacionais, e descrevemos os principais modelos teóricos utilizados para compreender o comportamento suicida. Em seguida, discutimos os conceitos de prevenção e manejo do risco de suicídio, destacando tanto intervenções individuais quanto estratégias populacionais. Por fim,

situamos o conceito de autoeficácia, citando sua relevância para o preparo dos profissionais no enfrentamento de situações de risco.

O segundo capítulo é dedicado ao primeiro estudo desta dissertação, um artigo de comunicação breve, que engloba o desenvolvimento e a validação de um questionário específico para avaliar a autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio. Descrevemos o processo de elaboração dos itens, desde a revisão de instrumentos inspiradores até a consulta a especialistas, os procedimentos de validação de conteúdo e construto, e as análises estatísticas empregadas.

O terceiro capítulo apresenta o segundo estudo desta dissertação, em que aplicamos o questionário validado junto a profissionais de saúde da região metropolitana de Porto Alegre. Relatamos o recrutamento dos participantes, as características dos profissionais da amostra coletada, além dos principais achados, autoeficácia, correlações entre escalas, subescalas e fatores associados à competência e à percepção de segurança no manejo do risco de suicídio. Discutimos também as dificuldades encontradas — baixa adesão, sensibilidade do tema e barreiras institucionais — e como elas influenciaram a coleta de dados e a interpretação dos resultados

O último capítulo traz as considerações finais, integrando os achados dos dois estudos e refletindo sobre suas implicações para a formação de profissionais da saúde e para as políticas públicas de prevenção do suicídio. Também, discutimos a importância de sensibilizar a sociedade e os órgãos competentes sobre a necessidade de apoio técnico aos profissionais da saúde.

Capítulo 1: Introdução

Suicídio

O comportamento suicida é visto como um resultado multidimensional de diversos fatores que englobam um espectro de comportamentos, tentativas e preparações para o suicídio completo (American Psychiatric Association, 2023), e é uma causa séria de morte e de impactos psicológicos e sociais em famílias e na sociedade como um todo (Sadek, 2019; B. A. Santos et al., 2023). Estimativas da Austrália indicam que o custo médio de cada suicídio de jovens entre 15 e 24 anos de idade para a sociedade, considerando custos diretos (i. e., serviços de ambulância, hospitalares, autópsia, funeral, cremação) e indiretos (i. e., perda de produtividade econômica e, em casos de tentativas, outros cuidados em saúde), seria de 2,8 milhões de dólares australianos, sendo que entre o custo total dos suicídios na Austrália em 2014 teria sido de 511,1 milhões de dólares australianos (Kinchin & Doran, 2018a, 2018b).

No Brasil, entre 2011 e 2022, dados sobre suicídios coletados nos sistemas de informação em saúde: de Doenças e Agravos (SINAN) para notificações de autolesão, de Internações Hospitalares (SIH) para hospitalizações por comportamento autolesivo, e de Informação de Mortalidade (SIM) indicaram que houve 720.480 notificações de autolesão, 104.458 hospitalizações por comportamento autolesivo e 147.698 suicídios (Alves et al., 2024). Homens adultos (de 25 a 59 anos de idade) e idosos (de ambos os sexos, com mais de 60 anos de idade) seguem sendo as populações com maior representatividade para o risco de suicídio, enquanto mulheres (em todas as idades) são população de risco para notificações e hospitalizações por comportamento autolesivo (Alves et al., 2024).

O DSM-5-TR (2023) descreve a tentativa de suicídio como um comportamento realizado pelo indivíduo com intenção de morrer, independentemente de as lesões causadas levarem a consequências médicas sérias ou não. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), o suicídio leva mais de 700.000 pessoas anualmente a óbito e é a quarta causa de morte mais comum no mundo entre jovens de 15 a 19 anos de idade. Além disso, tentativas de suicídio prévias são um importante preditor de morte por suicídio e a prevalência para tentativas de suicídio ao longo da vida é de 4,1% (Nock et al., 2013; O'Connor & Nock, 2014).

Contudo, embora as tentativas anteriores continuem a ser um forte preditor de repetidas tentativas de suicídio (Bolton et a., 2010), os transtornos mentais comórbidos são um fator de risco independente, embora a maioria dos indivíduos com ansiedade e/ou transtorno depressivo não tente ou morra por suicídio (Wiebenga et al., 2021). Novas tentativas de suicídio estão associadas a depressão, transtornos por uso de álcool, cannabis, cocaína e anfetaminas, e histórico de abuso físico e sexual (Armoon et al., 2021). Além disso, as análises sobre o comportamento suicida durante emergências públicas relacionadas a doenças infecciosas, como durante a pandemia de COVID-19, sugerem que os riscos de morte por suicídio aumentam (Leaune et al., 2020; Zortea et al., 2021), embora evidências também apoiem que o aumento das tentativas de suicídio possa ocorrer vários meses após o início das emergências, como demonstrado nos casos de recesso econômico e de desemprego (Nordt et al., 2015).

Apesar de diversos autores terem buscado unificar as definições do estudo do suicídio e de suas nuances (Goodfellow et al., 2018; O'Carroll et al., 1996; O'Connor & Pirkis, 2016; Silverman et al., 2007), entende-se que a ideação suicida (IS)

compreende pensamentos acerca da acabar com a própria vida. Esses pensamentos podem variar em intensidade, frequência e intencionalidade; desde pensamentos de morte sem qualquer intenção proativa, até uma ideação com planos concretos e de alta letalidade. Segundo Silverman e colaboradores (2007), a ideação está associada às dores emocional e física, à desesperança, e à sensação de prisão sob circunstâncias intoleráveis, bem como à ambivalência, na qual sujeitos estão concomitantemente dispostos a viver e a morrer.

Todas essas definições já foram questionadas por outros pesquisadores, especialmente pela disponibilidade limitada de dados de boa qualidade na literatura científica sobre as relações entre IS, tentativas de suicídio e morte por suicídio (Silverman & Berman, 2014; Silverman & De Leo, 2016), e existem pelo menos 15 definições de suicídio e pelo menos dez definições para tentativa de suicídio ou autolesão não-fatal (O'Connor & Pirkis, 2016). Devido à falta de consenso na investigação científica relativas às definições de IS, tentativa de suicídio, autolesão e conceitos relacionados, a população como um todo, em especial profissionais de saúde e órgãos governamentais, enfrentam desafios consideráveis na compreensão e execução eficaz dos seus papéis na prevenção, na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio.

Modelos teóricos para compreensão do suicídio

Klonsky e May (2015) propuseram a Teoria das Três Etapas (*Three-Step Theory*, 3ST), na qual sugeriram o entendimento de que a IS tem como principais fatores a desesperança e a dor, seja ela física, psicológica ou social. Os autores relataram uma lista de 42 fatores que influenciam na IS, desde insônia e conflitos familiares, até raiva e vergonha, entretanto, os fatores mais frequentes na pesquisa

foram desesperança e dor (Klonsky & May, 2015). Na primeira etapa da 3ST, na ausência da dor ou na presença da esperança de que a dor acabe ou diminua, a IS tende a se dissipar, uma vez que o indivíduo terá a percepção de um futuro mais promissor (Klonsky et al., 2016, 2021).

Na segunda etapa da 3ST, caso a dor não seja resolvida, o indivíduo tende a se sentir desconectado de suas relações interpessoais e de seus próprios valores e propósitos — uma vez que a desconexão se torna grande o suficiente, a IS aumenta, e sua intencionalidade também. A terceira e última etapa da 3ST consiste na capacidade de o indivíduo tentar o suicídio de fato. Fatores de risco para uma tentativa de suicídio, segundo os autores, são compostos por habituação a eventos fisicamente dolorosos, como o comportamento autolesivo, ter acesso a meios letais e conhecimento sobre o uso deles, como é o caso de pessoas com porte de arma ou profissionais da saúde com conhecimento sobre farmacologia, desconexão de sua rede de apoio, e baixa resiliência (Klonsky et al., 2016, 2021; Klonsky & May, 2015).

O'Connor e Kirtley (2018), por sua vez, propuseram o modelo Integrado Motivacional-Volitivo (*Integrated Motivational-Volitional*, IMV) do comportamento suicida. Esse modelo está dividido em três partes que descrevem o contexto biopsicossocial no qual a IS surge e os fatores que influenciam no surgimento da IS e que regem a transição da IS à tentativa de suicídio. Os autores se basearam em teorias pré-existentes, como a Teoria Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010) e, de forma semelhante, o IMV é dividido nas fases pré-motivacional, motivacional e volitiva. A fase pré-motivacional, segundo os autores, é composta pelo contexto biopsicossocial, isto é, o ambiente em que o indivíduo está inserido e seus eventos de vida, somados à diátese dos fatores predisponentes e

precipitantes para o surgimento da IS. Os fatores predisponentes englobam vulnerabilidades subjacentes ao indivíduo que aumentam o risco de o indivíduo apresentar IS, como fatores genéticos, de temperamento, traços de personalidade, experiências ao longo da infância, condições e diagnósticos prévios em saúde mental, entre outros fatores que criam uma base que torna o indivíduo mais suscetível à IS (O'Connor & Kirtley, 2018; O'Connor & Nock, 2014). Os fatores precipitantes envolvem estressores proximais à IS, que podem incluir a perda recente de um familiar ou amigo próximo, problemas financeiros, a percepção de rejeição e isolamento sociais, acesso a meios ou conhecimento acerca do método para uma tentativa de suicídio, entre outros catalisadores, especialmente para indivíduos com outras vulnerabilidades e fatores predisponentes (O'Connor & Kirtley, 2018; O'Connor & Nock, 2014).

Na fase motivacional, os autores fazem referência às razões subjacentes que levam o indivíduo a considerar a possibilidade de uma tentativa de suicídio como uma solução para os problemas que enfrenta. Motivadores incluem desejo de cessar um sofrimento intenso, desesperança, desconexão de seus pares e sensação de não-pertencimento, sentir-se um fardo para a família ou para a sociedade, dificuldades de solução de problemas, perfeccionismo, ruminação, pessimismo, rede de apoio frágil, entre outros fatores (O'Connor & Kirtley, 2018). Por fim, na fase volitiva, avaliam-se os fatores volitivos, que moderam a transição da IS para uma tentativa de suicídio. Exemplos são acessos a meios letais (como armas de fogo ou medicamentos), exposição ao comportamento suicida de outras pessoas, impulsividade, sensibilidade à dor, rigidez cognitiva, ruminação, histórico de tentativas de suicídio, entre outros (O'Connor & Kirtley, 2018).

Prevenção e manejo do risco de suicídio

A OMS define a prevenção do suicídio como um conjunto de atividades com o objetivo de reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção para o suicídio, tanto em populações inteiras quanto em grupos específicos. A OMS destaca a importância de abordagens multifacetadas e coordenadas que envolvam diferentes setores da sociedade para prevenir o suicídio de maneira eficaz (OMS, 2021a; OMS 2021b). A prevenção do suicídio é considerada mais importante do que o tratamento após uma tentativa de suicídio devido ao seu impacto na redução do número de mortes e no sofrimento humano (Mann et al., 2005). A prevenção busca abordar os fatores de risco antes de uma tentativa de suicídio, evitando assim as consequências devastadoras para o indivíduo, para a família e para a sociedade como um todo. Por outro lado, o tratamento após uma tentativa de suicídio é crucial para evitar novas tentativas (Kuehn et al., 2020).

Uma das razões pelas quais a prevenção seria mais eficaz é que o comportamento suicida muitas vezes é impulsivo e pode ocorrer em momentos de crise. Portanto, intervenções que visam reduzir o acesso a meios letais, como armas de fogo e medicamentos, podem ser altamente eficazes na prevenção do suicídio (Loftin et al., 1991; Miller et al., 2013). Além disso, programas de conscientização e educação sobre saúde mental podem ajudar a reduzir o estigma associado ao suicídio, encorajando as pessoas a buscarem ajuda tão cedo quanto possível (Arendt et al., 2023). Existem diversas estratégias para a prevenção do suicídio, como restrição de acesso aos meios letais, intervenções precoces, terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia comportamental dialética (DBT), psicoterapia em grupo, intervenções focadas na família, uso de medicações psiquiátricas, entre outros

(Anderson et al., 2017; Kivisto & Phalen, 2018; Nelson et al., 2017; Okolie et al., 2017; Tighe et al., 2018; Zalsman et al., 2016).

A redução do risco de suicídio por meio da restrição do acesso a meios letais é recomendada em diretrizes de prevenção do suicídio (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2023). No entanto, são necessárias mais pesquisas para determinar a melhor abordagem para limitar esse acesso. A integração de estratégias destinadas a corrigir distorções cognitivas e promover esperança e conexão pode contribuir para reduzir desfechos fatais e, em abordagens mais amplas, a restrição do acesso aos meios de tentativa de suicídio está associada à diminuição do risco de suicídio (Mann & Michel, 2016; Miller et al., 2013). Nesse caso, em se tratando de métodos mais violentos, como é o caso das armas de fogo, em especial nos Estados Unidos, percebe-se uma diminuição em todas as taxas de suicídio (Bridges & Kunselman, 2004; Hepburn et al., 2007; Lester & Leenaars, 1993; Loftin et al., 1991; Mann et al., 2005).

A TCC é uma abordagem eficaz para o manejo do risco de suicídio que foca na identificação e modificação de pensamentos e crenças negativas que contribuem para o comportamento suicida (Beck & Haigh, 2014; Wenzel et al., 2009). Técnicas como reestruturação cognitiva, treinamento de habilidades sociais e resolução de problemas são frequentemente utilizadas e evidências sugerem que a TCC pode reduzir IS e o risco de comportamento autolesivo (Brown & Jager-Hyman, 2014). A DBT é uma forma de TCC desenvolvida especificamente para tratar quadros de desregulação emocional grave e transtornos de personalidade, frequentemente associados ao risco de suicídio. A DBT combina estratégias de aceitação e mudança, fornecendo aos pacientes habilidades para lidar com emoções intensas e

impulsividade, reduzindo significativamente a frequência de comportamentos suicidas e a taxa de hospitalizações consequentes a eles (Paris, 2010).

Apesar de evidências de qualidade baixa, é possível afirmar que a DBT e a TCC, após seis a doze meses, apontaram diminuição da frequência dos comportamentos de autolesão, quando comparadas ao tratamento usual, não havendo diferenças significativas para diminuição na frequência desse comportamento para psicoterapias psicodinâmicas ou outras intervenções em emergência (Witt et al., 2021), Também, a DBT aparenta ser um tratamento adequado para o comportamento autolesivo e da IS em adolescentes (Kothgassner et al., 2021). A DBT, por avaliar estratégias de enfrentamento e de regulação emocional, é também sugerida como um tratamento adequado para adultos, pois, em um estudo longitudinal, participantes com pior regulação emocional e estratégias de enfrentamento voltadas para o problema tiveram maior probabilidade de tentar suicídio novamente ao longo de dois anos (Kuehn et al., 2020).

Além das psicoterapias, algumas medicações podem auxiliar no manejo das crises e do risco iminente de suicídio. O cloridrato de lítio, por exemplo, é amplamente reconhecido por sua eficácia na prevenção do suicídio em indivíduos com transtornos de humor, particularmente o transtorno bipolar. Ele reduz significativamente o risco de suicídio e comportamento autolesivo, possivelmente através de suas propriedades estabilizadoras do humor e neuroprotetoras (Cipriani et al., 2013; Malhi et al., 2012). A clozapina, um antipsicótico atípico, é eficaz na redução do risco de suicídio em pessoas com esquizofrenia e é geralmente considerada quando outros tratamentos antipsicóticos falham, devido ao seu perfil único de eficácia na prevenção do suicídio,

apesar dos potenciais efeitos colaterais significativos (Masdrakis & Baldwin, 2023; Meltzer et al., 2003).

Profissionais da saúde na prevenção e manejo do risco de suicídio

Todas essas abordagens de prevenção e manejo perpassam diferentes contextos de cuidado e níveis de atenção em saúde, do mais básico ao mais complexo. Curiosamente, evidências indicam que profissionais da saúde da família e clínicos gerais sentem-se despreparados para manejar pacientes com comportamento autolesivo e com risco de suicídio. Apesar de terem sido ensinados, profissionais não sentem confiança no manejo de comportamentos autolesivo e tendem a confiar em seus instintos para avaliar o risco de suicídio (Mughal et al., 2020). Sucessivos treinamentos são considerados fundamentais para um melhor manejo de pacientes com risco de autolesão e de suicídio (Mughal et al., 2020; Saini et al., 2010).

Embora não exista robustez das evidências acerca da eficácia de diferentes intervenções, a capacitação contínua dos profissionais de saúde permanece uma estratégia crucial para melhorar a detecção, avaliação e manejo do risco de suicídio. Infelizmente, o conhecimento sobre as melhores evidências para o manejo do risco de suicídio ainda é limitado, e não há acordo na interpretação das evidências disponíveis. Alguns autores sugerem que as intervenções psicoterapêuticas têm pouca melhora no risco de suicídio, enquanto outros argumentam que há uma melhora significativa tanto na ideação suicida quanto no risco de uma tentativa de suicídio (Méndez-Bustos et al., 2019). No entanto, a ausência de evidências de alta qualidade não deve impedir profissionais da saúde de ter treinamentos e capacitações melhores, uma vez que elas aparentemente são oportunidades importantes na

detecção, na avaliação e no manejo de pacientes com risco de suicídio (Mirick et al., 2016).

Os treinamentos em prevenção do suicídio não são apenas sobre adquirir conhecimento, mas também sobre mudar as atitudes dos profissionais de saúde frente ao comportamento suicida (Botega et al., 2007). Esses treinamentos podem variar desde capacitações rápidas até cursos de várias horas e abordam diferentes conteúdos, como epidemiologia do suicídio, visão geral do comportamento suicida, atitude dos profissionais de saúde, transtornos mentais e suicídio, avaliação de risco de suicídio e estratégias de prevenção do suicídio (Botega et al., 2007; Cais et al., 2011). Um exemplo na literatura é um treinamento de aproximadamente 18 horas, no qual foi observada uma melhora significativa no conhecimento e nas atitudes dos profissionais de saúde de todas as profissões e faixas etárias, conforme avaliado pelo Questionário sobre Atitudes frente ao Comportamento Suicida (SBAQ, Botega et al., 2005), apesar das diferenças observadas antes da intervenção (Cais et al., 2011).

Uma formação adequada dos profissionais da saúde é essencial para lidar com o risco de suicídio de forma eficaz e para melhorar a autoeficácia dos profissionais da saúde. Programas de educação continuada que incluem práticas baseadas em evidências, que abordam o estigma associado ao suicídio e que oferecem treinamento sobre identificação, avaliação e manejo de comportamentos suicidas podem melhorar significativamente a eficácia dos profissionais de intervir adequadamente (Gask et al., 2006).

Autoeficácia

A autoeficácia é definida como a crença de uma pessoa em sua própria capacidade de iniciar, executar ou desempenhar uma tarefa específica com o objetivo desejado (Bandura, 1977, 1982). Indivíduos com maior autoeficácia mostram maior habilidade para lidar com situações estressantes e têm maior determinação para resolvê-las, independentemente da natureza do problema (Bzuneck & Guimarães, 2003; Cardoso & Baptista, 2018). Além disso, os sintomas depressivos são fatores que podem afetar a avaliação da autoeficácia (Bandura & Locke, 2003).

No contexto profissional, a autoeficácia profissional se refere à confiança que as pessoas têm em sua capacidade de realizar tarefas e funções específicas relacionadas ao trabalho. Essa confiança é crucial para o desempenho e a satisfação no trabalho, especialmente em profissões exigentes como a saúde (Schwarzer & Hallum, 2008). Profissionais de saúde com alta autoeficácia são mais propensos a se envolver ativamente no cuidado dos pacientes, adotando práticas baseadas em evidências e buscando constantemente o aprimoramento de suas habilidades (Botega et al., 2007).

A importância do treinamento para aprimorar as habilidades dos profissionais de saúde não pode ser subestimada, pois são eficazes e essenciais para desenvolver a autoeficácia profissional, pois fornecem as competências necessárias para lidar com os desafios diários no ambiente de trabalho. Através do treinamento, os profissionais de saúde podem adquirir novas habilidades, atualizar conhecimentos e aprender novas práticas, o que, por sua vez, aumenta sua confiança e eficácia no desempenho de suas funções (Salas et al., 2012).

Os treinamentos também desempenham um papel crucial na promoção da autoeficácia em situações de alta pressão, como o manejo de crises e emergências em saúde. Por exemplo, programas de simulação permitem que os profissionais de saúde pratiquem e aprimorem suas habilidades em um ambiente controlado, melhorando sua capacidade de resposta em situações reais. A simulação clínica é uma ferramenta eficaz para aumentar a autoeficácia dos profissionais, melhorando sua capacidade de tomar decisões rápidas e precisas em situações críticas (McGaghie et al., 2010).

Alguns autores sugerem que o treinamento sobre prevenção do suicídio demonstra ser eficaz, pois está associado a maior autoeficácia, uma melhora no conhecimento e no aprimoramento das habilidades de detecção, avaliação de risco e manejo, e menos atitudes negativas em relação a indivíduos em risco de suicídio (Jacobson et al., 2012; MacDonald, 2005). Ferguson e colaboradores (2018) mostraram que programas de capacitação para profissionais da saúde melhoram significativamente as competências relacionadas ao manejo de situações de risco de suicídio.

Além disso, Jahn e colaboradores (2016) apontam que os profissionais que percebem suas formações em prevenção do suicídio como adequadas relataram menos apreensão em relação ao comportamento suicida, possuíam mais conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção associados ao comportamento suicida, e demonstraram maior autoeficácia no tratamento de pacientes em risco. O treinamento de profissionais na detecção, avaliação do risco e manejo do suicídio tem maior influência nessas variáveis do que o número de anos de experiência profissional no cuidado de indivíduos em risco de suicídio (Jahn et al., 2016, 2017).

Vedana e colaboradores (2017) apontam que alguns profissionais da saúde são mais propensos a rejeitar, a não compreender, e a criticar pessoas que fazem uma tentativa de suicídio, focando exclusivamente em aspectos físicos e orgânicos do cuidado. Esse comportamento pode ser explicado por desconhecimento acerca da prevenção, da identificação, da avaliação ou do manejo do risco de suicídio, e também por um possível envolvimento emocional desses profissionais nos casos de tentativa de suicídio (Ouzouni & Nakakis, 2013). Apesar de a entrevista clínica ser a melhor forma de avaliação do risco de suicídio (Bertolote et al., 2010), o conhecimento, a autoeficácia e as atitudes de profissionais da saúde em relação à prevenção do suicídio podem ser afetados por características demográficas como idade, tempo de experiência, treinamentos recebidos e experiência nesse tipo de cuidado em saúde (Huang et al., 2023a).

Apesar de avanços na compreensão dos fatores de risco e proteção, assim como nas intervenções para prevenir o suicídio, há lacunas significativas na literatura científica sobre a autoeficácia dos profissionais de saúde na identificação, avaliação e manejo do risco de suicídio. Além disso, há uma escassez de pesquisas que avaliem o impacto do tempo de atuação, do nível de escolaridade e da quantidade de treinamento específico recebido na capacidade desses profissionais. Analisar esses aspectos pode melhorar a preparação e eficácia desses indivíduos no manejo do risco de suicídio.

Objetivos

Objetivo geral

Avaliar as atitudes e a autoeficácia de profissionais da saúde da região metropolitana de Porto Alegre na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio.

Objetivos específicos

(1) Construir um instrumento e avaliar evidências de validade de conteúdo do questionário sobre autoeficácia no manejo do risco de suicídio;

(2) Descrever as atitudes de profissionais da saúde da região metropolitana de Porto Alegre para a identificação, avaliação, e manejo de pacientes em risco de suicídio;

(3) Identificar diferenças e comparar atitudes de profissionais da saúde da região metropolitana de Porto Alegre para a identificação, avaliação, e manejo de pacientes em risco de suicídio entre áreas de formação em saúde;

Capítulo 2: Estudo 1

Evidências de validade de conteúdo de um questionário de autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio

Resumo

Este estudo teve como objetivo desenvolver e obter evidências iniciais de validade de conteúdo de um instrumento específico para medir a autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio. Na primeira etapa, foram elaborados 10 itens com base em revisão da literatura e em *frameworks* teóricos de autoeficácia em suicidologia em diversos contextos profissionais. Em seguida, três juízes especialistas avaliaram os itens quanto a sua pertinência, organização, estruturação e quanto a sua validade de conteúdo usando uma escala Likert de três pontos. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) calculado para cada critério foi, em média, 0,905, indicando concordância substancial entre os juízes. A terceira fase consistiu em um estudo piloto com profissionais da saúde, que avaliaram a compreensão e usabilidade do questionário e forneceram feedback qualitativo. Com base nos apontamentos dos juízes, os itens foram reformulados e quatro itens novos foram incluídos, totalizando 14 na versão final. A existência de um instrumento capaz de avaliar a autoeficácia pode contribuir indiretamente para a redução do estresse e do esgotamento emocional entre aqueles que atuam em contextos de alto risco. Também, os resultados deste processo de validação têm um potencial significativo para informar políticas de saúde pública voltadas à capacitação e ao suporte dos profissionais da saúde.

Palavras-chave: autoeficácia; risco de suicídio; validação de conteúdo; profissionais da saúde.

Introdução

O suicídio configura-se como um grave problema de saúde pública, com impacto significativo tanto no cenário global quanto no contexto brasileiro. Conforme estimativas da Organização Mundial da Saúde (2021b), aproximadamente 700 000 pessoas morrem por suicídio anualmente no mundo. No Brasil, entre 2011 e 2022, dados sobre suicídios coletados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) indicaram que houve 147.698 mortes por suicídio (Alves et al., 2024).

Embora existam diversos instrumentos padronizados para avaliar conhecimentos gerais ou atitudes em saúde mental, não há, até o momento, escalas validadas especificamente focadas na autoeficácia dos profissionais da saúde quanto ao manejo do risco de suicídio. Essa ausência de ferramentas direcionadas impede a mensuração precisa de competências percebidas e a identificação de lacunas formativas, limitando a capacidade de planejar programas de capacitação baseados em evidências (Mitchell et al., 2020). Com o objetivo de preencher estas lacunas, o presente estudo descreve a construção e avaliação de evidências de validade de conteúdo de um questionário específico para avaliar o grau de confiança que cuidadores sentem em suas habilidades de identificação, avaliação e intervenção em situações de risco suicida.

Método

Este estudo foi conduzido em duas etapas e foi aprovado Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº CAAE 83334124.0.0000.5334). A primeira etapa foi a construção do instrumento a partir dos modelos teóricos. A segunda etapa foi a avaliação de evidências de validade de conteúdo através de

juízes experts em suicidologia. A terceira etapa foi a aplicação piloto em profissionais de saúde.

Etapa 1 – Construção do Questionário de autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio

O Questionário de autoeficácia no manejo de pacientes em risco de suicídio foi elaborado pelos autores, uma vez que não existem instrumentos adaptados e validados para o contexto brasileiro, e levou em consideração os modelos teóricos 3ST (Klonsky & May, 2015) e IMV (O'Connor & Kirtley, 2018), que avaliam, por exemplo, desesperança e desconexão, junto da autoeficácia acerca de suas habilidades técnicas no manejo do risco de suicídio. O instrumento usa de uma escala Likert de 5 pontos, sendo 1 "discordo totalmente" e 5 "concordo totalmente". Junto dessas informações, o instrumento avalia a quantidade de pessoas atendidas ou manejadas pelo respondente nos últimos 12 meses, a percepção da importância de ter habilidades de avaliação e de intervenção em risco de suicídio em seu contexto de atuação profissional e se os respondentes receberam algum tipo de qualificação profissional específica.

Cada item do questionário foi cuidadosamente elaborado para abranger aspectos críticos do manejo de risco de suicídio e autoeficácia profissional, conforme indicado pelas evidências teóricas e empíricas. A construção deste novo instrumento foi inspirada em diversas contribuições na área. Primeiramente, o trabalho desenvolvido por Paul Quinnett (2023), através do QPR Institute e dos treinamentos de *gatekeepers*, destacou a importância da capacitação de profissionais na prevenção do suicídio. Esses treinamentos têm mostrado que aumentar a

autoeficácia dos profissionais é vital para a efetividade das intervenções, mas faltam instrumentos específicos que possam medir essa autoeficácia de forma direcionada.

Além disso, a *Gatekeeper Self-Efficacy Scale*, desenvolvida por A. Takahashi e colaboradores (2020), serviu como uma importante influência, embora esta escala foque na autoeficácia em treinamentos de *gatekeepers*, não sendo específica para o manejo de pacientes em risco de suicídio, necessariamente. De forma semelhante, o levantamento feito por Huang e colaboradores (2023a) com enfermeiros também forneceu *insights* relevantes para o desenvolvimento de um instrumento mais específico.

Não somente, o *Self-Efficacy in Dealing with Self-Harm Questionnaire*, de Kool-Goudzwaard e colaboradores (2022), e o *Counselor Suicide Assessment Efficacy Survey*, de Douglas e Morris (2015), abordam aspectos críticos de autoeficácia em contextos relacionados, como o manejo de comportamento autolesivo e a avaliação de suicídio, respectivamente, mas não de forma direcionada para profissionais da saúde.

Esses instrumentos destacam a necessidade de ferramentas específicas, mas sua aplicabilidade direta ao manejo de pacientes com risco de suicídio é limitada. Por isso, a criação de uma nova escala que capture precisamente a autoeficácia no manejo de pacientes em risco de suicídio se mostra necessária para preencher essa lacuna na literatura (Tabela 1).

Tabela 1. Versão inicial do questionário.

1. Se um/a paciente apresentasse dor, desesperança e/ou desconexão de seus pares, eu saberia avaliar imediatamente o risco de suicídio.	1	2	3	4	5
2. Não recebi treinamento suficiente para identificação, avaliação e manejo pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
3. Minhas habilidades técnicas no trabalho com pacientes em risco de suicídio são adequadas.	1	2	3	4	5
4. Sinto-me confiante na minha capacidade de falar com meus pacientes sobre suicídio para garantir a sua segurança.	1	2	3	4	5
5. Se eu receber treinamento suficiente, acredito que conseguiria identificar, avaliar e manejar pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
6. Tenho amplo conhecimento acerca dos fatores de risco para o suicídio.	1	2	3	4	5
7. Não tenho competência para perguntar diretamente a um paciente sobre suicídio.	1	2	3	4	5
8. Quando possível, evito/recuso atender pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
9. Tenho bastante conhecimento sobre os fatores de proteção para o suicídio.	1	2	3	4	5
10. Não entendo bem as estratégias de prevenção do suicídio.	1	2	3	4	5

Etapa 2 – Evidências de validade de conteúdo do Questionário de autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio

Participaram da pesquisa três juízes profissionais da saúde com amplo conhecimento sobre o manejo de pacientes em risco de suicídio e sobre psicometria, que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram

considerados os seguintes critérios de inclusão: profissionais da saúde com expertise no manejo de pacientes em risco de suicídio, com 18 anos de idade ou mais, e que aceitaram os termos de participação. Foi pedido via e-mail que os avaliadores, de forma *online* através de um *link* da plataforma SurveyMonkey, julgassem os itens com base em sua pertinência (relação do item com a dimensão do instrumento), organização (objetividade, clareza, interpretabilidade, validade, precisão etc.) e estruturação (formato, instruções, domínios, sequência etc.). Após os dados serem computados, a taxa de concordância e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) entre os juízes foram calculados e, nos casos de divergência, os itens foram revisados (DeVellis & Thorpe, 2022; Hutz et al., 2015, Capítulo 4).

Os juízes avaliaram o questionário sobre autoeficácia no manejo do risco de suicídio, sua pertinência, organização e estruturação, como sugerido por Coluci e colaboradores (2015), respondendo às perguntas “O item está formulado de maneira clara e compreensível?” e “A linguagem utilizada é adequada ao público-alvo?”. Os juízes avaliaram cada item como “ruim”, “regular” ou “bom”. Após, os juízes avaliaram a validade de conteúdo do instrumento, respondendo às perguntas “O item é relevante para medir o construto?” e “O item representa suficientemente bem o domínio que pretende medir?”, e como “essencial”, “útil”, ou “não necessário”. Quando necessário, fizeram sugestões de alteração de cada item no fim do formulário. Após aprovação e concordância entre os avaliadores e alterações dos itens da escala, foi feita uma análise semântica pela população-alvo, na qual profissionais da saúde sem necessariamente amplo conhecimento sobre o manejo de pacientes em risco de suicídio responderam ao mesmo formulário de avaliação dos itens (Borsa et al., 2012).

Etapa 3 – Aplicação piloto

No estudo piloto, profissionais da saúde foram convidados a responder à versão preliminar do Questionário de Autoeficácia no Manejo do Risco de Suicídio após a avaliação dos juízes experts e alterações conforme sugerido (Tabela 2). Em seguida, foram convidados a registrar comentários qualitativos sobre sua experiência ao responder ao questionário. Todos os participantes concordaram que os itens apresentavam enunciados claros, coerentes e pertinentes ao construto de autoeficácia no manejo do risco de suicídio, sem indicar necessidade de ajustes na redação, na organização das questões ou nas instruções. Frente ao retorno dos participantes, não foram feitas novas alterações na versão aplicada na coleta.

Tabela 2. Versão final do questionário.

As seguintes afirmativas são sobre a sua percepção de **competência técnica**.					
1. Se um/a paciente apresentasse tristeza, desesperança ou alguma forma de sofrimento emocional, eu saberia avaliar imediatamente o risco de suicídio.	1	2	3	4	5
2. Recebi treinamento suficiente para identificação, avaliação e manejo pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
3. Minhas habilidades técnicas no trabalho com pacientes em risco de suicídio são adequadas.	1	2	3	4	5
4. Se eu receber treinamento suficiente, acredito que conseguiria identificar, avaliar e manejar pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
5. Sinto que tenho conhecimento técnico acerca dos fatores de risco para o suicídio.	1	2	3	4	5

6. Tenho competência técnica para perguntar diretamente a um paciente sobre suicídio.	1	2	3	4	5
7. Sinto que tenho conhecimento suficiente sobre os fatores de proteção para o suicídio.	1	2	3	4	5
8. Acredito ter domínio sobre as estratégias de prevenção do suicídio.	1	2	3	4	5
As seguintes afirmativas são acerca de sua percepção de **segurança na prática profissional**.					
9. Consigo falar abertamente com meus pacientes sobre suicídio para garantir a sua segurança.	1	2	3	4	5
10. Quando possível, evito/recuso atender pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
11. Tenho confiança na minha capacidade de avaliar corretamente o nível de risco de suicídio de um/a paciente.	1	2	3	4	5
12. Sei como agir para garantir a segurança imediata de um/a paciente com risco elevado de suicídio.	1	2	3	4	5
13. Mesmo em situações de alta gravidade, consigo manter a calma ao atender um/a paciente em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
14. Tenho segurança ao colaborar com outros profissionais na tomada de decisões sobre um/a paciente em risco de suicídio.	1	2	3	4	5

Resultados e discussão

Mudamos de “Se um/a paciente apresentasse dor, desesperança e/ou desconexão de seus pares, eu saberia avaliar imediatamente o risco de suicídio” para “Se um/a paciente apresentasse tristeza, desesperança ou alguma forma de sofrimento emocional, eu saberia avaliar imediatamente o risco de suicídio.” A argumentação de um dos profissionais foi que os termos demasiadamente técnicos poderiam causar estranheza aos avaliados e confundi-los.

Nos itens “Tenho amplo conhecimento acerca dos fatores de risco para o suicídio” e “Tenho bastante conhecimento sobre os fatores de proteção para o suicídio”, mudou-se para “Sinto que tenho conhecimento técnico acerca dos fatores de risco para o suicídio” e “Sinto que tenho conhecimento suficiente sobre os fatores de proteção para o suicídio”, respectivamente. Segundo um dos avaliadores, as palavras “amplo” e “bastante” denotam conceitos vagos e sugeriu-se o emprego de termos mais específicos. Para tanto, uma vez que o instrumento avalia autoeficácia, preferiu-se o uso de termos que façam referência à percepção dos próprios avaliados, como “sinto”, excluindo-se, conforme sugerido, termos mais vagos.

Ademais, fez-se a divisão do questionário em seções diferentes (competência técnica e percepção de segurança), conforme sugerido por um dos avaliadores, seguida da adição de quatro outros itens em referência à percepção de segurança. Após a alteração dos itens citados, e divisão do questionário, taxa de concordância e o IVC de cada item e da escala como um todo foram calculados (Tabela 3). O processo de validação de conteúdo do questionário desenvolvido para avaliar a autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio resultou em um IVC do questionário igual a 0,905, valor este considerado excelente segundo os parâmetros recomendados pela literatura de desenvolvimento de instrumentos (Hutz et al., 2015).

Tabela 3. Índice de validade de conteúdo por item.

Item	Avaliadores			IVC-I
	1	2	3	
Competência técnica				
1	Bom	Bom	Regular	0,667
2	Bom	Bom	Regular	0,667
3	Bom	Bom	Bom	1
4	Bom	Bom	Bom	1
5	Bom	Bom	Bom	1
6	Bom	Bom	Regular	0,667
7	Bom	Bom	Bom	1
8	Regular	Bom	Bom	0,667
Segurança na prática profissional				
9	Bom	Bom	Bom	1
10	Bom	Bom	Bom	1
11	Bom	Bom	Bom	1
12	Bom	Bom	Bom	1
13	Bom	Bom	Bom	1
14	Bom	Bom	Bom	1
			IVC-S	0,905

IVC-I = Índice de Validade de Conteúdo por item; IVC-S = Índice de Validade de Conteúdo da escala.

Um dos principais benefícios de dispor de uma ferramenta validada e confiável é a possibilidade de realizar avaliações objetivas e padronizadas da percepção de competência e segurança dos profissionais da saúde em cenários de alto risco. Até então, não existia na literatura um questionário direcionado exclusivamente à autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio, o que dificultava comparações entre estudos e a identificação precisa de lacunas formativas desses profissionais. Com o IVC atingindo 0,905, fica evidente que o instrumento possui consistência para mensurar aspectos centrais, como competência técnica e segurança.

Dessa forma, este questionário preenche uma lacuna importante, permitindo que pesquisadores e gestores da área da saúde obtenham um retrato mais acurado

das necessidades de seus profissionais. A existência de um instrumento capaz de avaliar a autoeficácia pode contribuir indiretamente para a redução do estresse e do esgotamento emocional entre aqueles que atuam em contextos de alto risco. Finalmente, os resultados deste processo de validação têm um potencial significativo para informar políticas de saúde pública voltadas à capacitação e ao suporte dos profissionais da saúde. Ferramentas como esta podem ser adotadas por secretarias de saúde, conselhos profissionais e instituições de ensino para inclusão em programas de capacitação profissional, monitoramento e priorização de recursos e melhor integração de diretrizes clínicas e protocolos operacionais padrão.

Este estudo apresentou algumas limitações importantes, em especial, o número de especialistas, o que restringiu a generalização dos achados. Embora o instrumento tenha demonstrado validade de conteúdo satisfatória, a baixa representatividade da amostra pode impedir conclusões robustas sobre a população mais ampla de profissionais da saúde. Ademais, a dificuldade de acesso aos potenciais respondentes contribuiu para a redução do tamanho amostral. Foram enviadas dezenas de mensagens a diferentes profissionais convidados, mas somente uma parcela mínima respondeu a elas, e ainda menos participaram do estudo. Esse recorte aponta para um possível viés, uma vez que indivíduos com maior interesse ou confiança no tema podem ter sido os únicos motivados a participar, ao passo que aqueles com receio de expor suas dificuldades técnicas ou sofrimento emocional possivelmente se abstiveram.

Em virtude dessas limitações, sugerimos ampliar o alcance do recrutamento e aumentar o tamanho amostral, envolvendo parcerias diretas com secretarias de saúde, conselhos profissionais e instituições de ensino que possam incentivar a

participação por meio de canais oficiais. Sugerimos também a inclusão de estudos qualitativos de forma complementar, com entrevistas semiestruturadas ou grupos focais com especialistas, e de validação de critério (não somente de conteúdo) de novos instrumentos a serem desenvolvidos.

Conclusão

A construção e avaliação de evidências de validade de conteúdo do questionário de autoeficácia no manejo do risco de suicídio avançou de forma satisfatória ao demonstrar índice de validade de conteúdo de 0,905, o que confirma sua pertinência teórica e operacional. Tal instrumento representa uma contribuição relevante para sua aplicação em contextos de saúde pública, pois preenche uma lacuna ao oferecer uma medida específica da autoeficácia dos profissionais em situações de elevada complexidade emocional. Para tanto, pode-se usá-lo para a identificação de necessidades ou falhas formativas de profissionais da saúde, o aumento da segurança da prática profissional e do bem-estar desses profissionais no manejo do risco de suicídio e possivelmente a orientação de políticas públicas de saúde para alocação adequada de recursos de forma a desenvolver diretrizes institucionais e protocolos operacionais padrão de forma eficaz e altamente direcionada.

O questionário validado não apenas desempenha função de avaliação diagnóstica, mas também funciona como instrumento de mudança, ao oferecer *feedback* claro sobre competências e promover o planejamento de ações formativas alinhadas às necessidades reais dos profissionais da saúde. O impacto potencial dessas ações se estende à rede de atenção à saúde como um todo, uma vez que profissionais mais confiantes e competentes tendem a prestar um atendimento de

melhor qualidade, refletindo-se em desfechos clínicos mais favoráveis para pacientes em risco de suicídio e, em última instância, na redução de mortalidade por suicídio.

Capítulo 3: Estudo 2

Autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio

Resumo

Este estudo transversal, quantitativo, descritivo e exploratório avaliou a autoeficácia de profissionais da saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre (n = 44) na identificação, avaliação e manejo do risco de suicídio. Após a coleta de consentimento informado, os participantes responderam ao questionário de autoeficácia, à Nova Escala Geral de Autoeficácia, ao Questionário sobre Atitudes frente ao Comportamento Suicida e ao *Self-Reporting Questionnaire-20*. Independentemente de terem recebido ou não treinamento específico, a maioria dos participantes atribuíram notas elevadas à importância de cursos voltados ao manejo do risco de suicídio. Profissionais com maior autoeficácia geral sentem-se mais "treináveis" e dispostos a buscar aperfeiçoamento, e não se observou correlação entre escolaridade e a subescala direito ao suicídio, embora alguns trabalhos indiquem que níveis mais altos de escolaridade podem estar associados a atitudes menos permissivas em relação ao suicídio. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que receberam e que não receberam treinamento específico quanto à quantidade de pacientes em risco atendidos nos últimos 12 meses. Isso que sugere que ambos os grupos estão sendo expostos a níveis semelhantes de demanda clínica e que seus pacientes, além da vulnerabilidade intrínseca ao comportamento suicida, sofrem as consequências da possível inadequação no atendimento.

Palavras-chave: autoeficácia; risco de suicídio; prevenção do suicídio; profissionais da saúde.

Introdução

O comportamento suicida é uma causa séria de morte e de impactos psicológicos e sociais em famílias e na sociedade como um todo (Sadek, 2019; B. A. Santos et al., 2023). No Brasil, entre 2011 e 2022, dados sobre suicídio coletados nos sistemas de informação em saúde indicaram 720.480 notificações de autolesão, 104.458 hospitalizações por comportamento autolesivo e 147.698 suicídios (Alves et al., 2024). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), o suicídio leva mais de 700.000 pessoas anualmente a óbito e é a quarta causa de morte mais comum no mundo entre jovens de 15 a 19 anos.

Programas de conscientização e educação sobre saúde mental podem ajudar a reduzir o estigma associado ao suicídio, encorajando as pessoas a buscar ajuda o quanto antes (Arendt et al., 2023). Apesar disso, evidências indicam que profissionais da saúde da família e clínicos gerais sentem-se despreparados para manejar pacientes com comportamento autolesivo e risco de suicídio. Mesmo tendo sido treinados, esses profissionais não têm confiança no manejo de comportamentos autolesivos e tendem a confiar em seus instintos para avaliar o risco de suicídio (Mughal et al., 2020). Treinamentos sucessivos são fundamentais para melhorar o manejo de pacientes com risco de autolesão e suicídio (Mughal et al., 2020; Saini et al., 2010).

Treinamentos em prevenção do suicídio não se tratam apenas de adquirir conhecimento, mas também de mudar atitudes e aumentar a autoeficácia dos profissionais de saúde diante do comportamento suicida (Botega et al., 2007). Esses treinamentos podem variar de capacitações rápidas a cursos de várias horas e abordam diferentes temas, como epidemiologia do suicídio, visão geral do

comportamento suicida, atitude dos profissionais de saúde, transtornos mentais e suicídio, avaliação de risco de suicídio, estratégias de prevenção do suicídio, entre outros (Botega et al., 2007; Cais et al., 2011).

Uma formação adequada dos profissionais da saúde é essencial para lidar eficazmente com o risco de suicídio e melhorar a sua autoeficácia. Programas de educação continuada que incluem práticas baseadas em evidências, abordam o estigma associado ao suicídio e oferecem treinamento sobre identificação, avaliação e manejo de comportamentos suicidas podem aumentar significativamente a eficácia dos profissionais para intervir adequadamente (Gask et al., 2006).

No contexto profissional, a autoeficácia se refere à confiança que as pessoas têm em sua capacidade de realizar tarefas e funções específicas relacionadas ao trabalho. Essa confiança é crucial para o desempenho e a satisfação no trabalho, especialmente em profissões exigentes como a saúde (Schwarzer & Hallum, 2008). Profissionais de saúde com alta autoeficácia são mais propensos a se envolver ativamente no cuidado dos pacientes, adotando práticas baseadas em evidências e buscando constantemente o aprimoramento de suas habilidades (Botega et al., 2007).

Alguns estudos sugerem que o treinamento em prevenção do suicídio é eficaz, associado a maior autoeficácia, uma melhora no conhecimento e no aprimoramento das habilidades de detecção, avaliação de risco e manejo, e menos atitudes negativas em relação a indivíduos em risco de suicídio (Jacobson et al., 2012; MacDonald, 2005). Ferguson e colaboradores (2018) mostraram que programas de capacitação para profissionais da saúde melhoram significativamente as competências relacionadas ao manejo de situações de risco de suicídio.

Além disso, Jahn e colaboradores (2016) apontam que profissionais que consideram suas formações em prevenção do suicídio adequadas apresentam menos apreensão em relação ao comportamento suicida, possuem mais conhecimento sobre os fatores de risco e de proteção associados ao suicídio, e demonstram maior autoeficácia no tratamento de pacientes em risco. O treinamento de profissionais na detecção, avaliação de risco e manejo do suicídio tem mais impacto nessas variáveis do que o tempo de experiência profissional no cuidado de indivíduos em risco de suicídio (Jahn et al., 2016, 2017).

Alguns profissionais da saúde são mais propensos a rejeitar, não compreender e criticar pessoas que tentam suicídio, focando exclusivamente em aspectos físicos e orgânicos do cuidado (Vedana et al., 2017). Tal comportamento pode ser explicado pelo desconhecimento sobre a prevenção, identificação, avaliação ou manejo do risco de suicídio, além de um possível envolvimento emocional nesses casos (Ouzouni & Nakakis, 2013). Apesar de a entrevista clínica ser considerada a melhor forma de avaliação do risco de suicídio (Bertolote et al., 2010), o conhecimento, a autoeficácia e as atitudes dos profissionais de saúde em relação à prevenção do suicídio podem ser influenciados por características demográficas, como idade, tempo de experiência, treinamentos recebidos e experiência nesse tipo de cuidado em saúde (Huang et al., 2023a).

Apesar dos avanços na compreensão dos fatores de risco e proteção e das intervenções para prevenir o suicídio, ainda existem lacunas significativas na literatura científica sobre a autoeficácia dos profissionais de saúde na identificação, avaliação e manejo do risco de suicídio. Além disso, há escassez de pesquisas que avaliem, por exemplo, o impacto do tempo de atuação, nível de escolaridade e quantidade de

treinamento específico recebido na capacidade desses profissionais. Analisar esses aspectos pode melhorar a preparação e eficácia desses indivíduos no manejo do risco de suicídio. Para tanto, buscou-se neste estudo descrever, identificar diferenças e comparar atitudes de profissionais da saúde para a identificação, avaliação, e manejo de pacientes em risco de suicídio entre áreas de formação em saúde.

Método

Este estudo adotou uma abordagem quantitativa, com um delineamento transversal, descritivo e exploratório (Creswell & Creswell, 2023). A abordagem descritiva procurou caracterizar e detalhar as atitudes e a autoeficácia desses profissionais e suas relações, enquanto a natureza exploratória identificou possíveis associações e padrões entre as variáveis investigadas.

Este estudo seguiu as diretrizes éticas da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPSSCH da UFRGS (CAAE 83334124.0.0000.5334). Foram incluídos no estudo profissionais de saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. O convite aos participantes se deu de forma *online* e foi feito pelos órgãos e instituições de saúde ou por colegas profissionais. Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde com ensino médio incompleto ou escolaridade superior autorrelatada, com 18 anos ou mais, e que aceitaram o TCLE. Foram excluídos participantes que apresentaram dificuldade em compreender os questionários.

A coleta dos dados ocorreu em formulário *online* no *SurveyMonkey.* Foram coletados dados sociodemográficos como idade, gênero, escolaridade, tempo de atuação e profissão através de um questionário construído pelos autores para este estudo. Foi escolhido utilizar “tempo de atuação” ao invés de “tempo de formação”

por existirem profissionais da saúde que atuam em áreas distintas de sua formação inicial, mesmo que ainda no campo da saúde, ou profissionais que já exerceram mais de uma profissão ao longo de suas carreiras, como técnicos de enfermagem que concluem a graduação em enfermagem enquanto já atuam profissionalmente.

Além disso, os participantes responderam Nova Escala Geral de Autoeficácia, desenvolvida por Chen e colaboradores (2001) e validada para a população brasileira (Balsan et al., 2020); um questionário sobre a autoeficácia no manejo de pacientes em risco de suicídio elaborado pelos autores (Pozzobon & Czepielewski, em preparação); o Questionário sobre Atitudes frente ao Comportamento Suicida (SBAQ), proposto por Botega e colaboradores (2005); e o Self-Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20), desenvolvido pela OMS (1994) para rastreio de sofrimento e transtornos mentais e validado para diversos contextos no Brasil (K. Santos et al., 2009, 2016; Silveira et al., 2022).

Análise de dados

A análise de dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial. Na primeira etapa, os questionários preenchidos via SurveyMonkey foram exportados para o formato CSV e importados para o *software* estatístico jamovi v. 2.6 (Sydney, Australia) e itens de cada escala ou questionário foram devidamente reunidos, conforme diretrizes de cada instrumento, para o cálculo de escores totais ou de cada subescala, bem como cada variável foi devidamente codificada para uso no *software* estatístico. Questionários com mais de 20 % de respostas faltantes em uma mesma escala foram excluídos da análise pertinente a essa escala. Na segunda etapa, calcularam-se as frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas (gênero, local de atuação, nível de atenção em saúde, profissão etc.). Obtiveram-se,

também, a média, o desvio-padrão, o mínimo e o máximo de cada variável contínua (idade, tempo de atuação, duração de treinamentos específicos, escores de cada escala).

Na terceira etapa, aplicou-se o teste de Shapiro–Wilk às variáveis contínuas e adotaram-se métodos não paramétricos para as comparações entre os dois grupos (receberam vs. não receberam treinamento específico). Em cada variável de interesse, aplicou-se o teste de Mann–Whitney (teste U), que não exige pressuposto de normalidade. Para cada comparação, registrou-se o n, o valor de U e o p-valor associado. Para a quarta etapa, escolheu-se a correlação de Spearman devido à distribuição não paramétrica das variáveis contínuas. Para cada variável de interesse, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman (rho), os graus de liberdade e o p-valor associado.

Resultados

Quarenta e quatro participantes responderam aos questionários deste estudo (Tabela 1). Na amostra total, a idade média dos participantes foi de 35,55 anos (DP = 7,369), variando de 23 a 54 anos. Entre aqueles que receberam treinamento (n = 19, 43,2%), a média de idade foi de 34,58 anos (DP = 7,862) em comparação com o grupo sem treinamento (n = 25, 56,8%; 36,52 anos, DP = 6,615).

Quanto ao gênero, observou-se predomínio do sexo feminino em toda a amostra (n = 32, 72,7%), das quais apenas 12 (27,3%) recebeu treinamento específico para o manejo do risco de suicídio. Dentre o sexo masculino (n = 12, 27,3%), apenas 7 (15,9%) recebeu treinamento. Em relação ao nível de escolaridade, a maior parte dos profissionais possuía pós-graduação completa (n = 33, 75,0%), dos quais 19 (43,2%) têm pelo menos uma especialização completa, 10 (22,7%) têm

mestrado completo e 4 (9,1%) têm doutorado completo. O tempo médio de atuação na área de saúde foi de 9,25 anos (DP = 7,247) para a amostra. Entre os que receberam treinamento, o tempo médio foi de 9,21 anos (DP = 6,170), comparado a 9,28 anos (DP = 8,096) observados no grupo sem treinamento. Profissionais com até sete anos de experiência corresponderam a 50,0% da amostra total. Quanto ao local de atuação (nível de atenção), 10 respondentes (22,7%) atuavam na atenção primária, 22 (50,0%) atuavam em atenção secundária, enquanto 12 (27,3%) atuavam em atenção terciária.

Dentre as profissões, a maioria da amostra foi composta por psicólogos (n = 18, 40,9%), dos quais 11 (25,0%) receberam treinamento. Quatro (9,1%) dos participantes eram nutricionistas, 3 (6,8%) eram médicos não-psiquiatras, e 3 (6,8%) eram educadores físicos. Apesar de somente uma pessoa (2,3%) ter respondido que sua escolaridade mais alta é ensino superior incompleto e nenhuma ter escolaridade mais baixa que isso, 4 (9,1%) participantes ocupam um cargo que não requer ensino superior completo. Por fim, a distribuição por município mostrou que 28 participantes (6,6%) trabalhavam em Porto Alegre, 6 (13,6%) em Viamão, 3 (6,8%) em Campo Bom e 2 (4,5%) em Canoas. A participação de profissionais de Porto Alegre que receberam treinamento específico para o manejo do risco de suicídio foi de 25,0% da amostra (n = 11).

Tabela 1. Características sociodemográficas.

(n = 44)	**Média (desvio-padrão)** **Variável (n, %)**	Recebeu treinamento?	
		Sim (n = 19, 43,2%)	Não (n = 25, 56,8%)
Idade (em anos)	35,55 (7,369)	34,58 (7,862)	36,52 (6,615)
Gênero	Masculino (12, 27,3%)	(7, 15,9%)	(5, 11,4%)
	Feminino (32, 72,7%)	(12, 27,3%)	(20, 45,5%)
Escolaridade	Ensino superior incompleto (1, 2,3%)	(1, 2,3%)	(0, 0,0%)
	Ensino superior completo (6, 13,6%)	(1, 2,3%)	(5, 11,4%)
	Pós-graduação incompleta (4, 9,1%)	(1, 2,3%)	(3, 6,8%)
	Especialização completa (19, 43,2%)	(9, 20,5%)	(10, 22,7%)
	Mestrado completo (10, 22,7%)	(6, 13,6%)	(4, 9,1%)
	Doutorado completo (4, 9,1%)	(1, 2,3%)	(3, 6,8%)
Profissão	Enfermeiro (6, 13,3%)	(3, 6,8%)	(3, 6,8%)
	Psicólogo/a (18, 40,9%)	(11, 25,0%)	(7, 15,9%)
	Médico/a (não psiquiatra) (3, 6,8%)	(1, 2,3%)	(2, 4,5%)
	Médico/a (psiquiatra) (1, 2,3%)	(1, 2,3%)	(0, 0,0%)
	Nutricionista (4, 9,1%)	(0, 0,0%)	(4, 9,1%)
	Fisioterapeuta (2, 4,5%)	(0, 0,0%)	(2, 4,5%)
	Farmacêutico/a (2, 4,5%)	(0, 0,0%)	(2, 4,5%)
	Assistente social (1, 2,3%)	(0, 0,0%)	(1, 2,3%)
	Educador/a físico/a (3, 6,8%)	(2, 4,5%)	(1, 2,3%)
	Técnico em enfermagem (1, 2,3%)	(0, 0,0%)	(1, 2,3%)
	Agente comunitário de saúde (1, 2,3%)	(1, 2,3%)	(0, 0,0%)
	Redutor/a de danos (2, 4,5%)	(0, 0,0%)	(2, 4,5%)
Tempo de atuação (em anos)	9,25 (7,247)	9,21 (6,170)	9,28 (8,096)
Local de atuação (nível de atenção)	Primária (10, 22,7%)	(5, 11,4%)	(5, 11,4%)
	Secundária (22, 50,0%)	(8, 18,2%)	(14, 31,8%)
	Terciária (12, 27,3%)	(6, 13,6%)	(6, 13,6%)
Cidade de atuação	Porto Alegre (28, 63,3%)	(11, 25,0%)	(17, 38,6%)
	Cachoeirinha		

(1, 2,3%)	(0, 0,0%)	(1, 2,3%)
Campo Bom		
(3, 6,8%)	(1, 2,3%)	(2, 4,5%)
Canoas		
(2, 4,5%)	(2, 4,5%)	(0, 0,0%)
Guaíba		
(1, 2,3%)	(1, 2,3%)	(0, 0,0%)
Novo Hamburgo		
(1, 2,3%)	(0, 0,0%)	(1, 2,3%)
Sapiranga		
(1, 2,3%)	(0, 0,0%)	(1, 2,3%)
Viamão		
(6, 13,6%)	(2, 4,5%)	(4, 9,1%)
Não informou		
(1, 2,3%)	(1, 2,3%)	(0, 0,0%)

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que recebeu e que não recebeu treinamento para o manejo do risco de suicídio quanto ao tempo de atuação, percepção da importância da existência de treinamentos específicos, quantidade de pacientes em risco atendidos nos últimos 12 meses, percepção de segurança, autoeficácia, sentimentos em relação ao paciente, e julgamento quanto ao direito ao suicídio (Tabela 2). Apesar disso, houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto aos escores de competência técnica (U = 47,5, p-valor = 0,003) e de percepção de capacidade profissional (U = 40,5, p-valor = 0,009).

Tabela 2. Características relativas à experiência em situações de risco de suicídio.

			Recebeu treinamento?				Comparação entre grupos	
			Sim (n = 19, 43,2%)		Não (n = 25, 56,8%)			
	n	**M (DP)**	**n**	**M (DP)**	**n**	**M (DP)**	**U**	**p-valor**
Tempo de atuação em área da saúde (em anos)	44	9,25 (7,247)	19	9,21 (6,170)	25	3,18 (8,096)	221,0	0,704
Duração de treinamentos específicos (em horas)	44	5,16 (14,175)	19	11,95 (19,859)	25	0,00 (0,000)	**12,5*** **	**< 0,001**
Percepção da importância da existência de treinamentos específicos (1–5)	40	4,53 (0,847)	19	4,74 (0,562)	21	4,33 (1,017)	166,0	0,254
Quantidade de pacientes em risco atendidos nos últimos 12 meses	40	6,42 (7,629)	19	8,74 (10,005)	21	4,33 (3,706)	167,5	0,389
Competência técnica	32	30,09 (7,655)	15	34,12 (4,675)	17	25,53 (7,927)	**47,5****	**0,003**
Percepção de segurança	32	23,19 (5,614)	15	25,12 (3,806)	17	21,00 (6,601)	78,5	0,066
Nova Escala Geral de Autoeficácia	33	23,18 (5,531)	16	24,35 (4,061)	17	21,94 (6,668)	101,5	0,219
Sentimentos negativos em relação ao paciente (SBAQ, 0–700)	28	195,11 (104,699)	14	199,71 (121,053)	14	190,50 (89,819)	97,0	0,982
Percepção de capacidade profissional (SBAQ, 0–400)	28	259,57 (91,023)	14	309,07 (63,196)	14	210,07 (89,087)	**40,5****	**0,009**
Direito ao suicídio (SBAQ, 0–400)	28	163,61 (80,107)	14	146,64 (81,628)	14	180,57 (77,749)	73,0	0,265
SRQ-20	26	5,65 (4,069)	13	6,77 (4,935)	13	6,77 (4,935)	65,0	0,326

* p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001, M = Média, DP = desvio-padrão, U = U de Mann-Whitney, SBAQ = Questionário sobre Atitudes frente ao Comportamento Suicida, SRQ-20 = Self-Reporting Questionnaire 20

A análise de correlação de Spearman evidenciou associações fortes e estatisticamente significativas entre dimensões de autoeficácia, competência e segurança no manejo do risco de suicídio (Tabela 3). Primeiramente, observou-se uma correlação muito alta entre percepção de segurança e competência técnica (rho = 0,798, gl = 30, p < 0,001), sugerindo que quanto mais competentes os profissionais se percebem tecnicamente, maior é seu sentimento de segurança ao lidar com pacientes em risco. De modo semelhante, a Nova Escala Geral de Autoeficácia apresentou correlação moderada a forte com a percepção de segurança (rho = 0,580, gl = 30, p < 0,001), o que sugere que a confiança global nas próprias habilidades está diretamente relacionada à sensação de preparo para conduzir intervenções seguras.

Quanto às subescalas do SBAQ, a percepção de capacidade profissional correlacionou-se fortemente com a competência técnica (rho = 0,738; gl = 26; p < 0,001) e também com a Nova Escala Geral de Autoeficácia (rho = 0,775; gl = 26; p < 0,001), reforçando a consistência entre medidas distintas de autoeficácia e competência profissional. Por outro lado, o estresse e sintomatologia avaliados pelo SRQ-20 apresentaram correlações negativas com essas mesmas variáveis: competência técnica (rho = –0,411; gl = 24; p = 0,037) e percepção de capacidade profissional (rho = –0,407; gl = 24; p = 0,039).

Tabela 3. Correlação entre variáveis.

		Competência técnica	Percepção de segurança	Nova Escala Geral de Autoeficácia	Sentimentos negativos em relação ao paciente (SBAQ)	Percepção de capacidade profissional (SBAQ)	Direito ao suicídio (SBAQ)	SRQ-20
Percepção de segurança	rho (gl)	**0,798*** (30)**	—					
	p-valor	**<0,001**	—					
Nova Escala Geral de Autoeficácia	rho (gl)	0,341 (30)	**0,580*** (30)**	—				
	p-valor	0,056	**<0,001**	—				
Sentimentos negativos em relação ao paciente (SBAQ)	rho (gl)	-0,278 (26)	-0,258 (26)	-0,020 (26)	—			
	p-valor	0,151	0,185	0,921	—			
Percepção de capacidade profissional (SBAQ)	rho (gl)	**0,738*** (26)**	**0,775*** (26)**	0,274 (26)	-0,337 (26)	—		
	p-valor	**<0,001**	**<0,001**	0,159	0,080	—		
Direito ao suicídio (SBAQ)	rho (gl)	-0,259 (26)	-0,060 (26)	0,167 (26)	0,219 (26)	-0,218 (26)	—	
	p-valor	0,183	0,762	0,394	0,263	0,266	—	
SRQ-20	rho (gl)	**-0,411* (24)**	-0,340 (24)	-0,218 (24)	-0,057 (24)	**-0,407* (24)**	0,061 (24)	—
	p-valor	**0,037**	0,089	0,285	0,783	**0,039**	0,769	—
Escolaridade	rho (gl)	0,129 (30)	-0,031 (30)	-0,251 (31)	0,134 (26)	-0,141 (26)	-0,169 (26)	0,199 (24)
	p-valor	0,482	0,867	0,158	0,496	0,473	0,389	0,329

* p < 0,05, *** p < 0,001, rho = rho de Spearman, gl = graus de liberdade, SBAQ = Questionário sobre Atitudes frente ao Comportamento Suicida, SRQ-20 = Self-Reporting Questionnaire 20.

Discussão

Este estudo teve por objetivo avaliar a autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio, buscando identificar lacunas e oportunidades para intervenções formativas e introduz um instrumento inovador, especificamente focado na autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo de pacientes em risco de suicídio. Em termos de resultados, observou-se que, mesmo com o tamanho amostral restrito (n = 44), os profissionais, independentemente de terem recebido ou não treinamento específico, atribuíram notas elevadas à importância de cursos voltados ao manejo do risco de suicídio.

Apesar disso, alguns achados merecem destaque por suas implicações práticas e por apontarem caminhos para futuras investigações. Inicialmente, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos que receberam e que não receberam treinamento específico no que se refere à quantidade de pacientes em risco atendidos nos últimos 12 meses. Esse resultado sugere esses profissionais, independentemente de terem tido treinamento específico ou não, estão sendo expostos a níveis semelhantes de demanda clínica.

Em outras palavras, esses pacientes em risco de suicídio podem enfrentar um “risco dobrado”: além da vulnerabilidade intrínseca ao comportamento suicida, sofrem as consequências da possível inadequação no atendimento. A constatação de que profissionais não treinados atendem tantos pacientes em risco quanto os treinados reforça a urgência de intervenções formativas baseadas em evidência que tornem o atendimento não apenas seguro, mas também tecnicamente adequado (Mann et al., 2021; Mitchell et al., 2020; Muehlenkamp et al., 2013; Takahashi et al., 2021).

A forte correlação entre percepção de segurança e competência técnica (rho = 0,798; gl = 30; p < 0,001) aponta para uma importante coesão interna dessas duas dimensões no nosso instrumento. A teoria da autoeficácia de Bandura (1977, 1982) descreve que a percepção de competência e o sentimento de segurança ao executar tarefas podem caminhar juntos, pois ambos refletem crenças de domínio sobre uma atividade. Também, a percepção de capacidade profissional (SBAQ) correlacionou-se tanto com a competência técnica (rho = 0,738; gl = 26; p < 0,001) quanto com a percepção de segurança (rho = 0,775; gl = 26; p < 0,001), o que sugere uma possível sobreposição conceitual entre o que cada subescala se propõe a medir.

No que tange à Nova Escala Geral de Autoeficácia e sua correlação moderada com percepção de segurança (rho = 0,580; gl = 30; p < 0,001), confirma-se o achado de que uma crença mais sólida na autoeficácia geral tende a assegurar maior sensação de preparo para situações específicas (Chen et al., 2001; Scholz et al., 2002). Profissionais com maior autoeficácia geral sentem-se mais “treináveis” e dispostos a buscar aperfeiçoamento; contudo, é preciso ressaltar que autoeficácia é um constructo de crença subjetiva, distinta da eficácia real observável (Bandura, 1977, 1982).

Por outro lado, as correlações negativas, apesar de fracas, entre o SRQ-20 e tanto a competência técnica (rho = –0,411; gl = 24; p = 0,037) quanto a percepção de capacidade profissional (rho = –0,407; gl = 24; p = 0,039) indicam que profissionais com mais sintomas de sofrimento mental tendem a avaliar suas habilidades com menor confiança. Além disso, é importante considerar o papel do viés de negatividade, que pode amplificar insegurança ou percepções de incompetência entre profissionais que enfrentam sofrimento emocional intenso, uma vez que ele pode

prejudicar o processo de tomada de decisões e a assertividade no manejo de situações de crise (Mitchell et al., 2020).

Por fim, não se observou correlação entre escolaridade e a subescala direito ao suicídio (SBAQ) na nossa amostra, embora alguns trabalhos indiquem que níveis mais altos de escolaridade podem estar associados a atitudes menos permissivas em relação ao suicídio (Hawgood et al., 2022; Huang et al., 2023b; Sela & Levi-Belz, 2024). Nossa amostra possivelmente não teve poder estatístico suficiente para revelar esse padrão devido ao tamanho reduzido. Essa ausência de associação reforça a necessidade de estudos futuros com amostras maiores para explorar de forma mais confiável o impacto da formação acadêmica e experiência profissional em crenças éticas e atitudes frente ao suicídio.

Apesar dos resultados promissores e das correlações estatisticamente significativas observadas, esta pesquisa apresenta limitações importantes que devem ser consideradas na interpretação dos achados, em especial, a dificuldade de recrutamento de participantes, decorrente da escassa colaboração institucional por parte de Conselhos Profissionais e Secretarias Municipais de Saúde. Muitas das tentativas de contato sequer obtiveram resposta, e pelo menos uma manifestação foi explicitamente desinteressada no tema, como no caso do Conselho Profissional que alegou que o suicídio não é uma temática relevante para as categorias que representa. Tais dificuldades comprometeram imensamente o alcance e a diversidade da amostra.

Como consequência, o número de participantes foi reduzido, o que impossibilitou a condução de análises estatísticas mais robustas, como a análise de variância entre grupos, modelos de regressão linear para examinar preditores de

autoeficácia, ou testes de moderação para avaliar o papel de variáveis como experiência clínica ou sofrimento psíquico na percepção de competência profissional. A ausência dessas análises limita o poder de exploração dos dados e restringe o entendimento mais amplo dos fenômenos observados.

Outro fator relevante a ser destacado é a delicadeza da temática abordada. O suicídio ainda é um assunto tabu, mesmo entre profissionais da saúde, e frequentemente desperta medo, insegurança e evitação —questões centrais que esta pesquisa se propôs a investigar. É possível, portanto, que os profissionais que mais necessitariam de capacitação técnica tenham evitado participar do estudo, o que levanta a possibilidade de viés de seleção. Soma-se a isso o possível viés de resposta, dada a possibilidade de os respondentes terem mais interesse e familiaridade com o tema, o que pode ter influenciado a autoavaliação de suas competências e percepções.

Diante desses limites, sugere-se que pesquisas futuras adotem metodologias mistas, combinando abordagens quantitativas e qualitativas para aprofundar a compreensão das percepções, experiências e dificuldades dos profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio. Entrevistas semiestruturadas, grupos focais e estudos de caso podem contribuir com nuances que os instrumentos padronizados não captam. Além disso, estudos com amostras maiores, representativas de diferentes regiões e categorias profissionais, são fundamentais para a validação mais robusta da escala proposta e para a elaboração de estratégias de formação e intervenção baseadas em evidências.

Conclusão

Este estudo apresentou dados preliminares de que profissionais da saúde, independentemente de terem recebido treinamento específico, reconhecem a importância de se aprofundar na competência para manejo do risco de suicídio. Observou-se ainda que tanto os treinados quanto os não treinados atenderam número semelhante de pacientes em risco, sugerindo que, além do risco de suicídio em si, há um “risco dobrado” quando o atendimento e o tratamento não são adequados. As correlações internas do instrumento validado mostraram que percepção de segurança e competência técnica estão fortemente associadas. O sofrimento psíquico (avaliado pelo SRQ-20) apresentou correlações negativas com competência técnica e percepção de capacidade, evidenciando que profissionais com maior sintomatologia podem subestimar suas habilidades clínicas. A prevenção do suicídio depende não apenas de capacitações formais, mas também de um contínuo cuidado com o bem-estar e a autoeficácia dos profissionais da saúde, de forma a fortalecer sua confiança técnica e, assim, garantir atendimento de qualidade e baseado em evidências aos pacientes em risco. Apesar das barreiras encontradas, não podemos desistir de investigar e aprimorar estratégias: cada avanço pode representar uma oportunidade de salvar vidas.

Capítulo 4: Considerações Finais

Esta pesquisa trouxe um caráter inovador ao propor um instrumento específico para avaliar a autoeficácia de profissionais da saúde no manejo de pacientes em risco de suicídio, preenchendo uma lacuna importante na literatura. No Estudo 1, o questionário desenvolvido demonstrou evidências adequadas de validade de conteúdo, indicando que suas dimensões refletem de modo coerente as competências técnicas e a percepção de segurança necessárias para a prática de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio. No Estudo 2, a aplicação do instrumento junto a profissionais da saúde na Região Metropolitana de Porto Alegre revelou reforçou a importância de uma formação fundamentada em prática baseada em evidências e corroborou que a autoeficácia não depende apenas do conhecimento teórico.

A condução desta pesquisa revelou desafios significativos que, embora não reduzam seu valor científico, apontam para obstáculos metodológicos e institucionais ainda a serem superados na investigação de temas sensíveis como o manejo do risco de suicídio. Primeiramente, no Estudo 1, o recrutamento de especialistas mostrou-se bastante limitado: de dezenas de profissionais especialistas convidados, apenas três responderam ao questionário, e a maioria sequer retornou às tentativas de contato. Esse baixo engajamento entre os juízes pode ter comprometido a robustez da validação de conteúdo, evidenciando a necessidade de estratégias alternativas de mobilização (e.g., por meio de redes de colaboração já estabelecidas ou por incentivos direcionados ao público especializado).

De modo semelhante, a adesão de participantes ao Estudo 2 também foi significativamente reduzida. A saturação de pesquisas *online*, aliada à falta de

compartilhamento informal entre colegas, resultou em uma amostra final de apenas 44 respostas completas. Essa limitação amostral significativa restringe a generalização dos achados e reforça a urgência de abordagens complementares, como parcerias com programas de educação continuada, aplicação de pesquisas presenciais ou uso de outras plataformas profissionais, para ampliar o alcance em futuros estudos.

O tema suicídio, por natureza, tende a afastar tanto especialistas quanto profissionais de linha de frente, gerando um efeito de “autoexclusão” daqueles que poderiam mais poderiam contribuir, seja pelo julgamento, seja pela percepção de incapacidade técnica. Esse fenômeno foi agravado pela postura pouco colaborativa de alguns Conselhos Profissionais: enquanto o COREN e o CRP se dispuseram a auxiliar, ainda que sujeitos a trâmites internos, o CREFITO recusou abertamente qualquer envolvimento, alegando que o tema não é relacionado a suas categorias, enquanto todos os outros conselhos sequer responderam. De modo análogo, apenas a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre atendeu ao pedido de divulgação, impondo, contudo, a exigência de reavaliação pelo próprio comitê de ética — um entrave burocrático que inviabilizou o acesso a segmentos profissionais sem conselho profissionais, sindicato ou qualquer outra representação específica, como oficineiros e redutores de danos. Nenhuma outra Secretaria Municipal de Saúde respondeu às mensagens enviadas.

Essas barreiras institucionais e operacionais, somadas ao tamanho amostral reduzido, configuram as principais limitações deste trabalho. Ainda assim, os resultados obtidos oferecem *insights* valiosos sobre percepções de autoeficácia no manejo do risco de suicídio. É fundamental que a comunidade acadêmica, os

conselhos profissionais e os órgãos públicos reconheçam a importância de apoiar investigações nessa área, flexibilizando processos de parceria e promovendo iniciativas de capacitação que ampliem a participação dos profissionais. Somente assim poderemos avançar na construção de evidências sólidas e, consequentemente, fomentar intervenções eficazes e baseadas em evidência para a prevenção do suicídio e outros problemas graves de saúde pública.

Referências

Alves, F. J. O., Fialho, E., de Araújo, J. A. P., Naslund, J. A., Barreto, M. L., Patel, V., & Machado, D. B. (2024). The rising trends of self-harm in Brazil: An ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. *The Lancet Regional Health - Americas*, *31*, 100691. https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100691

American Psychiatric Association (Org.). (2023). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR* (5. ed, texto revisado). Artmed.

Anderson, J., Mitchell, P. B., & Brodaty, H. (2017). Suicidality: Prevention, detection and intervention. *Australian Prescriber*, *40*(5), 162–166. https://doi.org/10.18773/austprescr.2017.058

Arendt, F., Till, B., Voracek, M., Kirchner, S., Sonneck, G., Naderer, B., Pürcher, P., & Niederkrotenthaler, T. (2023). ChatGPT, Artificial Intelligence, and Suicide Prevention: A Call for a Targeted and Concerted Research Effort. *Crisis*, *44*(5), 367–370. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000915

Armoon, B., Soleimanvandi-Azar, N., Fleury, M.-J., Noroozi, A., Bayat, A.-H., Mohammadi, R., Ahounbar, E., & Fattah Moghaddam, L. (2021). Prevalence, sociodemographic variables, mental health condition, and type of drug use associated with suicide behaviors among people with substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addictive Diseases*, *39*(4), 550–569. https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1912572

Balsan, L. A. G., Carneiro, L. L., Bastos, A. V. B., & Costa, V. M. F. (2020). Adaptação e Validação da Nova Escala Geral de Autoeficácia. *Avaliação Psicológica*, *19*(4), 409–419. https://doi.org/10.15689/ap.2020.1904.16654.07

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215. https://doi.org/doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, *32*(2), 122–147. https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122

Bandura, A. (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. *AMERICAN PSYCHOLOGIST*, *37*(2), 122–147. https://doi.org/0003-066X/82/3702-Ol22$00.75

Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, *88*(1), 87–99. https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.1.87

Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*(1), 1–24. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734

Bertolote, J. M., Mello-Santos, C. D., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *32*(2), S87–S95. https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005

Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., & Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(13), 817–826. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.003

Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*

(Ribeirão Preto), *22*(53), 423–432. https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014

Botega, N. J., Reginato, D. G., da Silva, S. V., Cais, C. F. da S., Rapeli, C. B., Mauro, M. L. F., Cecconi, J. P., & Stefanello, S. (2005). *Nursing personnel attitudes towards suicide: The development of a measure scale Atitudes do pessoal de enfermagem em relação ao sucídio: A criação de uma escala de avaliação*. *27*(4), 315–318. https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000400011

Botega, N. J., Silva, S. V., Reginato, D. G., Rapeli, C. B., Cais, C. F. S., Mauro, M. L. F., Stefanello, S., & Cecconi, J. P. (2007). Maintained Attitudinal Changes in Nursing Personnel After a Brief Training on Suicide Prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(2), 145–153. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.2.145

Bridges, F. S., & Kunselman, J. C. (2004). Gun Availability and Use of Guns for Suicide, Homicide, and Murder in Canada. *Perceptual and Motor Skills*, *98*(2), 594–598. https://doi.org/10.2466/pms.98.2.594-598

Brown, G. K., & Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-Based Psychotherapies for Suicide Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, *47*(3), S186–S194. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.008

Bzuneck, J. A., & Guimarães, S. É. R. (2003). Crenças de eficácia de professores: Validação da escala de Woolfolk e Hoy. *Psico-USF*, *8*(2), 137–143. https://doi.org/10.1590/S1413-82712003000200005

Cais, C. F. da S., Da Silveira, I. U., Stefanello, S., & Botega, N. J. (2011). Suicide Prevention Training for Professionals in the Public Health Network in a Large Brazilian City. *Archives of Suicide Research*, *15*(4), 384–389. https://doi.org/10.1080/13811118.2011.616152

Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2018). Escala de Autoeficácia no Trabalho (EAE-T): Construção e Estudos Psicométricos. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, *12*(1), 3–18. https://doi.org/doi.org/10.36298/gerais2019120102

Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a New General Self-Efficacy Scale. *Organizational Research Methods*, *4*(1), 62–83. https://doi.org/10.1177/109442810141004

Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*, *346*(jun27 4), f3646–f3646. https://doi.org/10.1136/bmj.f3646

Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(3), 925–936. https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2023). *Research Design* (6º ed). Sage Publishing.

DeVellis, R. F., & Thorpe, C. T. (2022). *Scale development: Theory and applications* (Fifth edition). SAGE Publications, Inc.

Douglas, K. A., & Morris, C. W. (2015). *Assessing Counselors' Self-Efficacy in Suicide Assessment and Intervention*. *6*(1), 58–69. http://dx/doi.org/10.1177/21501378145671

Ferguson, M. S., Reis, J. A., Rabbetts, L., Ashby, H.-J., Bayes, M., McCracken, T., Ross, C., & Procter, N. G. (2018). The Effectiveness of Suicide Prevention Education Programs for Nurses. *Crisis*, *39*(2), 96–109. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000479

Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, *54*(6), 739–750. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03875.x

Goodfellow, B., Kõlves, K., & De Leo, D. (2018). Contemporary Nomenclatures of Suicidal Behaviors: A Systematic Literature Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*(3), 353–366. https://doi.org/10.1111/sltb.12354

Hawgood, J., Woodward, A., Quinnett, P., & De Leo, D. (2022). Gatekeeper Training and Minimum Standards of Competency: Essentials for the Suicide Prevention Workforce. *Crisis*, *43*(6), 516–522. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000794

Hepburn, L., Miller, M., Azrael, D., & Hemenway, D. (2007). The US gun stock: Results from the 2004 national firearms survey. *Injury Prevention*, *13*(1), 15–19. https://doi.org/10.1136/ip.2006.013607

Huang, K. C., Jeang, S.-R., Hsieh, H.-L., Chen, J.-W., Yi, C.-H., Chiang, Y.-C., & Wu, H.-P. (2023a). Survey of knowledge, self-efficacy, and attitudes toward suicide prevention among nursing staff. *BMC Medical Education*, *23*(692), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04685-4

Huang, K. C., Jeang, S.-R., Hsieh, H.-L., Chen, J.-W., Yi, C.-H., Chiang, Y.-C., & Wu, H.-P. (2023b). Survey of knowledge, self-efficacy, and attitudes toward suicide prevention among nursing staff. *BMC Medical Education*, *23*(1), 692. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04685-4

Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (Orgs.). (2015). *Psicometria* (1º ed). Artmed.

Jacobson, J. M., Osteen, P., Jones, A., & Berman, A. (2012). Evaluation of the Recognizing and Responding to Suicide Risk Training: RRSR EVALUATION STUDY. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(5), 471–485. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00105.x

Jahn, D. R., Drapeau, C. W., Wacha-Montes, A., Grant, B. L., Nadorff, M. R., Jr, M. J. P., Hannah, D. J., & Bryant, G. (2017). *Characteristics of and Barriers to*

Suicidology Training in Undergraduate and Clinically-Oriented Graduate-Level Psychology Programs. *8*, 104–113.

Jahn, D. R., Quinnett, P., & Ries, R. (2016). The influence of training and experience on mental health practitioners' comfort working with suicidal individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, *47*(2), 130–138. https://doi.org/10.1037/pro0000070

Joiner, T. (2005). *Why People Die By Suicide* (1 ed.). Harvard University Press.

Kinchin, I., & Doran, C. (2018a). Correction: Kinchin, I.; Doran, C.M. The Cost of Youth Suicide in Australia. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018, 15, 672. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(9), 1940. https://doi.org/10.3390/ijerph15091940

Kinchin, I., & Doran, C. (2018b). The Cost of Youth Suicide in Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(4), 672. https://doi.org/10.3390/ijerph15040672

Kivisto, A. J., & Phalen, P. L. (2018). Effects of Risk-Based Firearm Seizure Laws in Connecticut and Indiana on Suicide Rates, 1981–2015. *Psychiatric Services*, *69*(8), 855–862. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700250

Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *8*(2), 114–129. https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114

Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*(1), 307–330. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204

Klonsky, E. D., Pachkowski, M. C., Shahnaz, A., & May, A. M. (2021). The three-step theory of suicide: Description, evidence, and some useful points of clarification.

Preventive Medicine, *152*, 106549. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549

Kool-Goudzwaard, N., Draisma, S., Bijl, J. van der, Koekkeok, B., Kerkhof, A., & Meijel, B. van. (2022). *Development and Validation of the 'Self-Efficacy in Dealing with Self-Harm Questionnaire' (SEDSHQ)*. *20*(1), 788. https://doi.org/doi: 10.3390/ijerph20010788

Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057–1067. https://doi.org/10.1017/S0033291721001355

Kuehn, K. S., King, K. M., Linehan, M. M., & Harned, M. S. (2020). Modeling the suicidal behavior cycle: Understanding repeated suicide attempts among individuals with borderline personality disorder and a history of attempting suicide. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(6), 570–581. https://doi.org/10.1037/ccp0000496

Leaune, E., Samuel, M., Oh, H., Poulet, E., & Brunelin, J. (2020). Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. *Preventive Medicine*, *141*, 106264. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106264

Lester, D., & Leenaars, A. (1993). Suicide Rates in Canada before and after Tightening Firearm Control Laws. *Psychological Reports*, *72*(3), 787–790. https://doi.org/10.2466/pr0.1993.72.3.787

Loftin, C., McDowall, D., Wiersema, B., & Cottey, T. J. (1991). Effects of Restrictive Licensing of Handguns on Homicide and Suicide in the District of Columbia.

New England Journal of Medicine, *325*(23), 1615–1620. https://doi.org/10.1056/NEJM199112053252305

MacDonald, M. G. (2005). Attitudes of Trainees in Suicide Intervention toward Euthanasia and Suicide among the Nonterminally Ill. *Psychological Reports*, *96*(3), 709–712. https://doi.org/10.2466/pr0.96.3.709-712

Malhi, G. S., Tanious, M., Das, P., & Berk, M. (2012). The science and practice of lithium therapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *46*(3), 192–211. https://doi.org/10.1177/0004867412437346

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., … Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*, *294*(16), 2064. https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064

Mann, J. J., & Michel, C. A. (2016). Prevention of Firearm Suicide in the United States: What Works and What Is Possible. *American Journal of Psychiatry*, *173*(10), 969–979. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010069

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

Masdrakis, V. G., & Baldwin, D. S. (2023). Prevention of suicide by clozapine in mental disorders: Systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, *69*, 4–23. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.12.011

McGaghie, W. C., Issenberg, S. B., Petrusa, E. R., & Scalese, R. J. (2010). A critical review of simulation-based medical education research: 2003–2009:

Simulation-based medical education research 2003–2009. *Medical Education*, *44*(1), 50–63. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03547.x

Meltzer, H. Y., Alphs, L., Green, A. I., Altamura, C., Anand, R., Bertoldi, A., Bourgeois, M., Chouinard, G., Islam, M. Z., Kane, J., Krishnan, R., Lindenmayer, J. P., Potkin, S., & International Scuidie Prevention Trial Study Group. (2003). Clozapine Treatment for Suicidality in SchizophreniaInternational Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Archives of General Psychiatry*, *60*(1), 82–91. https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82

Méndez-Bustos, P., Calati, R., Rubio-Ramírez, F., Olié, E., Courtet, P., & Lopez-Castroman, J. (2019). Effectiveness of Psychotherapy on Suicidal Risk: A Systematic Review of Observational Studies. *Frontiers in Psychology*, *10*, 277. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00277

Miller, M., Barber, C., White, R. A., & Azrael, D. (2013). Firearms and Suicide in the United States: Is Risk Independent of Underlying Suicidal Behavior? *American Journal of Epidemiology*, *178*(6), 946–955. https://doi.org/10.1093/aje/kwt197

Mirick, R., McCauley, J., Bridger, J., & Berkowitz, L. (2016). Continuing Education on Suicide Assessment and Crisis Intervention: What Can We Learn About the Needs of Mental Health Professionals in Community Practice? *Community Mental Health Journal*, *52*(5), 501–510. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9884-2

Mitchell, S. M., Taylor, N. J., Jahn, D. R., Roush, J. F., Brown, S. L., Ries, R., & Quinnett, P. (2020). Suicide-Related Training, Self-Efficacy, and Mental Health Care Providers' Reactions Toward Suicidal Individuals. *Crisis*, *41*(5), 359–366. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000647

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Quigley, K., Prosser, E., Claes, S., & Jans, D. (2013). Association of Training on Attitudes Towards Self-Injuring Clients across Health Professionals. *Archives of Suicide Research*, *17*(4), 462–468. https://doi.org/10.1080/13811118.2013.801815

Mughal, F., Troya, M. I., Dikomitis, L., Chew-Graham, C. A., Corp, N., & Babatunde, O. O. (2020). Role of the GP in the management of patients with self-harm behaviour: A systematic review. *British Journal of General Practice*, *70*(694), e364–e373. https://doi.org/10.3399/bjgp20X708257

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Suicide Prevention* (Vol. QS189). www.nice.org.uk/guidance/qs189

Nelson, H. D., Denneson, L. M., Low, A. R., Bauer, B. W., O'Neil, M., Kansagara, D., & Teo, A. R. (2017). Suicide Risk Assessment and Prevention: A Systematic Review Focusing on Veterans. *Psychiatric Services*, *68*(10), 1003–1015. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600384

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, *70*(3), 300. https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55

Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E., & Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: A longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *The Lancet Psychiatry*, *2*(3), 239–245. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00118-7

O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A Nomenclature for

Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *26*(3), 237–252. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x

O'Connor, & Pirkis (Orgs.). (2016). *The international handbook of suicide prevention* (2 ed.). Wiley Blackwell.

O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *373*(1754), 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 73–85. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6

Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older people. *International Psychogeriatrics*, *29*(11), 1801–1824. https://doi.org/10.1017/S1041610217001430

Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, *7*(1), 119–134.

Paris, J. (2010). Effectiveness of Different Psychotherapy Approaches in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *12*(1), 56–60. https://doi.org/10.1007/s11920-009-0083-0

Quinnett, P. G. (2023). *The Certified QPR Pathfinder Training Program: A Description of a Novel Public Health Gatekeeper Training Program to Mitigate Suicidal Ideation and Suicide Deaths*. *44*(6), 813–824. https://doi.org/10.1007/s10935-023-00748-w

Sadek, J. (2019). *A Clinician's Guide to Suicide Risk Assessment and Management*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-77773-3

Saini, P., Windfuhr, K., Pearson, A., Da Cruz, D., Miles, C., Cordingley, L., While, D., Swinson, N., Williams, A., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2010). Suicide prevention in primary care: General practitioners' views on service availability. *BMC Research Notes*, *3*(1), 246. https://doi.org/10.1186/1756-0500-3-246

Salas, E., Tannenbaum, S. I., Kraiger, K., & Smith-Jentsch, K. A. (2012). The Science of Training and Development in Organizations: What Matters in Practice. *Psychological Science in the Public Interest*, *13*(2), 74–101. https://doi.org/10.1177/1529100612436661

Santos, B. A., Freitas, C. K. A. C., Santos, T. S., Rodrigues, I. D. C. V., Santos, J. D. A., & Santos, J. M. D. J. (2023). Comportamento suicida e ansiedade entre usuários de um centro de atenção psicossocial no nordeste brasileiro. *Revista Baiana de Saúde Pública*, *45*(4), 64–80. https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3352

Santos, K., Araújo, T. M. D., & Oliveira, N. F. D. (2009). Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(1), 214–222. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100023

Santos, K., Carvalho, F. M., & Araújo, T. M. D. (2016). Internal consistency of the self-reporting questionnaire-20 in occupational groups. *Revista de Saúde Pública*, *50*(0). https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006100

Scholz, U., Gutiérrez Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct?1. *European Journal of Psychological Assessment*, *18*(3), 242–251. https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242

Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived Teacher Self-Efficacy as a Predictor of Job Stress and Burnout: Mediation Analyses. *Applied Psychology*, *57*(s1), 152–171. https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00359.x

Sela, Y., & Levi-Belz, Y. (2024). Nurses' Attitudes and Perceptions Regarding Suicidal Patients: A Quasi-Experimental Study of Depression Management Training. *Healthcare*, *12*(3), 284. https://doi.org/10.3390/healthcare12030284

Silveira, L. B., Kroeff, C. D. R., Teixeira, M. A. P., & Bandeira, D. R. (2022). Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para identificação de grupo clínico e predição de risco de suicídio. *Revista Psicologia e Saúde*, 49–61. https://doi.org/10.20435/pssa.v13i4.1219

Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2014). Suicide Risk Assessment and Risk Formulation Part I: A Focus on Suicide Ideation in Assessing Suicide Risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*(4), 420–431. https://doi.org/10.1111/sltb.12065

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *37*(3), 264–277. https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264

Silverman, M. M., & De Leo, D. (2016). Why There Is a Need for an International Nomenclature and Classification System for Suicide. *Crisis*, *37*(2), 83–87. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419

Takahashi, A., Tachikawa, H., Morita, N., Aiba, M., Shiratori, Y., Nemoto, K., & Arai, T. (2020). *Suicide Prevention Gatekeeper Self-Efficacy Scale (GKSES)*. *42*(2). https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000698

Takahashi, A., Tachikawa, H., Morita, N., Aiba, M., Shiratori, Y., Nemoto, K., & Arai, T. (2021). Suicide Prevention Gatekeeper Self-Efficacy Scale (GKSES): A Psychometric Investigation With a Japanese Sample. *Crisis*, *42*(2), 128–135. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000698

Tighe, J., Nicholas, J., Shand, F., & Christensen, H. (2018). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Deliberate Self-Harm: Systematic Review. *JMIR Mental Health*, *5*(2), e10732. https://doi.org/10.2196/10732

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. https://doi.org/10.1037/a0018697

Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Miasso, A. I., Zanetti, A. C. G., De Souza, J., & Borges, T. L. (2017). Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*(4), 345–351. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.003

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications* (1st ed). American Psychological Association.

Wiebenga, J. X. M., Dickhoff, J., Mérelle, S. Y. M., Eikelenboom, M., Heering, H. D., Gilissen, R., Van Oppen, P., & Penninx, B. W. J. H. (2021). Prevalence, course, and determinants of suicide ideation and attempts in patients with a depressive and/or anxiety disorder: A review of NESDA findings. *Journal of Affective Disorders*, *283*, 267–277. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.053

Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in adults.

Cochrane Database of Systematic Reviews, *2021*(4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2

World Health Organization. (1994). *User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. Division of Mental Health.

World Health Organization. (2021a). *Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries*. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629

World Health Organization. (2021b). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates*.

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., Van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, *3*(7), 646–659. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Zortea, T. C., Brenna, C. T. A., Joyce, M., McClelland, H., Tippett, M., Tran, M. M., Arensman, E., Corcoran, P., Hatcher, S., Heise, M. J., Links, P., O'Connor, R. C., Edgar, N. E., Cha, Y., Guaiana, G., Williamson, E., Sinyor, M., & Platt, S. (2021). The Impact of Infectious Disease-Related Public Health Emergencies on Suicide, Suicidal Behavior, and Suicidal Thoughts: A Systematic Review. *Crisis*, *42*(6), 474–487. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000753

Anexos

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudo 2)

Prezado(a) participante,

esta pesquisa tem por finalidade avaliar a autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo de pacientes em risco de suicídio. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da UFRGS sob número do parecer 7.306.585 e CAAE 83334124.0.0000.5334. Ao participar deste estudo você responderá a alguns questionários sobre sua autopercepção, para os quais o preenchimento está previsto em aproximadamente quinze minutos. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou de desistir de participar em qualquer momento que decida sem quaisquer prejuízos. Você terá acesso garantido aos resultados desta pesquisa, mais informações sobre este estudo ou uma via deste formulário entrando em contato com a Prof.ª Dr.ª Letícia S Czepielewski pelo telefone (51) 3308-5246 ou pelo endereço de e-mail leticia.czepielewski@ufrgs.br, rua Ramiro Barcelos, 2600 — Porto Alegre, RS. Se você se sentir desconfortável com o conteúdo avaliado neste trabalho de alguma forma ou com a temática do suicídio, **interrompa a sua participação imediatamente** e, caso necessário, entre em contato para encaminhamento ao Programa de Intervenção Cognitivo-Comportamental para atendimento e avaliação.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem, não retira os direitos previstos nos termos da Lei (art. 927 a 954 da Lei 10.406/2002 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012) e os

procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na pesquisa com seres humanos (Resolução do CNS nº 510/2016). Responder a perguntas sobre o manejo do risco de suicídio pode provocar algum desconforto emocional ou psicológico. Apesar disso, nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos físicos ou à sua dignidade e todas as informações coletadas nesta investigação são estritamente confidenciais. Acima de tudo, interessam os dados coletivos e não aspectos particulares de cada respondente. Os dados coletados durante esta pesquisa serão armazenados por cinco anos após o seu término na sala 226 do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da UFRGS, garantindo o anonimato de todos os participantes, de acordo com a Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados, LGPD). Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da UFRGS, na rua Ramiro Barcelos, 2600 — Porto Alegre/RS — (51) 3308-5698. Você não terá nenhuma despesa por participar deste estudo, bem como não receberá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que participe desta pesquisa. Para tal, clique em “Aceito” abaixo:

☐ Aceito.

☐ Não aceito.

(você será redirecionado/a para a mensagem final da pesquisa).

Anexo B

Questionário sociodemográfico

Qual é a sua **idade** (em anos completos)? ____a

Com qual **gênero** você se identifica?

masculino ☐, feminino ☐, não binário ☐,

outro: _____ ☐, prefiro não informar ☐.

Qual é o seu **grau de escolaridade** mais alto?

ensino médio incompleto ☐, ensino médio completo ☐,

ensino técnico incompleto ☐, ensino técnico completo ☐,

ensino superior incompleto ☐, ensino superior completo ☐,

pós-graduação incompleta ☐, especialização completa ☐,

mestrado completo ☐, doutorado completo ☐.

Qual é a sua **profissão**?

enfermeiro/a ☐, psicólogo/a ☐, médico/a psiquiatra ☐, médico/a (não-psiquiatra) ☐ nutricionista ☐, fisioterapeuta ☐, farmacêutico/a ☐, fonoaudiólogo/a ☐, pedagogo/a ☐, terapeuta ocupacional ☐, odontólogo/a ☐, assistente social ☐, profissional de educação física ☐, técnico/a de enfermagem ☐, técnico/a de saúde

bucal ☐, agente comunitário de saúde ☐, acompanhante terapêutico ☐, oficineiro/a ☐, redutor/a de danos ☐, outro: _____ ☐.

Há **quanto tempo** você atua em saúde (em anos)? ____a

Qual a sua **cidade de atuação** na Região Metropolitana de Porto Alegre?

Alvorada ☐, Araricá ☐, Arroio dos Ratos ☐, Cachoeirinha ☐, Campo Bom ☐, Canoas ☐, Capela de Santana ☐, Charqueadas ☐, Dois Irmãos ☐, Eldorado do Sul ☐, Estância Velha ☐, Esteio ☐, Glorinha ☐, Gravataí ☐, Guaíba ☐, Igrejinha ☐, Ivoti ☐, Montenegro ☐, Nova Hartz ☐, Nova Santa Rita ☐, Novo Hamburgo ☐, Parobé ☐, Portão ☐, Porto Alegre ☐, Rolante ☐, Santo Antônio da Patrulha ☐, São Jerônimo ☐, São Leopoldo ☐, São Sebastião do Caí ☐, Sapiranga ☐, Sapucaia do Sul ☐, Taquara ☐, Triunfo ☐, Viamão ☐.

O seu local de atuação (último ou atual) está em que **nível de atenção em saúde**?

☐ primário (Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, entre outros locais de atenção básica), ☐ secundário (Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Pronto Atendimento, ambulatórios, clínicas, entre outros locais de atenção especializada/de média complexidade), ☐ terciário (hospitais, cuidados de emergência em alta complexidade, entre outros locais que visam reduzir prejuízos funcionais de problemas agudos e crônicos).

Anexo C

Questionário sobre autoeficácia no manejo do risco de suicídio

Você recebeu algum **treinamento específico** sobre o manejo do risco de suicídio? (entende-se por **treinamento específico** uma intervenção educacional destinada a capacitar profissionais na identificação, avaliação, e manejo do risco de suicídio, frequentemente com o objetivo de aumentar a eficácia na prevenção do suicídio e melhorar os resultados das intervenções com seus pacientes)

Sim ☐, Não ☐. Se sim, aproximadamente quanto tempo durou/duraram esse/s treinamento/s no total, em horas? _____ horas

Numa escala de 1 a 5, sendo 1 “nada” e 5 “muito”, para você, quão relevante é ter habilidades de avaliação e intervenção em risco de suicídio para seu local de atuação profissional?

1 — Nada	2	3	4	5 — Muito

Aproximadamente, quantos pacientes e risco de suicídio você atendeu **nos últimos 12 meses**? _____

Assinale abaixo o número que indica o quanto você concorda ou discorda das sentenças apresentadas sobre a sua autoeficácia no manejo de pacientes em risco de suicídio. **Não há respostas certas ou erradas**, responda a todas as afirmações de acordo com como você se sente.

1 — Discordo totalmente	2 — Discordo parcialmente	3 — Não concordo nem discordo	4 — Concordo parcialmente	5 — Concordo totalmente

As seguintes afirmativas são sobre a sua percepção de **competência técnica**.					
1. Se um/a paciente apresentasse tristeza, desesperança ou alguma forma de sofrimento emocional, eu saberia avaliar imediatamente o risco de suicídio.	1	2	3	4	5
2. Recebi treinamento suficiente para identificação, avaliação e manejo pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
3. Minhas habilidades técnicas no trabalho com pacientes em risco de suicídio são adequadas.	1	2	3	4	5
4. Se eu receber treinamento suficiente, acredito que conseguiria identificar, avaliar e manejar pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
5. Sinto que tenho conhecimento técnico acerca dos fatores de risco para o suicídio.	1	2	3	4	5
6. Tenho competência técnica para perguntar diretamente a um paciente sobre suicídio.	1	2	3	4	5
7. Sinto que tenho conhecimento suficiente sobre os fatores de proteção para o suicídio.	1	2	3	4	5
8. Acredito ter domínio sobre as estratégias de prevenção do suicídio.	1	2	3	4	5
As seguintes afirmativas são acerca de sua percepção de **segurança na prática profissional**.					
9. Consigo falar abertamente com meus pacientes sobre suicídio para garantir a sua segurança.	1	2	3	4	5
10. Quando possível, evito/recuso atender pacientes em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
11. Tenho confiança na minha capacidade de avaliar corretamente o nível de risco de suicídio de um/a paciente.	1	2	3	4	5
12. Sei como agir para garantir a segurança imediata de um/a paciente com risco elevado de suicídio.	1	2	3	4	5

13. Mesmo em situações de alta gravidade, consigo manter a calma ao atender um/a paciente em risco de suicídio.	1	2	3	4	5
14. Tenho segurança ao colaborar com outros profissionais na tomada de decisões sobre um/a paciente em risco de suicídio.	1	2	3	4	5

Anexo D

Nova Escala Geral de Autoeficácia

Abaixo, são apresentadas sentenças sobre como você se sente sobre você mesmo(a). Assinale o número que indica a sua resposta em cada questão, conforme indicado abaixo:

1 — Discordo totalmente	2 — Discordo parcialmente	3 — Não concordo nem discordo	4 — Concordo parcialmente	5 — Concordo totalmente

1. Mesmo quando as coisas estão difíceis, eu consigo desempenhos muito bons.	1	2	3	4	5
2. Eu vou ser capaz de superar com êxito muitos desafios.	1	2	3	4	5
3. Quando me deparo com tarefas difíceis, tenho certeza de que vou realizá-las.	1	2	3	4	5
4. Em geral, eu acho que posso obter os resultados que são importantes para mim.	1	2	3	4	5
5. Eu acredito que posso realizar de forma eficaz muitas tarefas diferentes.	1	2	3	4	5
6. Em comparação com outras pessoas, eu posso fazer a maioria das tarefas muito bem.	1	2	3	4	5

Anexo E

Questionário de Atitudes frente ao Comportamento Suicida

Ao responder às questões, assinale a posição que mais se aproximas de sua opinião. Veja nos exemplos abaixo:

EXEMPLOS

“Eu gosto de ouvir música sertaneja.”	0----------|---------10
A resposta anterior indica concordância com a proposição, mas não uma concordância total. A concordância total seria indicada por um traço ao fim da linha, como a seguir:	0----------|10
Se você não tiver uma opinião formada ou for indiferente à afirmativa, assinale no centro da linha, como a seguir:	0----------|----------10

1 — Sinto-me capaz de ajudar uma pessoa que tentou se matar;	0----------10
2 — Quem fica a ameaçar, geralmente, não se mata;	0----------10
3 — Apesar de tudo, penso que, se uma pessoa deseja se matar, ela tem esse direito;	0----------10
4 — Diante de um suicídio, penso: se alguém tivesse conversado, a pessoa teria encontrado outro caminho;	0----------10
5 — No fundo, prefiro não me envolver muito com pacientes que tentaram o suicídio;	0----------10
6 — A vida é um dom de Deus que só Ele pode tirar;	0----------10
7 — Sinto-me capaz de perceber quando um paciente tem risco de se matar;	0----------10
8 — Geralmente, quem se mata tem alguma doença mental;	0----------10
9 — Tenho receio de perguntar sobre ideias de suicídio e acabar induzindo o paciente a isso;	0----------10
10 — Tenho preparo profissional para lidar com pacientes com risco de suicídio;	0----------10

11 — É preciso ter certa dose de coragem para se matar;	0----------10
12 — Sinto-me inseguro(a) para cuidar de pacientes com risco de suicídio;	0----------10
13 — No fundo, às vezes, dá até raiva, porque tanta gente querendo viver... e aquele paciente querendo morrer;	0----------10
14 — Se eu sugerir uma interconsulta psiquiátrica para um paciente que falou em se matar, penso que isso será bem aceito pelo seu médico assistente;	0----------10
15 — A gente se sente impotente diante de uma pessoa que quer se matar;	0----------10
16 — Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar;	0----------10
17 — No caso de pacientes que estejam sofrendo muito devido a uma doença física, acho mais aceitável a ideia de suicídio;	0----------10
18 — Quando uma pessoa fala em pôr fim à vida, tento tirar aquilo da cabeça dela;	0----------10
19 — Quem quer se matar mesmo não fica só “tentando” se matar;	0----------10
20 — Um paciente internado dificilmente se mata sem que tenha um forte motivo para isso;	0----------10
21 — Eu já passei por situações que me fizeram pensar em tentar suicídio.	0----------10

Anexo F

Self-Reporting Questionnaire 20

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado **nos últimos 30 dias**. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias, responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO. Para uma análise precisa, por favor, responda a **todas** as questões.

OBS: Lembre-se de que um diagnóstico definitivo somente pode ser fornecido por um profissional da saúde mental.

1 — Você teve dores de cabeça frequentes?	Sim ☐	Não ☐
2 — Você teve falta de apetite?	Sim ☐	Não ☐
3 — Você dormiu mal?	Sim ☐	Não ☐
4 — Você se assustou com facilidade?	Sim ☐	Não ☐
5 — Você teve tremores nas mãos?	Sim ☐	Não ☐
6 — Você sentiu nervosismo, tensão ou preocupação?	Sim ☐	Não ☐
7 — Você teve má digestão?	Sim ☐	Não ☐
8 — Você teve dificuldades para pensar com clareza?	Sim ☐	Não ☐
9 — Você tem se sentido triste ultimamente?	Sim ☐	Não ☐
10 — Você tem chorado mais do que o costume?	Sim ☐	Não ☐
11 — Você teve dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	Sim ☐	Não ☐
12 — Você teve dificuldade para tomar decisões?	Sim ☐	Não ☐
13 — Você teve dificuldades no serviço (seu trabalho foi penoso, causou-lhe sofrimento)?	Sim ☐	Não ☐
14 — Você foi incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	Sim ☐	Não ☐
15 — Você tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim ☐	Não ☐
16 — Você se sentiu uma pessoa inútil, sem préstimo?	Sim ☐	Não ☐
17 — Você tem tido ideias de acabar com a vida?	Sim ☐	Não ☐
18 — Você se sentiu cansado o tempo todo?	Sim ☐	Não ☐
19 — Você se cansou com facilidade?	Sim ☐	Não ☐
20 — Você teve sensações desagradáveis no estômago?	Sim ☐	Não ☐

Anexo G

Carta-convite

Olá! Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa intitulada Atitudes e autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio. Se você é um(a) profissional da saúde atuante na Região Metropolitana de Porto Alegre, clique no *link* https://pt.surveymonkey.com/r/2CJ3V63 para ser direcionado(a) ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um documento com mais informações sobre esta pesquisa. A sua participação nesta pesquisa se dará por meio de respostas a escalas e questionários sobre como você se sente frente a pacientes em risco de suicídio.

A leitura e o assentimento ao Termo de Consentimento são obrigatórios. Se aceitar participar, clique em “Aceito”. O tempo médio para respostas é de 15 minutos. Esta mensagem foi encaminhada por um órgão, como as Secretarias de Saúde ou os Conselhos Regionais, ou por um colega profissional. Se puder, compartilhe esta mensagem com colegas também, mesmo que não possa participar da pesquisa. Agradecemos imensamente pela sua disponibilidade!

Anexo H

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (estudo 1)

Prezado(a) participante,

gostaríamos de convidá-lo a participar do projeto de dissertação de mestrado intitulado Atitudes e autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio, de autoria de Felipe A Pozzobon, orientado pela Prof.ª Dr.ª Letícia S Czepielewski, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O projeto de pesquisa tem como objetivo desenvolver um questionário sobre autoeficácia no manejo do risco de suicídio. Para esta etapa, pretende-se obter evidências de validade de conteúdo e de semântica dos itens do instrumento que está sendo desenvolvido. Para tanto, será realizada análise de profissionais da saúde com amplo conhecimento sobre o manejo de pacientes em risco de suicídio e sobre psicometria para verificar a pertinência e adequação dos itens.

Asseguramos que você receberá todos as informações necessárias antes e no decorrer da pesquisa e que seu nome será mantido em sigilo. A sua participação se dará por meio de resposta ao instrumento. **Você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento ou desconforto, podendo interromper a sua participação em qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.** A sua participação é totalmente voluntária e não existe nenhum tipo de remuneração por essa atividade.

Além disso, os registros, gravações, dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por

cinco anos na sala 226 do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da UFRGS, de acordo com a Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados, LGPD). Embora os resultados sejam publicados no futuro, seu nome ou qualquer dado que o(a) identifique não serão mencionados. Você terá acesso garantido aos resultados desta pesquisa, mais informações sobre este estudo ou uma via deste formulário entrando em contato com a Prof.ª Dr.ª Letícia S Czepielewski pelo telefone (51) 3308-5246 ou pelo endereço de e-mail leticia.czepielewski@ufrgs.br, rua Ramiro Barcelos, 2600 — Porto Alegre, RS. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais de nenhuma ordem, não retira os direitos previstos nos termos da Lei (art. 927 a 954 da Lei 10.406/2002 e Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012), os procedimentos utilizados obedecem aos critérios da ética na pesquisa com seres humanos (Resolução do CNS nº 510/2016) e esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da UFRGS sob número do parecer 7.306.585 e CAAE 83334124.0.0000.5334.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido você declara que foi informado(a) dos procedimentos e objetivos desta pesquisa, bem como da liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento sem prejuízo algum. Se concorda e apresenta anuência quanto a esse TCLE, clique em “Aceito”.

☐ Aceito.

☐ Não aceito.

Anexo I

Formulário de avaliação dos itens do questionário

Prezado(a) avaliador(a),

você está sendo convidado(a) para participar do processo de validação de um questionário desenvolvido para avaliar a **autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio**. Pedimos que você avalie os itens do questionário de acordo com os critérios abaixo para garantir que o questionário seja claro, relevante e representativo do construto a ser medido.

Caso considere que algum item precisa de ajustes, utilize o campo “sugestão de alterações” referente ao item em questão. Se julgar conveniente, utilize o campo “outros comentários” para se referir ao instrumento como um todo ou se tiver outras sugestões ou apontamentos.

Todas as suas respostas serão tratadas com confidencialidade e os dados serão utilizados exclusivamente para os fins desta pesquisa e de aprimoramento do questionário. Caso tenha dúvidas ou precise de esclarecimentos adicionais, sinta-se à vontade para entrar em contato conosco. Agradecemos pela sua valiosa contribuição para este estudo!

Pertinência, organização e estruturação

- O item está formulado de maneira clara e compreensível?
- A linguagem utilizada é adequada ao público-alvo?

Itens	Ruim	Regular	Bom
1. Se um/a paciente apresentasse dor, desesperança e/ou desconexão de seus pares, eu saberia avaliar imediatamente o risco de suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
2. Não recebi treinamento suficiente para identificação, avaliação e manejo pacientes em risco de suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
3. Minhas habilidades técnicas no trabalho com pacientes em risco de suicídio são adequadas.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
4. Sinto-me confiante na minha capacidade de falar com meus pacientes sobre suicídio para garantir a sua segurança.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
5. Se eu receber treinamento suficiente, acredito que conseguiria identificar, avaliar e manejar pacientes em risco de suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
6. Tenho amplo conhecimento acerca dos fatores de risco para o suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
7. Não tenho competência para perguntar diretamente a um paciente sobre suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
8. Quando possível, evito/recuso atender pacientes em risco de suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
9. Tenho bastante conhecimento sobre os fatores de proteção para o suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
10. Não entendo bem as estratégias de prevenção do suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
Outros comentários			

Validação de conteúdo

- O item é relevante para medir o construto?
- O item representa suficientemente bem o domínio que pretende medir?

Itens	Essencial	Útil	Não necessário
1. Se um/a paciente apresentasse dor, desesperança e/ou desconexão de seus pares, eu saberia avaliar imediatamente o risco de suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
2. Não recebi treinamento suficiente para identificação, avaliação e manejo pacientes em risco de suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
3. Minhas habilidades técnicas no trabalho com pacientes em risco de suicídio são adequadas.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
4. Sinto-me confiante na minha capacidade de falar com meus pacientes sobre suicídio para garantir a sua segurança.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
5. Se eu receber treinamento suficiente, acredito que conseguiria identificar, avaliar e manejar pacientes em risco de suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
6. Tenho amplo conhecimento acerca dos fatores de risco para o suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
7. Não tenho competência para perguntar diretamente a um paciente sobre suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
8. Quando possível, evito/recuso atender pacientes em risco de suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			

9. Tenho bastante conhecimento sobre os fatores de proteção para o suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
10. Não entendo bem as estratégias de prevenção do suicídio.	☐	☐	☐
Sugestão de alteração:			
Outros comentários			

Anexo J

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e documentos relacionados

INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E COMUNICAÇÃO HUMANA IPSSCH/UFRGS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atitudes e autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio

Pesquisador: Letícia Sanguinetti Czepielewski

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83334124.0.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.306.585

Apresentação do Projeto:

O estudo analisado tem como título ¿Atitudes e autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio¿. O trabalho é composto por dois estudos. O estudo I visa validar um questionário de autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio. O estudo II visa aplicar o referido questionário, juntamente com outros instrumentos, com o objetivo de avaliar as atitudes e a autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio. Assim, no estudo I profissionais da saúde com amplo conhecimento sobre o manejo do risco de suicídio avaliarão o questionário quanto a sua pertinência, organização e estruturação, cujas propriedades psicométricas serão avaliadas por meio de análises estatísticas. Já no estudo II, após a validação, o questionário será aplicado em um estudo de abordagem quantitativa, com delineamento transversal, descritivo e exploratório com profissionais da saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre. Os participantes serão convidados a responder ao questionário validado, a um questionário sociodemográfico, à Nova Escala Geral de Autoeficácia, ao Questionário de Atitudes frente ao Comportamento Suicida e ao Self-Reporting Questionnaire-20.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br



Avaliar as atitudes e a autoeficácia de profissionais da saúde na identificação, na avaliação e no manejo do risco de suicídio.

Objetivos secundários:

(1)Validar o questionário sobre autoeficácia no manejo do risco de suicídio para o uso neste trabalho; (2) Descrever as atitudes de profissionais da saúde para a identificação, avaliação, e manejo de pacientes em risco de suicídio; (3) Identificar diferenças e comparar atitudes de profissionais da saúde para a identificação, avaliação, e manejo de pacientes em risco de suicídio entre áreas de formação em saúde; (4) Avaliar os efeitos do tempo de atuação, nível educacional e autoeficácia de profissionais da saúde para a identificação, avaliação, e manejo de pacientes em risco de suicídio; (5) Investigar a associação entre nível de escolaridade, tempo de treinamento específico, tempo de atuação em saúde, autoeficácia na avaliação dos fatores de risco e de proteção para o suicídio, autoeficácia geral, evitação frente ao manejo do risco de suicídio, e sofrimento mental intenso no manejo do risco de suicídio.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação ao estudo I, os pesquisadores afirmam que os riscos são mínimos. Por causa da temática sensível, é possível que os avaliadores apresentem desconforto psicológico. Para tanto, serão fornecidos recursos de apoio psicológico e contatos para serviços de atendimento em saúde mental, bem como o reasseguramento de que a participação pode ser encerrada em qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao participante. Em relação ao estudo II, apesar de ser um estudo exploratório com aplicação de questionários, os pesquisadores indicam riscos potenciais como desconforto psicológico, como responder a perguntas sobre suicídio e autolesão. Para mitigar esse risco, serão fornecidos recursos de apoio psicológico e contatos para serviços de atendimento em saúde mental.

A participação nessa pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, entretanto, os pesquisadores afirmam que há benefícios potenciais como: o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação válida e confiável da autoeficácia de profissionais da saúde no manejo do risco de suicídio e um possível impacto positivo no bem-estar de profissionais da saúde; identificar lacunas nas atitudes e autoeficácia dos profissionais de saúde, o que pode levar a treinamentos mais eficazes e intervenções direcionadas, melhorando a qualidade do atendimento a pacientes em risco de suicídio; aumentar a conscientização sobre a importância do manejo do risco de suicídio entre os profissionais de saúde pode reduzir o estigma associado ao suicídio e à busca por ajuda.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa está fundamentada teórica e metodologicamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada a folha de rosto, além dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinados aos participantes. Os TCLE são em número de dois, um para o estudo 1 e um para o estudo 2.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nao ha pendencias no momento, sendo assim, somos pela APROVAÇÃO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e finais da pesquisa, por meio da plataforma Brasil, via notificação do tipo ¿relatório¿, para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme norma operacional CNS 001/13.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2402006.pdf	08/12/2024 18:44:04		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo.docx	08/12/2024 18:43:47	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	08/12/2024 18:43:32	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito
Outros	segunda_carta_resposta_ao_cep.docx	08/12/2024 18:40:25	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Final_projME_Felipe_Ayres_Pozzobon.pdf	07/11/2024 18:42:48	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	07/11/2024 18:40:17	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_estudo_2.docx	07/11/2024 18:33:09	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_estudo_1.docx	07/11/2024 18:33:02	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito



Ausência	TCLE_estudo_1.docx	07/11/2024 18:33:02	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito
Folha de Rosto	fl_de_rosto_profa_Leticia.pdf	12/09/2024 10:34:32	FELIPE AYRES POZZOBON	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 18 de Dezembro de 2024

Assinado por:
MAIRA ROZENFELD OLCHIK
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-003
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 **Fax:** (51)3308-5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br