UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento

Luciana Almeida Santos

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO PSICOTERÁPICA PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA

Belo Horizonte
2025

Luciana Almeida Santos

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO PSICOTERÁPICA PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA

Tese apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Cognitiva e Comportamental

Linha de Pesquisa: Mensuração e Intervenção em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro.

Belo Horizonte

2025

153.4
S237d
2025

Santos, Luciana Almeida.

Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção psicoterápica para o comportamento suicida [recurso eletrônico] / Luciana Almeida Santos. - 2025.

1 recurso online (235 f.) : pdf.

Orientador: Maycoln Leôni Martins Teodoro.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Suicidio - Teses. 3. Comportamento suicida – Teses. 4. Prevenção do suicídio - Teses. I. Teodoro, Maycoln Leôni Martins. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Vilma Carvalho de Souza - Bibliotecária - CRB-6/1390

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO

ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA LUCIANA ALMEIDA SANTOS

Realizou-se, no dia **31 de julho de 2025, às 14:00 horas**, através de Videoconferência, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO PSICOTERÁPICA PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA*, apresentada por **LUCIANA ALMEIDA SANTOS**, número de registro 2021662530, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA: COGNIÇÃO E COMPORTAMENTO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Maycoln Leôni Martins Teodoro - Orientador (UFMG), Prof(a). Karina da Silva Oliveira (USF), Prof(a). Katie Moraes de Almondes (UFRN), Prof(a). Pricila Cristina Correa Ribeiro (Doutora), Prof(a). Viviane Verdu Rico (Universidade Federal de Minas Gerais).

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

A Comissão considerou a tese:

(x) Aprovada

( ) Reprovada

Belo Horizonte, 31 de julho de 2025.

Prof(a). Maycoln Leôni Martins Teodoro (Doutor)

Prof(a). Karina da Silva Oliveira (Doutora)

Prof(a). Katie Moraes de Almondes (Doutora)

Prof(a). Pricila Cristina Correa Ribeiro (Doutora)

Prof(a). Viviane Verdu Rico (Doutora)

Documento assinado eletronicamente por **Karina da Silva Oliveira**, **Usuário Externo**, em 14/08/2025, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Viviane Verdu Rico**, **Professora do Magistério Superior**, em 14/08/2025, às 12:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Katie Moraes de Almondes**, **Usuária Externa**, em 15/08/2025, às 11:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Maycoln Leoni Martins Teodoro**, **Professor do Magistério Superior**, em 15/08/2025, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Pricila Cristina Correa Ribeiro**, **Membro**, em 15/08/2025, às 15:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4415826** e o código CRC **3515E2EB**.

Referência: Processo nº 23072.246011/2025-52 SEI nº 4415826

AGRADECIMENTOS

Não estabeleço lutas contra a morte, mas batalhas pela dignidade do viver!

Tudo seria mais difícil, se meu orientador não fosse tão competente, humano e que se realmente não tivesse caminhado ao meu lado: seria fácil desistir: gratidão eterna, Maycoln! Obrigada por acreditar em meu sonho, pelo acolhimento e por proporcionar cuidado a pessoas que estão em grande sofrimento.

Aos meninos do AMPROV: vocês são minha inspiração na Psicologia: sou uma profissional muito melhor depois de tudo que me ensinaram: vocês foram anjos que concretizaram meu sonho.

Ao André, que tanto me ensinou sobre as análises estatísticas, Julia, Robert, Lucas, Rhayane, Paula, Gabriel que construíram todos os bancos de dados e *forms* dos questionários realizados. Sem vocês esse projeto jamais teria acontecido. André, eternamente grata por toda sua disponibilidade.

Aos pacientes que dividiram suas vidas, tristezas, medos, angústias e ansiedades, mas sobretudo: seus motivos para viver.

Aos colegas do mestrado e do doutorado, em especial Elder, Robert, Julia, Lucas e Geraldo. Lu (ciene): você é minha irmã e faz parte de toda essa conquista!

Aos avaliadores que tiraram um tempinho para ler esse sonho e apontar, direcionar e redimensionar caminhos - Professora Sheila Murta, Professora Beatriz Neufeld, Professora Karen Scavacine, Professora Karina Oliveira, Professora Priscila Ribeiro, Professora Viviane Verdu e Professora Katie Almondes.

A Deus em sua personificação do amor...

Aos meus pais (Vilson e Lúcia): que me proporcionaram com a profissão que tiveram, construir meu caminho de docência com honestidade e muito trabalho, por me amarem e por darem sentido a minha vida e vida aos meus sonhos...

A meus irmãos, cunhados, Jés e Bau, por me lembrarem sempre que as tardes regradas de um simples café juntos, eram maiores do que o meu desejo de ser solidão.

A minhas amigas de Turmalina, em especial a Carol (*in memorian*): você me prometeu que estaria no meu doutorado: seu sorriso está aqui.

A Lu (ciene), Lu (Purysco), Luanna, Regi, Mari e Talita: as porções de amor que colocaram na quimioterapia me curaram...

Aos plantões de sábado e domingo regrados de guloseimas ao lado de Claudinha, Quelzinha, Marcella, Mislene, Vivi e Lu (cimara).

Aos meus pequeninos (alguns já gigantes) sobrinhos e afilhados: por me lembrarem da alegria da vida.

Ao meu amor Gabriel que dividiu as noites de preocupação e angústia em relação aos meus pacientes e que roubou sorrisos quando queria só chorar. E sua família, que por vezes me afanou da exaustão, para encontros fartos de sorrisos e delícias...

Aos colegas do Hospital João XXIII, da UFMG e da PUC Minas, em especial Lu Kind, a primeira a dar chance a meu sonho...

A minhas amigas Tha, Neinha, Aline e Betinha pelo carinho do cuidado!

Ao meu irmão Chris, por compartilhar e acreditar no meu sonho e por ser meu exemplo de dedicação ao outro, bem como a Cristhier, irmã de coração.

Aos meus queridos alunos da PUC Minas: obrigada! Vocês me ensinaram a ser Professora e a querer aprender sempre mais!

PREÂMBULO

Oi eu mesma, oi você que está sofrendo também...

Se você está lendo isso, talvez tudo esteja doendo em você por dentro, difícil até de respirar, o mundo perdeu sua cor, nada faz sentido, e o fim parece mais fácil do que continuar. Eu sei como é, eu estava aí também, mas quero te contar: isso não é o fim.

No escuro eu achava que nunca mais ia sorrir, nunca imaginei que ia ter alegria de ver uma plantinha nascendo, de mexer na terra, ver minha casa limpa, ou sentir o vento batendo no meu rosto, eu não achava que ia querer levantar da cama com vontade de viver, mas aconteceu, não foi de uma vez, foi bem aos poucos.

Se eu estivesse aí do seu lado agora, eu não ia mandar você ser forte ou dizer que vai passar, eu só ia sentar do seu lado, segurar sua mão e ficar em silêncio, porque às vezes a gente só precisa saber que não está sozinho.

Então, segura mais um pouco! Respira fundo, chora, se arrasta, mas fica! Fica aqui! Tem coisas boas te esperando, mesmo que agora não pareça, eu também não estava enxergando, mas elas estavam lá, e ainda estão.

Você não é essa dor, você é muito mais, e você merece viver. E eu prometo, que mesmo quando parecer impossível, existe luz no fim do túnel.

Com carinho, de mim, para mim mesma, e para você também.

Cartinha de carinho escrita por um dos participantes do estudo, ao qual devemos nosso muito obrigada!

RESUMO

Santos, L. A. (2025). *Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção psicoterápica para o comportamento suicida.* Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minais Gerais, Belo Horizonte.

O comportamento suicida é um grave problema de saúde pública e a tentativa prévia é o fator isolado de maior risco para uma nova tentativa ou para a morte por suicídio, expressando enorme sofrimento emocional e causando impactos nos âmbitos individual, familiar e social. Há escassez de investigações no contexto brasileiro sobre intervenções específicas para pessoas que fizeram tentativas recentes de suicídio, embora o acompanhamento dessas pessoas em risco seja uma premissa da literatura mundial. O objetivo geral desse estudo foi desenvolver e avaliar uma intervenção psicoterápica breve para tratamento e prevenção do comportamento suicida, visando a redução de reincidência de tentativa de suicídio e melhoria de indicadores de saúde mental, através de uma escuta empática, cuidadosa e embasada em técnicas para prevenção do suicídio. No primeiro artigo, realizou-se uma revisão sistemática de literatura sobre eficácia de psicoterapias para prevenção do comportamento suicida. O segundo capítulo apresentou o protocolo construído para intervenção breve destinada a pessoas que fizeram uma tentativa recente de suicídio. O próximo estudo foi o artigo de viabilidade que se realizou como um pequeno recorte da intervenção, para retificações necessárias no plano construído. O último capítulo apresentou um ensaio clínico não controlado para avaliar a efetividade da intervenção construída. Os pacientes, tanto do estudo de viabilidade, quanto do ensaio clínico não controlado, foram recrutados em um hospital de urgência e emergência e atendidos por estudantes de psicologia no Centro de Aplicação da Psicologia (CEAP), na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no Ambulatório de Promoção à Vida (AMPROV), um projeto de extensão de treinamento de estudantes e atendimentos a pessoas em crise suicida. Foi realizada uma intervenção de braço único, que avalia os desfechos mensurados apenas nos participantes do grupo, antes e depois da intervenção. A população foi alocada para a intervenção de dez sessões psicoterápicas mais tratamento usual. O número de pessoas que tentaram suicídio e o número de tentativas foi um dos desfechos, seguido pela ideação suicida, medida pelo Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br); depressão, ansiedade e estresse, mensurados pela Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21), qualidade de vida avaliada pelo Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) e

motivos para viver, mensurados pela Escala Brasileira de Motivos para Viver (BEMVIVER). Embora o tamanho amostral tenha sido pequeno, diminuindo o poder estatístico das análises realizadas, houve melhora estatística significativa das variáveis ideação suicida, depressão, ansiedade, estresse e de aspectos relacionados a qualidade de vida e motivos para viver, com tamanhos de feito médio e alto entre o pré-teste e o pós-teste. A maior parte dos pacientes que fizeram a intervenção não tinha acompanhamento psicoterápico regular e relataram dificuldade em consegui-lo na rede pública: após a intervenção, alguns entraram em novas crises e recorreram aos terapeutas do AMPROV. Os pacientes não tiveram uma boa aceitação das avaliações de *follou up*, embora fossem receptivos às ligações dos terapeutas após a intervenção. Uma das maiores conclusões da equipe é a necessidade de continuar oferecendo a intervenção, ampliá-la, não só em número de sessões, mas em parcerias com outras possibilidades de ajuda dentro da universidade, considerando a multicausalidade que atravessa o comportamento suicida e a escassez de acompanhamento especializada para essa população de alto risco.

Palavras-chaves: Tentativa de suicídio; prevenção; tratamento; psicoterapia.

ABSTRACT

Santos, LA (2025). *Development and evaluation of a psychotherapeutic intervention for suicidal behavior.* Thesis (Doctorate). Postgraduate Program in Psychology: Cognition and Behavior, Faculty of Philosophy and Human Sciences, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

Suicide attempt is the single greatest risk factor for a new attempt or death by suicide, expressing enormous emotional suffering and resulting in impacts on the individual, family, and social spheres. Investigations are scarce in the Brazilian context on specific interventions for people who have recently attempted suicide, although monitoring people at risk is a premise of the world literature. The general objective of this study was to develop and evaluate a brief psychotherapeutic intervention for the treatment and prevention of suicidal behavior, aiming at reducing the recurrence of suicide attempts, and improving mental health indicators, through empathetic, careful listening, and based on suicide prevention techniques. The first article conducted a systematic review of the literature on the efficacy of psychotherapies for preventing suicidal behavior. The second chapter presented the protocol developed for a brief intervention aimed at people who have recently attempted suicide. The next study was the feasibility article, which was carried out as a small excerpt of the intervention, for necessary corrections to the developed plan. The last chapter presented an uncontrolled clinical trial to evaluate the effectiveness of the developed intervention. Patients in both the feasibility study and the uncontrolled clinical trial were recruited from an emergency hospital and treated by psychology students at the Center for the Application of Psychology (CEAP) at the School of Philosophy and Human Sciences (FAFICH) of the Federal University of Minas Gerais (UFMG), at the Ambulatory for the Promotion of Life (AMPROV), an extension project for training students and providing care to people in suicidal crisis. A single-arm intervention was carried out, which assessed the stages measured only in the group participants, before and after the intervention. The population was divided into the intervention of ten psychotherapy sessions plus usual treatment. The number of people who attempted suicide and the number of attempts was one of the outcomes, followed by suicidal ideation measured by the Frequency of Suicidal Ideation Inventory (FSII-Br), depression, anxiety and stress, measured by the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21); quality of life assessed by the Quality of Life Questionnaire (SF-36); and reasons for living, measured by the Brazilian Scale of Reasons for Living (BEMVIVER). Although the sample size was small, reducing the statistical power of the analyses, there was a statistically

significant improvement in the variables suicidal ideation, depression, anxiety, stress, and aspects related to quality of life and reasons for living, with medium and high achievement scores between the pre-test and post-test. Most patients who underwent the intervention did not receive regular psychotherapy and reported difficulty obtaining it through the public health system. After the intervention, some experienced new crises and turned to AMPROV therapists. Patients did not respond well to follow-up assessments, although they were receptive to therapists' calls after the intervention. One of the team's main conclusions is the need to continue offering the intervention and expand it, not only in terms of the number of sessions but also in partnerships with other support services within the university, considering the multi-causality of suicidal behavior and the scarcity of specialized support for this high-risk population.

Keywords: Suicide attempt; prevention; treatment; psychotherapy.

LISTA DE FIGURAS

Figure 1 - PRISMA flow diagram for systematic reviews 51

Figura 2 - Data extracted from the articles selected for systematic review 52

Figura 3 - Atitudes do rapeuta 75

Figura 4 - Objetivos das sessões de psicoterapia 81

Figura 5 - Organização das sessões em blocos 83

Figura 6 - Organização das sessões em blocos 105

Figura 7 - Diagrama do número de participantes ao longo do estudo 111

LISTA DE TABELAS

Table 1 - Effects of psychotherapeutic interventions versus TAU on the number of people who attempted suicide up to 12 months 58

Table 2 - Effects of psychotherapeutic interventions versus TAU on the number of people who attempted suicide after 12 months 58

Tabela 3 - Dados sociodemográficos de participantes do estudo de viabilidade 110

Tabela 4 - Dados sociodemográficos e de saúde mental dos pacientes do ensaio clínico não controlado ..... --134

Tabela 5 - Médias, medianas, desvios padrão, testes T e tamanhos de efeito das medidas avaliadas no pré e pós-intervenção. 138

Tabela 6 - Médias, medianas, desvios padrão, testes de Wilcoxon e tamanhos de efeito das medidas avaliadas no pré e pós-intervenção..... 139

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AID	Assertive Intervention for Deliberate Self- harm / Intervenção Assertiva para Automutilação Deliberada
AMPROV	Ambulatório de Promoção à Vida
APA	American Psychological Association / Associação Americana de Psicologia
APM	Associação Paulista de Medicina
ASSIP	Attempted Suicide Short Intervention Program / Programa de Intervenção breve para Tentativa de Suicídio
BEMVIVER	Escala Brasileira de Motivos para Viver
CAMS	Collaborative Assessment and Management of Suicidality / Avaliação colaborativa e gerenciamento do suicídio
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBT	Cognitive Behavioral Therapies / Terapia Cognitva Comportamental
CC	Crisis counseling / Aconselhamento em crise
CEAP	Centro de Aplicação da Psicologia
CERSAM	Centro de Referência em Saúde mental
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONSORT	Consolidated Standard of Randomized Trials / Padrões Consolidados para Relatos de Ensaios Randomizados
CTG	Group Cognitive Therapy / Terapia cognitiva em grupo
DASS-21	Depression, Anxiety and Stress Scale / Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse
DAST	Departamento de atendimento a saúde do trabalhador
DBT	Dialectical Behavioral Therapy / Terapia Dialética Comportamental
DBTSTG	Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group / Eficácia de Treinamento de Habilidades de Terapia Comportamental Dialética em Grupo
DP	Desvio-padrão
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica

ECR	Ensaio Clínico Randomizado
EMVIVER	Escala de Motivos Para Viver
FAFICH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FSII-Br	Inventário Brasileiro de Frequência de Ideação Suicida
GC	Grupo controle
GE	Grupo experimental
HJXXIII	Hospital João XXIII
IC	Intervalo de Confiança
IGST	Group Supportive Therapy / Terapia de Suporte em Grupo
IML	Instituto Médico Legal
ITT	Intention-to-treat / Intenção de tratar
JASP	Just Another Statistical Program
MH	Mantel-Haenszel
mhGAP	Mental health Gap Action Programme/ Programa de Ação para Superar Lacunas em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAC	Outreach, problem-solving, adherence, continuity / Extensão, resolução de problemas, adesão e continuidade
ORs	Odds Ratios / Razão de chances
PACT	Post-admission Cognitive Therapy/ Terapia Cognitiva Pós-Admissão
PICO	Paciente ou problema; Intervenção; Comparação ou controle; Desfecho
PNPAS	Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio
PPGCogCom	Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses / Itens Preferenciais para Relatar Revisões Sistemáticas e Metanálises
PST	Problem solving therapy / Terapia de esolução de problemas
ReBEc	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
RLS	Escala de Razões para Viver
RR	Relative risk / Risco relativo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBT Skills	Skills-Based Treatment / Tratamento Baseado em Habilidades
SF-36 Short	Form Health Survey 36 (SF-36) / Forma Curta do Questionário de Saúde
SIEX	Sistema de Informação da Extensão
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences / Pacote estatístico para Ciência da Saúde
SRT	Supportive Relationship Treatment / Terapia de Apoio de Relacionamento
SUPREMISS	Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors / Estudo de Intervenção Multicêntrico sobre Comportamento Suicida
TAU	Treatment as usual / Tratamento usual /Tratamento padrão
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TC	Terapia Cognitiva
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TEA	Transtorno do espectro autista
TEPT	Transtorno do estresse pós-traumático
TRI	Teoria de resposta ao item
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization / Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

1.1 Apresentação 17
1.2 Comportamento suicida: panorama geral 19
1.3 Intervenções utilizadas para prevenção do suicídio 23
1.4 Organização da tese 30
1.5 Produção acadêmica 33
1.6 Objetivos 34
1.6.1 Objetivo geral 34
1.6.2 Objetivos específicos 35
1.7 Hipóteses 35

2 PRIMEIRO ESTUDO : A EFICÁCIA DE PSICOTERAPIAS PARA REDUZIR TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PACIENTES DE ALTO RISCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM META-ANÁLISE 43
2.1 Introduction 45
2.2 Materials and methods 48
2.2.1 Research strategy 48
2.2.2 Inclusion criteria 49
2.2.3 Exclusion criteria 49
2.2.4 Meta-analysis 49
2.3 Results 50
2.4 Studies comparing psychotherapeutic intervention with TAU (8 studies/ 9 articles) 54
2.5 Comparative studies between psychotherapeutic interventions (6 studies) 55
2.6 Studies comparing psychotherapeutic interventions with other interventions (2 studies) 55
2.7 Data analysis of the articles where there was a statistically significant difference favoring the intervention 56
2.8 Risk of bias 57
2.9 Meta-analysis 57
2.10 Discussion 59
2.11 Conclusion 63

3 SEGUNDO ESTUDO: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PARA PREVENÇÃO DE REINCIDÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E MELHORIA DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL 72
3.1 Introdução 72
3.2 Avaliação 76
3.3 Plano de intervenção: sessões de atendimento a pacientes com comportamento suicida 80
3.3.1 Divisão em blocos 83
3.4 Detalhamento de cada sessão 84
3.4.1 Primeira sessão 84
3.4.2 Segunda sessão 87
3.4.3 Terceira sessão 88
3.4.4 Quarta sessão 89

3.4.5 Quinta sessão ... 90
3.4.6 Sexta sessão ... 91
3.4.7 Sétima sessão ... 92
3.4.8 Oitava sessão ... 92
3.4.9 Nona sessão ... 93
3.4.10 Décima sessão ... 94
3.5 Contatos telefônicos após a intervenção ... 94

4 TERCEIRO ESTUDO: ANÁLISE DE VIABILIDADE DE UMA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PARA PREVENÇÃO DE REINCIDÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E MELHORIA DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL ... 100
4.1 Introdução ... 101
4.2 Materiais e métodos ... 103
4.2.1 Design de estudo ... 103
4.2.2 Considerações éticas ... 103
4.2.3 Participantes ... 103
4.2.4 Procedimentos de intervenção ... 104
4.2.5 Descrições de medidas ... 106
4.2.6 Análise dos dados ... 108
4.3 Resultados ... 109
4.3.1 Recrutamento, critérios de elegibilidade e características dos pacientes encaminhados ... 109
4.3.2 Avaliação e processo de coleta de dados: testes e questionários ... 112
4.3.3 Avaliação da aceitabilidade, adequação da intervenção e adequação dos procedimentos de estudo ... 113
4.3.4 Efeito da intervenção nas variáveis avaliadas ... 115
4.4 Discussão ... 116
4.5 Conclusão ... 117

5 QUARTO ESTUDO: ENSAIO CLÍNICO NÃO CONTROLADO COM PACIENTES QUE TENTARAM SUICÍDIO ... 124
5.1 Introdução ... 125
5.2 Materiais e Métodos ... 127
5.2.1 Delineamento do estudo ... 127
5.3 Participantes e cálculo amostral ... 128
5.4 Procedimentos éticos ... 128
5.5 Instrumentos ... 129
5.6 Procedimentos de intervenção ... 131
5.7 Análise de dados ... 132
5.8 Resultados ... 133
5.8.1 Características dos pacientes: ... 133
5.9 Tolerabilidade ao tratamento ... 135
5.10 Análise das variáveis ... 136
5.11 Avaliação da intervenção pelos pacientes ... 140
5.12 Discussão ... 140
5.13 Conclusão ... 145

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS ... 152

6.1 Cartinhas de carinho 154

REFERÊNCIAS 158

APÊNDICE A - Estratégias de busca para revisão sistemática 179
APÊNDICE B1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Para Estudo de Viabilidade 184
APÊNDICE B2 - Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) PARA ENSAIO CLÍNICO NÃO CONTROLADO 189
APÊNDICE C - Questionário sociodemográfico 194
APÊNDICE D - Psicoeducação sobre comportamento suicida 198
APÊNDICE E - Plano de Segurança 200
APÊNDICE F - Cartão de crise 203
APÊNDICE G - Questionário de avaliação da intervenção pelo paciente 204
APÊNDICE H - Questionário sobre o tratamento padrão 206
APÊNDICE I - Avaliação da intervenção pelo terapeuta 208
APÊNDICE J - Questionário sobre o processo de mensuração 212

ANEXO A - Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável 213
ANEXO B - Termo de compromisso da equipe executora 215
ANEXO C - Folder do AMPROV 216
ANEXO D1 - Cartilha Psicoeducativa produzida por Júlia Eduarda 217
ANEXO D2 - Cartilha produzida por Luana Martins 218
ANEXO E1 - SFII-BR: Sem adaptações 219
ANEXO E2 - Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br): Adaptado ao projeto 220
ANEXO F - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21) 221
ANEXO G - Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) 223
ANEXO H - Escala Brasileira dos motivos para VIVER (BEMVIVER) 229
ANEXO I - Entrevista Simple Steps 231
ANEXO J - Comprovante de Publicação do artigo 1 232
ANEXO K - Comprovante de Submissão do Estudo de Viabilidade 233

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

O presente estudo surgiu dos atendimentos diários como Psicóloga Clínica a pacientes admitidos em um hospital de urgência e emergência após tentativa de suicídio e do sonho de oferecer continuidade do cuidado psicológico a esses usuários, após alta médica. A pesquisadora principal trabalha há quase 14 anos como psicóloga clínica no Hospital João XXIII da cidade de Belo Horizonte, sendo confrontada com os desafios que esse público apresenta, como as narrativas dos sofrimentos que desencadeiam esse comportamento e muitas vezes a sua reincidência, em novas tentativa ou na morte por suicídio. O Joao XXIII é um hospital referência em trauma, intoxicações e grandes queimaduras do estado de Minas Gerais. Quando recém-formada a pesquisadora desse projeto foi imersa nesse ambiente, enquanto psicóloga, e uma das demandas mais presentes era a solicitação de atendimento a pacientes que haviam tentado suicídio.

Na escuta desses pacientes, após tentativas de suicídio, percebe-se sofrimentos de múltiplas ordens, atravessados por questões de gênero, de desigualdade de renda, de situações de violências diversas, de questões biológicas, do uso prejudicial de substâncias psicoativas, de doenças mentais não tratadas, de conflitos interpessoais atravessados por imperativos de um sistema econômico que dita individualismo, consumismo e competitividade. Mas, apesar de todos esses sofrimentos e atravessamentos, a maioria dos pacientes atendidos ainda apresenta motivos para viver e algum nível de esperança. Além disso, relatam que o desejo de morrer está relacionado ao fim de um sofrimento extremo e não necessariamente à negação da vida. Isso motivou os estudos sobre prevenção e tratamento a essas pessoas.

A escolha pela linha de pesquisa “Mensuração e Intervenção em Psicologia” do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento (PPG-CogCom) esteve relacionada ao objetivo de desenvolver uma intervenção que almejasse a recuperação do funcionamento adaptativo de pessoas que estavam vivenciando processos intensos de sofrimento e recorrendo ao comportamento suicida, bem como a mensuração de indicadores de saúde, de forma objetiva, com técnicas científicas, antes e após a intervenção, facilitando interpretações referentes a pesquisa em saúde.

Lessa (2018) denuncia as estratégias ainda precárias de capacitação, identificação, avaliação e manejo do usuário em risco suicida, o que justifica a necessidade de desenvolvimento de estratégias, de programas e de intervenções destinadas a esse público,

conforme definição da World Health Organization (WHO, 2025). O Brasil possui poucos locais específicos para o atendimento de pessoas com comportamento suicida e carece de pesquisas e programas de prevenção voltados para essa população (Batista et al., 2022; CFP, 2013; Oliveira et al., 2025).

A presença da ambivalência sobre o desejo de viver e morrer é muito presente nas pessoas que tentam suicídio (Botega, 2023): elas não estão decididas que não querem mais viver, mas na maioria das vezes estão atravessadas por situações muito dolorosas que apresentam a morte como possibilidade de cessar o mal-estar. Elas querem morrer, mas desejam também serem resgatadas e salvas: isso abre margens para tratamentos que ajudem essas pessoas nesses processos de dor.

A tentativa de suicídio é o maior fator de risco isolado para novas tentativas ou para a morte por suicídio (Arias et al., 2016; Harris & Barraclough, 1997; Jenkins et al., 2002; Kapur et al., 2006; Probert-Lindström et al., 2020; Runeson, 2002; Wenzel et al., 2010; WHO, 2014) e acarreta sofrimentos emocionais, físicos e sociais. Desse modo, há uma necessidade premente de mais estudos a respeito de tratamento para essa população que já tentou suicídio. Além disso, a maioria dos estudos sobre intervenção psíquica para comportamento suicida mesclam na amostra pacientes com ideação suicida, tentativa de suicídio e comportamento de automutilação sem intenção suicida (Armitage et al., 2016; Asarnow et al., 2017; Boudreaux et al., 2021; Briggs et al., 2019; Esposito-Smythers et al., 2019; Grupp-Phelan et al., 2019; Kennard et al., 2018; Ougrin et al., 2015; Pistorello et al., 2021; Rudd et al., 2015; Santamarina-Perez, 2020; Sinyor et al., 2020), o que acaba proporcionando uma maior dificuldade para interpretar os resultados. Fazem-se necessárias mais pesquisas com intervenções específicas a esse público com tentativas de suicídio prévias e que avaliem a eficácia e efetividade dessas intervenções.

As afirmativas apontadas anteriormente justificaram a necessidade dessa pesquisa com o seguinte problema: uma psicoterapia específica e breve pode ser efetiva/ eficaz para reduzir a reincidência de tentativas de suicídio e melhoria de indicadores de saúde mental, ao propor uma escuta empática e individualizada, com foco no trabalho de fatores de risco e reforço dos fatores de proteção? Considerando toda a complexidade que atravessa o comportamento suicida, o projeto desde cedo foi visto com seus limites, mas com muita esperança em ser um alento e motivador para pessoas, que em decorrência de sua dor emocional multifatorial imensa, buscam a morte como refúgio.

A intervenção teve foco em dois fatores de risco: a restrição a serviços de saúde e a tentativa prévia, pois desenvolveu, ofereceu e avaliou um atendimento em saúde a pacientes

com tentativas prévias de suicídio. Além disso, esse projeto trabalhou os seguintes fatores protetivos de acordo com orientações da WHO (2014): apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos; envolvimento na comunidade; vida social satisfatória; integração social; acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Durante o processo de concretização do projeto foi criado o Ambulatório de Promoção à Vida (AMPROV) vinculado ao PPG-CogCom no Centro de Aplicação da Psicologia (CEAP), na modalidade de programa de extensão, registro Sistema de Informação em Extenção (SIEX 404517) - Atendimento Clínico para Pacientes com Comportamento Suicida. Além dos atendimentos, o AMPROV se dedica a formação e treinamento de alunos para atuação em situações de crise suicida. Foram realizados, até o momento, quatro treinamentos pelo SIEX com duração de 20 horas cada, nos quais foram abordados:

a) história do suicídio;
b) fatores de risco e fatores de proteção;
c) formas de prevenção e tratamento;
d) principais intervenções desenvolvidas após tentativas de suicídio;
e) rede intersetorial;
f) foco no vínculo terapêutico.

Foram treinadas 85 pessoas ao todo. Dessas pessoas, 57 foram extensionistas, que se dedicaram intensamente aos atendimentos realizados no AMPROV.

Para uma maior compreensão do desenvolvimento da intervenção de prevenção construída, é necessária uma clarificação sobre o comportamento suicida, apresentada a seguir, que abrange definições, avaliação do risco, magnitude, fatores de risco, fatores protetivos, tratamento e prevenção.

1.2 Comportamento suicida: panorama geral

Dados de 2021 da World Health Organization (WHO, 2025) apresentam a magnitude do comportamento suicida: o suicídio foi a terceira principal causa de morte na faixa etária entre 15 a 29 anos em 2021, em ambos os sexos, e a quarta principal causa de morte entre jovens de 15 a 19 anos, para ambos os sexos, com o número de mortes relativamente semelhante entre homens e mulheres nessa faixa etária.

Weaver et al. (2025) em um estudo sobre taxas de comportamento suicida entre 1990 e 2021 mostraram que a idade média do suicídio é menor em comunidades com acesso limitado a cuidados de saúde, em ambientes socioeconômicos baixos, e afirmaram que é crucial melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental, particularmente em ambientes de baixa renda. De acordo com a WHO (2025), mais da metade dos suicídios no mundo (56%) ocorreram antes dos 50 anos de idade. A maioria dos adolescentes (10 a 19 anos) que morreram por suicídio (84%) eram de países de baixa e média renda. No contexto brasileiro de 2011 a 2022, os maiores aumentos percentuais de pessoas atingidas pelo suicídio foram observados nos jovens (Alves et al., 2024).

Entre 2000 e 2021, a taxa global de suicídio padronizada por idade caiu 35%: a única região com aumento foi as Américas, com um aumento da taxa padronizada por idade de suicídio de 17% (WHO, 2025). No contexto brasileiro, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) aponta o suicídio como a quarta principal causa de morte entre jovens de 20 a 29 anos; na última década, o Brasil enfrentou um crescimento preocupante no número de suicídios: em 2021 houve mais de 15,5 mil suicídios, equivalente a uma morte a cada 34 minutos: isso posicionou o suicídio como a 27ª causa de morte no país e terceira maior causa na população jovem. (Ministério da Saúde, 2024).

O comportamento suicida (ideação, plano, tentativa e morte por suicídio) é um grave problema de saúde pública e está relacionado a múltiplas causas. É um fenômeno complexo, mas que pode ser prevenido. Pode ser compreendido por meio de um contínuo, no qual há uma gradação que se inicia com pensamentos sobre a morte, as chamadas ideações suicidas, passando pelo planejamento e evoluindo com as tentativas, quando o sujeito busca deliberadamente um método para acabar com a própria vida, mas sua ação não resulta em morte (Almondes & Teodoro; 2020, Botega, 2023; Nock et al., 2008; Wenzel et al., 2010; WHO, 2014). Por fim, a morte por suicídio é a última etapa desse processo e expressa falhas em todas as possibilidades de alívio do sofrimento e da dor emocional.

Há divergências na literatura quanto à definição de tentativa de suicídio, não sendo a mesma um consenso. Silverman et al. (2007) definem a tentativa de suicídio como um comportamento autoinfligido, potencialmente prejudicial com um resultado não fatal para o qual há evidência explícita ou implícita de intenção de morrer. Na mesma direção, em seu primeiro relatório global sobre prevenção do suicídio, a WHO (1989) considerou a tentativa de suicídio um ato deliberado que causa danos a si mesmo, mas que com a ação de terceiros se tem um resultado não fatal. Comtois (2002) utiliza o termo parassuicídio como qualquer comportamento autolesivo não fatal com a clara intenção de causar lesões corporais ou a

morte, incluindo tanto as tentativas letais de suicídio quanto os comportamentos como cortes ou outras formas de automutilação. No relatório da WHO (2014), a automutilação sem intenção suicida é incluída na definição de tentativa de suicídio. Segundo a publicação intitulada *mhGAP para transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias em ambientes de saúde não especializados*: *Programa de Ação para a Redução da Lacuna em Saúde Mental (mhGAP)* da WHO (2016), o suicídio é o ato de tirar a própria vida de forma deliberada e a autolesão é um termo mais amplo que se refere à intoxicação ou lesão autoinduzida de forma intencional, com ou sem intenção ou resultado fatal. No presente estudo, utiliza-se a definição de tentativa de suicídio como um ato autolesivo, independente dos métodos utilizados, em que a intenção de morte se apresenta clara e explícita, sendo diferenciada de automutilação sem intenção de morte. Acredita-se que essa diferenciação é importante para concretização de intervenções específicas e para melhor análise dos resultados.

O risco suicida pode ser classificado em três níveis de acordo com Almondes e Teodoro (2020), Botega (2023) e Del-Bem et al. (2017):

a) risco baixo:
   - ideação passageira, sem plano definido, boa rede de apoio, tratamento em curso.;
b) risco moderado:
   - ideação persistente, tentativa prévia, comorbidade psiquiátrica, sem plano fixo ou acesso a meios letais;
c) risco alto:
   - plano definido, acesso a meios, sofrimento intenso, tentativa ou preparo ativo, pouca rede de apoio.

Cada nível necessita de intervenções específicas, mas o primordial é que esses pacientes possam receber apoio social suficiente e tratamentos adequados para enfrentarem os riscos e vulnerabilidades vivenciados.

Os fatores de risco, além da tentativa prévia de suicídio (Botega, 2023; Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013; WHO, 2014), são: a restrição a serviço de saúde mental; o estigma associado à busca de ajuda; desastres, guerras e conflitos entre os povos; vivência de trauma e de abusos; transtornos por uso de substâncias; conflitos relacionais; falta de rede social de apoio e vivência de perdas; transtornos mentais; dor crônica; fatores genéticos e biológicos.

Botega (2023) afirma que medidas de prevenção do suicídio envolvem “aspectos médicos, psicológicos, familiares, socioculturais, religiosos e econômicos.” (p. 271). Tavares (2005) em seu texto *Prevenção, riscos e identificação precoce*, afirma que é necessário diferenciar a prevenção de tratamento. Segundo esse autor, a prevenção deve ser realizada a grupos vulneráveis e o tratamento a indivíduos com diagnósticos clínicos identificados. A prevenção é um conjunto de ações que visam gerar mudanças em desfechos relacionados à saúde, identificando e combatendo fatores de risco e potencializando fatores protetivos. A estratégia de prevenção universal para o suicídio visa diminuir riscos e aumentar fatores protetivos em toda população. Um exemplo, segundo Bertolote (2012), é o dia de prevenção do suicídio, 10 de setembro, momento em que toda a população mundial é informada sobre o suicídio, seu impacto e como enfrentá-lo. Segundo Botega (2023) a prevenção universal visa diminuir o acesso a meios letais e a divulgação responsável por parte da mídia, já na prevenção seletiva deve haver detecção e tratamento de transtornos mentais e outras condições de saúde relacionadas ao suicídio. Bertolote (2012) pondera que essa prevenção seletiva vai além de fornecer medicação, mas, intervenções familiares, socioculturais e econômicas. Já na prevenção indicada buscam-se ações a grupos que já têm o risco, como quem já tentou suicídio, com uma assistência maior e seguimento dos casos (Bertolote, 2012; Botega, 2023). Discutindo com Tavares (2005), considera-se uma linha muito tênue a separação de prevenção indicada e de tratamento em relação ao comportamento suicida, uma vez que quando se direciona o tratamento a quem já tentou o suicídio, almeja-se a prevenção de novas tentativas e da morte por suicídio. Para fins de concretização desse estudo, considera-se que o desenho da intervenção psicoterápica realizado e destinado a pacientes com tentativas de suicídio, uma forma de prevenção indicada que busca a redução de novas tentativas de suicídio e da morte por suicídio sem desconsiderar que essa forma de prevenção é também uma forma de tratamento do sofrimento psíquico apresentado.

O manual *Viver a vida: guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países* da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS, 2024) almeja implementação de quatro intervenções principais baseadas em evidências para prevenção do comportamento suicida:

a) limitar o acesso aos meios de suicídio;
b) interagir com a mídia para uma cobertura responsável do suicídio;
c) promover habilidades socioemocionais em jovens;
d) identificar precocemente, avaliar, manejar e acompanhar pessoas afetadas por

comportamentos suicidas.

Diante o exposto, almejou-se uma intervenção de tratamento e prevenção indicada do comportamento suicida, seguindo as orientações de órgãos internacionais de saúde, visando a qualificação da assistência na saúde. A seguir, são apresentadas formas de intervenção referentes ao comportamento suicida para pessoas que fizeram tentativas recentes.

1.3 Intervenções utilizadas para prevenção do suicídio

Segundo a WHO (2014): "Identificar as pessoas com risco alto e proporcionar um acompanhamento e apoio deve ser um componente chave de todas as estratégias integrais de prevenção do suicídio." (p. 25). Há diferentes abordagens para o comportamento suicida: farmacoterapia, acompanhamento intensivo, tratamento de contato, gerenciamento de casos, terapias psicológicas (Wenzel et al., 2010). A seguir, serão apresentados estudos clínicos com populações que apresentam risco para tentativas de suicídio, ou para a morte por suicídio, além de aspectos de abordagens teóricas utilizadas na prevenção e no tratamento do comportamento suicida nesses estudos.

O Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) foi um programa que visou à redução de tentativas de suicídio composto de três sessões de psicoterapia baseadas na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), administrada em 60 a 90 minutos com adição de envio de cartas, durante 24 meses, a pacientes admitidos na unidade de emergência do Hospital Geral da Universidade de Berna, Suíça, após tentativa de suicídio. Esse programa teve como objetivos a compreensão de situações emergenciais que desencadearam o comportamento suicida, visando a construção de estratégias de segurança para crises futuras. Trabalhou com psicoeducação, planejamento de segurança, conceituação cognitiva de caso, formação de aliança terapêutica precoce e contato contínuo de longo prazo por cartas: essas cartas lembravam aos participantes o risco de longo prazo de futuras crises suicidas e a importância das estratégias de segurança. Em um acompanhamento de 24 meses, 5 tentativas de suicídio repetidas foram registradas no grupo ASSIP e 41 tentativas no grupo controle que recebeu somente o tratamento usual. A taxa de risco média foi de 0,17 (IC 95% 0,07–0,46), indicando que o grupo ASSIP teve um risco 83% reduzido de tentativa de suicídio durante o período de acompanhamento em comparação com o grupo controle (Gysin-Maillart, et al., 2016). Essa mesma terapia foi comparada com *Crisis Counseling* (CC) no estudo de Arvilommi et al. (2021) com pacientes adultos que tentaram suicídio e que foram atendidos

em um hospital geral da cidade de Helsinque, Finlândia. O CC envolveu sessões individuais presenciais com identificação de sinais de alerta e estabelecimento de estratégias de segurança. Não houve diferença estatística significativa entre esses estudos: uma das possibilidades é que o CC também foi um programa de boa qualidade. Em 2025, foi publicado em Zurique um estudo que replicou a pesquisa de Gysin-Maillart et al. (2016) com pacientes admitidos após tentativa de suicídio, e supreendentemente não foi observado diminuição das tentativas de suicídio em pacientes com tentativas prévias (Monn et. al, 2025). Alguns fatores podem explicar esses resultados, como mais participantes nesse último estudo com: uso prejudicial de substâncias; transtornos de personalidade; e histórico de tentativas repetidas de suicídio.

Brown et al. (2005) ofereceram 10 sessões de psicoterapia Cognitiva de forma ambulatorial a pacientes que tentaram suicídio e foram avaliados na emergência do Hospital da Universidade da Pensilvânia, Filadélfia. As sessões foram realizadas conforme a necessidade, e identificaram pensamentos automáticos, imagens e crenças centrais que foram ativadas antes da tentativa de suicídio promovendo o desenvolvimento de estratégias e formas adaptativas para lidar com os estressores. Os resultados indicaram que os participantes do grupo de Terapia Cognitiva (TC) tiveram uma taxa de nova tentativa significativamente menor do que aqueles no grupo de cuidados habituais. A taxa de risco desta análise foi de 0,51 (IC 95%, 0,26-0,997), o que sugere que os participantes do grupo de TC eram, aproximadamente, 50% menos propensos a tentar suicídio durante o período de acompanhamento do que os participantes do grupo de cuidados habituais. Da linha de base até a avaliação de 18 meses, 13 participantes (24,1%) no grupo de TC e 23 participantes (41,6%) no grupo de cuidados habituais fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio subsequente (escore z assintótico, 1,97; P = 0,049).

O programa Outreach, Problem-solving, Adherence, Continuity (OPAC) (Hvid et al., 2011; Lahoz et al., 2016) desenvolveu a resolução de problemas, com gerenciamento de crises entre as sessões por meio de planos de enfrentamento acordados e promoveu auxílio na identificação de eventos, pensamentos e sentimentos relacionados ao comportamento suicida, além de trabalhar com indução de esperança, motivação da adesão e da continuidade do tratamento na fase aguda e motivação para terapia adicional em uma população que procurou o Hospital Universitário de Copenhagen em Amager, Dinamarca, depois de tentativa de suicídio. A intervenção ofereceu contato imediato após uma tentativa de suicídio, enquanto o paciente ainda estava no hospital e acompanhamento após a alta hospitalar, por contato pessoal, telefonemas, cartas, mensagens de texto e e-mail. Dos 69 pacientes do grupo

intervenção, 6 repetiram um ato suicida após um ano (dois dos quais estavam entre os quatro que desistiram após a randomização) e 17 repetiram uma tentativa de suicídio após 5 anos. Dos 64 pacientes do grupo controle, 14 repetiram um ato suicida após 1 ano (dois dos quais estavam entre os quatro desistentes) e 19 repetiram a tentativa de suicídio após 5 anos. O efeito parece se desgastar ao longo do tempo, deixando uma diferença de apenas dois pacientes que repetiram um ato suicida entre o grupo de intervenção e o controle. Os cálculos de significância realizados pelo teste *log-rank* mostraram que o efeito sobre o número de pacientes que repetiram um ato suicida não foi mais significativo no seguimento de 5 anos, enquanto apresentava uma diferença significativa em 1 ano. Para os 69 pacientes do grupo intervenção houve 8 casos de repetição de atos suicidas em 1 ano de seguimento e 33 casos de repetição de atos suicidas em 5 anos de seguimento. Para os 64 pacientes do grupo controle houve 22 eventos suicidas em 1 ano de seguimento e 36 eventos em 5 anos de seguimento. De acordo com o teste de regressão binomial negativo, o efeito do tratamento sobre o número de eventos suicidas permaneceu significativo no seguimento de 5 anos ($p = 0,0392$) (Hvid et al., 2011; Lahoz et al., 2016). Concluindo, houve diferença significativa em 1 ano de segmento entre o número de eventos e o número de pessoas que tentaram suicídio e em 5 anos houve diferença significativa favorecendo a intervenção apenas para o número de evento e não para o número de participantes.

Outro exemplo desse tipo de intervenção foi a psicoterapia Interpessoal Psicodinâmica aplicada por Guthrie et al. (2001) oferecida a pacientes atendidos em um pronto-socorro de um hospital universitário no Reino Unido, após um episódio de autointoxicação deliberada, foi realizada em quatro sessões na casa do paciente e proporcionou o desenvolvimento de habilidades para a solução de dificuldades interpessoais que causavam ou agravavam o sofrimento psicológico. Esse modelo foi desenvolvido por Hobson (1985) com um grande foco na aliança terapêutica. Seus princípios foram definidos como:

a) a suposição de que os problemas do paciente surgem ou são exacerbados por distúrbios de relacionamentos pessoais significativos;
b) postura terapêutica de apoio e encorajamento que busca desenvolver uma compreensão mais profunda com o paciente por meio de negociação, exploração de sentimentos e metáforas;
c) interligação da angústia do paciente a problemas interpessoais específicos; ~~e~~
d) utilização da relação terapêutica para abordar problemas e testar soluções no "aqui e agora" (Guthrie et al., 1999).

As habilidades dessa terapia tiveram como objetivos:

a) resolução de problemas interpessoais que se concentram nas pequenas variações da relação terapêutica (Coren, 2020);
b) incentivo às pessoas a compartilharem como estavam se sentindo, com foco no presente;
c) facilitação da compreensão de um problema, gerando hipóteses de resolução. Aos seis meses de acompanhamento, cinco pacientes (9%) no grupo de intervenção haviam tentado suicídio novamente em comparação com 17 pacientes (28%) no grupo de tratamento usual, demonstrando uma diferença estatística significativa favorecendo a intervenção ($p = 0,009$).

Assertive Intervention for Deliberate Self- harm, chamada de AID (Morthorst et al., 2012), foi uma intervenção ofertada a participantes que foram admitidos após uma tentativa de suicídio em seis hospitais regionais na área de abrangência de Copenhague, Dinamarca. AID consistia de gestão de casos com intervenção de crise, resolução de problemas, apoio motivacional e assistência ativa aos pacientes nas consultas agendadas, para melhorar a adesão ao pós-tratamento. Enfermeiros especialistas fizeram de 8 a 20 sessões, por seis meses. Foram utilizados também telefonemas e mensagens de texto. A gestora ofereceu consultas familiares mediadoras aos adolescentes e seus familiares e sugeriu o envolvimento de redes sociais ou profissionais independentemente da idade. Durante recaídas ou eventos estressantes da vida, a frequência de contato foi intensificada, incluindo a disponibilidade de contato fora do horário habitual para prevenir comportamento suicida subsequente. Essa intervenção foi adicionada ao tratamento padrão e pode não ter apresentado diferença estatística significativa na redução de tentativa de suicídio em comparação ao grupo controle, que só recebeu tratamento usual, porque o tratamento padrão oferecido pelo Centro de Excelência em Prevenção ao Suicídio de Copenhague foi considerado um pós-tratamento de boa qualidade que oferecia de seis a oito sessões terapêuticas para pacientes que não abusavam de substâncias e não estavam recebendo outros tratamentos.

Alinhada a essa proposta, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) para Resolução de Problemas de Salkovskis et al. (1990), ofertada a pacientes com tentativas prévias atendidos em um grande hospital geral da cidade de Leeds, Inglaterra, envolveu aprendizagem sobre formas de se enfrentar sistematicamente os estresses da vida. Os pacientes foram ensinados a identificar problemas e organizar prioridades para a resolução dos mesmos em

cinco sessões, com ajuda de uma enfermeira. O tratamento poderia começar no hospital e se estender até a casa do paciente ou ser só na casa do paciente. Usando o teste exato de *Fisher*, a diferença entre proporção de pacientes que repetiram uma tentativa de suicídio em seis meses após a tentativa anterior ao tratamento foi significativa (nenhuma no grupo experimental versus três pacientes e quatro tentativas no grupo controle; p = 0,049). Aos 18 meses, os números não foram mais significativos (três pacientes e três tentativas no grupo experimental, quatro pacientes e seis tentativas no grupo controle; p=0,19). Esse estudo apresenta o problema de baixo poder estatístico em decorrência do pequeno número amostral, mas mostra a eficácia da TCC em seis meses de acompanhamento.

Wei et al. (2013) compararam três grupos com participantes que tentaram suicídio e que foram avaliados nos serviços de emergência de quatro hospitais gerais em Shenyang, China: um que recebeu TC, outro que recebeu ligações telefônicas periódicas e outro grupo que não recebeu intervenção específica: nos três grupos quando o paciente precisava do acompanhamento psiquiátrico com uso de medicação, esse acompanhamento era mantido. Os pacientes do grupo de TC foram preparados para receber 10 sessões de TC desenvolvidas especificamente para prevenir tentativas de suicídio em um período de um mês. Essa terapia deveria ajudar os pacientes a desenvolverem formas adaptativas de lidar com estresse, pensamento e comportamento durante períodos de angústia emocional aguda, criando alternativas ao comportamento suicida. Os pacientes do grupo de intervenção telefônica foram programados para receber 12 ligações em um período de 3 meses. Essa intervenção foi um apoio psicológico baseado principalmente na empatia, e proporcionou aos pacientes uma abordagem de suporte, escuta ativa e resolução colaborativa de problemas. Na avaliação de 3 meses, apenas um paciente no grupo controle tinha feito uma tentativa de suicídio subsequente. Na avaliação de 6 meses, 1 paciente na TC, 1 paciente no grupo de intervenção por telefone e 4 participantes do grupo de controle fizeram pelo menos uma tentativa de suicídio. Aos 12 meses, 1 paciente (1,2%) no grupo de TC, 1 paciente (1,3%) no grupo de intervenção por telefone e 5 pacientes (6,5%) no grupo controle fizeram pelo menos 1 tentativa de suicídio. Embora as taxas de tentativas tenham sido menores nos grupos que receberam intervenções comparadas ao grupo controle, as diferenças de tentativas de suicídio repetidas entre os três grupos não foram estatisticamente significantes (p = 0,08).

Nos estudos citados anteriormente pode se observar técnicas da TCC e dentro dessa abordagem, a Terapia de Resolução de Problemas. O termo TCC, segundo Knapp e Beck (2008) é utilizado como um termo mais amplo que inclui tanto a Terapia Cognitiva padrão quanto combinações de estratégias cognitivas e comportamentais. Na TCC o terapeuta ajuda o

paciente a compreender suas cognições e como elas mediam suas emoções e seu comportamento.

Segundo Wenzel et al. (2010) a premissa maior da TCC é que diferentes interpretações da mesma situação podem favorecer respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais muito diferentes que dependem de esquemas hipotéticos, desenvolvidos por experiências passadas, fatores genéticos e biológicos que guiam a direção na qual as pessoas canalizam sua atenção e codificam, organizam, armazenam e recuperam informações. De acordo com os autores, as crenças de uma pessoa influenciam a maneira como ela interpreta seu ambiente e crenças desadaptativas vão gerando outras crenças negativas e distorções da realidade. Os esquemas negativos resultam em informações enviesadas: quando um esquema negativo é ativado, informações negativas são moldadas para se encaixarem no esquema e a função da TC é ajudar o paciente a desenvolver estratégias para avaliar informações novas antes que elas sejam integradas aos esquemas negativos (Wenzel et al., 2010). De acordo com Beck (1997) os sintomas e os comportamentos disfuncionais são cognitivamente mediados e sua melhora depende de uma modificação dos pensamentos e crenças disfuncionais. Para isso são utilizadas técnicas de auto-observação, identificação dos elos entre cognição, afeto e comportamento, o trabalho com pensamentos automáticos e crenças errôneas.

Wenzel et al. (2010) estudaram a TCC para pacientes suicidas. Para eles, há suborganizações específicas dentro da personalidade, que formam uma rede cognitiva e comportamental afetiva que é acionada em situações particulares quanto alguém está tentando atingir um objetivo. Uma resposta dependerá das crenças e da relação das crenças com os outros componentes do sistema. O módulo suicida vai depender da ativação de crenças e suborganizações, sendo que quanto mais fatores de risco, maior a chance do módulo suicida ser ativado. Nesse módulo há processos cognitivos específicos que são exacerbados quando associados a transtornos psiquiátricos e a fatores de risco, bem como desesperança, impulsividade e dificuldade na resolução de problemas. Com a ativação da desesperança há uma crença de que os problemas nunca se resolverão e essa crença ativa outras crenças negativas. A impulsividade aparece como um comportamento inconsequente, com pensamentos acelerados, inquietude, agitação e o foco no suicídio como única resposta para a dor (visão de túnel) e possibilidade para proporcionar algum alívio. Há dificuldade de resolução de problemas, com a percepção de situações intoleráveis e imutáveis que por sua vez ativam desesperança e visão do suicídio como única possibilidade para a crise vivenciada. A terapia, de acordo com Wenzel et al. (2010) pode proporcionar aos pacientes ferramentas necessárias para modificar esses esquemas e lidar com desesperança, impulsividade,

distorções cognitivas e dificuldade em resolver problemas. Acredita-se que o confronto com atitudes disfuncionais pode proporcionar proteção contra recaídas em comportamentos desadaptativos (Dobson & Franche, 1999).

Segundo Andrade (2011), na TCC deve ocorrer a formulação de caso que envolve: diagnóstico e sintomas; contribuições das experiências da infância; aspectos médicos, biológicos e genéticos; pontos fortes e qualidades; padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos; esquemas subjacentes. A TCC é diretiva, voltada para o presente e exige participação ativa do paciente e terapeuta, tem tempo limitado, e uma estrutura pré-determinada com utilização de tarefas entre as sessões (Andrade, 2011).

Dentro desse modelo cognitivo-comportamental, destaca-se a Terapia de Resolução de Problemas que foi desenvolvida por D'Zurilla e Goldfried (1971), com o propósito de treinar habilidades básicas de solução de problemas e sua extensão a problemas reais. Segundo Nezu e Nezu (1996) a solução de problemas depende das habilidades aprendidas durante a vida e da interferência de emoções negativas, como ansiedade e depressão, e compreende um processo de busca por uma solução eficaz para uma situação-problema, envolvendo competência social com a destreza de solução de questões de caráter interpessoal e intrapessoal. Pacientes com comportamento suicida geralmente tem dificuldades na resolução de problemas, apresentam constrição cognitiva com dificuldade em vislumbrar alternativas para os problemas vivenciados (McGlothlin, 2008).

Os objetivos do tratamento são:

a) ajudar na identificação de situações atuais e passadas que geram estresse: identificar um problema de forma correta para impedir ações impulsivas e automáticas e para direcionar a construção de soluções específicas e eficazes;
b) criar várias alternativas para solução do problema;
c) diminuir o nível em que uma resposta influência de modo negativo as tentativas futuras de enfrentamento;
d) aumentar a eficácia na resolução de problemas atuais;
e) tomar decisões que implicam no bem-estar físico, emocional e social escolhendo as melhores alternativas;
f) avaliar essas decisões; e
g) ensinar habilidades para problemas futuros.

Townsend et al. (2001) baseados em uma meta-análise de seis estudos randomizados e controlados demonstraram a superioridade da terapia de Resolução de Problemas em comparação a tratamento usual com adultos com automutilação deliberada em relação a novos eventos de automutilação, mas a razão de chances agrupada não foi estatisticamente significativa. No entanto, segundo os estudos de Wenzel et al. (2010), a terapia de Resolução de Problemas sozinha não tem se mostrado eficaz em estudos com população suicida.

Outras formas de intervenções para prevenção do comportamento suicida foram as atuações psicoeducacionais e de contato, que foram realizados por Hassanzadeh et al. (2010), Malakouti et al. (2022) e Messiah et al. (2019) e no famoso Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors (SUPRE-MISS). O SUPRE-MISS no Brasil foi uma pesquisa sediada em Campinas, em 2008, e ofereceu acompanhamento diferenciado aos pacientes que tentaram suicídio após alta hospitalar, além do simples encaminhamento, como fator de prevenção de suicídio (Botega, 2023). O estudo comparou dois grupos de pacientes que tentaram suicídio e passaram por um pronto-socorro. A um grupo se ofereceu o tratamento usual, encaminhamento para rede de saúde mental, ao outro grupo, além do encaminhamento, realizou-se entrevista motivacional, telefones e visitas domiciliares, após a alta. Esse segundo grupo apresentou um número 10 vezes menor de suicídio que o que recebeu só o encaminhamento, mas não houve diferença significativa quanto ao número de tentativas de suicídio. Esse tipo de intervenção parece promissora e pode ser associado à psicoterapia, como nos exemplos de Gysin-Maillart et al. (2016), Hvid et al. (2011), e Lahoz et al. (2016).

Tendo em vista de qual lugar esse projeto foi sonhado e nos estudos apresentados para prevenção indicada do suicídio, a seguir serão apresentados os objetivos e as hipóteses construídas para o projeto. O termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável e o termo de compromisso da equipe executora encontram-se anexos (Anexo A e B).

1.4 Organização da tese

A tese é composta por uma introdução ao comportamento suicida e inclui aspectos e exemplos de intervenções psicológicas realizadas após tentativas de suicídio, a multicausal idade, e definições teóricas. Posteriormente, foram apresentados os objetivos, hipóteses, um artigo de revisão sistemática, o protocolo da intervenção, o artigo sobre o estudo de viabilidade, o artigo referente ao ensaio clínico e por fim foram realizadas as considerações finais.

Descreve-se o processo de desenvolvimento desse projeto segundo os ensinamentos de Murta e Santos (2015a). Segunda as autoras, deve haver uma definição do problema, um estudo preparatório cuidadoso reunindo dados da literatura mundial a dados da população local, criação da intervenção, estudo para averiguar a possibilidade do projeto acontecer e estudo para avaliar a eficácia e efetividade da intervenção em saúde mental.

Segundo Murta e Santos (2015b) quanto melhor a qualidade da implementação de um programa de prevenção, melhores serão os resultados finais, tanto em testes de eficácia quanto de efetividade, proporcionando que erros sejam mitigados a tempo para aumentar as chances de assegurar o impacto positivo nos resultados, além de aproximar a ciência da prática, o que coloca a intervenção mais próxima da realidade, dos desafios e potencialidades dos participantes, proporcionando modificações embasadas no retorno dos participantes, na avalição dos executores e na atuação dos terapeutas.

O primeiro artigo *A eficácia de psicoterapias na redução de novas tentativas de suicídio: uma revisão sistemática com meta-análises de ensaios clínicos randomizados* foi publicado na revista Ciências Psicológicas, ISSN 1688-4221. Foi um estudo que teve como objetivo avaliar a eficácia das intervenções psicoterapêuticas na redução das tentativas de suicídio entre pacientes com histórico de tentativas anteriores. Foram selecionados 17 artigos de quatro bases de dados: PubMed, Cochrane, Associação Americana de Psicologia (APA), PsycInfo e LILACS, em 2023. Seis estudos mostraram diferenças estatísticas que favoreceram a intervenção psicoterapêutica em algum momento durante o período de acompanhamento. Essas psicoterapias abordaram: resolução de problemas, indução de esperança, treinamento de habilidades. Ao comparar a psicoterapia com o atendimento usual, uma meta-análise revelou um odds ratio de 0,41 (IC 95%, 0,17-0,99, p = 0,05) na análise até 12 meses de acompanhamento, e um *odds ratio* de 0,48 (IC 95%, 0,30-0,78, p < 0,001) após 12 meses de acompanhamento. Os resultados indicaram a eficácia dessas intervenções na redução de tentativas adicionais de suicídio, apesar da cautela nas análises, dada a heterogeneidade da amostra, dos tratamentos e dos comparadores.

Esta revisão orientou a construção do protocolo da intervenção utilizado nessa pesquisa.

Há um capítulo que apresenta as 10 sessões de psicoterapia e seus objetivos:

a) estabilização de crise;
b) construção de estratégias para enfrentamento de novas crises (se surgirem);
c) busca de resolução de problemas relacionados a fatores de risco e potencialização de

fatores protetivos;

d) encaminhamentos para rede intersetorial conforme demanda.

O protocolo visou proporcionar uma escuta empática, com muito acolhimento e ênfase no vínculo terapêutico, para que a pessoa pudesse falar de suas dores sem medo, mas que ao mesmo tempo suas potencialidades fossem reforçadas. Foram trabalhados plano de segurança, cartão de crise, rede de apoio, rede intersetorial.

Posteriormente, foi realizado um estudo de viabilidade da intervenção psicoterápica planejada. O objetivo desse estudo foi investigar a viabilidade, a aceitabilidade e o impacto nas variáveis referentes ao comportamento suicida em pacientes que receberam alta de um hospital de urgência e emergência, o Hospital João XXIII, após tentativa de suicídio e que foram encaminhados para receberem a intervenção. Foi um estudo aberto, de braço único. A intervenção foi avaliada através de testes e questionários. Sete dos oito pacientes que finalizaram o processo avaliaram a intervenção como muito boa e todos afirmaram que a indicariam para uma pessoa que estivesse pensando em suicídio. Durante a intervenção ocorreram duas tentativas de suicídio no início do tratamento. A variável ideação suicida diminuiu em todos os participantes no final da intervenção. Os resultados mostraram que a intervenção foi uma opção de tratamento viável e aceitável para indivíduos que acabaram de tentar suicídio. Uma das limitações do estudo foi a pequena amostra: dos 44 pacientes encaminhados do hospital, apenas 14 iniciaram a intervenção e apenas 8 concretizaram o processo. Esse estudo foi submetido a revista: Psicologia Clínica, ISSN 1980-5438 versão *online*.

A próxima etapa foi a construção de um ensaio clínico não controlado. A escolha desse delineamento deveu-se a um impasse ético: os poucos pacientes que iam à primeira avaliação estavam investidos no desejo de receberem ajuda imediata frente o sofrimento apresentado, além da grande maioria afirmar que estava sem tratamento psicoterápico. Desse modo, a equipe decidiu que não seria viável, nem ético, solicitar que esperassem dois meses para receberem a intervenção: a ideia inicial do grupo controle foi desfeita.

Assim, o artigo seguinte teve um desenho de ensaio clínico não controlado com atendimento a pacientes que foram encaminhados do hospital João XXIII de Belo Horizonte: trouxe os resultados de uma intervenção psicoterápica breve realizada para pacientes após tentativa de suicídio. Iniciaram a intervenção vinte pacientes e dezesseis finalizaram o processo. Em relação a novas tentativas de suicídio, dos pacientes que finalizaram a intervenção, houve dois pacientes que tentaram novamente e três tentativas durante a

intervenção. As pontuações totais médias para os resultados no final da intervenção apontaram diminuição estatística significativa na ideação suicida, na depressão, na ansiedade e no estresse, bem como melhora nos escores de qualidade de vida e motivos para se viver. Na avaliação da intervenção, todos os pacientes a avaliaram como muito boa.

Por fim, se apresentou as considerações gerais, com discussão dos resultados gerais, potencialidades e desafios encontrados. Foi inevitável não repetir nos itens abaixo alguns dados sobre o suicídio e não utilizar referências de forma sistematizada. Ainda que os tópicos guardem certa independência entre si, mantém-se a temática principal do comportamento suicida, com ênfase na tentativa de suicídio, em aspectos de definição, prevenção e tratamento. Houve repetição principalmente das partes que descrevem os instrumentos de avaliação. O primeiro artigo de revisão tem dados não atualizados da (WHO, 2025) porque foi publicado antes desse documento ter sido divulgado.

1.5 Produção acadêmica

Em relação a produção acadêmica durante a concretização desse projeto, foram produzidos três artigos, um aprovado e publicado, um submetido e outro a ser submetido após a realização da banca. O artigo aprovado The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials se encontra disponível em: https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/3667.

A autora participou da produção de quatro capítulos de livros:

a) Protocolo de intervenções da psicologia hospitalar para pacientes com comportamento suicida;
b) Avaliação de crianças e adolescentes em risco de suicídio: estudos de casos clínicos;
c) Prevenção de suicídio e a rede intersetorial: articulação dos setores da saúde, educação e assistência social;
d) Integralidade e intersetorialidade nos itinerários de cuidado referentes ao comportamento suicida. As referências estão expostas abaixo.

Lopes, L. O. R., & Santos, L. A. (2021). Protocolo de intervenções da psicologia hospitalar para pacientes com comportamento suicida. In R. Gorayeb, M. C. Miyazaki, & M. Teodoro (Orgs.), *Protocolo de intervenções da psicologia hospitalar para pacientes*

com comportamento suicida (Vol. 2, pp. 111-149). ArtMed Panamericana.

Lopes, L. O. R., & Santos, L. A. (2024). Prevenção de suicídio e a rede intersetorial: Articulação dos setores da saúde, educação e assistência social. In H. Correia (Org.), *Tratado de suicidologia* (2a ed.). Editora Ampla.

Teodoro, M. L. M., Lopes, L. O. R., & Santos, L. A. (2021). Avaliação de crianças e adolescentes em risco de suicídio: Estudos de casos clínicos. In M. Mansur-Alves (Org.), *Avaliação psicológica na infância e adolescência* (pp. 536-552). Vozes.

Santos, L. A. (2024). Integralidade e intersetorialidade nos itinerários de cuidado referentes ao comportamento suicida. In J. de O. Moreira & J. R. Lopes (Orgs.), *Saúde mental na contemporaneidade: diálogos sobre dilemas da vida e sobre o suicídio* (pp. 165-177). Editora PUC Minas.

A autora participou da concretização do protocolo da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG, 2022), sobre atendimento ao paciente com comportamento suicida em hospital geral, disponível em: https://www.fhemig.mg.gov.br/index.php?preview=1&option=com_dropfiles&format=&task=frontfile.download&catid=1394&id=21557&Itemid=1000000000000

Também houve participação na elaboração do programa online para o escuta SUSP, um projeto do Ministério da Justiça e Segurança Pública, voltado aos profissionais de segurança pública, com atendimento psicológico online. Disponível em www.gov.br/escutasusp,

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo geral

Desenvolver e avaliar a viabilidade e efetividade de uma intervenção psicoterápica breve para a prevenção indicada do comportamento suicida em indivíduos com tentativas prévias.

1.6.2 Objetivos específicos

a) realizar uma revisão sistemática com meta-análise sobre psicoterapias eficazes para prevenção de suicídio em pacientes com tentativas prévias.
b) desenvolver uma intervenção psicoterápica breve para prevenção do comportamento suicida.
c) realizar um estudo de viabilidade da intervenção psicoterapêutica breve construída, em uma população alvo.
d) realizar um ensaio clínico não controlado com pacientes que passaram por um hospital de urgência e emergência após tentativa de suicídio, oferecendo uma intervenção psicoterápica breve.
e) avaliar a efetividade da intervenção quanto à redução das tentativas de suicídio, da ideação suicida, dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse, bem quanto à melhora dos indicadores de qualidade de vida e dos motivos para viver.

1.7 Hipóteses

a) a intervenção psicoterapêutica breve será considerada viável, com avaliações positivas de satisfação e relevância clínica pelos participantes.
b) após a intervenção os participantes obterão melhora clínica e estatisticamente significativa na redução de tentativa de suicídio, da ideação suicida, dos sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse, medidos por instrumentos validados.
c) a intervenção levará ao aumento nos escores das medidas positivas de qualidade de vida e motivos para viver, medidos por instrumentos validados.
d) os efeitos clínicos observados (redução de ideação suicida e sintomas afetivos) serão mantidos no *follow-up* de 3 meses indicando estabilidade dos resultados da intervenção.

Referências

Almondes, K. M., & Teodoro, M. (2020). *Os três Ds: desespero, desamparo e desesperança em profissionais da saúde*. Sociedade Brasileira de Psicologia. https://xurl.ooo/04fe3

Associação Paulista de Medicina (2024). *Taxas de suicídio e de autolesão de crianças e jovens aumentam no Brasil*. https://www.apm.org.br/taxas-de-suicidio-e-de-autolesao-

de-criancas-e-jovens-aumentam-no-brasil/

Andrade, T. M. R. (2011). Relação terapêutica. In L. Andretta, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental (*pp. 193 - 202). Casa do Psicólogo®

Arias, S. A, Miller, I., Camargo, C.A., Jr, Sullivan, A. F., Goldstein, A. B., Allen, M. H., Manton, A. P., & Boudreaux, E. D. (2016). Factors associated with suicide outcomes 12 months after screening positive for suicide risk in the emergency department. *Psychiatry Serviços*, *67*(2), 206-213. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400513.

Armitage, C. J., Rahim, W. A., Rowe, R., & O'Connor, R. C. (2016). An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, *208*(5), 470-476. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162495

Arvilommi, P., Valkonen, J., Ruishalme, O., Kukkonen, M., Sihvola, H., Lindholm, L., Suominen, K., Gaily-Luoma, S., & Isometsä, E. (2021). A randomized clinical trial of the ASSIP vs. crisis counselling in preventing suicide attempt repetition: a two-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *75*(sup1), S10. DOI: 10.1080/08039488.2021.2019916

Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *56*(6), 506-514. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015

Baptista, M. N., Cunha, F. A., Batista, H. H. V., & Cremasco, G. S. (2022). Programas de prevenção ao suicídio: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, *24*(2). https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPPA14095.en Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Artmed. Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção.* Unesp.

Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: avaliação e manejo.* (2a ed.). Artmed.

Boudreaux, E. D., Stanley, B., Green, K. L., Galfalvy, H., & Brown, G. K. (2021). A randomized, controlled trial of the safety planning intervention: research design and methods. *Contemporary Clinical Trials ,103*, 106291. https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106291

Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M. J., & Lindner, R. (2019). The effectiveness

ofsychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(6), 320-328. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.2019.33.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, *294*(5), 563-570. DOI: 10.1001/jama.294.5.563

Center for Disease Control and Prevention. (2016). WISQARS*: Web-based injury Statistics Query and Reporting System*. https://wisqars.cdc.gov/

Comtois K. A. (2002). A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatric Services, 53*(9), 1138-1144. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1138

Conselho Federal de Medicina. (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Conselho Federal de Psicologia. (2013). *O suicídio e os desafios para a psicologia*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/livro_suicidio.pdf

Coren, A. (2020). Psychodynamic interpersonal therapy: a conversational model. In M. Barkham, E. Guthrie, G. Hardy, & F. Margison (Eds.), *Psychodynamic practice* (Vol. 26, pp. 415-419). Sage. https://doi.org/10.1080/14753634.2020.1818612

Del-Ben, C., Sponholz-Junior, A., Mantovani, C., Faleiros, M. C., Oliveira, G., Guapo, V., Freitas, A. P. A. de, & Borges, L. M. (2017). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *14*(2), 560-577. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812014000200010&lng=pt&tlng=pt.

Dobson, K. S. & Franche, R.L. (1999). A prática da terapia cognitiva. . In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. (*pp. 471- 93). Editora Santos.

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107-126. https://doi.org/10.1037/h0031360

Esposito-Smythers, C., Wolff, J. C., Liu, R. T., Hunt, J. I., Adams, L., Kim, K., Frazier, E. A., Yen, S., Dickstein, D. P., & Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied Disciplines*, *60*(10), 1133-1141. https://doi.org/10.1111/jcpp.13095

Grupp-Phelan, J., Stevens, J., Boyd, S., Cohen, D. M., Ammerman, R. T., Liddy-Hicks, S., Heck, K., Marcus, S. C., Stone, L., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2019). Effect of a motivational interviewing-based intervention on initiation of mental health treatment

and mental health after an emergency department visit among suicidal adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *2*(12), e1917941. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17941

Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. *BMJ*, *323*(7305), 135-138. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7305.135

Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson B., Creed, F.(1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry*, *56*(6), 519-26. DOI: 10.1001/archpsyc.56.6.519

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Medicine*, *13*(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry,* 1*70*(3), 205-228. DOI:10.1192/bjp.170.3.205

Hassanzadeh, M., Khajeddin, N., Nojomi, M., Fleischmann, A., & Eshrati, T. (2010). Brief intervention and contact after deliberate self-harm: an Iranian randomized controlled trial. *Iran Journal of Psychiatry and Behavior Sciences*, *4*(2), 5-12. https://www.researchgate.net/publication/361217741_Brief_Intervention_and_Contact_after_Deliberate_Self-Harm_An_Iranian_Randomized_Controlled_Trial Hobson, R. F. (1985). *Forms of feeling*. Tavistock Publications.

Hvid, K. V., Sørensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide—II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(5), 292-298. https://doi.org/10.3109/08039488.2010.544404

Jenkins, G. R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J., & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ: British Medical Journal, 325*(7373), 1155. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1155

Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., & Appleby, L. (2006). The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(10), 1599-1609. https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1016

Kennard, B. D., Goldstein, T., Foxwell, A. A., McMakin, D. L., Wolfe, K., Biernesser, C., Moorehead, A., Douaihy, A., Zullo, L., Wentroble, E., Owen, V., Zelazny, J., Iyengar, S., Porta, G., & Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents. *The American journal of psychiatry*, *175*(9), 864-872. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101151

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*(Supl. 2), S54-S64. https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002

Lahoz, T., Hvid, M., & Wang, A. G. (2016). Preventing repetition of attempted suicide-III. The Amager Project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*(7), 547-553. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1180711

Lessa, M. B. M. F. (2018). Um estudo sobre a moralização do Suicídio. In A. M. L. C. Feijoo (Org.), *Suicídio: entre o viver e o morrer* (pp. 105-144). Editora IFEN.

Malakouti, S. K., Nojomi, M., Ghanbari, B., Rasouli, N., Khaleghparast, S., & Farahani, I. G. (2022). Aftercare and suicide reattempt prevention in Tehran, Iran. *Crisis*, *43*(1), 18-27. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000754

McGlothlin, J. M. (2008). *Developing clinical skills in suicide assessment, prevention, and treatment*. American Counseling Association.

Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS investigators. (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS One*, *14*(2), e0210778. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778

Ministério da Saúde. (2024). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, *55*(4), 1-17. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view

Monn, S., Gooding, P., Pratt, D., Edwards, D., Awenat, Y., Drake, R. J., Emsley, R., Jones, S., Kapur, N., Lobban, F., Peters, S., Boardman, B., Harris, K., Huggett, C., Haddock, G., & the ASSIP Study Group. (2025). Randomized controlled trial for the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP): An independent non-replication study. *The Lancet Psychiatry*, *12*(3), 177-188. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00399-

Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (Assertive Intervention for Deliberate Self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*, *345*, e4972https://doi.org/10.1136/bmj.e4972

Murta, S. G., & Santos, K. B. (2015a). Desenvolvimento de programas preventivos e de promoção em saúde mental. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (p. 168 - 191). Sinopsys.

Murta, S. G., & Santos, K. B. (2015b). A implementação de programas de promoção e prevenção no âmbito da saúde mental. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (p. 192-211). Sinopsys.

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1999). Treinamento em solução de problemas. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. (*pp. 471- 93). Editora Santos.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 133-154. https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002

Oliveira Piccinini, B. D. B. de, Figueirêdo, A. A. F. de, & Miranda, D. A. (2025). Comportamento suicida no contexto universitário: Uma revisão integrativa da literatura. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35(2), Artigo e350219. https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350219pt

Organização Mundial da Saúde, & Organização Pan-Americana da Saúde. (2024). *Viver a vida: guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países*. https://www.paho.org/pt/documentos/live-life-guia-implementacao-para-prevencao-do-suicidio-paises.

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(2), 97-107. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009

Pistorello, J., Jobes, D. A., Gallop, R., Compton, S. N., Locey, N. S., Au, J. S., Noose, S. K., Walloch, J. C., Johnson, J., Young, M., Dickens, Y., Chatham, P., & Jeffcoat, T. (2021). A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Versus Treatment as Usual (TAU) for Suicidal

College Students. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, *25*(4), 765-789. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1749742

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, *172*(5), 441-449. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843

Runeson B. S. (2002). Suicide after parasuicide. *BMJ, 325*(7373), 1125-1126. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1125/a

Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide a controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(6), 871-876. https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.871

Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted dialectical behavior therapy for adolescents with a high risk of suicide in a community clinic: a pragmatic randomized controlled trial. *Suicide & life-threatening behavior*, *50*(3), 652-667. https://doi.org/10.1111/sltb.12612

Silverman, M. M. (2006) The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, *36*(5), 519-532. https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519.

Sinyor, M., Williams, M., Mitchell, R., Zaheer, R., Bryan, C. J., Schaffer, A., Westreich, N., Ellis, J., Goldstein, B. I., Cheung, A. H., Selchen, S., Kiss, A., & Tien, H. (2020).

Cognitive behavioral therapy for suicide prevention in youth admitted to hospital following an episode of self-harm: A pilot randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, *1*(266), 686-694. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.178

Tavares, M. (2005). Prevenção, riscos e identificação precoce. *Ciência e profissão -Diálogos, 3*(53), 51-53.

Townsend, E., Hawton, K., Altman, & D. et al. (2001), The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness, and improvement in problems. *Psychol Med, 31*(6), 979-988. DOI: 10.1017/s0033291701004238

Weaver, N., Bertolacci, G., Naghavi, M., Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Liu, H. H., Mantilla-Herrera, A. M., Pinheiro, M., Nichols, E., Shadid, J., Tantimanangor, W., Wiysonge,

C. S., & Vos, T. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health, 10*(3), e189–e202. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4

Wei, S., Liu, L., Bi, B., Li, H., Hou, J., Tan, S., Chen, X., Chen, W., Jia, X., Dong, G., Qin, X., & Liu, Y. (2013). An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis*, *34*(2), 107-115. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000181

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas.* Artmed.

World Health Organization. (1989). *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779

World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP): version 2.0. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: global health estimatives*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2023). *Suicide*. https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/suicide

World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: global health estimates. https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069*

2 PRIMEIRO ESTUDO[1] [2]: A EFICÁCIA DE PSICOTERAPIAS PARA REDUZIR TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PACIENTES DE ALTO RISCO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM META-ANÁLISE

The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials.

La efectividad de las psicoterapias en la reducción de nuevos intentos de suicidio: una revisión sistemática con metanálisis de ensayos clínicos aleatórios.

Resumo

Há pouca evidência sobre a eficácia de intervenções psicoterapêuticas na redução de novas tentativas de suicídio. Este artigo tem como objetivo avaliar a eficácia de intervenções psicoterapêuticas na redução de tentativas de suicídio entre pacientes com histórico de tentativas anteriores. Foram selecionados 17 artigos de quatro bases de dados: PubMed, Cochrane, APA PsycInfo e LILACS, em 2023. Seis estudos apresentaram diferenças estatísticas que favoreceram a intervenção psicoterapêutica em algum momento do período de acompanhamento. Essas psicoterapias abordaram: resolução de problemas, indução de esperança e treinamento de habilidades. Ao comparar a psicoterapia com o tratamento usual, uma meta-análise revelou uma razão de chances de 0,41 (IC 95%, 0,17-0,99, p = 0,05) na análise até 12 meses de acompanhamento, e uma razão de chances de 0,48 (IC 95%, 0,30-0,78, p < 0,001) após 12 meses de acompanhamento. Os resultados indicam a eficácia dessas intervenções na redução de tentativas adicionais de suicídio, mas devem ser analisados com cautela, dada a heterogeneidade da amostra, dos tratamentos e dos comparadores. Esta revisão subsidia o desenvolvimento de estratégias de prevenção indicada para pacientes que tentaram suicídio.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; psicoterapia; ensaio clínico randomizado; eficácia.

Abstract

There is little evidence on the effectiveness of psychotherapeutic interventions in reducing new suicide attempts. This article aims to evaluate the effectiveness of psychotherapeutic

[1] Santos, L. A., Teodoro, M. L., & Coutto, F. (2024). The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Ciencias Psicológicas*, *18*(2), e-3667.

[2] Apoio financeiro foi realizado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para concretização dessa pesquisa. Não houve interesse conflitante dos autores da revisão.

interventions in reducing suicide attempts among patients with a history of previous attempts. Seventeen articles were selected from four databases: PubMed, Cochrane, APA PsycInfo and LILACS, in 2023. Six studies showed statistical differences that favored psychotherapeutic intervention at some point during the follow-up period. These psychotherapies addressed: problem-solving, hope induction, skills training. When comparing psychotherapy with usual care, a meta-analysis revealed an odds ratio of 0.41 (95 % CI, 0.17-0.99, p = .05) in the analysis up to 12 months of follow-up, and an odds ratio of 0.48 (95 % CI, 0.30-0.78, p < .001) after 12 months of follow-up. The results indicate the efficacy of these interventions in reducing additional suicide attempts, but they should be analyzed with caution, given the heterogeneity of the sample, treatments, and comparators. This review supports the development of prevention strategies indicated for patients who have attempted suicide.

Keywords: suicide attempt; psychotherapy; randomized clinical trial; efficiency.

Resumen

Hay poca evidencia sobre la eficacia de las psicoterapias para reducir los nuevos intentos de suicidio. Este artículo tiene como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas en la reducción de los intentos de suicidio entre pacientes con intentos previos. Se seleccionaron 17 artículos de cuatro bases de datos: PubMed, Cochrane, APA PsycInfo y LILACS. Seis estudios mostraron diferencias estadísticas que favorecieron la intervención psicoterapéutica en algún momento durante el período de seguimiento. Estas psicoterapias abordaron: resolución de problemas, inducción de esperanza y entrenamiento de habilidades. Al comparar la psicoterapia con el tratamiento habitual, el metanálisis reveló un odds ratio de 0.41 (IC del 95 %, 0.17 a 0.99, p = .05) en el análisis hasta los 12 meses de seguimiento, y un odds ratio de 0.48 (IC del 95 %, 0.30 a 0.78, p < .001) después de 12 meses de seguimiento. Los resultados apuntan a la eficacia de estas intervenciones para reducir los intentos de suicidio adicionales, pero deben analizarse con cautela, dada la heterogeneidad de la muestra, los tratamientos y los comparadores. Esta revisión apoya el desarrollo de estrategias de prevención indicadas para pacientes que han intentado suicidarse.

Palabras clave: intento de suicidio; psicoterapia; ensayo clínico aleatorio; eficiencia.

2.1 Introduction

Suicidal behavior (ideation, planning, attempt, and death by suicide) is a serious public health problem and is related to multiple causes. It is a complex phenomenon that can be prevented (WHO, 2019). It can be understood as a continuum, in which there is a progression that begins with thoughts of death, known as suicidal ideation, followed by planning, and progressing to attempts when a person deliberately seeks a method to end their life, but their action does not result in death (Botega, 2023; WHO, 2019). Finally, death by suicide is the last stage of this process and reflects failures in all possibilities of relieving suffering and emotional pain.

There are divergences in the literature regarding the definition of suicidal behavior. Silverman (2006) defines a suicide attempt as a self-inflicted, potentially harmful behavior with a non-fatal outcome for which there is explicit or implicit evidence of intent to die. Other researchers (Almondes & Teodoro, 2020; Botega, 2023; Nock et al., 2008; Wenzel et al., 2010) define a suicide attempt when the subject deliberately seeks a method to end his own life, but his action does not result in death. In the 2014 WHO report, self-mutilation without suicidal intent is included in the definition of attempted suicide. This review defines a suicide attempt as a self-injurious act, regardless of the methods used, in which the intent to kill is clear, being distinguished from self-mutilation without the intent to kill, but we understand that this distinction is not easy: It is believed that this definition is important for implementing specific interventions and for better analysis of results.

According to the WHO (2019), suicide was the second leading cause of death among individuals aged 15 to 29 years old and the third leading cause of death among those aged 15 to 19 in 2016. For every death by suicide, there are 10 to 30 suicide attempts (Center for Disease Control and Prevention, 2016). In Brazil, according to the Mortality Information System (as cited in Brazil, 2024), suicide is identified as the second leading cause of death among adolescents aged 15 to 19 years old and the fourth leading cause among young adults aged 20 to 29 years old. A prior suicide attempt is the single greatest risk factor for further attempted or death by suicide, an outcome that generates great emotional, social, and economic impacts (Arias et al., 2016; Probert-Lindström et al., 2020; Torre-Luque et al., 2021; WHO, 2014). Preventative measures recommended for groups at high risk of further suicide attempts (Bertolote, 2012; Botega, 2023; WHO, 2014) include specific psychotherapeutic interventions, which can help the subject deal with moments of crisis, by favoring the development of psychological strategies for coping with suffering.

In recent years, some reviews have sought to systematize these findings, however, the results remain controversial. Labelle et al. (2015) performed a systematic review with a meta-analysis of 14 studies on the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapies (CBT) for reducing suicidal behavior and self-harm in adolescents. The authors observed no significant reduction in suicide attempts. In another systematic review, the effectiveness of CBT in reducing suicidal ideation and behavior (face-to-face or online) was investigated: Leavey and Hawkins (2017) concluded that there was an effect, ranging from small to medium, in favor of face-to-face CBT in reducing suicidal ideation, attempt, and death by suicide. However, there was significant heterogeneity between the studies included. A systematic review by Jeong et al. (2023), which included 26 articles, confirmed the effectiveness of CBT in preventing new suicide attempts among individuals with a history of suicide attempts, compared to usual treatment.

The level of evidence and grade of recommendation for treating psychological disorders in children, adolescents, and adults in Spain were reviewed by Fonseca-Pedrero et al. (2021a; 2021b). For suicidal behavior in children and adolescents, these authors highlighted Dialectical Behavioral Therapy (DBT) as having a high grade of recommendation, followed by psychotherapies such as Interpersonal Psychotherapy for Adolescents, Integrated CBT, Mentalization-Based Therapy for Adolescents, the Program for Parents and Adolescents, Integrated Family Intervention, Psychoeducation, Teens Options for Change, As Safe As Possible, and Family Intervention for Suicide Prevention. Regarding the review of the level of evidence and grade of recommendation for treatments of psychological disorders in adults, Fonseca-Pedrero et al. (2021b) emphasized CBT and cognitive therapy (CT), along with DBT, especially for individuals with borderline personality disorders, and active contact and follow-up of cases, all of which have a high degree of recommendation. Next came the safety plan, brief intervention programs for individuals who have attempted suicide, and collaborative assessment and management of suicidal behavior.

Psychotherapeutic interventions are prevention methods indicated for people with previous suicide attempts, addressing feelings, thoughts, and behaviors related to the suicide attempt, problem-solving, stress management, and emotional regulation (Torre-Luque et al., 2021). Psychotherapy was defined for this study as an intervention (with or without prior theoretical guidance), in which individuals were invited to work on risk factors, protective factors, and strategies related to problem-solving for issues that triggered the suicide attempt. There was no selection of a theoretical approach, considering techniques that encompass both psychodynamic aspects and cognitive-behavioral techniques. After a suicide attempt,

interventions that combine psychodynamic understanding with cognitive and behavioral approaches, that provide comprehensive, empathetic, and supportive listening are sought (Rogers, 1995). The aim is to address and alleviate what Shneidman (1993) described as unbearable psychic pain. Wenzel et al. (2010), who studied CBT for suicidal patients, stated that therapy can offer patient's tools to modify schemas and address issues such as hopelessness, impulsivity, cognitive distortions, and problem-solving difficulties, thus helping individuals overcome dichotomous thinking developed DBT for patients with personality disorders and suicidal behavior, which includes individual psychotherapy, group skills training, telephone coaching, and a consultation team for therapists. In psychodynamic theories, suicide is often related to traumatic content and unconscious causes of suffering; therefore, therapy aims to provide access to and reframe repetitive behaviors for better understanding. Through speech, the individual is invited to name the acts of pain that triggered the suicide attempt, potentially finding other solutions (Macedo & Werlang, 2004). According to Botega (2023), it is essential to integrate various aspects of psychological approaches for moments of crisis, such as suicide attempts.

There is little good-quality evidence regarding the effectiveness of psychotherapeutic interventions, especially from randomized clinical trials for reducing suicidal behavior (Briggs et al., 2019; Cuijpers et al., 2013, Hepp et al., 2004; Wenzel et al., 2010). Additionally, many suicide attempt reduction studies rely on contact interventions with case management, phone calls, or coping card (Malakouti et al., 2022; Messiah et al., 2019; Mousavi et al., 2016; Wang et al., 2016). Other studies investigating the effectiveness of psychotherapies did not distinguish between samples, that mixed patients with ideation, suicide attempts, and self-mutilation without suicidal intent, making it difficult to analyze the results (Briggs, 2019; Grupp-Phelan et al., 2019; Hepp et al., 2004; Ougrin et al., 2015; Rudd et al., 2015). Thus, studies scarce with good quality methodology, looking at the effectiveness of psychotherapeutic interventions to reduce suicide attempts exclusively in patients with prior attempts. As such, the objective of this systematic review with metanalysis was to evaluate the efficacy of psychotherapies in reducing further suicide attempts in adolescents, adults, and the elderly. We selected only randomized clinical trial studies that reported psychotherapeutic interventions in patients with previous suicide attempts.

This paper attempted to find articles that addressed crisis intervention from various theoretical perspectives, focusing on emerging personal and social issues to reduce suicide risk. In addition, these interventions would aim to reinforce adaptive mechanisms and healthy aspects of the personality, mitigate triggers, relieve symptoms, increase self-esteem, and

strengthen protective factors.

2.2 Materials and methods

This systematic review was conducted according to the protocol previously published, Prospero (https://www.crd.york.ac.uk/prospero/#recordDetails) under Id CRD42022299424, with minor changes, as in the title. A suicide attempt was assessed by the number of repeated events and/or the number of people who repeat the suicide attempt following intervention. The number of events is related to how many new suicide attempts occurred and the number of people is related to the number of people who attempted or did not attempt suicide again over a given period.

The strategy Patient or Problem; Intervention; Control or Comparison, Outcomes (PICO) was used to construct the research question (Santos et al., 2007). The question was: "Which psychotherapies are effective for reducing suicide attempts?" which P corresponded to People with previous suicide attempts; I to Psychotherapy; C to control/comparison treatment; and O to reduction in suicide attempts. We selected randomized clinical trials of patients over eleven years of age who had previously attempted suicide, excluding patients with only suicidal ideation or self-mutilation without suicidal intent. The acronym Treatment as Usual (TAU) is used to refer to standard or usual treatment, appearing in studies as a comparative group, which can vary from referral to various treatment modalities to simple advice for patients seeking help.

2.2.1 Research strategy

At first, a preliminary research strategy search was developed using terms from three articles that fit within the pre-defined inclusion and exclusion criteria. The strategy was validated by testing the identification of these studies. A careful search was carried out in November 2021 in the PubMed, Cochrane, LILACS, and APA PsycInfo databases. This search was repeated in February 2023. The research strategy used the descriptors MESH: suicide attempted*, psychological intervention*, randomized controlled trial*, and their synonyms. The Boolean operators 'AND', 'OR', and 'NOT' were used. A table with the detailed search strategy is available in the Appendix A. All the literature found was sent to the Rayyan application (Ouzzani et al., 2016). Next, duplicate articles were identified and excluded, followed by a blind selection of articles by title and abstract by two researchers.

2.2.2 Inclusion criteria

The inclusion criteria were studies with a randomized clinical trial design, which investigate psychotherapies to reduce suicide attempts in populations presenting prior attempts. Interventions not classified as psychotherapy, but with similar elements were also included, as well as the surveys in which suicide attempt was a main or secondary outcome. Study participants were older than eleven years and there was no defined follow-up period and time or language filter. No selected article was presented in a language other than English.

2.2.3 Exclusion criteria

Exclusion criteria were studies with specific treatments or preventative measures in school environments; single psychoeducation sessions; interventions involving only monitoring and assessment of suicide risk with visits or phone calls; interventions in which there was only one session to encourage participation, continuity of care or assessment of suicide risk; isolated interventions with cards, crisis cards, and gatekeepers. Furthermore, articles not available online or free of charge were excluded.

2.2.4 Meta-analysis

Meta-analysis was performed using 95 % confidence intervals (CIs), with a p-value less than .05 for statistically significant results (Rodrigues & Ziegelmann, 2010). Heterogeneity in the survey results obtained was analyzed using the I^2 test, considering a p-value of less than .10 as statistically significant. An I^2 can be low, moderate, and high to values of 25 %, 50 %, and 75 % (Higgins et al., 2003). The random effect model was applied because there are always heterogeneous aspects that are intrinsic to studies. RevMan software (Review Manager, V.5.3) was used to perform the analysis of the dichotomous outcome data, reporting the odds ratios (ORs) with a corresponding 95 % CI. A forest plot was performed showing individual information from each study, and from the final measure of the meta-analysis (Roever, 2016).

2.3 Results

Results were reported using Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) (Page et al., 2021) criteria. Data extraction was performed independently by two reviewers. The extracted data are sample characteristics, intervention details, control treatment and/or other active treatments, follow-up interval, and outcomes (the number of attempts and/or the total number of people who attempted suicide). The discrepancies between the reviewers were resolved by consensus. Data were pooled for meta-analysis in which participant, follow-up, treatment, and comparator groups were similar.

After removing duplicates, 1912 manuscripts remained, with 156 being selected for a complete reading. Through the reading of titles and abstracts, considering the inclusion and exclusion criteria described. Additionally, 18 articles found in the bibliographic references of systematic reviews with objectives similar to those of this study were included. Seven articles could not be found and were therefore discarded. After a complete reading, 17 articles remained, corresponding to 16 studies, which met this review's inclusion and exclusion criteria. Most studies were excluded because they did not limit their sample to only patients with suicide attempts. The Prisma flowchart is presented in 2, and data extraction is described in Table 1

Suicide attempts were evaluated in different ways, including self-reporting and/or through consultation of hospital records. The results presented suicide attempt measures according to the number of participants who tried again during a given period or by the number of attempts made during a given period. The time until the next suicide attempt was also measured in some articles, but not considered in this review.

Seventeen randomized clinical trials were included in the systematic review. Sample sizes ranged from 20 to 274 patients, with a total of 2068 participants (considering that one study was developed in two articles). Follow-up periods ranged from two months to five years. The number of psychotherapy sessions varied from three to 20. All interventions took place in person. There was no differentiation by gender, and the minimum age of participants was 11 years old, as reported in the study by Morthorst et al. (2012).

For comparison purposes, studies were classified as follows:

a) psychotherapy x TAU;
b) psychotherapy x psychotherapy (different lines of approach, or the same line with emphasis on different aspects); and

c) psychotherapy x specific treatment (telephone contact or case management).

In addition, it was not possible to establish a division by theoretical approach. Two studies used three comparators (Stewart et al., 2009; Wei et al., 2013): they were categorized according to the second comparator.

Figure 1:

PRISMA flow diagram for systematic reviews

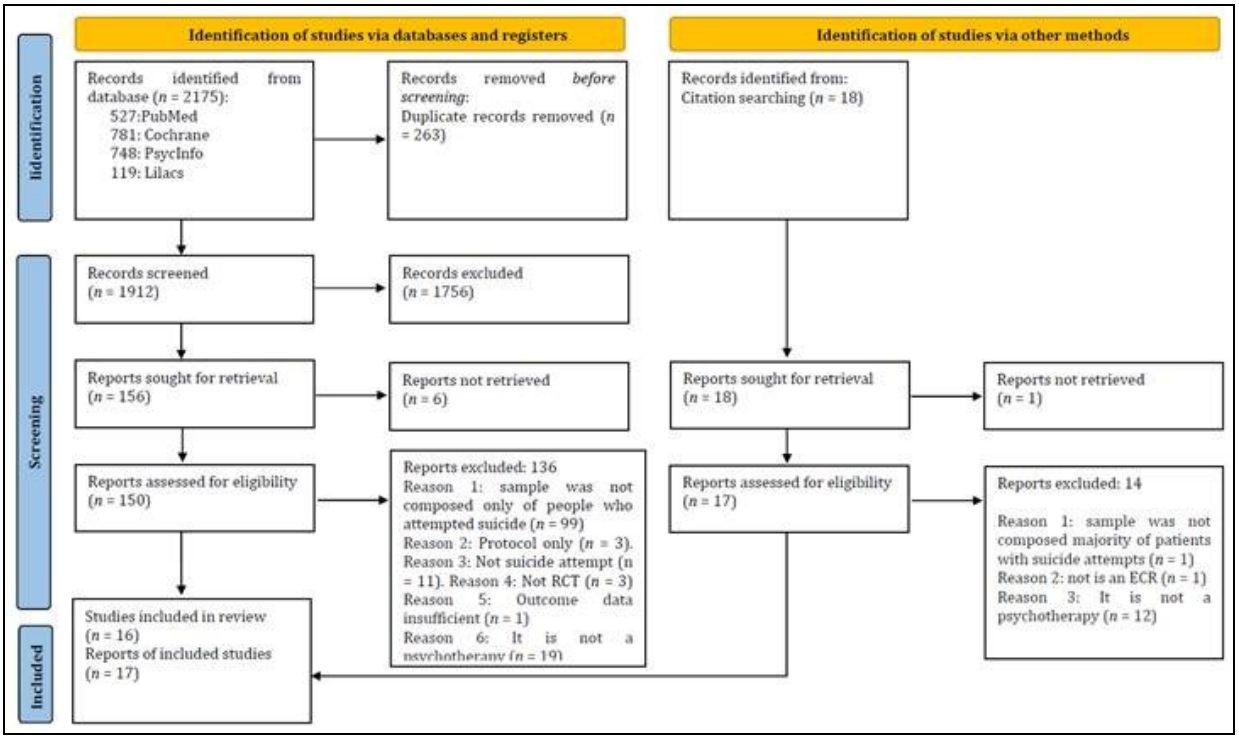


Figura 2

Data extracted from the articles selected for systematic review

Study	Sample, intervention and control	Results/Follow-up
Andreasson et al. (2016)	**Participants:** 108 participants aged 18 to 65 years old who passed through the Danish health service. They met at least two diagnostic criteria for borderline personality disorder and had a recent suicide attempt (within the past month). **Intervention:** DBT: is a treatment based on the principles of CBT, dialectics, and Zen Buddhism. **Control:** Collaborative assessment and management of suicidality CAMS: treatment in which the person receives clinical assessment, treatment planning, and outpatient suicide risk management. The main idea of CAMS is to help the patient in the assessment and management of their suicidal behavior.	Follow-up (about 6 months): No statistical difference between groups.
Arvilommi et al. (2021)	**Participants:** 239 participants aged 18 and older, were referred to MIELI Mental Health Finland crisis services by general hospitals and other facilities in the city of Helsinki. **Intervention:** Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP): consisted of three psychotherapy sessions plus letter sending. A fourth session was added if necessary. The primary focus of ASSIP was to develop an early therapeutic alliance, combined with psychoeducation, cognitive case conceptualization, safety planning, and ongoing long-term contact through letters. **Control:** Crisis Counseling (CC) group: participants received a course of CC, consisting of meetings with one of six trained counselors for face-to-face individual treatment lasting 60 min each. The number of sessions patients attended varied as needed, but in 89 % of cases reached. Patients also analyzed the functional chain, identified warning signs, and established safety strategies. Both groups received TAU.	Follow-up (24 months): No statistical difference between groups.
Brown et al. (2005)	**Participants:** 120 patients aged 18 to 66 years old who attempted suicide and were evaluated in an emergency department at Hospital da University of Pennsylvania, Philadelphia, within 48 hours of the attempt. **Intervention:** 10 sessions of cognitive psychotherapy that identified proximal thoughts, images, and core beliefs that were activated before the suicide attempt and developed strategies and adaptive ways to deal with stressors. Additional sessions of cognitive therapy were provided until participants completed the relapse prevention task. **Control:** TAU: consisting of usual care from community physicians as well as tracking and referral services from case managers.	Follow-up (18 months): Cognitive Therapy + TAU group showed significantly fewer suicide attempts than TAU.
Donaldson et al. (2005)	**Participants:** 39 participants aged 12 to 17 years old who were referred to a general pediatric emergency department or inpatient unit of an affiliated child psychiatric hospital in the Northeast after a suicide attempt. **Intervention:** Skills-Based Treatment (SBT): focused on problem-solving and affect management skills. Each session included an assessment of suicidality, skill education, and skill practice **Control:** Supportive Relationship Treatment (SRT): This treatment was supportive and focused on the adolescent's mood and behavior as well as factors that contribute to adolescent suicidal behavior. Sessions were unstructured and addressed reported symptoms and problems.	Follow-up (3 and 6 months): No statistical difference between groups.

Study	Sample, intervention and control	Results/Follow-up
Gysin-Maillart et al. (2016)	**Participants:** 120 adults with an average age of 38 years old were admitted to the emergency unit at the University General Hospital of Bern, Switzerland, after a suicide attempt. **Intervention: ASSIP + TAU**: ASSIP was composed of three psychotherapy sessions administered over 60 to 90 minutes, usually weekly, plus letter sending. A fourth session was added if necessary. The main focus of ASSIP was developing an early therapeutic alliance, combined with psychoeducation, cognitive case conceptualization, safety planning, and ongoing long-term contact by letters. The letters reminded participants of the long-term risk of future suicidal crises and the importance of safety strategies: they were personally signed by the ASSIP therapist. **Control: TAU**.: In both groups, TAU included care as deemed necessary by the physicians responsible for the patient's management. A clinical interview was conducted that included a structured assessment of suicide risk. A written summary of the risk assessment was sent to the healthcare professionals responsible for the participant's usual clinical care.	Follow-up (24 months): ASSIP group showed significantly fewer suicide attempts than TAU.
Guthrie et al. (2001)	**Participants:** 119 patients aged 18 to 65 years old treated in the emergency department of a UK teaching hospital following an episode of deliberate self-intoxication. **Intervention:** Psychodynamic interpersonal psychotherapy. Four psychodynamic psychotherapy sessions were held in the patients' homes. This therapy involved identifying and helping to resolve interpersonal difficulties that caused or worsened psychological distress. **Control:** TAU consisted of an assessment by an emergency physician or psychiatrist in the emergency department, approximately one-third of patients were referred for outpatient psychiatric follow-up, a small number were referred to addiction services, and the remainder were advised to see their GP. No patient was routinely referred to psychotherapy or psychology services.	Follow-up (6 months): Brief psychodynamic interpersonal therapy group showed significantly fewer suicide attempts than TAU.
Hvid et al. (2011), 12-month follow-up Lahoz et al. (2016), 60-month follow-up	**Participants:** 133 participants over 18 years old went to Copenhagen University Hospital in Amager, Denmark, after attempting suicide. **Intervention:** Outreach, problem-solving, adherence, continuity (OPAC). The intervention offered immediate contact within days of a suicide attempt, while the patient was still in the hospital and followed up after discharge, through face-to-face contact, phone calls, letters, text messages, and email. The following were addressed: active outreach, individualized counseling, and problem-solving (crisis management between sessions through agreed coping plans and help in identifying events, thoughts, and feelings related to suicidal behavior), hope induction, adherence, and continuity in the phase acute, and motivation for further therapy. The intervention period was limited to 6 months and was called OPAC (Extension, problem-solving, adherence, continuity). **Control:** TAU. Patients were recommended to seek advice from their GP who could, whenever deemed appropriate, refer the patient to psychiatric or psychological treatment. They received a phone call after the half.	Follow-up (12 months): OPAC group showed significantly fewer suicide attempts than TAU. Follow-up (60 months): OPAC group showed significantly fewer suicide attempts (number of events) than TAU, but it's necessary to emphasize the significant difference regards the number of events.

Study	Sample, intervention and control	Results/Follow-up
Lin et al. (2019)	**Participants:** 82 university students adults with an average age of 20 years old with suicide attempts within six months and were diagnosed with personality disorders, from southern Taiwan. **Intervention 1:** Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group Program (DBTSTG). Patients met weekly for 120 minutes for eight weeks. Sessions were structured around a series of topics: mindfulness skills, distress tolerance skills, emotional regulation, and interpersonal effectiveness. **Intervention 2:** Group cognitive therapy (CTG). For eight weeks, the group met for 120 minutes structured around a series of topics: identifying automatic thoughts and core beliefs, managing acute crises, and preventing suicide attempt relapses by applying learning acquired in previous group sessions. Note: All patients were managed by a psychologist and received a crisis card from the University Center for Safety and Security with a 24-hour hotline number and emergency services. A closed group was held on Facebook where people shared their experiences.	Follow-up (about 6 months): No statistical difference between groups.
Linehan et al. (2015)	**Participants:** 99 women aged 18 to 60 years old diagnosed with Personality Disorders and sometimes suicidality **Intervention 1:** Intervention standard DBT that includes skills training and individual therapy. There are four weekly components: individual therapy, group skills training, therapist consultation team, and telephone coaching between sessions as needed. **Intervention 2:** Intervention Skills Training Plus Case Management (DBT S): Provided group DBT skills training while removing the individual DBT therapy component. Individual therapy was replaced with a case management intervention. **Intervention 3:** DBT Individual Therapy Plus Group Activities (DBT-I): This is designed to eliminate all DBT skills training from treatment. An activity-based support group was added and provided by case managers that included psychoeducation and activities commonly used in recreational and activity therapy.	Follow-up (12 and 24 months): No statistical difference between groups.
McCauley et al. (2018)	**Participant:** 173 participants aged 12 to 18 years old with a prior suicide attempt (≥3 previous episodes of self-harm, suicidal ideation, or emotional dysregulation) were recruited from 3 large hospital centers in US states. **Intervention1:** DBT treatment consisted of weekly individual psychotherapy for adolescents, skills training in a multifamily group, telephone counseling for youth and parents, and weekly consultation with a team of therapists. **Intervention2**: Individual and group supportive therapy (IGST): it was a client-centered treatment that emphasized acceptance, validation, and feelings of connection and belonging. Individual and group supportive therapy included individual sessions, adolescent support group therapy, parent sessions as needed (≤7 sessions), and weekly therapist-team consultation	Follow-up (about 6 months, and up to 12 months): DBT showed significantly fewer suicide attempts than IGST in the first segment. No statistical difference between groups in the second segment.

Study	Sample, intervention and control	Results/Follow-up
Morthorst et al. (2012)	**Participants:** 243 participants aged 11 to 69 years old were included, all admitted after a suicide attempt to emergency units, intensive care units, pediatric units, and psychiatric emergencies across six regional hospitals in the Copenhagen area, Denmark **Intervention:** Intervention for deliberate self-harm (AID) + TAU. Case management with crisis intervention, problem-solving, motivational support, and active assistance is provided to patients during scheduled consultations to improve post-treatment outcomes. Nurse practitioners conduct 8 to 20 sessions over 6 months. These consultations may occur as home visits, visits to cafés, and health services, among others. Telephones and text messages were also used. The manager offers family mediation consultations to adolescents and their families and suggests involving social networks or independent professionals in the city. During relapses or stressful events, the frequency of contact was increased, including availability outside normal hours to prevent subsequent suicidal behavior. **Control (TAU):** Standard treatment consisted of referral to various treatment modalities, depending on the patient's diagnosis and clinical and social conditions. As part of the standard treatment, the Copenhagen Suicide Prevention Excellence Center offered six to eight therapeutic sessions for patients who were not abusing substances and were not receiving other ongoing treatments	Follow-up (12 months): No statistical difference between groups.
Salkovskis et al. (1990)	**Participants:** 20 participants aged 16 to 65 years old were recruited at the Leeds General Infirmary (LGI), England, following a reported suicide attempt. **Intervention:** CBT for problem-solving + TAU. Treatment was based on a problem-solving approach and involved learning systematic ways to cope with life stresses. Patients were taught to identify problems and organize and prioritize their resolution in five sessions with a nurse. Treatment could start in the hospital and continue in the patient's home or be provided exclusively in the patient's home." **Control: TAU**: Referral to a General Practitioner.	Follow-up (6 months): CBT for the problem-solving group showed significantly fewer suicide attempts than TAU. Follow-up (18 months): No statistical difference between groups.
Stewart et al. (2009)	**Participants:** 32 patients aged 20 to 58 who were treated in a hospital after a suicide attempt in Brisbane (Australia) **Intervention 1:** CBT: included case conceptualization with identification of cognitive errors, and emotional behavioral stress responses that contributed to suicidal behavior. **Intervention2:** Problem-Solving Therapy (PST). The patient needed to learn and adopt alternative emotional and behavioral responses. PST included: developing problematic thoughts that could have precipitated the suicidal act, including analyzing the problem that led to the suicide attempt. Helping the patient find more positive solutions to stressors, feel less hopeless, and choose solutions other than suicide **Control:** Control TAU. Community support was provided by the Health Service Districts' Acute Care Team (ACT). Support consisted of phone calls, home visits, consultations with the psychiatrist, contact with the client's primary care physician, or networking with social support.	Follow-up (2 months): No statistical difference between groups.

Study	Sample, intervention and control	Results/Follow-up
van der Sande et al. (1997)	**Participants:** 274 people over the age of 15 who attempted suicide and presented for medical treatment at Utrecht University Hospital in the Netherlands. **Intervention:** Intervention: Psychosocial Treatment: Intensive treatment with a brief hospitalization consisting of admission to a special crisis intervention unit and subsequent problem-solving care, focused on helping the patient overcome the current crisis and establishing changes in their ability to deal with future problems. The therapeutic relationship was reinforced to help the patient and family seek help in times of crisis **Control** TAU: This was defined as any form of treatment that the evaluating physicians considered appropriate: patients were referred as needed.	Follow-up (12 months): No statistical difference between groups.
Wei et al. (2013)	**Participants:** 239 patients over the age of 15 who attempted suicide were evaluated in the emergency services of four general hospitals in Shenyang, China **Intervention1:** Cognitive therapy: patients in the cognitive therapy group received 10 sessions designed specifically to prevent suicide attempts over 1 month. Cognitive therapy is designed to help patients develop adaptive ways of coping with stress, thinking, and behaving during periods of acute emotional distress rather than engaging in suicidal behavior. **Intervention 2:** Telephone contact: patients in the telephone intervention group received 12 calls over 3 months. This intervention was psychological support based mainly on empathy, explanation, and suggestion. The telephone intervention provided patients with a supportive, active listening, and collaborative problem-solving approach. **Control**: Usual treatment: Patients in the control group did not receive any intervention.	Follow-up (12 months): No statistical difference between groups.

2.4 Studies comparing psychotherapeutic intervention with TAU (8 studies/ 9 articles)

The psychotherapy x TAU comparison included nine articles, two of which came from the same study (Hvid et al., 2011; Lahoz et al., 2016). Of the nine articles, five showed a statistically significant difference favoring the intervention in the number of events and/or in the number of participants with new attempts at the end of the proposed follow-up. One article (Salkovskis et al., 1990) showed a statistically significant difference favoring intervention at six months, but not at the end of the proposed 18-month follow-up period.

Interventions that showed a statistically significant difference were performed individually. The ASSIP added to the TAU (Gysin-Maillart et al., 2016) showed significant differences in the number of participants who made subsequent suicide attempts. Likewise, Brown et al. (2005) observed statistically significant differences between the number of participants and events comparing a 10-session cognitive therapy plus TAU with TAU alone. In another study, the Outreach, Problem-solving, Adherence, and Continuity (OPAC) intervention showed significant differences between events and the number of participants with new suicide attempts at 12 months and a statistically significant difference in terms of events at a 60-month follow-up (Hvid et al., 2011; Lahoz et al., 2016). The study by Guthrie et al. (2001) offered four sessions of Psychodynamic Interpersonal Therapy to patients, helping them to resolve interpersonal difficulties that caused or aggravated psychological distress. The results showed that there was a decrease in the number of patients who attempted suicide in the intervention group. The study by Salkovskis et al. (1990) investigated Cognitive Behavioural Problem Solving. The results showed a significant difference in the number of people who attempted suicide, favoring intervention at 6 months, but this difference was not observed at 18 months.

2.5 Comparative studies between psychotherapeutic interventions (6 studies)

In this comparison, DBT was investigated in three articles. In the article by Linehan et al. (2015) different DBT modalities were compared, while Lin et al. (2019) compared the effectiveness of the Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group (DBTSTG) with the Cognitive Therapy Group (CTG). These studies did not observe differences between groups. The third study compared DBT with Individual and Group Supportive Therapy (IGST) (McCauley et al., 2018). In the latter article, DBT was statistically favorable to the comparison treatment at the six-month follow-up, but this difference did not remain after 12 months.

In addition to DBT, Stewart et al. (2009) compared CBT with Problem-Solving Therapy and with TAU. Results did not differ between the groups. Arvilommi et al. (2021) and Donaldson et al. (2005) also observed no difference. While the first compared the ASSIP program with the CC program, the latter investigated groups of patients undergoing Skills-Based Treatment (SBT), which focused on problem-solving and emotional management in adolescents, with the Supportive Relationship Treatment (SRT), focused on changing the mood and behavior of adolescents.

2.6 Studies comparing psychotherapeutic interventions with other interventions (2 studies)

In the study by Andreasson et al. (2016) DBT was compared with the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS), which seeks to help patients evaluate and manage suicidal behavior. There was no statistically significant difference between the groups. In the study by Wei et al. (2013), ten sessions of Cognitive Therapy were compared with two other groups, TAU and telephone contact, which consisted of 12 calls that provided patients with support, active listening, and collaborative problem-solving. While the Cognitive Therapy and telephone intervention groups had one patient each (1.2 % and 1.3 %, respectively) make a further suicide attempt, the control group had five patients (6.5 %): there was no statistically significant difference between the groups. This study appeared to have a high dropout rate among participants.

2.7 Data analysis of the articles where there was a statistically significant difference favoring the intervention

Here are other measures reported by articles that showed significant differences between groups at some point during follow-up: in the study by Gysin-Maillart et al. (2016), the authors reported that the difference between groups in the number of participants who attempted suicide again was significant (log-rank/Mantel-Haenszel test, mean $\chi^2_1 = 16.5$, 95 % CI 15.4-17.6; mean $p < .001$). The mean risk ratio was 0.17 (95 % CI 0.07-0.46), indicating that the ASSIP group had an 83 % lower risk of attempting suicide during the 24-month follow-up compared to the control group (Wald $\chi^2_1 = 13.1$, 95 % CI 12.4-13.7, $p < .001$). Brown et al. (2005) found results indicating that participants in the cognitive therapy group (Wald $\chi^2_1 = 3.9$; $p = .049$; log-rank $\chi^2_1 = 4.0$; $p = .045$) had a significantly lower rate of reattempts compared to those in the usual treatment group (log-rank $\chi^2_1 = 4.0$; $p = .045$). The risk ratio for this analysis was 0.51 (95 % CI 0.26-0.997), suggesting that participants in the cognitive therapy group had a 50 % lower probability of attempting suicide during the follow- up period compared to participants in the usual treatment group.

Guthrie et al. (2001) observed that at six months, five patients (9 %) in the intervention group self-harmed again, compared to 17 patients (28 %) in the usual treatment group ($p = .009$, Fisher's exact test, proportion difference 19.3 %, 8.6 % to 30.0 %). Salkovskis et al. (1990) used Fisher's exact test and found that the difference in the proportion of patients who repeated a suicide attempt within six months was significant (none in the experimental group and three patients with four attempts in the control group; $p = .049$). In the follow-ups by Hvid et al. (2011) and Lahoz et al. (2016), of the 69 patients in the intervention group, 6 repeated a suicide act after 1 year and 17 repeated a suicide attempt after 5 years. Of the 64 patients in the control group, 14 repeated a suicide act after 1 year and 19 repeated a suicide attempt after 5 years. Significance calculations performed by the log-rank test show that the effect on the number of patients repeating a suicide act is no longer significant at the 5 year follow-up ($p = .0658$). A calculation for the number needed to treat over 1 year showed benefit with 7.8 patients, indicating that eight patients had to be included in the program to prevent one patient from repeating the behavior. McCauley et al. (2018) converted the ORs to number needed to treat estimates, for the DBT group to have an additional adolescent with no suicide attempt compared with the IGST group, the number needed to treat was 8.46. Significant advantages were found for DBT on all primary outcomes after treatment: suicide attempts (65 (90.3 %) of 72 receiving DBT vs 51 (78.9 %) of 65

receiving IGST with no suicide attempts; odds ratio (OR), 0.30; 95 % CI, 0.10-0.91).

2.8 Risk of bias

An independent assessment of the risk of bias using the Cochrane RoB 2 tool was performed by two reviewers (Sterne et al., 2019). This tool includes five domains: randomization process (D1); deviations from intended interventions (D2); missing outcome data (D3); measurement of the results (D4); and selection of the reported results (D5). Results showed 3 records with a low risk of bias (Hvid et al., 2011; Lahoz et al., 2016; Morthorst et al., 2012), 12 with some concerns (Andreasson et al., 2016; Brown et al., 2005; Donaldson et al., 2005; Gysin-Maillart et al., 2016; Guthrie et al., 2001; LaCroix et al., 2018; Lin et al., 2019; Linehan et al., 2015; McCauley et al., 2018; Salkovskis et al., 1990; Sande et al., 1997; Wei et al., 2013), and 2 studies raised major concerns (Arvilommi et al., 2021; Stewart et al., 2009). It is important to note that no risk of bias assessment tool is completely objective. The RoB 2 tool involves interpretation and judgment by reviewers at various stages, which can introduce subjectivity.

2.9 Meta-analysis

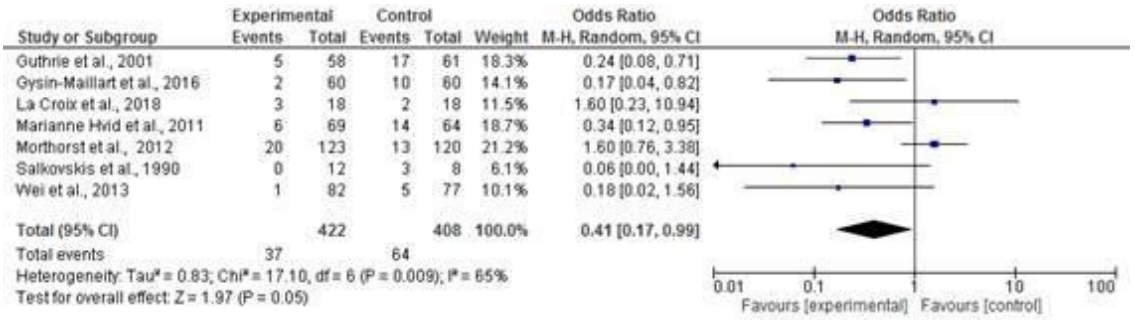
The results from articles that used the "intent-to-treat model" as a data analysis method were analyzed. The variable used was the number of people who attempted suicide again.

a) 12-month Follow-up:

The results using the odds ratio, the Mantel-Haenszel (MH) test, and the random effect point to a non-significant difference between the experimental group and the treatment as usual (TAU), with significant heterogeneity, considered substantial, assuming a p less than .10. This heterogeneity can be explained by the follow-up period and the diversity of participants. The study with the greatest weight, due to sample size and variability, was Morthorst et al. (2012) while the one with the least weight was Salkovskis et al. (1990). The odds ratio was 0.41 with 95 % CI, 0.17 to 0.99, p = .05, but the result was not statistically significant, with a p-value = .05 (Table 1).

Table 1

Effects of psychotherapeutic interventions versus TAU on the number of people who attempted suicide up to 12 months

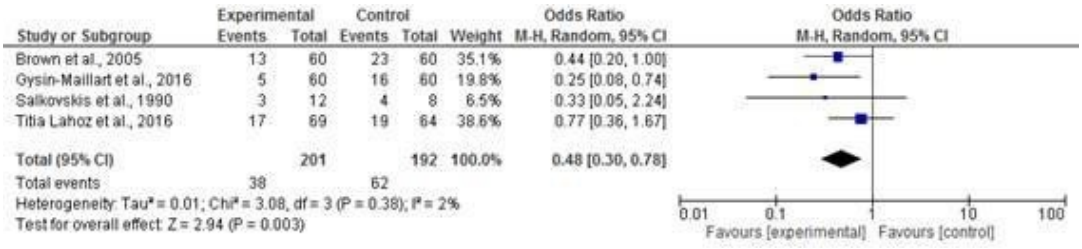


b) Follow-ups beyond 12 months:

The result using the odds ratio and random effect favored intervention, with a non-important and non-significant heterogeneity, considering a p less than .10. The study presenting the greatest weight was Lahoz et al. (2016) while the one with the least weight was Salkovskis et al. (1990). The odds ratio of a new suicide attempt occurring after 12 months in patients who received psychotherapy was 0.48 compared to those who received care as usual with a 95 % CI, 0.30 to 0.78, p= .0003, showing that the chance of a new suicide attempt was 52 % lower in the experimental treatment (Table 2).

Table 2

Effects of psychotherapeutic interventions versus TAU on the number of people who attempted suicide after 12 months



Note: It was not possible to perform funnel chart analysis because the selected group of studies was too small.

2.10 Discussion

This systematic review sought to verify the efficacy of psychotherapeutic interventions for the reduction of suicide attempts in randomized clinical trial studies. Seventeen articles were found with samples of patients with previous attempts, from which seven (six studies) presented statistical differences that favored psychotherapeutic intervention at some point during follow-up. These interventions had a restricted number of sessions, and addressed: early therapeutic alliance, psychoeducation, safety planning, ongoing long-term contact, identifying and helping to resolve interpersonal difficulties that caused or worsened psychological distress, problem-solving, hope induction, adherence, and continuity in the phase acute, motivation for further therapy, and skills training. Although only a low percentage of articles presented this difference favoring intervention (41.17 %), no article presented a statistical difference unfavorable to intervention, leading us to conclude that these therapies require further investigation given their possible contribution to therapeutic methods for suicide prevention.

In an analysis by comparative group, the studies that most frequently presented significant results were those adopting treatment as usual as a comparator (60 %). It is notable, however, that the character of TAU is strongly dependent on the study location and presents significant differences between locations. For example, the study by Morthorst et al. (2012), carried out in Denmark, found that one of the reasons for the lack of results favorable to experimental intervention was the quality of the service provided by the Center for Excellence in Suicide Prevention in Copenhagen. On the other hand, the frequency of results in favor of intervention indicates that the local treatments available to patients can be improved. This conclusion is supported by the results from Inagaki et al. (2019), who analyzed the effect of active contact initiated in the emergency room and follow-up interventions on the risk of further suicide attempts. Results from meta-analyses suggest that active contact and follow-up interventions reduce the risk of a new suicide attempt within six months in patients admitted to an emergency department with a suicide injury. Contact interventions show promise and can be investigated as a potential complement to successful psychotherapeutic interventions as in Gysin-Maillart et al. (2016).

The follow-up time ranged from two to 60 months. Some studies showed clear results favoring intervention only over a short-term follow-up period (Lahoz et al. 2016; McCauley et al. 2018; Salkovskis et al., 1990). Other studies, such as those that worked with very small samples (Donaldson et al., 2005; LaCroix et al., 2018; Salkovskis et al., 1990; Stewart et al.,

2009) or with very specific ones (Andreasson et al. 2016; LaCroix et al., 2018; Lin et al., 2019; Linehan et al., 2015; McCauley et al. 2018) may have their external validity compromised and need to be replicated with larger, more diverse samples.

Of the 17 articles found in this study, seven used Cognitive Therapy as a base theory (Brown et al., 2005; Donaldson et al., 2005; LaCroix et al., 2018; Lin et al., 2019; Salkovskis et al., 1990; Stewart et al., 2009; Wei et al., 2013). Of these, two showed a statistically significant difference favoring intervention (Brown et al., 2005; Salkovskis et al., 1990). Nonetheless, some studies with significant differences (Gysin-Maillart et al., 2016; Hvid et al., 2011; Lahoz et al., 2016) used some Cognitive Behavioral therapy techniques. DBT was another prominent theory in four investigations (Andreasson et al., 2016; McCauley et al., 2018; Lin et al., 2019; Linehan et al., 2015). Only the study by McCauley et al. (2018) showed a difference in favor of the therapy at the first follow-up. In another systematic review of the effectiveness of psychotherapies in reducing suicidal behavior through observational studies, 40 articles were selected, of which 17 investigated the effects of the intervention on reducing suicide attempts (Méndez-Bustos et al., 2019). The results showed that 15 articles observed positive outcomes stemming from frequent weekly sessions applying DBT methods. Considering these results, CBT and DBT seem to be promising options for interventions with suicide attempts. In the systematic review by Jeong et al. (2023), which included 26 studies of patients who were treated in emergency services after suicide attempts, CBT and DBT were identified as the most promising interventions, with DBT showing better results for individuals with borderline personality disorder.

The analysis of the risk of bias in the studies showed some concerns in most studies, indicating that certain elements adopted in the study design may produce bias in the results. Although this raises some doubts regarding the quality of studies on psychotherapeutic interventions to reduce additional suicide attempts, it should be considered that the tool used for evaluation was published recently, after most of the selected studies. Furthermore, some characteristics of the psychological interventions make it difficult to blind participants and therapists, which generates bias.

The meta-analysis was carried out by comparing psychotherapy with treatment as usual. Results did not show any statistical difference between the groups in the follow-up studies within 12 months. After 12 months, the results favored the intervention group in four articles. These results highlight the medium-term effectiveness of therapeutic interventions, confirming the hypothesis that such interventions should be implemented in public health services. Nonetheless, it is important to emphasize that the results of meta-analyses in very

heterogeneous psychological studies with different inclusion criteria, different forms of measurement, and different control groups must be interpreted with care (Wenzel et al., 2010). Even those studies that favored intervention show different session times and focus on different cognitive and behavioral aspects. This heterogeneity was also found in another study, which evaluated the effectiveness of CBT in reducing suicidal ideation and behavior, administered either face-to-face or online. Leavey and Hawkins (2017) concluded that there was a statistically significant small to medium effect favoring CBT face-to-face intervention for reducing suicidal ideation and behavior (including attempts and deaths by suicide), although there was significant heterogeneity between the studies considered. Suicidal patients are a heterogeneous group and this variability is not reflected in randomized clinical trials due to the required inclusion and exclusion criteria. Given this, it is also necessary to analyze observational studies. It is important to emphasize that most studies exclude patients with exacerbated psychological disorders. As such, further research with specific groups presenting severe psychotic symptoms, mania, or cognitive deficits may be useful.

Another limitation is the difference between the results from self-reporting measures, such as tests and questionnaires, and those from hospital records. This difference can be observed when considering Morthorst et al. (2012), which adopted a 12-month follow-up period. From hospital records, they found that new suicide attempts were reported for 20 out of 123 patients (16 %) in the intervention group, compared with 13 out of 120 patients (11 %) in the control group. In the same study, data from self-reporting showed that 11 out of 95 (12 %) participants in the intervention group versus 13 out of 74 (18 %) in the control group tried to commit suicide. Why do medical records show more attempts than self-reports in the intervention group and the opposite in the control group? Given this, measurement techniques for suicide attempts require further investigation and improvement for future research.

There has been a scarcity of studies using humanistic or psychoanalytic therapies. This does not mean that these types of psychotherapies are not being used in studies aimed at patients with suicidal behavior, but the hypothesis is that quantitative clinical trial methodology is not emphasized in these studies.

Some important issues are worth additional consideration. Within psychotherapy, which factor is preponderant in reducing suicide attempts? The development of strategies during moments of crisis? The work undertaken with interpersonal conflicts? The research team's sense of care? Designing and implementing higher-quality primary studies that analyze these items separately is necessary. Huggett et al. (2022), exemplify this argument. A study that evaluated the relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal

experiences in a literature review by Huggett et al. (2022) revealed mixed evidence for the relationship between the therapeutic alliance and suicidal experiences as predictors, correlates, and outcomes. However, a strong therapeutic alliance reported at the beginning of psychotherapy was associated with a subsequent reduction in suicidal ideation and attempts. Nonetheless, replication studies are also needed to identify specific interventions that are effective in routine clinical settings.

Five studies included adolescents in their sample (McCauley et al. 2018; Morthorst et al. 2012; Salkovskis et al., 1990; Sande et al., 1997; Wei et al., 2013): only the study by Salkovskis et al. (1990) identified a significant difference in the first follow-up, favoring the intervention. It is recommended to distinguish age groups among participants, as specific care is needed for each group. An example of the effectiveness of a specific intervention for adolescents, which benefited female adolescents within six months of follow-up, is the PositivaMente program for suicide prevention, developed in Spain in educational settings. This program demonstrated a significant difference favoring the intervention in terms of subjective well-being, reduction of emotional problems, and peer issues in females (Díez-Gómez et al., 2024). All participants in the research by Linehan et al. (2015) were women, and the vast majority of participants with suicide attempts were female. It is important to consider the specificities of participants when developing interventions based on the specific needs of each group. Future work should address these issues of gender and age, as they may influence the development of interventions that are more likely to be effective

During the screening process, psychoeducational interventions and contact interventions such as those in the studies by Malakouti et al. (2022), Hassanzadeh et al. (2010), and Messiah et al. (2019), where patient follow-up after a suicide attempt was conducted via home visits, caring letters, crisis card construction, and phone calls, were found, however, they were excluded. Following this perspective is the well-known Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviors (SUPRE-MISS) program, a global initiative by the WHO since 2000, developed in several countries to reduce mortality and morbidity related to suicidal behavior through brief intervention, motivational interviewing, phone calls, and home visits after discharge. In Brazil, the study took place in the city of Campinas: the group receiving the contact intervention showed a 10-fold reduction in suicides, but there was no significant difference in the number of suicide attempts (Botega, 2023). Inagaki et al. (2019) conducted a review study analyzing the effect of active contact initiated in the emergency department and follow-up interventions on the risk of a new suicide attempt. Meta-analysis results suggest that active contact and follow-up interventions reduce the risk of a new suicide

attempt within 6 months in patients hospitalized in an emergency department with suicidal injuries. The effect of active contact and follow-up interventions at 12 months was also examined: the risk of a new suicide attempt was reduced, but this was not statistically significant (RR: 0.86; 95 % CI: 0.73-1.02). Contact interventions such as those mentioned above seem promising and can be studied as complements to successful psychotherapeutic interventions like those in the study by Gysin-Maillart et al. (2016), presented in this review.

This review supports the development of interventions for patients following suicide attempts. These interventions should be conducted in person and individually and must also provide empathetic listening, establish rapport, strategies to address risk factors, enhancement of protective factors, develop skills to manage suicidal behavior and interpersonal conflicts process negative emotions and thoughts, train patients to respond adaptively to potential future crises, fostering hope, creating a safety plan, providing psychoeducation for patients and family members, promoting continuity of care, and finally, maintaining continuous telephone contact to manage new crises and encourage ongoing care.

Suicide attempts are consequences of numerous factors, and through psychotherapy, the goal is to help the participant cope with problems, develop interpersonal and emotional skills, dismantle maladaptive beliefs and cognitive distortions, build resilience, and reframe past traumas. However, there is a vast array of risk factors that psychotherapy alone cannot address, such as situations of extreme poverty, cultural beliefs, and biological issues. Hence, there is a need for studies that encompass the complexity of these factors for suicide prevention, combining psychotherapy with other interventions within an intersectoral network.

2.11 Conclusion

This systematic review provides long-term evidence for psychotherapeutic interventions against future suicide attempts. This illustrates the importance of studies that assess the efficacy and effectiveness of psychotherapeutic interventions. The results also show the scarcity of and need for more studies on psychotherapies, with greater methodological rigor, which could generate significant beneficial outcomes for high-risk patients presenting prior suicide attempts. Additionally, psychological interventions included different strategies for suicide crisis management. Most of them tried to develop interpersonal and emotional skills and change maladaptive beliefs and cognitive distortions.

This study is a systematic review and comprehensive meta-analysis seeking to investigate effective psychotherapeutic treatments for patients who have experienced prior suicide attempts. While other systematic reviews have been carried out with sample populations presenting ideation, planning, suicide attempts, and self-mutilation with suicidal ideation (Briggs, 2019; Grupp-Phelan et al., 2019; Hepp et al., 2004; Ougrin et al., 2015; Rudd et al., 2015), this study presents specific results for patients with prior suicide attempts.

These types of studies are very important to support public health initiatives and reduce the knowledge gap surrounding treatment options for people with prior suicide attempts. This study can be employed as a tool by government agencies to ensure effective funding for the development and establishment of designated centers to treat people who seek death to relieve unbearable suffering.

References

Almondes, K. M., & Teodoro, M. (2020). *Os três Ds: desespero, desamparo e desesperança em profissionais da saúde*. Sociedade Brasileira de Psicologia. https://xurl.ooo/04fe3

Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R. R., Randers, L., & Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder-a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, *33*(6), 520-530. https://doi.org/10.1002/da.22472.

Arias, S. A, Miller, I., Camargo, C.A., Jr, Sullivan, A. F., Goldstein, A. B., Allen, M. H., Manton, A. P., & Boudreaux, E. D. (2016). Factors associated with suicide outcomes 12 months after screening positive for suicide risk in the emergency department.

Psychiatry Serviços, *67*(2), 206-213. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400513. Arvilommi, P., Valkonen, J., Ruishalme, O., Kukkonen, M., Sihvola, H., Lindholm, L.,

Suominen, K., Gaily-Luoma, S., & Isometsä, E. (2021). A randomized clinical trial of the ASSIP vs. crisis counselling in preventing suicide attempt repetition: a two-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *75*(sup1), S10. DOI: 10.1080/08039488.2021.2019916

Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. Unesp.

Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: avaliação e manejo* (2nd ed). Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, *55*(4), 1-18. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de- conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico- volume-55-no-04.pdf

Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M. J., & Lindner, R. (2019). The effectiveness of sychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(6), 320-328. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.2019.33.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, *294*(5), 563-570. DOI: 10.1001/jama.294.5.563

Center for Disease Control and Prevention. (2016). *Wisqars: Web-based injury Statistics Query and Reporting System.* CDC. https://wisqars.cdc.gov/

Cuijpers, P., de Beurs, D. P., Spijker, B. A. van, Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A. J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *144(*3), 183-190. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.025

Díez-Gómez, A., Sebastián-Enesco, C., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). The PositivaMente Program: universal prevention of suicidal behaviour in educational settings. *School Mental Health*, *16*, 455-466. https://doi.org/10.1007/s12310-024-09650-0

Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(2), 113-120. https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00003

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Rivera, R. B., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ...&

Montoya-Castilla, I. (2021a). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia: estado de la cuestión. *Psicothema*, *33*(3), 386-398. https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García Cerdán, L., Osma, J., ... & Ma, R. J. (2021b). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: Una revisión selectiva. *Psicothema*, *33*(2), 188-197. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (2022). *Protocolos clínicos: atendimento psicológico ao paciente com comportamento suicida em hospital geral*.

Grupp-Phelan, J., Stevens, J., Boyd, S., Cohen, D. M., Ammerman, R. T., Liddy-Hicks, S., Heck, K., Marcus, S. C., Stone, L., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2019). Effect of a motivational interviewing-based intervention on initiation of mental health treatment and mental health after an emergency department visit among suicidal adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *2*(12), e1917941. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17941

Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. *BMJ*, *323*(7305), 135-138. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7305.135

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Medicine*, *13*(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Hassanzadeh, M., Khajeddin, N., Nojomi, M., Fleischmann, A., & Eshrati, T. (2010). Brief intervention and contact after deliberate self-harm: an Iranian randomized controlled trial. *Iran Journal of Psychiatry and Behavior Sciences*, *4*(2), 5-12. https://www.researchgate.net/publication/361217741_Brief_Intervention_and_Contact_after_Deliberate_Self-Harm_An_Iranian_Randomized_Controlled_Trial

Hepp, U., Wittmann, L., Schnyder, U., & Michel, K. (2004). Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis*, *25*(3), 108-117. https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.3.108

Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*, *327*(7414):557-60. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557 [Links]

Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(4), 1203-1235. https://doi.org/10.1002/cpp.2726

Hvid, M., Vangborg, K., Sørensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide-II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(5), 292-298. https://doi.org/10.3109/08039488.2010.544404

Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, *19*(1), 44. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2017-7

Jeong, H., Yim, H. W., Lee, S. Y., Potenza, M. N., & Kim, N. J. (2023). Effectiveness of psychotherapy on prevention of suicidal re-attempts in psychiatric emergencies: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *92*(3), 152-161. https://doi.org/10.1159/000529753

Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. Canadian Psychology, *56*(4), 368-378. https://doi.org/10.1037/a0039159

LaCroix, J. M., Perera, K. U., Neely, L. L., Grammer, G., Weaver, J., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2018). Pilot trial of post-admission cognitive therapy: inpatient program for suicide prevention. Psychological Services, *15*(3), 279-288. https://doi.org/10.1037/ser0000224

Lahoz, T., Hvid, M., & Wang, A. G. (2016). Preventing repetition of attempted suicide-III. The Amager Project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*(7), 547-553. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1180711

Leavey, K., & Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *46*(5), 353-374. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1332095

Lin, T-J., Ko, H-C., Wu, J. Y-W, Oei, T. P., Lane, H-Y., & Chen, C-H. (2019). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy skills training group vs. Cognitive Therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality

disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, *23*(1), 82-99. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104

Linehan, M. M. (2018). *Skills training in DBT: dialectical behavior therapy manual for the therapist* (2nd ed.). Artmed.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, *72*(5), 475-482. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039

Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2004). Trauma, pain, and act: the psychoanalytic perspective on a suicide attempt. *Ágora*, *10*(1), 86-106. https://doi.org/10.1590/S1516-14982007000100006

Malakouti, S. K., Nojomi, M., Ghanbari, B., Rasouli, N., Khaleghparast, S., & Farahani, I. G. (2022). Aftercare and suicide reattempt prevention in Tehran, Iran. *Crisis*, *43*(1), 18-27. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000754

Mc Cauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *75*(8), 777-785. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109

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

Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS investigators. (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS One*, *14*(2), e0210778. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778

Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (Assertive Intervention for Deliberate Self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*, *345*, e4972https://doi.org/10.1136/bmj.e4972

Mousavi, S. G., Amini, M., Mahaki, B., & Bagherian-Sararoudi, R. (2016). Effect of phone call versus face-to-face follow-up on recurrent suicide attempts prevention in

individuals with a history of multiple suicide attempts. *Advanced Biomedical Research*, *5*, 184. https://doi.org/10.4103/2277-9175.190990

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 133-154. https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. Journal of the American *Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(2), 97-107. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*, 210 https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., & Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, *134*, 103-112. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003

Probert-Lindström, S., Berge, J., Westrin, Å., Öjehagen, A., & Skogman Pavulans, K. (2020). Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open*, *10*(10), e038794. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038794

Rodrigues, C. L., & Ziegelmann, P. K. (2010). Metanálise: um guia prático. *Clinical & Biomedical Research*, *30*(4), 436-447. https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/16571

Roever, L. (2016). Compreendendo os estudos de metanálise na pesquisa clínica. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, *14*(4), 245-250. https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/224/220

Rogers, C. R. (1995). *On Becoming a Person: a therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, *172*(5), 441-449. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843

Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide a controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(6), 871-876. https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.871

Sande, R. van der, Rooijen, L. van, Buskens, E., Allart, E., Hawton, K., Graaf, Y. van der, & Engeland, H. van (1997). Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. *The British Journal of Psychiatry*, 1*71*(1), 35-41. https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.35

Santos, C. M. C, Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search, updating articles. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *15*(3), 1-4. https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.

Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, *36*(5), 519-532. https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R.G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li T., … Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, *366*, l4898. https://doi.org/10.1136/bmj.l4898

Stewart, C. D., Quinn, A., Plever, S., & Emmerson, B. (2009). Comparing cognitive behavior therapy, problem solving therapy, and treatment as usual in a high risk population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *39*(5), 538-547. https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.538

Torre-Luque, A., Estupiñá Puig, F. J., Pemauy, A., & Prata, J. (2021). General strategies for suicide behavior prevention. In S. Al-Halabí & E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual of psychology of suicidal behavior* (pp. 173-193). Pirámide.

Wang, Y. C., Hsieh, L. Y., Wang, M. Y., Chou, C. H., Huang, M. W., & Ko, H. C. (2016). Coping card usage can further reduce suicide reattempt in suicide attempter case management within 3-month intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(1), 106-120. https://doi.org/10.1111/sltb.12177

Wei, S., Liu, L., Bi, B., Li, H., Hou, J., Tan, S., Chen, X., Chen, W., Jia, X., Dong, G., Qin, X., & Liu, Y. (2013). An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis*,

34(2), 107-115. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000181

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas*. Artmed.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: Global health estimatives*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

3 SEGUNDO ESTUDO: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PARA PREVENÇÃO DE REINCIDÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E MELHORIA DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL

3.1 Introdução

Pessoas que fizeram tentativas de suicídio recentes necessitam de cuidados especializados em relação a dor apresentada. Esse capítulo apresenta uma intervenção breve formulada para pacientes que fizeram uma tentativa de suicídio recente, composta de 10 sessões de psicoterapia. O objetivo do presente estudo é demonstrar a intervenção construída, com detalhamento de conteúdo a ser trabalhado, tempo, tarefas, referência e métodos de mensuração. A intervenção tem como finalidade a redução de novas tentativas de suicídio e melhoria de indicadores de saúde mental e é baseada em:

a) orientações da WHO (2014, 2025) sobre fatores de risco e fatores protetivos;
b) no mhGAP (WHO, 2016);
c) em pressupostos da TCC (Beck, 1997; Knapp & Beck, 2008);
d) em estratégias da terapia de resolução de problemas (D'Zurilla & Goldfried, 1971; Nezu & Nezu, 1996);
e) em orientações do uso da TCC no comportamento suicida (Bryan & Rudd, 2024; Ferrari & Cátula, 2014; Wenzel et al., 2010);
f) em ensaios clínicos randomizados em que os resultados foram estatisticamente significativos favorecendo uma intervenção psicoterápica oferecida a pacientes que fizeram tentativas (Brown et al., 2011; Guthrie et al., 2001; Gysin-Maillart et al., 2016; Hvid et al., 2011; Lahoz et al., 2016);
g) na intervenção de crise (Botega, 2023), nos pressupostos de Rogers (1961) acerca da empatia; nos ensinamentos sobre resiliência da psicologia Positiva (Masten, 2001);
h) na experiência como psicóloga clínica (há quase 14 anos) em um hospital de urgência que atende pessoas após tentativa de suicídio e do orientador desse projeto, referência nos estudos de comportamento suicida no Brasil.

Além disso, o plano foi construído e lapidado através dos atendimentos realizados no AMPROV, criado em 2022 pela equipe de pesquisa do Laboratório de Processos Cognitivos da Universidade Federal de Minas Gerais. A atividade foi registrada no SIEX/ Universidade

Federal de Minas Gerais (UFMG) como "Atendimento Clínico para Pacientes com Comportamento Suicida" (registro: 404517). Os terapeutas do AMPROV são alunos dos últimos períodos do curso de Psicologia que passam por um treinamento sobre o comportamento suicida. As supervisões ocorrem de forma semanais e os supervisores são a aluna de doutorado desse projeto e seu Orientador.

Para Rudd (2006), na Teoria da Vulnerabilidade Fluida o risco de suicídio é caracterizado por interações entre aspectos estáveis e dinâmicos. A vulnerabilidade suicida flutua ao longo do tempo e é ativada por situações específicas (gatilhos), com base em fatores cognitivos, emocionais e comportamentais que podem estar latentes por longos períodos. Segundo essa teoria, o risco é consequência da interação entre o risco da linha de base (predisposições para o suicídio como vivências de situações traumáticas) e o risco agudo, que inclui pensamentos transitórios e reações a respostas de estresse, ou seja, estressores da vida e experiências ativadoras (Bryan & Rudd, 2024). Outra definição importante que foi utilizada nesse estudo para o comportamento suicida foi a de "*psychache"*, ou seja, dor emocional intensa, definida por Shneidman (1993): a pessoa não deseja, de fato, a morte, ela deseja aliviar a dor insuportável. O suicídio aparece como a única saída percebida para interromper essa dor.

É uma intervenção estruturada para pacientes com idade ente 18 e 60 anos, com uma tentativa recente de suicídio (até três meses), considerados judicialmente capazes e que não apresentem uma condição médica ou psiquiátrica que impeça o consentimento informado ou participação em tratamento ambulatorial, como psicose ativa ou fase maníaca. Utiliza-se o tempo verbal "presente" nesse capítulo, por ser tratar de um protocolo, mas deve-se lembrar que ele foi o guia das intervenções realizadas que constituíram a base dos resultados dessa tese.

Apresenta-se como uma psicoterapia breve com objetivo de estabilizar o paciente que apresenta comportamento suicida. Segundo Fukumitsu e Scavacini (2013):

> a psicoterapia pode ser orientada para que a pessoa possa explorar diferentes opções de lidar com a situação que provoca sofrimento, pois aquele que pensa em se matar demonstra intolerância em relação aos conflitos, inabilidade em lidar com a própria ambivalência querer viver-morrer, rigidez ou constrição de pensamentos, impulsividade, ajustamentos criativos disfuncionais, fluxo de *Gestalten* interrompido, mecanismos defensivos cristalizados, percepção distorcida e fixa, fronteiras de contato extremamente rígidas ou permeáveis, relações pobres ou desvitalizadas, pensamento

> polarizado, *awareness* reduzida, autossuporte precário, desespero e desesperança de que a situação não será finalizada ou, ainda, a pessoa parece não vislumbrar outra possibilidade de lidar com o sofrimento, sentindo-se presa e sem saída em uma espiral de pensamentos e sentimentos confusos e recorrentes (p. 199).

Os objetivos dessas sessões são:

a) criar estratégias para enfrentar fatores de risco;
b) potencializar fatores protetivos;
c) desenvolver habilidades para resolução de problemas relacionados ao comportamento suicida;
d) propiciar a elaboração de emoções e pensamentos negativos;
e) capacitar os pacientes de recursos para atuarem de forma mais adaptativa em possíveis novas crises;
f) realizar encaminhamentos para dispositivos da rede intersetorial;
g) reforçar o potencial cognitivo e afetivo do paciente.

Baseia-se na construção de uma relação terapêutica construída com cuidado, interesse genuíno e empatia. A empatia é definida por Rogers (1961) como a capacidade de perceber a emoção da outra pessoa como se fosse sua, porém sem perder a condição do "se", compreendendo e validando a experiência do outro, com questionamento gentil e aceitação incondicional do paciente.

A intervenção em crises, segundo Botega (2023) se orienta para as questões pessoais e sociais emergentes com objetivo de diminuir o risco de suicídio. Nesse processo, segundo esse autor, deve-se:

> Reforçar mecanismos de defesa adaptativos e aspectos sadios da personalidade; afastar pressões ambientais que estejam incrementando a crise; adotar medidas que visem ao alívio de sintomas e de condutas impulsivas; aumentar a autoestima do paciente; restabelecer habilidades adaptativas e um nível aceitável e seguro de funcionamento (p. 195).

Os princípios para psicoterapia de crise orientada para o paciente com comportamento suicida, segundo Botega (2023), estão descritos abaixo na Figura 3, com adaptações,

associadas às orientações de Andrade (2011) para se estabelecer um bom relacionamento entre paciente e terapeuta:

Figura 3

Atitudes do terapeuta

1) Ser empático, respeitoso, não crítico e colaborativo;
2) Estabelecer e manter uma relação terapêutica colaborativa;
3) Ser sensível às questões socioculturais, econômicas e educacionais do paciente;
4) Considerar sua disponibilidade interna;
5) Reservar tempo na agenda, pois novas crises podem surgir de forma inesperada;
6) Ouvir com atenção e sem julgamento;
7) Preparar-se para transfusão de esperança;
8) Tolerar a ambivalência;
9) Resumir o que compreendeu e buscar esclarecimentos sobre dúvidas;
10) Reavaliar sempre o risco de suicídio;
11) Se o risco for grande, permanecer com a pessoa até conseguir ajudar, sem deixá-la sozinha ou desamparada;
12) Identificar e obter apoio de pessoas significativas;
13) Viabilizar encontros com as referências afetivas;
14) Observar e encaminhar o paciente à Psiquiatria para ajuda de psicofármacos que são utilizados para tratar a ansiedade, insônia, impulsividade, alterações do humor, alterações do pensamento, alterações da sensopercepção;
15) Observar reações emocionais e distorções cognitivas, pontuando-as quando pertinente;
16) Respeitar momentos de silêncio e choro;
17) Definir problemas e buscar soluções alternativas;
18) Explorar como o paciente enfrentou e superou crises no passado;
19) Propor objetivos escalonados;
20) Construir e revisar o plano de segurança sempre que necessário;
21) Fazer telefonemas periódicos;
22) Compartilhar angústia e ações com pares e supervisor;
23) Reconhecer os pensamentos e sentimentos do próprio terapeuta acionados pela terapia;
24) Buscar *feedback* do paciente;
25) Preparar e encaminhar o paciente para psicoterapia de longo prazo ou para rede intersetorial, de acordo com as necessidades apresentadas.

Trata-se de uma intervenção que é guiada por um protocolo, mas esse protocolo é uma direção de atendimento, sendo flexível às necessidades do paciente: a subjetividade não é atropelada pelas diretrizes do protocolo, as questões que o paciente apresenta recebem atenção e validação.

Os pacientes são encaminhados de um hospital de Belo Horizonte, no momento da alta médica. Os psicólogos do referido serviço foram orientados sobre a intervenção e possibilidades de encaminhamento, bem como os critérios de inclusão e exclusão. No momento da alta, o psicólogo que acompanha o paciente durante a hospitalização questiona se ele deseja ser encaminhado para o projeto, deixando bem claro que se trata de um tratamento adicional e não substitutivo: na ocasião, deixam com um mesmo um panfleto explicando como o projeto funciona (Anexo C).

No hospital citado, há aproximadamente 20 psicólogos atendendo várias demandas correlacionadas ao adoecimento mental, dentre elas, os pacientes que foram admitidos após tentativa de suicídio. Esses profissionais estão presentes no hospital 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana. Há um protocolo no hospital que orienta que todos os pacientes que são admitidos após tentativa de suicídio ou que desenvolverem ideação suicida na instituição, deverão ser avaliados, acompanhados e encaminhados, no momento da alta, pela psicologia. São atendidos pacientes que dão entrada no hospital após tentativa de suicídio com uso dos mais diversos métodos, deste uso de medicações até precipitação de altura. Como é um hospital referência em trauma, queimaduras e intoxicações, são admitidos diariamente vários pacientes após se autointoxicarem ou que se autoinfligiram traumas ou queimaduras, em tentativas de suicídio.

Se o paciente demonstra interesse pelo projeto, seu contato e de uma referência afetiva são passados para um psicólogo avaliador do programa de PPG-CogCom. O processo de avaliação é detalhado a seguir.

3.2 Avaliação

O avaliador faz contato com o paciente aproximadamente dois dias após alta e agenda a dia da avaliação no CEAP, solicitando que o paciente compareça acompanhado. Antes da avaliação, o paciente é informado sobre o Termo de dos Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices B1 e B2) e o processo só se inicia após a assinatura do mesmo em duas vias. Após a assinatura é solicitado que o paciente preencha o questionário sociodemográfico (Apêndice C), que foi construído pelos pesquisadores desse projeto. Esse questionário

apresenta questões sobre cor, renda, orientação sexual, os tratamentos referentes a saúde mental que o paciente fez ou faz, uso de medicações, diagnósticos, número de tentativas de suicídio, data da última tentativa.

Os psicólogos que realizam a avaliação têm conhecimento sobre o comportamento suicida e, se durante a avaliação observam risco alto, orientam paciente e sua referência sobre medidas de segurança e sobre buscarem os serviços de crise, para os quais foram encaminhados no momento da alta hospitalar. Na ocasião da avaliação é realizada uma breve psicoeducação com paciente e acompanhante sobre o comportamento suicida. Além disso, os avaliadores compartilham cartilhas psicoeducativas (Anexos D1 e D2) de forma online, após a avaliação: essas cartilhas foram elaboradas por alunos de graduação do orientador desse projeto interessados na prevenção do suicídio e no AMPROV. Esse avaliador também realiza a segunda avaliação, logo após a intervenção. Avaliações de *follow-up* podem acontecer de forma *online* dois e quatro meses após o fim da intervenção.

As instruções para utilização dos instrumentos são lidas com o paciente. São utilizados: Inventário Brasileiro de Frequência de Ideação Suicida FSII-Br (Anexos E1 e E2), Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse DASS 21 (Anexo F), Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Anexo G), e Escala Brasileira de Motivos Para Viver (BEMVIVER, Anexo H): elas são aplicadas nessa ordem.

O Inventário Brasileiro de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br) é uma adaptação do Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII) de Chang e Chang (2016), validado por Teodoro et al. (2020) no contexto brasileiro. O FSII é composto por 5 itens que avaliam frequência de ideação suicida, medida na escala *likert* de 5 pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (quase todos os dias) (Anexos E1 e E2). Esse inventário foi validado no Brasil, refletindo um construto unidimensional, com uma população de 946 universitários brasileiros com uma média de idade de 24,67 e a confiabilidade interna medida pelo coeficiente alfa de *Cronbach* que foi excelente (alfa = .88). A análise fatorial confirmatória do FSII-Br demonstrou um modelo de um fator respondendo por 62,39% da variância nos escores do FSII-Br. Esse inventário teve que ser adaptado à pesquisa: perguntas referentes ao último ano foram modificadas quanto ao tempo, para o último mês, em decorrência do seguimento curto. As versões adaptadas e a original encontram-se anexas.

A Escala DASS foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond em 1995, com o objetivo de apresentar um instrumento capaz de mensurar e distinguir simultaneamente a depressão, a ansiedade e o estresse. A escala de resposta aos itens é do tipo *likert* de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do

tempo na semana anterior). Pontuações para depressão, ansiedade e estresse são determinadas pela soma dos escores dos 21 itens (Anexo F). A escala foi adaptada e validada no Brasil por Vignola e Tucci em 2014: o resultado *Kaiser–Meyer–Olkin* foi de 0,949, indicando que a adequação do modelo foi alta; o alfa de *Cronbach* foi de 0,92 para depressão, 0,90 para estresse e 0,86 para ansiedade, indicando uma boa consistência interna para cada subescala na população brasileira, utilizando uma população de 242 indivíduos, de idade média de 39,9. Além disso, e segundo os mesmos autores, a análise fatorial e a distribuição dos fatores entre as subescalas indicaram que a estrutura de três fatores distintos foi adequada. A versão inicial é composta de 42 itens, portanto, ao se aplicar essa versão reduzida, é necessário multiplicar o escore total do inventário por 2. Da mesma forma, ao se avaliar a pontuação total do paciente em cada subescala deve se lembrar de multiplicar por 2. O valor máximo da escala total pode ser: 63 pontos que deve ser multiplicado por 2: = 126. O valor máximo para cada subescala é 21 pontos que devem ser multiplicados por 2: = 42.

O Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) validado no Brasil com 50 pacientes com artrite reumatoide (Ciconelli et al., 1999) tem sido utilizado para medir a qualidade de vida obtendo-se uma pontuação que pode variar de 0 a 100 (bom estado de saúde nas últimas quatro semanas). Dois escores são mensurados: o físico e o mental. Em ambos, a pontuação varia de 0 a 100, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de qualidade de vida (Anexo G). Mensuram-se oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Hustel et al. (1997 como citado em Ciconelli et al., 1999) estudaram a validação do SF-36 com 113 pacientes com artrite psoriásica: reprodutividade do instrumento foi demonstrada através de sua consistência interna, com coeficientes alfa de *Cronbach* maiores que 0,9 para todas as escalas. Bartsch et al. (2011) testaram a validade desse instrumento na população idosa Australiana e os resultados confirmaram a validade estrutural e a consistência interna das oito escalas do SF-36 na população aplicada: todas as escalas do SF-36 demonstraram consistência interna aceitável, com alfa *de Cronbach* variando de 0,82 para as escalas de saúde geral e saúde mental a 0,92 para a escala de funcionamento físico. A versão SF- 12 foi traduzida e validada por Camelier (2004) no Brasil, com uma amostra de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Alfa de Cronbach* 0.83 foi encontrado em estudo realizado por Silveira et al. (2013) com dados do SF-12 obtidos de um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros: foram 2157 pessoas, sendo demonstrado níveis satisfatórios de sensibilidade, confiabilidade, validade do constructo e da estrutura do questionário.

A Escala de Motivos Para Viver (EMVIVER) foi desenvolvida a partir de conceitos da psicologia positiva, que direciona os estudos para as potencialidades humanas, buscando um olhar para além das doenças e transtornos psíquicos. Nesse processo, os motivos que cada um tem para viver são "considerados como fundamentais no desejo pela vida, na qualidade da vida, nas relações com a família e amigos, na espiritualidade, dentre outros aspectos importantes do viver" (Gomes et al., 2020). Foi desenvolvida a partir do modelo da Reasons for Living Scale (Escala de Razões para Viver - RLS) de Linehan et al. (1983), construída nos Estados Unidos, e traduzida para a língua portuguesa por Gomes (2015), com o principal objetivo de avaliar indiretamente a ideação suicida por meios de razões para não se matar. A escala de motivos para viver direciona o olhar para os fatores protetivos, que são extremamente importantes para elaboração de programas de prevenção e promoção de saúde, protegendo o sujeito e medindo indiretamente riscos e sintomas de comportamentos como o suicídio (Gomes et al., 2020). Para construção do instrumento, participaram 107 universitários aos quais foram aplicadas a pergunta aberta: Quais seus motivos para viver? Eles foram convidados a darem respostas escritas. Esse estudo teve como limitações a amostra, que limitou sua utilização para população geral. A BEMVIVER desenvolvida por Baptista e Pallini (2021), diferencia-se da EMVIVER por ter itens construídos com base em uma amostra maior de 690 participantes com diferentes características clínicas e sociodemográficas. A partir das respostas a pergunta "Quais são os seus motivos para viver?", chegaram-se a 8 categorias:

a) suporte familiar;
b) suporte social;
c) espiritualidade/religiosidade;
d) perspectivas e planos para o futuro;
e) amor-próprio;
f) saúde;
g) aproveitamento da vida;
h) realização profissional.

Foi construída uma escala do tipo Likert após a construção desses itens. Em busca de evidências de validade baseada no conteúdo, o instrumento foi submetido à avaliação de cinco juízes e sua adequação semântica foi testada no estudo piloto com pessoas de baixa escolaridade. A análise de concordância entre os juízes medidas pelo Kappa revelou

concordâncias substanciais (K=0,68). Quanto ao estudo piloto todos os participantes conseguiram entender o enunciado e conteúdo da nova versão de 67 itens, não relatando qualquer dificuldade na compreensão das palavras (Baptista & Pallini, 2021).

Em novo estudo feito pelos mesmos atores (Baptista & Pallini, 2021), com 432 participantes, eles verificaram e buscaram evidências de validade baseadas na estrutura interna via Teoria Clássica dos Testes (TCT) e Teoria de Resposta ao Item (TRI), bem como os índices confiabilidade e análise da chave de resposta. Os resultados apresentaram uma versão final de sete categorias, com 30 itens. A chave de resposta demonstrou boa discriminação em todas as categorias e os índices de confiabilidade foram excelentes (ω=0,95). As cargas fatoriais foram todas acima de 0,40. A versão final tem as seguintes categorias:

a) espiritualidade/religiosidade;
b) suporte familiar;
c) realização profissional;
d) saúde;
e) contato social;
f) suporte social;
g) aproveitamento da vida.

Na segunda avaliação, após a concretização da intervenção, é feita a pergunta: você tentou suicídio novamente, após a alta hospitalar, se sim, quantas vezes? Posteriormente, os testes acima são reaplicados, bem como um questionário de avaliação da intervenção pelo paciente (Apêndice G) e do tratamento padrão (Apêndice H). No final da intervenção, os terapeutas também respondem um questionário sobre a intervenção (Apêndice I)

3.3 Plano de intervenção: sessões de atendimento a pacientes com comportamento suicida

Após a realização da avaliação e assinatura do TCLE, o nome do paciente e sua disponibilidade de horários é passado para um terapeuta do AMPROV que faz o contato agendando a primeira sessão e orientando sobre a importância de comparecer acompanhado por uma referência afetiva. Essa referência é indicada pelo paciente, sendo alguém maior de 18 anos, que possa lhe oferecer suporte nos momentos de crise.

Os objetivos trabalhados em cada sessão estão expostos abaixo. Posteriormente, as sessões são detalhadas e colocadas em blocos: isso ajuda o terapeuta a ter maior flexibilidade na sequência das sessões de acordo com a necessidade do paciente. A seguir, na Figura 4, são apresentados os objetivos de cada sessão.

Figura 4

Objetivos das sessões de psicoterapia

Sessão	Objetivos
1	Acolhimento, explicação sobre o objetivo de estabilização, psicoeducação e construção do plano de segurança (Apêndice E). Participação de referência afetiva: psicoeducação e plano de segurança. Explicação sobre faltas e desligamento do programa.
2	Correlação da história de vida com o sofrimento atual. Identificação de problemas e gatilhos. Realização da formulação de caso.
3	Identificação de problemas e objetivos de resolução. Exploração de novas maneiras de se relacionar com emoções intensas e pensamentos; transformação de crenças, pensamentos e comportamentos problemáticos, que estão relacionados a: impulsividade, desesperança e desespero.
4	Modificação do ambiente para evitar gatilhos e retomada de resolução de problemas. Encaminhamento para outros dispositivos, conforme demanda, para acompanhamento concomitante: busca de serviços intersetoriais que diminuam as possíveis condições que causem vulnerabilidade ao sujeito.
5	Regulação emocional: frustrações e relações interpessoais. Desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais.
6	Reestruturação cognitiva: desenvolvimento de crenças positivas.
7	Potencialização de fatores protetivos e esperança: situações que favoreçam sentimentos positivos. Reforçar características positivas, trabalhar com habilidades sociais, talentos, explorar fatores ambientais e sociais que também colaborem para o sucesso do tratamento. Uma boa rede social deve ser sempre potencializada com o paciente.
8	Reflexão sobre experiências e relações positivas vividas no passado; perspectiva de futuro.
9	Síntese de questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida frente às intervenções realizadas. Perspectivas futuras.
10	Prevenção de recaídas: rever plano de segurança. Motivação para terapia de longo prazo. Acordo sobre acompanhamento telefônico. Novo encontro com referência afetiva: Rever plano de segurança.

a) observações:

Durante os atendimentos, foi criado um plano caso o paciente apresente um risco alto de nova tentativa de suicídio nas próximas horas: sempre há um terapeuta de retaguarda durante as sessões que se acionado faz contato com a referência do paciente solicitando a sua presença e a condução do paciente de forma segura para um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Se for necessário, a retaguarda aciona o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) para encaminhar o paciente diretamente ao CERSAM ou ao

Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador (DAST 3409 4499 / 4315), localizado dentro da UFMG.

Durante todo o processo terapêutico, são observados: aumento do risco suicida, piora do quadro de humor, aumento de consumo de álcool e outras drogas, abandono do seguimento de outras formas de tratamento tais como medicações. Além disso, o plano de segurança é revisto sempre que necessário. Se for percebida uma piora psíquica do paciente com aumento da ideação suicida e risco de novas tentativas, a referência afetiva é contatada imediatamente e instruída a levá-lo ao Centro de Referência em Saúde Mental. Se por qualquer motivo o paciente deseje interromper o tratamento, é respeitado, mas tanto ele quanto a referência são orientados sobre a necessidade de continuidade de cuidados referentes a saúde mental em outros dispositivos da rede de Atenção Psicossocial.

Se o paciente tentar suicídio no local da intervenção, dentro da UFMG, será acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Polícia Militar, bem como a presença da referência afetiva e outros familiares do paciente. Se a tentativa se desdobrar em uma morte por suicídio, será oferecido apoio e companhia aos familiares do paciente nos desdobramentos burocráticos, como encaminhamento ao Instituto Médico Legal (IML). Será oferecido acompanhamento terapêutico aos familiares pelo AMPROV nos primeiros seis meses após o ocorrido.

Se o paciente não comparece à sessão, após tentativa de contato com o mesmo pelo terapeuta responsável, há tentativa de contato com a sua referência afetiva e com os outros contatos presentes no plano de segurança do paciente, a fim de obter informações sobre motivos de perda de seguimento. Em caso de não comparecimento do paciente por óbito por suicídio, será ofertado acolhimento terapêutico à referência afetiva e outros familiares mais próximos.

O paciente será desligado do programa se durante os atendimentos apresentar comportamento desrespeitoso, agressivo e ideias homicidas. Nesse caso, os coordenadores do programa farão contato com o paciente e explicarão sobre os motivos de desligamento.

Caso paciente seja acompanhado por um psicólogo de referência, esse é comunicado sobre o atendimento concomitante em caráter de urgência, deixando claro os objetivos de estabilização da intervenção e que a psicoterapia de longa duração sempre será indicada nesses casos. Isso respeita o *Código de Ética profissional do Psicólogo* (CFP, 2005) no art. 1º dos deveres do psicólogo “Ter, para com o trabalho dos psicólogos e de outros profissionais, respeito, consideração e solidariedade, e, quando solicitado, colaborar com estes, salvo impedimento por motivo relevante”; e no art. 7, “o psicólogo poderá intervir na prestação de

serviços psicológicos que estejam sendo efetuados por outro profissional, nas seguintes situações: b) Em caso de emergência ou risco ao beneficiário ou usuário do serviço, quando dará imediata ciência ao profissional" (pp. 9-13). Se o psicólogo que acompanha o caso demonstrar resistência em relação à intervenção, essa será interrompida, pois é priorizada a psicoterapia de longo prazo que o paciente já está realizando.

3.3.1 Divisão em blocos

Para possibilitar uma maior flexibilidade do protocolo de atendimento ao paciente em crise suicida, as sessões foram divididas em blocos, conforme Figura 5.

Figura 5

Organização das sessões em blocos

Bloco 1 (Sessões 1 e 2): Acolhimento, entrevista, psicoeducação, construção do plano de segurança; correlação da história de vida com o sofrimento atual que desencadeou a tentativa de suicídio. Identificação, acolhimento e psicoeducação da referência afetiva. Identificação de problemas e gatilhos. Realização de formulação de caso.
Bloco 2 (Sessões 3, 4 e 5): Identificação de problemas e objetivos de resolução. Regulação emocional: frustrações e relações interpessoais. Desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais. Encaminhamento para outros dispositivos, conforme demanda, para acompanhamento concomitante.
Bloco 3 (Sessões 6 e 7): Restruturação cognitiva: trabalhar crenças positivas. Potencialização de fatores protetivos e esperança: situações que favoreçam sentimentos positivos. Reforçar características positivas, trabalhar habilidades sociais, talentos, explorar fatores ambientais e sociais que também colaborem para o sucesso do tratamento.
Bloco 4 (Sessões 8, 9 e 10): Reflexão sobre experiências e relações positivas vividas no passado; perspectiva de futuro. Síntese de questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida e morte frente às intervenções realizadas. Reavaliação do cartão de crise (caso tenha sido construído). Prevenção de recaídas: rever plano de segurança. Motivação para terapia de longo prazo. Acolhimento e aconselhamento da referência afetiva.

3.4 Detalhamento de cada sessão

Serão descritos abaixo o detalhamento de cada sessão, com objetivos e tarefas.

3.4.1 Primeira sessão

Acolhimento, explicação sobre o objetivo de estabilização, psicoeducação e construção do plano de segurança (Apêndice E).
Participação da referência afetiva: psicoeducação e plano de segurança.

Divide-se em atendimento ao paciente e posteriormente em atendimento ao paciente e sua referência afetiva. Essa referência não se restringe a familiares, pode ser um amigo, um vizinho: qualquer pessoa acima de 18 anos que o paciente sinta segurança para dividir seus sentimentos e buscar ajuda nos momentos de crise.

Deve-se realizar um bom acolhimento; especificar o projeto, sinalizar que é uma terapia para estabilização da crise e que o paciente deverá buscar posteriormente terapia de longa duração; avaliar o risco de uma nova tentativa de suicídio; ajudar o paciente a identificar gatilhos para poder prevenir novas crises; realizar um plano de segurança em que o paciente e sua referência desenvolvam estratégias em situações de crise; ajudar a referência afetiva a identificar sinais e sintomas que podem desencadear uma nova tentativa de suicídio; identificar a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e em caso de necessidade, realizar os devidos encaminhamentos; explicar ao paciente e sua referência afetiva os limites da confidencialidade: essa será quebrada visando o menor prejuízo para o paciente quando ele apresentar risco a sua vida. (CFP, 2005).

Explicar que três faltas sem aviso prévio (12 horas) irão inviabilizar o acompanhamento. Orientar sobre a disponibilidade telefônica do terapeuta e os limites de contato por mensagens e ligações.

Deve-se reforçar que ocorrerão nova avaliação no final da intervenção, que deve coincidir com dois meses após a alta hospitalar e após quatro meses do fim da intervenção, que deve coincidir com seis meses da alta hospitalar. O paciente deve ser informado sobre os riscos e benefícios do tratamento. Dentre os riscos está a possibilidade de sentir-se desconfortável ao falar do suicídio e entre os benefícios a possibilidade de redução da

tentativa de suicídio e melhora de indicadores de saúde mental: reforça-se que a há a possibilidade, e não a garantia.

a) atendimento ao paciente: *rapport,* explicação do modelo terapêutico e do objetivo da intervenção (estabilização da crise), entrevista, breve psicoeducação. Plano de segurança: explicar ao paciente que esse plano deve receber as contribuições da referência afetiva e perguntar o que ele não gostaria que fosse falado no momento da sessão com sua referência.
   - ✓ *rapport*:
     - acolhimento e empatia frente o sofrimento apresentado: deve-se construir "um relacionamento cordial, de entendimento, de aceitação e de empatia mútua, capaz de facilitar e aprofundar a experiência terapêutica" (Botega, 2023, p. 145). Legitime a experiência do paciente. Proporcione um vínculo que assegure uma comunicação efetiva que possibilite a ajuda. Busque compreender o que levou ao tratamento.

   - ✓ explique o funcionamento do programa:
     - serão 10 sessões, com tempo de 60 minutos (primeira e décima com tempos maiores, pois contarão com a presença da referência afetiva). Serão duas sessões por semana, podendo ser espaçadas, de acordo com a estabilização do paciente, no limite de uma sessão por semana. O participante deverá ser sensibilizado sobre a importância de seguir o tratamento, realizar as tarefas e não faltar e deve ser informado que as sessões serão supervisionadas. Deve ser orientado que caso ele falte mais de três vezes, será automaticamente desligado do serviço e que essa ação não é do terapeuta, mas do projeto.
   - ✓ realize a entrevista:
     - a entrevista contém questões que avaliam o risco de suicídio. Utilize o *The Simple Steps model of suicide assessment* (McGlothlin*,* 2008) (Anexo I), que possibilita uma definição do risco suicida em alto, médio ou baixo. *Simple Steps* é um acrônimo, no qual cada uma das letras é um item a ser investigado quando se busca avaliar o risco de suicídio de um paciente, são avaliados: ideação suicida; presença de método; dor emocional; perdas recentes; tentativas anteriores; usos de substâncias; capacidade de solução de problemas; diagnóstico; história de doenças mentais dos pais/família; presença de eventos

estressores. É importante que essa entrevista seja feita com muito acolhimento.

- ✓ realize breve psicoeducação (Apêndice D):
  - a história do paciente deve ser adicionada ao modelo de psicoeducação.
- ✓ encaminhe para psiquiatria:
  - caso o paciente não tenha um psiquiatra de referência e esteja necessitando de psicofármacos que lhe ajudem frente o sofrimento apresentado, deverá ser encaminhado para psiquiatria. Sintomas que são tratados com a ajuda da psiquiatria: insônia, tristeza exacerbada, ou oscilações bruscas do humor, crises de ansiedade, impulsividade, presença de delírios e alucinações. Antes de buscar a psiquiatria do CEAP, deve-se tentar um psiquiatra ou no CERSAM ou no Centro de Saúde, que continuarão acompanhando o paciente após o fim da intervenção.
- ✓ ajude na elaboração do plano de segurança (Apêndice E) com estratégias para que o paciente previna novas tentativas de suicídio. O plano de segurança envolve desenvolver um conjunto de estratégias de *coping* enquanto o paciente não estiver em crise, para que estejam prontamente disponíveis no momento de colapso: para isso deve-se reconhecer o que desencadeia uma crise. O paciente deve ser questionado sobre o que não pode ser exposto à referência afetiva, relacionado ao plano de segurança.
- ✓ ajude na elaboração do cartão de crise (Apêndice F):
  - esse cartão deve ter estratégias individuais de enfrentamento e recursos que podem ajudar a pessoa a superar obstáculos durante uma crise suicida. O ideal é que seja do tamanho de uma carteira para fácil acesso (Chen et al., 2013; Wenzel et al.2010).

b) atendimento à referência afetiva junto ao paciente:

- ✓ rapport: acolha a referência afetiva;
- ✓ desenvolva a psicoeducação: Apêndice D;
- ✓ ajude na construção do plano de segurança (Apêndice E): paciente e referência devem participar dessa construção. O CERSAM de acordo com a residência do paciente deve ser identificado. Caso seja necessário, a referência afetiva poderá ser atendida outras vezes, isso vai depender do grau de sofrimento da mesma, do risco suicida do paciente e de sua autonomia para ir sozinho aos atendimentos. A referência afetiva também poderá ser acolhida por um outro terapeuta, caso demonstre sofrimento intenso: mas serão sessões breves, com o objetivo de

oferecer suporte à referência para ajudar o paciente. É importante que o terapeuta trabalhe com a referência a necessidade de motivar o paciente em relação ao tratamento. Durante todo o processo é importante perguntar sobre a referência, a fim de reforçar os vínculos, trabalhar possíveis frustrações que possam ter distanciado a pessoa de referência e/ou avaliar a necessidade de outra referência.

3.4.2 Segunda sessão

Relação da história de vida com o sofrimento atual. Identificação de problemas e gatilhos. Realização de formulação cognitiva.

a) acolha a história do paciente: diagnóstico e sintomas; contribuições das experiências da infância e outras influências do desenvolvimento; questões situacionais e interpessoais; fatores biológicos e genéticos; pontos fortes e qualidades; padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos;
b) estimule o paciente a falar sobre seus pensamentos, sentimentos e questões relacionados ao comportamento suicida de forma livre. Você pode construir com seu paciente uma linha do tempo com questões afetivas, situacionais, cognitivas e comportamentais relacionas a tentativa de suicídio (Wenzel et al., 2010). Pergunte ao paciente o que ele pensou, sentiu e fez no momento da tentativa de suicídio;
c) identifique problemas relacionados ao comportamento suicida, realize conceituação cognitiva e construa metas e objetivos. O processo de conceituação cognitiva diz que o comportamento e as emoções das pessoas são influenciados por suas percepções das situações (Beck, 1997). Ajude o paciente a compreender como vivencias difíceis do passado, crenças centrais e intermediárias, pensamentos automáticos, fatores de vulnerabilidade estão associados a tentativa de suicídio;
d) pergunte sobre como foram os últimos dias (pensamentos, gatilhos etc.);
e) ajude o paciente a correlacionar pensamentos e emoções com o comportamento suicida;
f) incentive o paciente a entender a importância de se comprometer com o tratamento, pois é uma possibilidade de modificar pensamentos, emoções e comportamentos que causam sofrimento;
g) oriente o paciente sobre a necessidade de tirar um tempo para realizar as tarefas;

h) ajude o paciente a reconhecer as crenças centrais e intermediárias relacionadas ao comportamento suicida e, juntos, pensem em quais seriam as principais estratégias para modificação dos pensamentos que causam sofrimento.
   - ✓ **tarefa 1**:
     - peça ao paciente para pensar em algum momento que ele cogitou a possibilidade de suicídio, mas que conseguiu suportar ou solucionar a dor sentida.
   - ✓ objetivo:
     - ajudar o paciente a reconhecer a complexidade do comportamento suicida e a sua capacidade de resolução de problemas, bem como que a dor insuportável da crise suicida pode diminuir.

3.4.3 Terceira sessão

Identificação de problemas e objetivos de resolução. Exploração de novas maneiras de se relacionar com emoções intensas e pensamentos; transformação de crenças, pensamentos e comportamentos problemáticos, como: impulsividade, desesperança e desespero.

a) trabalhar a tarefa da sessão anterior. Caso o paciente não tenha conseguido se lembrar de um momento que tenha cogitado o suicídio, mas que tenha conseguido suportar ou solucionar a dor sentida, o ajude a construir estratégias frente o processo de crise apresentado.
b) relembrar o contexto das tentativas/ideações.
c) ajudar o paciente a entender o caráter transitório de um tormento.
d) mapear todos os gatilhos e reforçar a importância de evitá-los.
e) mapear quais são as principais dificuldades na resolução de problemas e ensinar flexibilização do pensamento.
f) ensinar técnica de resolução de problemas: identificação, definição e formação do problema, levantamento de alternativa, tomada de decisões, prática da solução e verificação.
g) identificar sentimentos como impulsividade, desesperança e desespero e formas de trabalhar essas emoções antes que se desdobrem em comportamentos autodestrutivos.
h) trabalhar resiliência (Masten, 2001). A resiliência é um movimento de assimilação,

modificação, transformação e ressignificação da situação de adversidade enfrentada pelo sujeito (Junqueira & Deslandes, 2003; Poletto & Koller, 2008).

- ✓ **tarefa 2**:
  - peça ao paciente para lembrar formas de reação emocional quando algo ruim aconteceu e pensar em reações alternativas e mais adaptativas.
- ✓ objetivo:
  - resolução de problemas de forma mais adaptativa. Compreensão da dor para melhor enfrentamento.

3.4.4 Quarta sessão

Modificação do ambiente para evitar gatilhos e resolução de problemas. Encaminhamento para outros dispositivos, conforme demanda, para acompanhamento concomitante: busca de serviços intersetoriais que diminuam as possíveis condições que causem vulnerabilidade e de serviços que aumentem fatores protetivos.

a) retome a tarefa anterior;
b) trabalhe pensamentos automáticos negativos;
c) trabalhe a constrição cognitiva. Ajude o paciente a desenvolver mecanismos de *coping,* nos quais há uma prevenção de fixação atencional no problema e a reflexão sobre a intolerabilidade (Wenzel era al., 2010);
d) identifique distorções cognitivas e com delicadeza, ajude o paciente a enfraquecê-las. As distorções são erros na interpretação das experiências de vida da pessoa, são avaliações equivocadas das situações (Sayago & Domelles, 2011);
e) ajude o paciente a compreender que há dias difíceis para todo mundo, mas que eles também passarão e as formas de buscar ajuda nesses momentos;
f) trabalhe a oscilação emocional;
g) trabalhe regulação emocional: as emoções podem ser modificadas em intensidade e duração frente os desafios encontrados (Hayes & Hofmann, 2020) ;
h) realize encaminhamentos para rede de suporte, frente às questões apresentadas, por exemplo: uma mulher que esteja passando por situações de violação de direitos pelo seu companheiro deve ser encaminhada para rede de proteção à mulher vítima de

violência.

- ✓ **tarefa 3:**
  - peça ao paciente que pense em algum projeto ou serviço que o ajudaria a suportar sua angústia e despertar sentimentos bons. Lembre-se de projetos, igrejas ou grupos religiosos, academias, grupos de ajuda, oficina de artes, de poesia, de dança...
- ✓ objetivo:
  - ampliar a rede de apoio do paciente.

3.4.5 Quinta sessão

Emoção e regulação emocional: trabalho com frustrações e relações interpessoais e habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais.

a) revise a tarefa e a sessão anterior;
b) trabalhe regulação emocional: isso implica em ajudar o paciente a identificar, validar, aceitar suas reações emocionais, sem que haja uma resignação. O paciente deve buscar uma melhor compreensão da relação entre suas emoções, pensamentos e comportamentos, deve fazer teste de realidade com os pensamentos e buscar reestruturar pensamentos intrusivos e negativos. Para emoções fortes deve-se ensinar ao paciente técnicas de relaxamento que diminuam a ativação fisiológica gerada e que desacelerem/ impeçam comportamentos que podem ser desadaptativos (Hayes & Hofmann, 2020). Durante todo o processo terapêutico técnicas de relaxamento poderão ser utilizadas (*mindfulness*, técnicas respiratórias diafragmáticas, visualização de um lugar especial), pois são importantes no controle de emoções intensas e ajudam o indivíduo a ter uma maior conexão com o momento presente (Hayes & Hofmann, 2020);
c) trabalhe as reações a frustrações;
d) explore novas maneiras de se relacionar com emoções intensas: ajudar na transformação da impulsividade, da desesperança e do desespero relacionada às expectativas dos outros.

- ✓ **tarefa 4:**
  - peça ao paciente para que durante a semana observe suas reações emocionais e que caso tenha uma emoção dolorosa, ocasionada por conflitos interpessoais,

(desesperança, sensação de desamparo, raiva intensa ou culpa) que tente utilizar estratégias de resolução de problemas e técnicas de relaxamento.

- ✓ objetivo:
  - ajudar o paciente na resolução de problemas relacionados as reações intensas geradas nos relacionamentos interpessoais.

3.4.6 Sexta sessão

Emoção e regulação emocional: reestruturação cognitiva. Trabalhe crenças positivas e estimule a esperança.

a) revise a tarefa anterior: reforce a capacidade de resolução de problemas ou construa essa resolução, caso o paciente não tenha conseguido;
b) ajude o paciente a fazer uma linha da vida, incluindo momentos bons;
c) investigue, dentro dos bons momentos, quais eram os possíveis pensamentos e emoções positivas;
d) trabalhe alternativas positivas às formas de condicionamento e aprendizagem que se relacionam com o comportamento suicida;
e) ajude o paciente a vislumbrar sonhos, desejos, propósitos e pretensões;
f) trace com o paciente caminhos planejados para obtenção de um objetivo e trabalhe com ele a motivação para obter tal objetivo.

- ✓ **tarefa 5:**
  - peça ao paciente para relembrar pensamentos e sentimentos relacionados a algo bom e o que foi preciso fazer para conseguir um objetivo.
- ✓ objetivo:
  - ajudar o paciente a perceber que apesar das crises, houve momentos coloridos com emoções boas e que é preciso se movimentar para alcançar objetivos que trarão boas experiências

3.4.7 Sétima sessão

Potencialização de fatores protetivos e esperança. Reforço das características positivas, desenvolvimento de habilidades sociais, talentos, exploração de fatores ambientais e sociais que também colaborem para o sucesso do tratamento. Uma boa rede social deve ser sempre potencializada com o paciente.

a) retome a tarefa da sessão anterior;
b) estimule a vida social;
c) identifique relacionamentos sociais produtivos;
d) estimule a realização de atividade física, participação em grupos, oficinas, atividades de lazer, ou prática religiosa ou espiritual de acordo com as crenças do paciente;
e) ajude o paciente a compreender que mudanças demandam tempo e enfrentamento ativo.
   - ✓ **tarefa 6:**
     - peça ao paciente para planejar bons momentos com atividades e planos: instigue a esperança.
   - ✓ objetivo:
     - trabalhar esperança e construir planos reais para se alcançar objetivos.

3.4.8 Oitava sessão

Reflexão sobre experiências e relações positivas vividas no passado; perspectiva de futuro.

a) revise a sessão e a tarefa anterior;
b) trabalhe e potencialize os principais recursos protetivos;
c) trabalhe a aceitação do real e possível, que nem sempre é o ideal;
d) trabalhe alternativas às crenças dicotômicas: ajude o paciente a ver as situações em um *continuum* e não em situação de "tudo ou nada" (Sayago & Domelles, 2011);
e) ajude o paciente a superar a "visão de túnel", desenvolvendo a capacidade de ver vários aspectos da situação. (Sayago & Domelles, 2011);

f) trabalhe a prevenção de recaídas: ajude no desenvolvimento de estratégias caso o comportamento suicida retorne.
   - ✓ **tarefa 7:**
     - caso o pensamento suicida retorne, o que fazer? Peça ao paciente para escrever uma carta para ele mesmo dizendo os motivos de permanecer vivo, caso o comportamento suicida retorne.
   - ✓ objetivo:
     - construção de recursos para prevenção de recaídas.

3.4.9 Nona sessão

Ativação do plano de segurança. Síntese de questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida e morte frente as intervenções realizadas. Perspectivas futuras.

a) revise a sessão e a tarefa anterior;
b) trabalhe o plano de segurança e o cartão de crise caso este tenha sido realizado;
c) ajude o paciente a sintetizar questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida e morte frente às intervenções realizadas, bem como as estratégias desenvolvidas relacionadas ao enfrentamento do comportamento suicida;
d) questione o paciente se o desejo era sobre a morte ou sobre acabar com os problemas geradores de sofrimento?
   - ✓ **tarefa 8**:
     - peça ao paciente para imaginar um amigo ou pessoa que ame que está pensando em suicídio: o que ele faria para ajudá-lo? O que o paciente apontaria como coisas boas na vida? O que apontaria como estratégias para suportar os momentos ruins?
   - ✓ objetivo:
     - prevenção de recaídas: momentos difíceis podem voltar, mas há repertórios e estratégias de enfrentamento, dentre elas lembrar de situações boas, sonhos, planos, pessoas amadas.

3.4.10 Décima sessão

Prevenção de recaídas: revisão do plano de segurança. Motivação para terapia de longo prazo.

a) atendimento ao paciente:
   - ✓ reveja a tarefa anterior;
   - ✓ motive a terapia de longo prazo;
   - ✓ faça um acordo sobre o acompanhamento telefônico: esse acompanhamento se dará durante três meses do fim da intervenção e terá o objetivo de avaliar como o paciente se encontra e incentivar a busca de ajuda caso esteja passando por outro processo de crise;
   - ✓ cartinha de carinho: peça ao paciente para escrever uma cartinha ou uma breve mensagem dizendo para alguém que esteja pensando em desistir da vida, por que seria importante continuar? Se possível, peça ao paciente para escrever o que mais o ajudou nos atendimentos recebidos no AMPROV.

b) atendimento junto à referência afetiva:
   - ✓ avalie a evolução de sintomas e sinais psíquicos. Dê orientações sobre a rede de apoio e plano de segurança;
   - ✓ realize devolutiva sobre o estado mental do paciente, bem como orientações referentes a fatores de risco e a fatores protetivos;
   - ✓ oriente sobre a necessidade de terapia de longa duração.

3.5 Contatos telefônicos após a intervenção

Serão realizados contatos telefônicos até três meses após o fim da intervenção com os seguintes objetivos: avaliar o estado emocional de forma geral e monitorar o comportamento suicida; não quebrar o vínculo terapêutico de forma abrupta; averiguar se paciente conseguiu o atendimento psicoterápico. Caso o paciente demonstre crise, orientar sobre plano de segurança e CERSAM e ligar para a referência afetiva. O espaçamento entre as ligações depende do desejo do paciente, mas deve ser mais intensas no início e mais espaçadas posteriormente, a menos que o paciente entre em crise novamente, momento em que deve haver intensificação de contatos.

Referências

Andrade, T. M. R. (2011). Relação terapêutica. In L. Andretta, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental (*pp. 193 - 202). Casa do Psicólogo®

Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2021). Escala brasileira de motivos para viver (bemviver): construção e validade de conteúdo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *22*(1), 100-115.http://dx.doi.org/10.15309/21psd220110.

Bartsch, L. J., Butterworth, P., Byles, J. E., Mitchell, P., Shaw, J., & Anstey, K. J. (2011). Examining the SF-36 in an older population: analysis of data and presentation of Australian adult reference scores from the Dynamic Analyses to Optimise Ageing (DYNOPTA) project. *Qual Life Res 20*(8), 1227-1236 (2011). https://doi.org/10.1007/s11136-011-9864-0

Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Artmed.

Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: avaliação e manejo.* (2a ed.). Artmed.

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2024). *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio*. Artmed.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, *294*(5), 563-570. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563

Camelier, A. A. (2004). *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Estado de São Paulo].

Chang, E. C., & Chang, O. D. (2016). Development of the frequency of suicidal ideation inventory: Evidence for the validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. *Cognitive Therapy and Research*, *40*, 549-556. 10.1007/s10608-016-9758-0.

Chen, W. J., Ho, C. K., Shyu, S. S. et al. (2013). Employing crisis postcards with case management in Kaohsiung, Taiwan: 6-month outcomes of a randomised controlled trial for suicide attempters. *BMC Psiquiatria* 13, 191 https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-191

Ciconelli, R., M., Ferraz. M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia, 39*,

43-150.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo.*

Coren, A. (2020). Psychodynamic interpersonal therapy: a conversational model. In M. Barkham, E. Guthrie, G. Hardy, & F. Margison (Eds.), *Psychodynamic practice* (Vol. 26, pp. 415-419). Sage. https://doi.org/10.1080/14753634.2020.1818612

Dobson, K. S. & Franche, R.L. (1999). A prática da terapia cognitiva. . In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. (*pp. 471- 93). Editora Santos.

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107-126. https://doi.org/10.1037/h0031360

Ferrari, M. R., & Cátula, P. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 10*(2), 122-129. https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140018

Fukumitsu, K. O., & Scavacini, K. (2013). Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, *19*(2), 198-204. DOI:10.18065/RAG.2013v19n2.6

Gomes, M. A. (2015). Construção da escala de motivos para viver EMVIVER (Tese de doutorado). Universidade São Francisco, Itatiba, SP. Recuperado de http://www.usf.edu.br

Gomes, M. A., Dellazzana-Zanon, L. L., Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2020). Escala de Motivos para Viver (emviver): processo de construção dos itens. *Psicologia para América Latina*, (34), 207-220. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200011.

Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, *323*(7305), 135-138. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7305.135

Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson B., Creed, F.(1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry*, *56*(6), 519-26. DOI: 10.1001/archpsyc.56.6.519

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized

controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS medicine, 13*(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas*. Artmed.

Hobson, R. F. (1985). *Forms of feeling*. Tavistock Publications.

Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(4), 1203-1235. https://doi.org/10.1002/cpp.2726

Hvid, M., Vangborg, K., Sørensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide - II: the Amager Project, a randomized controlled trial. Nordic *Journal of Psychiatry*, *65*(5), 292-298. https://doi.org/10.3109/08039488.2010.544404

Junqueira, M. de F. P. da S. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad. Saúde Pública 19(1),* 227-235. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*(Supl. 2), S54-S64. https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002

Kuhn, R. P., & Andretta, L. (2011). Formulação de caso. In L. Andretta & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 163-176). Casa do Psicólogo.

Lahoz, T., Hvid, M., & Wang, A. G. (2016). Preventing repetition of attempted suicide - III: the Amager Project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry , 70(7), 547-553. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1180711*

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(2), 276-286. 10.1037/0022-006x.51.2.276.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression, anxiety, stress scales*. Psychology Foundation of Australia. http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/ Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologis*t, *56*(3), 227-238.https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227 McGlothlin, J. M. (2008). *Developing clinical skills in suicide assessment, prevention, and*

treatment. American Counseling Association.

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1999). Treinamento em solução de problemas. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. (*pp. 471- 93). Editora Santos.

Poletto, M. (2006). Uma breve reflexão crítica sobre psicologia positiva e resiliência. *Psicologia Escolar e Educacional, 10*(1), 137-140. https://doi.org/10.1590/S1413-85572006000100014

Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, *25*(3), 405-416. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009

Roger, C. (1961). *Tornar-se pessoa.* Martins Fontes.

Rudd, M. D. (2006).The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36(3), 255–264.* https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255

Sayago, C.W., & Domelles, V. G. (2011). Conceituação cognitiva. In L. Andretta, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental (*pp. 177 - 192). Casa do Psicólogo®

Silveira, M. F., Almeida, J. C., Freire, R. S., Haikal, D. S., & Martins, A. E. B. (2013). Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12*). Ciência & Saúde Coletiva, 18*(7), 1923-1931.

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior.* Northvale*,* NJ: Jason Aronson

Teodoro, M., de Souza, R. S. B., Martins, C. de C., Sediyama, C. Y. N., Alvares-Teodoro, J., Chang, O. D., & Chang, E. C. (2020). Validade do inventário de frequência de ideação suicida em adultos brasileiros. *Death Studies* , *46*(8), 1840-1844. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824201

Vignola, R. C. B. & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian portuguese. *J Affect Disord*, *155*, 104-109. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.031

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas.* Artmed.

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. K. (1994). *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual.* The Health Institute, New England Medical Center.

Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care(Philadelphia), *30*(6), 473-483.

World Health Organization. (2014). *Mental health: preventing suicide: a global imperative.* http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/

World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world. Global health estimatives*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2025a). *Suicide*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

World Health Organization. (2025b). *Suicide worldwide in 2021: global health estimates. https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069*

World Health Organization. (2025c). *Suicide: datos y cifras.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

4 TERCEIRO ESTUDO: ANÁLISE DE VIABILIDADE DE UMA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA PARA PREVENÇÃO DE REINCIDÊNCIAS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO E MELHORIA DE INDICADORES DE SAÚDE MENTAL[3] [4]

Resumo

O objetivo desse estudo foi investigar a viabilidade, a aceitabilidade e o impacto nas variáveis referentes ao comportamento suicida e saúde mental de uma intervenção psicoterápica de 10 sessões em pacientes que receberam alta de um hospital de urgência e emergência após tentativa de suicídio. Trata-se de um estudo aberto, de braço único. A intervenção foi avaliada através de testes e questionários. Sete dos oito pacientes que finalizaram o processo avaliaram a intervenção como muito boa e todos afirmaram que a indicariam para uma pessoa que estivesse pensando em suicídio. Durante a intervenção ocorreram duas tentativas de suicídio no início do tratamento. A variável ideação suicida diminuiu em todos os participantes no final da intervenção. Os resultados mostraram que a psicoterapia breve é uma opção de tratamento viável e aceitável para indivíduos que acabaram de tentar suicídio. A próxima etapa inclui testar a eficácia / efetividade da psicoterapia em ensaios clínicos.

Palavras-chaves: psicoterapia; tentativa de suicídio; viabilidade.

Abstract

The objective of this study was to investigate the feasibility, acceptability, and impact on variables related to suicidal behavior and mental health following a 10 session psychotherapeutic intervention in patients discharged from an emergency hospital after a suicide attempt. This is an open-label, single-arm study. The intervention was evaluated through tests and questionnaires. Seven of the eight patients who completed the intervention rated it as very good, and all stated that they would recommend it to someone contemplating suicide. During the intervention, there were two suicide attempts at the beginning of the treatment. The suicidal ideation variable decreased in all participants at the end of the

[3] Autores: Luciana Almeida Santos, Maycoln Leôni Martins Teodoro, André Nascimento Ladeira, Gabriella Vilaça Zannini de Santo André, Gustavo Vago Piffer, Paula Soares Cruzeiro, Rhayane Braga Assis, Elder Gomes Pereira, Júlia Eduarda Vieira de Almeida.

[4] Esse artigo foi submetido à revista *Psicologia Clínica*, INSS em Novembro de 2024.

intervention. The results showed that brief psychotherapy is a viable and acceptable treatment option for individuals who have just attempted suicide. The next step involves testing the efficacy/effectiveness of psychotherapy in clinical trials.

Keywords: feasibility; psychotherapy; suicide attempt.

Resumen

El objetivo de este estudio fue investigar la viabilidad, aceptabilidad e impacto en las variables relacionadas con el comportamiento suicida y salud mental de una intervención psicoterapéutica de 10 sesiones en pacientes dados de alta de un hospital de urgencias/emergencias tras un intento de suicidio. Se trata de un estudio abierto, de un solo brazo. La intervención fue evaluada mediante pruebas y cuestionarios. Siete de los ocho pacientes que finalizaron el proceso calificaron la intervención como muy buena, y todos afirmaron que la recomendarían a alguien que estuviera pensando en suicidarse. Durante la intervención, se registraron dos intentos de suicidio al inicio del tratamiento. La variable de ideación suicida disminuyó en todos los participantes al final de la intervención. Los resultados mostraron que la psicoterapia breve es una opción de tratamiento viable y aceptable para individuos que han intentado suicidarse recientemente. El paso siguiente es evaluar la eficacia y/o efectividad de la psicoterapia mediante ensayos clínicos.

Palabras clave: psicoterapia; intento de suicidio; viabilidad.

4.1 Introdução

Segundo a WHO (2025), o suicídio foi a terceira principal causa de morte na faixa etária entre 15 a 29 anos em 2021. Para cada morte por suicídio, há de 10 a 30 tentativas de suicídio (*Center for Disease Control and Prevention*, 2016), sendo esse o maior fator de risco isolado para novas tentativas ou para a morte por suicídio (Probert-Lindström et al., 2020; Wenzel et al., 2010; WHO, 2019). Além da tentativa prévia de suicídio, outros fatores de risco importantes são: a restrição a serviço de saúde mental; o estigma associado à busca de ajuda; vivência de trauma e de abusos; transtornos por uso de substâncias; conflitos relacionais; falta de rede social de apoio e vivência de perdas; transtornos mentais; dor crônica; fatores genéticos e biológicos (Botega, 2023; Conselho Federal de Psicologia [CFP],

2013; WHO, 2014).

No contexto brasileiro, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) aponta o suicídio como a quarta principal causa de morte entre jovens de 20 a 29 anos (Ministério da Saúde, 2024). Apesar da tentativa de suicídio ser o fator isolado de maior risco para uma nova tentativa e causar grandes impactos emocionais no paciente, familiares e amigos, são escassas as intervenções destinadas para esse momento de crise, com poucos estudos sobre desenvolvimento e avaliação da eficácia e eficiência de intervenções psicoterápicas estruturadas destinadas a pessoas que tentaram suicídio. A maioria das pesquisas sobre intervenção psicológica para comportamento suicida mesclam na amostra: pacientes com ideação suicida, tentativa de suicídio e comportamento de automutilação sem intenção suicida (Boudreaux et al., 2021; Grupp-Phelan et al.,2019; Santamarina-Perez, 2020; Sinyor et al., 2020), o que acaba gerando maior dificuldade para interpretar os resultados.

Santos et al. (2024) realizaram um estudo de revisão sistemática de literatura sobre intervenções eficazes para redução de novas tentativas de suicídio e observaram uma escassez de estudos, principalmente no contexto brasileiro. Essa revisão apontou para a eficácia de algumas dessas intervenções na redução de novas tentativas de suicídio e ofereceu suporte para o desenvolvimento de estratégias de prevenção indicada construídas nesse estudo para pacientes que tentaram suicídio. A falta de acesso a tratamentos específicos se constituiu como um grande fator de risco para o comportamento suicida.

O objetivo principal do presente estudo foi analisar a viabilidade, aceitabilidade e análise preliminar de efetividade de uma intervenção psicoterápica composta de 10 sessões individuais para pacientes que tentaram suicídio, nos quais a intenção suicida foi explícita. Como objetivos secundários, foram realizadas uma descrição sociodemográfica da amostra, de fatores de risco e de fatores protetivos relacionados ao comportamento suicida. A hipótese principal foi que o tratamento seria viável e aceitável, bem como produziria uma diminuição de novas tentativas e de ideação suicida, de ansiedade, de depressão e de estresse, aumentando os escores de qualidade de vida e dos motivos para viver.

Quando as propostas dos estudos são viáveis, aceitas pelos participantes e há uma boa avaliação preliminar das variáveis pesquisadas (Assumpção, 2019; Durgante & Dell'Aglio, 2018; Eldridge, 2016; Orsmond, & Cohn, 2015) a próxima etapa passa a ser a construção de um ensaio clínico para avaliar a eficácia e efetividade do projeto.

4.2 Materiais e métodos

4.2.1 Design de estudo

Este é um estudo aberto de braço único que testou uma psicoterapia breve de 10 sessões, aplicada a pacientes que haviam tentado suicídio recentemente e passado por um hospital de urgência e emergência. Os critérios de avaliação da intervenção foram organizados em cinco categorias: recrutamento, critérios de elegibilidade, características dos pacientes atendidos; processos de avaliação e coleta de dados; avaliação da aceitabilidade, adequação da intervenção e adequação dos procedimentos de estudo; efeito da intervenção nas variáveis avaliadas; recursos e capacidade para gerenciar a intervenção (Orsmond & Cohn, 2015). Esse estudo ocorreu dentro do um serviço de extensão AMPROV, registro no SIEX: 404517, criado pela equipe de pesquisa do Laboratório de Processos Cognitivos da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FAFICH) da UFMG.

4.2.2 Considerações éticas

Como é uma pesquisa que envolve seres humanos, seguiu todos os requisitos da Resolução nº 466 de 2012, com respeito à dignidade humana e proteção aos participantes, com uso sistemático da ética, visando benefícios potenciais para comunidade, como promoção de bem-estar e qualidade de vida. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (CAEE: 70001023.0.0000.5149) e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) (CAAE: 7001023.0.3001.5119). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início do tratamento.

4.2.3 Participantes

O recrutamento e a seleção dos pacientes foram realizados em 2024, de janeiro a abril, em um hospital de urgência e emergência localizado na cidade de Belo Horizonte. Todos os pacientes continuaram a receber os mesmos encaminhamentos para a rede de atenção psicossocial conforme protocolo do hospital no momento da alta: a intervenção pretendida se configurou como um tratamento adicional e não substitutivo. Os critérios de inclusão foram: ter entre 18 e 60 anos, residir na cidade de Belo Horizonte, ter sido admitido no referido hospital após tentativa de suicídio, com um tempo de até três meses após a tentativa. Como

critérios de exclusão, os participantes não poderiam ser considerados judicialmente incapazes, apresentarem uma condição médica ou psiquiátrica que impedisse o consentimento informado ou participação em tratamento ambulatorial, como psicose ativa ou fase maníaca e não poderiam expressar ideias homicidas.

4.2.4 Procedimentos de intervenção

Trata-se de uma psicoterapia breve, estruturada em 10 sessões, com objetivo de estabilizar o paciente que apresenta comportamento suicida e que tem condições de realizar um acompanhamento ambulatorial. O direcionamento para as sessões foram:

a) realizar uma escuta acolhedora e cuidadosa;
b) criar estratégias para enfrentar fatores de risco;
c) potencializar fatores protetivos;
d) desenvolver habilidades para resolução de problemas relacionados ao comportamento suicida;
e) propiciar a elaboração de emoções e pensamentos negativos;
f) capacitar os pacientes de recursos para atuarem de forma mais adaptativa em possíveis novas crises;
g) realizar encaminhamentos para dispositivos da rede intersetorial;
h) ajudar o paciente a ampliar sua rede de apoio;
i) reforçar a necessidade de acompanhamento de longa duração com profissionais da saúde mental.

Houve participação de uma referência afetiva do paciente na primeira e na décima sessões: ela recebeu psicoeducação sobre o comportamento suicida e participou do plano de segurança, nos itens autorizados pelo paciente. Para os pacientes que não possuíam condições financeiras de chegarem até a UFMG foi oferecido o valor de transporte público para irem e voltarem, bem como de sua referência afetiva.

A intervenção foi construída a partir de uma revisão sistemática realizada pelos pesquisadores com ensaios clínicos randomizados sobre psicoterapias para prevenção de reincidências de tentativas de suicídio (Santos et al., 2024). Seguiu orientações sobre o uso da TCC no comportamento suicida (Bryan & Rudd, 2024; Wenzel et al., 2010). Incorporou aspectos de intervenções psicoeducacionais e intervenções de contato (Malakouti et al., 2022;

Messiah et al., 2019). Por fim, utilizou pressupostos da empatia da teoria Rogeriana (Rogers, 1961); e aspectos da intervenção em crise (Botega, 2023).

A intervenção se orientou por um protocolo que foi um guia com respeito às particularidades e individualidades de cada participante. As sessões foram detalhadas e colocadas em blocos (ver Figura 6), o que ajudou o terapeuta a ter maior flexibilidade na sequência das sessões de acordo com a necessidade do paciente. Foi acordado que após o fim da intervenção, os pacientes receberiam ligações telefônicas por três meses, com o objetivo de impedir um corte abrupto do vínculo terapêutico, avaliar como os pacientes estavam se sentindo, reforçar a busca de ajuda caso necessário, averiguar se ocorreram novas tentativas de suicídio, bem como se conseguiram psicoterapia de longo prazo.

Figura 6

Organização das sessões em blocos

Bloco 1 (Sessões 1 e 2): Acolhimento, entrevista, psicoeducação, construção do plano de segurança; correlação da história de vida com o sofrimento atual que desencadeou a tentativa de suicídio. Identificação, acolhimento e psicoeducação da referência afetiva. Identificação de problemas e gatilhos. Realização de formulação de caso.
Bloco 2 (Sessões 3, 4 e 5): Identificação de problemas e objetivos de resolução. Regulação emocional: frustrações e relações interpessoais. Desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas relacionais e sociais. Encaminhamento para outros dispositivos, conforme demanda, para acompanhamento concomitante.
Bloco 3 (Sessões 6 e 7): Restruturação cognitiva: trabalhar crenças positivas. Potencialização de fatores protetivos e esperança: situações que favoreçam sentimentos positivos. Reforçar características positivas, trabalhar habilidades sociais, talentos, explorar fatores ambientais e sociais que também colaborem para o sucesso do tratamento.
Bloco 4 (Sessões 8, 9 e 10): Reflexão sobre experiências e relações positivas vividas no passado; perspectiva de futuro. Síntese de questões emocionais e cognitivas sobre o significado de vida e morte frente às intervenções realizadas. Reavaliação do cartão de crise (caso tenha sido construído). Prevenção de recaídas: rever plano de segurança. Motivação para terapia de longo prazo. Acolhimento e aconselhamento da referência afetiva.

Os terapeutas foram alunos dos últimos períodos do curso de Psicologia. A avaliação foi realizada por uma aluna do Programa de Pós-graduação de Psicologia em nível de mestrado que não estava envolvida no tratamento. Semanalmente os casos foram discutidos em supervisão e os pesquisadores principais ficaram disponíveis a qualquer hora para esclarecimentos de dúvidas sobre os atendimentos.

4.2.5 Descrições de medidas

Foram desenvolvidos os seguintes questionários com questões fechadas e semiestruturadas:

a) sociodemográfico (Apêndice C),
b) de avaliação da intervenção pelo paciente (Apêndice G),
c) de avaliação do tratamento padrão (Apêndice H),
d) de avaliação da intervenção pelo terapeuta (Apêndice I),
e) de avaliação do processo de mensuração pelo avaliador (Apêndice J).

Para avaliação sobre novas tentativas de suicídio, foi feita a seguinte pergunta após o fim da intervenção: "você tentou suicídio novamente, após a alta hospitalar, se sim, quantas vezes?" Antes e logo após o fim da intervenção utilizou-se o FSII-Br (Chang & Chang, 2016; Teodoro et al., 2022); o Questionário de Qualidade de Vida - SF-36 (Ware & Sherbourne; 1992; Ciconelli et al., 1999), a DASS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; Vignola & Tucci, 2014) e a Escala Brasileira dos motivos para viver BEMVIVER (Linehan et al., 1983; Baptista & Pallini, 2021).

O FSII-Br (Anexo E) é uma adaptação do (FSII) de Chang e Chang (2016), validado por Teodoro et al. (2022) no contexto brasileiro. O FSII é composto por 5 itens que avaliam frequência de ideação suicida, medida na escala *Likert*, variando de 1 (nunca) a 5 (quase todos os dias). Esse inventário foi validado no Brasil, refletindo um construto unidimensional, com uma população de 946 universitários brasileiros com uma média de idade de 24,67 e a confiabilidade interna medida pelo coeficiente alfa de *Cronbach* que foi excelente (alfa = .88). A análise fatorial confirmatória do FSII-Br demonstrou um modelo de um fator respondendo por 62,39% da variação nos escores do FSII-Br. Esse inventário teve que ser adaptado à pesquisa: perguntas referentes ao último ano foram modificadas quanto ao tempo, para o último mês, em decorrência do seguimento curto (Anexo E2).

A DASS-21 (Anexo F) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond em 1995, com o objetivo de apresentar um instrumento capaz de mensurar e distinguir simultaneamente a depressão, a ansiedade e o estresse. A escala de resposta aos itens é do tipo *Likert* de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo na semana anterior). Pontuações para depressão, ansiedade e estresse são determinadas pela soma dos escores dos 21 itens. A escala foi adaptada e validada no Brasil por Vignola e Tucci em 2014: o resultado Kaiser–Meyer–Olkin foi de 0,949, indicando que a adequação do modelo foi alta; o alfa de *Cronbach* foi de 0,92 para depressão, 0,90 para estresse e 0,86 para ansiedade, indicando uma boa consistência interna para cada subescala na população brasileira, utilizando uma população de 242 indivíduos, de idade média de 39,9.

O SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992, Anexo G) validado no Brasil com 50 pacientes com artrite reumatoide (Ciconelli et al., 1999) tem sido utilizado para medir o bom estado de saúde nas últimas quatro semanas. Dois escores são mensurados: o físico e o mental. Em ambos, a pontuação varia de 0 a 100, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de qualidade de vida. Mensuram-se oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Bartsch et al. (2011) testaram a validade desse instrumento na população idosa Australiana e os resultados confirmaram a validade estrutural e a consistência interna das oito escalas do SF-36 na população aplicada: todas as escalas do SF-36 demonstraram consistência interna aceitável, com alfa de *Cronbach* variando de 0,82 para as escalas de saúde geral e saúde mental a 0,92 para a escala de funcionamento físico.

A BEMVIVER desenvolvida por Baptista e Pallini (2021), tem itens construídos com base em uma amostra de 690 participantes com diferentes características clínicas e sociodemográficas. A partir das respostas a pergunta “Quais são os seus motivos para viver?”, chegaram-se a 8 categorias:

a) suporte familiar;
b) suporte social;
c) espiritualidade/religiosidade;
d) perspectivas e planos para o futuro;
e) amor-próprio;
f) saúde;
g) aproveitamento da vida;
h) realização profissional.

Foi construída uma escala do tipo Likert após a construção desses itens. Em busca de evidências de validade baseada no conteúdo, o instrumento foi submetido à avaliação de cinco juízes e sua adequação semântica foi testada no estudo piloto com pessoas de baixa escolaridade. A análise de concordância entre os juízes medidas pelo Kappa revelou concordâncias substanciais (K=0,68). Quanto ao estudo piloto todos os participantes conseguiram entender o enunciado e conteúdo da nova versão de 67 itens, não relatando qualquer dificuldade na compreensão das palavras (Baptista & Pallini, 2021). Em novo estudo feito pelos mesmos atores com 432 participantes, eles verificaram e buscaram evidências de validade baseadas na estrutura interna via TCT e TRI, bem como os índices confiabilidade e análise da chave de resposta. Os resultados apresentaram uma versão final de sete categorias, com 30 itens. A chave de resposta demonstrou boa discriminação em todas as categorias e os índices de confiabilidade foram excelentes (ω=0,95). As cargas fatoriais foram todas acima de 0,40. A versão final tem as seguintes categorias:

a) espiritualidade/religiosidade;
b) suporte familiar;
c) realização profissional;
d) saúde;
e) contato social;
f) suporte social;
g) aproveitamento da vida.

A BEMVIVER foi desenvolvida a partir da EMVIVER (Gomes et al., 2020) que por sua vez foi desenvolvida a partir do modelo da Reasons for Living Scale (Escala de Razões para Viver - RLS) de Linehan et al. (1983), construída nos Estados Unidos, e traduzida para a língua portuguesa por Gomes (2015), com o principal objetivo de avaliar indiretamente a ideação suicida por meios de razões para não se matar.

4.2.6 Análise dos dados

O desenvolvimento de itens dos questionários e os testes escolhidos vieram da análise de estudos clínicos (Santos et al., 2024). A coleta de dados aconteceu ao longo do processo de pesquisa, iniciando-se pelo recrutamento e dando continuidade ao longo das intervenções. Os dados qualitativos foram avaliados pela frequência das respostas. As análises dos dados

quantitativos foram realizadas pelo software SPSS: utilizou-se o teste de Wilcoxon Signed Rank e o tamanho de efeito das diferenças encontradas foi calculado utilizando a fórmula $r = Z / \sqrt{N}$, conforme recomenda Field (2009) para testes não paramétricos. A interpretação dos efeitos seguiu os critérios propostos por Cohen (1998), sendo considerados: efeito pequeno ($r = 0,10$ a $0,29$), efeito médio ($r = 0,30$ a $0,49$) e efeito grande ($r \geq 0,50$). Os terapeutas e avaliadores receberam um treinamento no início de semestre com carga horária de 20 horas aula, no qual foram trabalhadas: história do suicídio, fatores de risco e fatores protetivos, epidemiologia, avaliação e manejo do paciente crise, modelos de atendimentos mundiais, sessões da intervenção de forma detalhada, estudo de casos.

4.3 Resultados

4.3.1 Recrutamento, critérios de elegibilidade e características dos pacientes encaminhados

O fluxo dos participantes ao longo do estudo de viabilidade está na Figura 7 que foi norteada pelo guia *The Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT, 2010). Dos 44 pacientes que foram convidados a participar, apenas 43% (19) realizaram pelo menos a avaliação. Desses, três não compareceram para a primeira sessão e dois foram excluídos do estudo porque negaram tentativa de suicídio, dizendo que fizeram atos de automutilação ou ingestão abusiva de medicação sem intenção suicida: eles foram encaminhados para psicoterapia. Sendo assim, 14 pacientes iniciaram a intervenção: o questionário sociodemográfico foi preenchido na primeira sessão por esses participantes e os dados estão descritos na Tabela 3; os participantes apresentaram uma média de idade de 30,9 anos (DP=9,1). Oito participantes eram do sexo feminino. A metade da amostra se descreveu como sendo heterossexual e preta/ parda. A maior parte da amostra (10) tinham a renda até dois salários-mínimos. Oito tinham diagnóstico de transtorno mental e a classe mais utilizada de medicações foi antidepressivo. A maior parte (10) tinha mais que 2 tentativas de suicídio e grande parte da amostra já tinha feito ou fazia uso de álcool e outras drogas.

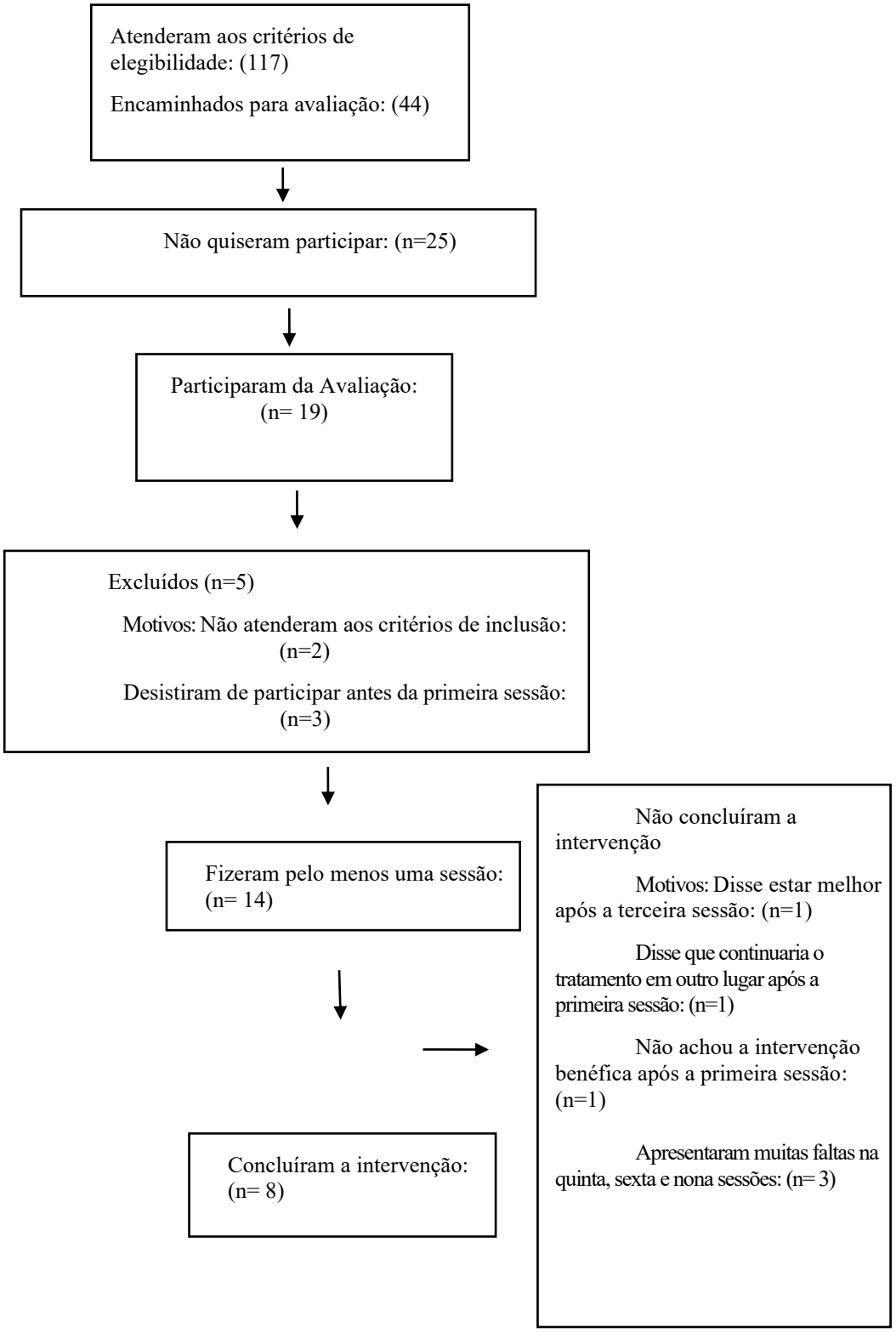
Tabela 3

Dados sociodemográficos de participantes do estudo de viabilidade

Variável analisada	Número	Variável analisada	Número
Sexo		Diagnóstico de transtorno mental	
Feminino	8 (57%)		
Masculino	6 (43%)		
Idade (anos), média	30,5	Sim	8 (57%)
		Não	6 (43%)
Orientação sexual		Uso de medicação psiquiátrica (número de prescrições)	
Heterossexual	7 (50%)	Ansiolítico	9
Homossexual	3 (21,4%)	Antidepressivo	11
Outro	4 (28,5%)	Antipsicótico	4
		Anticonvulsivante	2
		Estabilizador de humor	5
		Outro	1
		Nenhum	3 (21,4%)
Grau de escolaridade		Uso prévio ou atual de substâncias	
Fundamental incompleto	1 (7,1%)	Álcool	11 (78,5%)
	6 (43%)	Tabaco	7 (50%)
Médio completo	1 (7,1%)	Maconha	8 (57%)
Técnico completo	3 (21,4%)	Outro	2 (14,2%)
Superior incompleto	3 (21,4%)		
Superior completo			
Situação empregatícia		Número de tent.de suicídio	
Empregado	2 (14,2%)	1	4 (28,5%)
Desempregado	5 (35%)	Entre 2 e 5	8 (57%)
Autônomo	5 (35%)	Entre 6 e 10	1 (7,1%)
Estudante	2 (14,2%)	Mais de 10	1 (7,1%)
Raça		Referência afetiva	
Branca	7 (50%)	Família nuclear	8 (57%)
Preta	5 (35%)	Família extensa	2 (14,2%)
Parda	2 (14,2%)	Amigo	1 (7,1%)
		Companheiro	3 (21,4%)
Renda			
Menos de 1 salário mínimo	5 (35%)		
	5 (35%)		
1 a 2 salários mínimos	1 (7,1%)		
2 a 3 salários mínimos	1 (7,1%)		
3 a 4 salários mínimos	2 (14,2%)		
Mais de 4 salários mínimos			

Figura 7

Diagrama do número de participantes ao longo do estudo



Os principais fatores de risco identificados nesses 14 participantes no questionário de avaliação da intervenção pelo terapeuta foram:

a) uso de substâncias psicoativas (10);
b) vulnerabilidade social (10);
c) desesperança acentuada (10);
d) presença de sintomas psiquiátricos mais graves (6).

A história de abuso sexual apareceu em 5 pacientes. Os principais fatores protetivos marcados pelos terapeutas foram:

a) ter acesso a serviços de saúde mental (13);
b) rede de apoio (10);
c) engajamento do paciente (10);
d) engajamento da referência afetiva (8); e
e) resiliência (7).

4.3.2 Avaliação e processo de coleta de dados: testes e questionários

No questionário de avaliação da mensuração, a avaliadora não relatou dificuldades na aplicação de testes e questionários. Ela tinha experiência em atendimentos a pacientes com comportamento suicida e durante as avaliações disponibilizou cartilhas produzidas pela equipe do projeto (Anexos D1 e D2), construiu cartão de crise (Apêndice F) com alguns pacientes e incentivou os tratamentos propostos no momento da alta hospitalar.

Em relação aos questionários de avaliação da mensuração pelo avaliador e de avaliação da intervenção pelo terapeuta, foi apontado a necessidade de padronizar mais as perguntas, para que fossem respondidas de forma mais objetiva. Além disso, o avaliador relatou que um paciente apresentou dificuldade em entender o último item do teste do SFII e dos pacientes distinguirem se no SF36 as perguntas eram sobre saúde mental ou física. Não houve dificuldade na transcrição dos dados que ocorreu de forma adequada e em tempo hábil.

4.3.3 Avaliação da aceitabilidade, adequação da intervenção e adequação dos procedimentos de estudo

Dos 14 terapeutas que fizeram pelo menos uma sessão do protocolo, 9 consideraram que os pacientes engajaram muito, 2 de forma regular e que três se engajaram muito pouco. Três terapeutas pontuaram que foi difícil conseguir uma referência afetiva para acompanhar o paciente na primeira sessão.

As intercorrências observadas pelo terapeuta e equipe foram:

a) um paciente tentou suicídio antes de ir para sessão com uso de medicação, ele foi conduzido ao hospital pela equipe do projeto;
b) outro apresentou dificuldade em decorrência de seu estado de saúde, apresentando muitas queixas de dores no corpo e lentificação em decorrência da medicação psiquiátrica;
c) outro não demonstrou interesse e engajamento.

Um dos pacientes acompanhados apresentou um quadro depressivo muito grave, e em vários momentos foi discutido com o CERSAM a necessidade de internação: possibilidade recusada pela paciente. A intervenção foi até o fim, conforme desejo do paciente: quando a intervenção acabou, ele estava recebendo tratamento do terapeuta do CERSAM semanalmente e do psiquiatra todo mês.

Os sentimentos mais presentes nos terapeutas foram:

a) esperança (11);
b) angústia (10);
c) medo (8);
d) tranquilidade (7).

A angústia veio acompanhada de esperança, assim como o medo. Nove terapeutas consideraram o tempo das sessões adequado, os demais apresentaram dificuldade por questões específicas dos pacientes, como prolixidade. O espaço da clínica escola foi considerado adequado para as intervenções, mas dois alunos queixaram do sucateamento e das condições de higiene. Todos os terapeutas que concluíram a intervenção disseram que o tempo foi suficiente para efetivar o objetivo de estabilização do paciente. Não foram

observados eventos adversos ou fatores que colocassem em risco a segurança dos participantes. A mãe de um paciente ligou para o terapeuta afirmando que ele não estava bem; isso aconteceu após o fim da intervenção. Considerou-se isso uma implicação ética, e foi definido que sempre que a referência entrasse em contato com o terapeuta seria informada que seu contato seria comunicado para o paciente: na primeira sessão do protocolo o paciente é informado que se a sua segurança for ameaçada, o sigilo profissional pode ser quebrado.

Quatro terapeutas queixaram da dificuldade de seguir o protocolo pelas peculiaridades do paciente, como prolixidade. Todos os terapeutas disseram que conseguiram manejar os atendimentos bem e que o treinamento inicial (capacitação obrigatória de 20 horas) e as supervisões obrigatórias semanais foram suficientes para capacitá-los. Cinco pacientes foram encaminhados para psicologia para acompanhamento de longa data, três para psiquiatria, quatro para assistência social; quatro não encaminharam seus pacientes (eles já estavam sendo acompanhados por profissionais da saúde mental) e três encaminharam para oficinas de artes, músicas e leitura.

Seguem as respostas dos pontos positivos apontados por cada um dos oito pacientes que finalizaram a intervenção:

a) “a maneira e a leveza em que todos os temas das sessões foram trabalhados”; “a boa comunicação com o terapeuta”;
b) “a comunicação fácil e busca pelos meus gostos e aproximação pessoal”;
c) “o encaminhamento e tratamento com o psiquiatra”;
d) “a terapeuta ser uma pessoa muito boa, humana”;
e) “vontade de oferecer ajuda”;
f) “a escuta receptiva e acolhedora”; e
g) “as técnicas de respiração e exercícios para casa”.

Em relação aos pontos negativos, 7 pacientes disseram que não houve pontos negativos e 1 questionou a postura do terapeuta que em muitos momentos não respondia a seus questionamentos, apenas repetia a pergunta e mudava o foco. Sobre o que poderia ser incluído, quatro disseram que não incluiriam nada; um paciente disse que tudo poderia melhorar, mas que não era especialista e que logo não saberia o que incluir; dois falaram sobre a necessidade de mais sessões e um sobre mais atendimento a familiar.

Todos os oito participantes disseram que indicariam a intervenção para algum paciente que estivesse pensando em suicídio. Os pacientes avaliaram como estavam se sentindo ao

final da intervenção, seguem as respostas:

a) “estou me sentindo mais calmo e melhor comigo”;
b) “melhor, não estou no meu melhor momento, não por causa da psicoterapia ou pelo profissional que foi excelente, mas sim pelo que estou passando”;
c) “estou tranquila e percebendo quantas coisas mudaram desde o início do tratamento”; “finalmente bem”;
d) “estou bem, tenho momentos difíceis e preciso de mais acompanhamento, mas estou melhor do que quando iniciei”;
e) “revigorado e cheio de vontade de continuar a viver”;
f) “bem melhor do que quando comecei”.

4.3.4 Efeito da intervenção nas variáveis avaliadas

Os dados foram coletados apenas de 8 participantes que finalizaram a intervenção. Foi realizado o teste de *Wilcoxon Signed Rank* com o objetivo de investigar se houve diferença clínica e estatística entre os níveis de ideação suicida, depressão, ansiedade, estresse entre o pré e o pós-teste. Os resultados indicaram uma redução estatisticamente significativa nos níveis de ideação suicida ($z = 2{,}521$, $p = 0{,}012$, $r = 0{,}89$), com um alto tamanho de efeito, sugerindo uma melhoria relevante após a intervenção. Também foram observadas reduções estatísticas significativas nos níveis de depressão ($z = -2{,}103$, $p = 0{,}035$, $r = 0{,}74$) e ansiedade ($z = -2{,}366$, $p = 0{,}018$, $r = 0{,}84$), com tamanhos de efeito moderado e alto, respectivamente. No entanto, os níveis de estresse não apresentaram uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0{,}068$).

Em relação à qualidade de vida avaliada pelo SF-36, houve melhorias significativas nos domínios de Saúde Mental ($z = -2{,}028$, $p = 0{,}043$, $r = 0{,}72$) e Dor ($z = -1{,}965$, $p = 0{,}049$, $r = 0{,}69$), ambos com tamanhos de efeito moderado. Isso sugere que, após a intervenção, os pacientes relataram uma melhora em sua saúde mental e redução da dor. Quanto aos motivos para viver, apenas os itens de saúde mostraram uma tendência de melhora no pós-teste em comparação ao pré-teste ($z = -1{,}951$; $p = 0{,}051$; $r = 0{,}69$), com um tamanho de efeito moderado.

No pós-teste apenas um paciente respondeu que havia tentado suicídio novamente: entre a primeira e a segunda sessão. Um dos pacientes que desistiu também tentou suicídio durante a intervenção, mas seus dados não foram analisados porque ele não participou da

segunda avaliação, pois desistiu na sexta sessão, após várias remarcações e tentativas de atendimento com o mesmo e com sua referência afetiva. No seguimento de três meses por ligações, um paciente relatou uma tentativa de suicídio, mas informou que imediatamente se arrependeu e não precisou buscar ajuda médica: ele foi incentivado novamente a continuar os cuidados referentes a saúde mental.

4.4 Discussão

A viabilidade, aceitabilidade e análise preliminar de eficácia de uma intervenção psicoterápica composta de 10 sessões individuais para pacientes que tentaram suicídio apresentaram resultados favoráveis a continuidade de um estudo de maior escala. O recrutamento e elegibilidade demonstraram falhas decorrentes da difícil definição de tentativa de suicídio, presente nas discussões sobre o comportamento suicida na literatura (Botega, 2023; Silverman, 2011; Wenzel et al., 2010): dois participantes negaram tentativa de suicídio. As orientações aos psicólogos do hospital deverão reforçar que os encaminhados serão somente de pacientes que deixarem explicito o desejo de morrer.

Assim como apontado na literatura (Botega, 2023; Ministério da Saúde, 2024) os principais fatores de risco encontrados nos pacientes foram presença de transtornos psiquiátricos, dentre eles uso abusivo de álcool e outas drogas. A vulnerabilidade social também foi um fator de risco destacado nesse estudo: um dos pacientes que recebeu o dinheiro para pagar o deslocamento até o local da intervenção, informou que havia utilizado o dinheiro para comprar comida e que por isso não compareceu; outro estava imerso em contexto crítico, com histórico de filhos envolvidos no tráfico de drogas: ele também foi um dos que desistiu da intervenção. Discute-se também a maior vulnerabilidade das minorias como a população LGBTQIAP+: elas são expostas a mais riscos relacionados ao comportamento suicida, principalmente em decorrência dos preconceitos e formas de exclusão (WHO, 2014). Esses dados ressaltam o caráter multicausal do comportamento suicida e o quanto sua prevenção exige ações intersetoriais. Durante o processo, contatos com a rede de saúde e de assistência social foram necessários, confirmando a necessidade de articulação de serviços devido à complexidade do comportamento suicida.

Não houve intercorrências nos processos de avaliação e coleta de dados. O processo de avaliação precisa continuar sendo realizado por avaliadores que tenham conhecimento e prática no atendimento a pacientes em crise suicida, o que viabiliza um processo acolhedor, reforçando com o paciente a necessidade de continuar seguindo os encaminhamentos

propostos no hospital. Quanto aos questionários é necessário que as perguntas sejam mais objetivas. Além disso, o questionário sociodemográfico deverá ser preenchido na primeira avaliação, para que dados dos pacientes que fizeram a primeira avaliação não se percam, caso eles não realizem a intervenção.

A intervenção teve uma boa aceitação das pessoas que concluíram as 10 sessões: os pacientes afirmaram que estavam se sentindo melhores e que indicariam a intervenção para pessoas que estivessem pensando em suicídio. Embora a maioria dos participantes tenham demonstrado engajamento, alguns pacientes se engajaram pouco e desistiram da intervenção, isso pode estar relacionado as próprias alterações psicopatológicas dos pacientes, principalmente relacionadas ao humor que se associa a desmotivação e desânimo. Dos pacientes recrutados no hospital, menos da metade compareceram para a primeira avaliação. Dos 19 que fizeram a avaliação, apenas 14 compareceram para a primeira sessão e só 8 concluíram o processo. A baixa adesão desse público é apontada nos estudos de Wei et al. (2013) e Wenzel et al. (2010): uma alternativa é possibilitar que algumas avaliações e sessões ocorram de forma *online*.

Embora os terapeutas tenham apresentados sentimentos de angústia e medo durante os atendimentos inerentes ao atendimento a pacientes em crise, em que o risco de novas tentativas ou morte por suicídio são maiores, também demonstraram esperança nos atendimentos, além de grande comprometimento com os casos atendidos. Há necessidade de um acolhimento especial, além de supervisão constante aos terapeutas que atendem esse público, e um dos fatores observados pelo extensionistas e pela pesquisadora principal é que o sentimento de união do grupo tornou o processo mais leve.

Houve boa adequação da intervenção e dos procedimentos de estudo. Apesar do baixo poder estatístico, os resultados quanto a ideação suicida, depressão e ansiedade sugerem que o projeto é promissor: uma amostra maior pode ter poder suficiente para detectar pequenas alterações nos resultados clínicos que não foram significativas no estudo atual. Pesquisas futuras precisarão avaliar a intervenção de forma mais rigorosa e de forma controlada, além de examinar se as melhorias dos sintomas persistem ao longo do tempo. Não houve problemas em relação aos recursos e capacidade para gerenciar a intervenção.

4.5 Conclusão

O presente estudo apresentou uma análise de viabilidade, aceitabilidade e eficácia preliminar de uma intervenção psicoterápica para pacientes com tentativas prévias de suicídio.

Como respostas às indagações de um estudo de viabilidade, observou-se que é possível desenvolver um projeto maior: a pesquisa foi viável, aceita pelos participantes e os índices de ideação suicida nos pós-teste diminuíram. Os resultados apontam que é possível realizar um ensaio clínico, desde que as devidas modificações sejam realizadas. Dentre as mudanças necessárias estão: aplicação do questionário sociodemográfico na primeira avaliação; melhoria no recrutamento dos pacientes: o desejo de morrer tem que ser colocado de forma explícita pelo paciente a ser encaminhado; mudança no processo de avaliação do paciente, que poderá ser realizada de forma online; revisão de itens dos questionários, a fim de torná-los mais objetivos. Os resultados preliminares indicam que a intervenção tem potencial para ser eficaz e efetiva em um estudo de maior escala, reforçando a importância de prosseguir com pesquisas maiores para avaliar esses achados.

Referências

Associação Paulista de Medicina (2024). *Taxas de suicídio e de autolesão de crianças e jovens aumentam no Brasil*. https://www.apm.org.br/taxas-de-suicidio-e-de-autolesao-de-criancas-e-jovens-aumentam-no-brasil/

Assumpção, A. de F. A. (2019). *Terapia cognitiva baseada em mindfulness para universitários com sintomas leves e moderados de depressão, ansiedade e estresse*. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Programa de Pós-graduação em Psicologia comportamental e cognitiva.

Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2021). Escala brasileira de motivos para viver (bemviver): construção e validade de conteúdo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *22*(1), 100-115. http://dx.doi.org/10.15309/21psd220110.

Bartsch, L.J., Butterworth, P., Byles, J. E., Mitchell, P., Shaw, J., & Anstey, K. J. (2011). Examining the SF-36 in an older population: analysis of data and presentation of Australian adult reference scores from the Dynamic Analyses to Optimise Ageing (DYNOPTA) project. *Qual Life Res 20*(8), 1227-1236 (2011). https://doi.org/10.1007/s11136-011-9864-0

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weisseman, A. (1979). Assesment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation. *Jornal of consulting and Clínicas Psychology*, *47*(2), 343-352.

Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Artmed. Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção.* Unesp.

Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: avaliação e manejo.* (2a ed.). Artmed.

Boudreaux, E. D., Stanley, B., Green, K. L., Galfalvy, H., & Brown, G. K. (2021). A randomized, controlled trial of the safety planning intervention: Research design and methods. Contemporary clinical trials ,*103*, 106291. https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106291

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2024). *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio*. Artmed.

Center for Disease Control and Prevention (2016). *Web-based injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*. https://wisqars.cdc.gov/.

Chang, E. C., & Chang, O. D. (2016). Development of the frequency of suicidal ideation inventory: Evidence for the validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. *Cognitive Therapy and Research*, *40*, 549-556. 10.1007/s10608-016-9758-0.

Ciconelli, R., M., Ferraz. M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia, 39*, 43-150.

Ciolino, J. D., Kaizer, A. M., & Bonner, L. B. (2023). Guidance on interim analysis methods in clinical trials. *Journal of clinical and translational Science*, *7*(1), e124. https://doi.org/10.1017/cts.2023.552

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo.*

Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Ministério da Saúde. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *77*(10), 1021-1030. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586

Durgante, H., & Dell'Aglio, D. D. (2018). Critérios metodológicos para a avaliação de programas de intervenção em psicologia. *Avaliação Psicológica*, *17*(1), 155-162. https://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1701.15.13986

Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., & Lancaster, G. A. (2016). CONSORT 2010 statement: extension to randomized pilot

and feasibility trials. *Pilot Feasibility Stud*, *2*, 64. https://doi.org/10.1186/s40814-016-0105-8

Faul, F., Erdfelder E., Lang A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*, *39* (2),175-191.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3a ed.). SAGE Publications.

Gomes, M. A., Dellazzana-Zanon, L. L., Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2020). Escala de Motivos para Viver (emviver): processo de construção dos itens. *Psicologia para América Latina*, (34), 207-220. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200011.

Grupp-Phelan, E. D., Stanley, B., Green, K. L., Galfalvy, H., & Brown, G. K. (2021). A randomized, controlled trial of the safety planning intervention: Research design and methods. *Contemporary Clinical Trials* ,103, 106291. https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106291

Grupp-Phelan, J., Stevens, J., Boyd, S., Cohen, D. M., Ammerman, R. T., Liddy-Hicks, S., Heck, K., Marcus, S. C., Stone, L., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2019). Effect of a Motivational Interviewing-Based Intervention on Initiation of Mental Health Treatment and Mental Health After an Emergency Department Visit Among Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, *2*(12), e1917941. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17941

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS medicine, 13*(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Hawton K., Pirkis, & J. (2024). Preventing suicide: a call to action. *Lancet Public Health, 9*(10), e825-e830. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00159-2.

Jeong, H., Yim, H. W., Lee, S.-Y., Potenza, M. N., & Kim, N.-J. (2023). Effectiveness of psychotherapy on prevention of suicidal re-attempts in psychiatric emergencies: Asystematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *92*(3), 152-161. https://doi.org/10.1159/000529753

Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (2019, 26 de abril). Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Presidência da República.

https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cgpnpas/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(2), 276-286. 10.1037/0022-006x.51.2.276.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression, anxiety, stress scales*. Psychology Foundation of Australia. http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/

Malakouti, S. K., Nojomi, M., Ghanbari, B., Rasouli, N., Khaleghparast, S., & Farahani, I. G. 2022). Aftercare and Suicide Reattempt Prevention in Tehran, Iran. *Crisis*, *43*(1), 18-27. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000754

Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS investigators (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS One*, *14*(2), e0210778. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778.

Ministério da Saúde. (2021). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030*. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf

Ministério da Saúde. (2024). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, *55*(4), 1-17. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view

Organização Pan-Americana da Saúde, & Organização Mundial da Saúde. (2024). *Viver a vida: Guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países*. https://www.paho.org/pt/documentos/live-life-guia-implementacao-para-prevencao- do-suicidio-paises

Orsmond, G. I., & Cohn, E. S. (2015). The distinctive features of a feasibility study: objectives and guiding questions. *OTJR : occupation, participation and health*, *35*(3), 169-177. https://doi.org/10.1177/1539449215578649

Probert-Lindström, S., Berge, J., Westrin, Å., Öjehagen, A., & Skogman Pavulans, K. (2020). Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open*, *10*(10),

e038794. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038794

Roger, C. (1961). *Tornar-se pessoa.* Martins Fontes.

Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide & life-threatening behavior*, *50*(3), 652-667. https://doi.org/10.1111/sltb.12612

Santos, L. A., Teodoro, M. L. M., & Oliveira, F. C. de. (2024). The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta analysis of randomized controlled trials. *Ciencias Psicológicas*, *18*(2), e-3667. https://doi.org/10.22235/cp.v18i 2.3667

Silverman, M. M. (2006) The language of suicidology. Suicide and Life-Threatening Behaviour, *36*(5), 519-532. https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519.

Sinyor, M., Williams, M., Mitchell, R., Zaheer, R., Bryan, C. J., Schaffer, A., Westreich, N., Ellis, J., Goldstein, B. I., Cheung, A. H., Selchen, S., Kiss, A., & Tien, H. (2020).

Cognitive behavioral therapy for suicide prevention in youth admitted to hospital following an episode of self-harm: A pilot randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, *1*(266), 686-694. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.178

Teodoro, M., Souza, R. S. B. de., Martins, C. de. C., Sediyama, C. Y. N., Alvares-Teodoro, J., Chang, O. D., & Chang, E. C. (2022). Validity of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory in Brazilian adults. *Death Studies*, *46*(8), 1840-1844. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824201.

The Consolidated Standards of Reporting Trials. (2010). www.consort-statement.org.

Vignola, R. C., B. & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. Journal of Affective Disorders, *155,* 104-109. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031

Wang, M., Ma, H., Shi, Y., Ni, H., Qin, C., & Ji, C. (2025). Single-arm clinical trials: Design, ethics, and principles. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *15*(1), 46-54. DOI: 10.1136/spcare-2024-004984.

Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care(Philadelphia), *30*(6), 473-483.

Weaver, N., Bertolacci, G., Naghavi, M., Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Liu, H. H., Mantilla-Herrera, A. M., Pinheiro, M., Nichols, E., Shadid, J., Tantimanangor, W., Wiysonge,

C. S., & Vos, T. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health, 10*(3), e189-e202. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4

Wei, S., Liu, L., Bi, B., Li, H., Hou, J., Tan, S., Chen, X., Chen, W., Jia, X., Dong, G., Qin, X., & Liu, Y. (2013). An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis*, *34*(2), 107-115. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000181

Wenzel, A., & Brown, G. K., Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas.* Artmed.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: global health estimatives*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643.

World Health Organization. (2025a). *Suicide*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

World Health Organization. (2025b). *Suicide worldwide in 2021: global health estimates. https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069*

World Health Organization. (2025c). *Suicide: datos y cifras.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

5 QUARTO ESTUDO: ENSAIO CLÍNICO NÃO CONTROLADO COM PACIENTES QUE TENTARAM SUICÍDIO[5] [6]

Resumo

Pessoas com tentativas recentes de suicídio apresentam um risco elevado de novas tentativas ou de morte por suicídio. As intervenções destinadas ao tratamento do sofrimento apresentado por esse público ainda são escassas, embora a literatura mundial seja enfática sobre a necessidade de identificação e acompanhamento dessas pessoas. O objetivo desse estudo foi avaliar a efetividade de uma intervenção psicoterápica breve na prevenção de reincidências de novas tentativas de suicídio e melhorias de indicadores de saúde mental, logo após a finalização de 10 sessões de psicoterapia. Foi realizado um ensaio clínico não controlado. Iniciaram a intervenção 20 pacientes que tiveram alta de um hospital de urgência e emergência, após tentativa de suicídio, em um período de até três meses após a tentativa. Dezoito pacientes finalizaram o processo: não houve novas tentativas de suicídio durante a intervenção nesses pacientes. As pontuações totais médias para os resultados no final da intervenção apontaram diminuição estatística significativa na ideação suicida, na depressão, na ansiedade e no estresse, bem como melhora nos escores de qualidade de vida e motivos para se viver. Na avaliação da intervenção, todos os pacientes a avaliaram como muito boa. Durante os contatos telefônicos realizados pelo terapeuta, houve relato de quatro pessoas que tentaram suicídio e sete tentativas. A intervenção parece ser efetiva durante o tempo de acompanhamento. Estudos de *follow up* são necessários para avaliar o efeito da intervenção ao logo do tempo. Além disso, considera-se importante aumentar o número de sessões, frente a complexidade do sofrimento apresentado e a escassez de psicoterapia de longo prazo no setor público.

Palavras-chaves: psicoterapia; tentativa de suicídio; efetividade; tratamento

[5] Autores: Luciana Almeida Santos, Maycoln Teodoro, Elder Gomes Pereira, André Nascimento Ladeira, Glaicy Felix, Gabriela Vilaça Zannini de Santo André, Lucas Nogueira.

[6] Esse estudo será enviado para avaliação à revista *Death Studies*

Abstract

Individuals with recent suicide attempts are at a high risk of reattempting or dying by suicide. Interventions aimed at addressing the psychological distress experienced by this population remain scarce, although the global literature strongly emphasizes the need for identification and continuous follow-up of these individuals. This study aimed to evaluate the effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention in preventing the recurrence of suicide attempts and improving mental health indicators, immediately following the completion of ten psychotherapy sessions. An uncontrolled clinical trial was conducted. The intervention began with 20 patients who had been discharged from an emergency and trauma hospital after a suicide attempt, within a period of up to three months after the incident. Eighteen patients completed the intervention, and none of them made a new suicide attempt during the treatment. The average total scores at the end of the intervention indicated a statistically significant decrease in suicidal ideation, depression, anxiety, and stress, as well as improvements in quality of life and reasons for living. In the evaluation of the intervention, all participants rated it as very good. During follow-up phone calls made by the therapist, four individuals reported a total of five suicide attempts. The intervention appears to be effective during the follow-up period. However, follow-up studies are necessary to assess its long-term effects. Furthermore, increasing the number of sessions is considered important, given the complexity of the suffering presented and the limited availability of long-term psychotherapy in the public healthcare system.

Keywords: psychotherapy; suicide attempt; effectiveness; treatment

5.1 Introdução

Uma tentativa de suicídio é o maior fator de risco isolado para novas tentativas e para a morte por suicídio e carrega inúmeros sofrimentos relacionados a múltiplos fatores, que exigem estratégias complexas de tratamento e prevenção que abarquem desde questões de vulnerabilidade social até aspectos individuais (WHO, 2014). A tentativa ainda pode desencadear sequelas causadas pelo ato, intensificando o sofrimento que já está presente. De acordo com a WHO (2014): “Identificar as pessoas com risco alto e proporcionar um acompanhamento e apoio deve ser um componente chave de todas as estratégias integrais de prevenção do suicídio.” (p. 25). O manual *Viver a vida: guia de implementação para a*

prevenção do suicídio nos países da Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS, 2024) aponta estratégias de identificação, avaliação, gerenciamento e seguimento de pessoas em risco de suicídio, entre eles, a pessoa que fez uma tentativa prévia, demonstrando que essas ações podem reduzir os riscos de novas tentativas de suicídio ou morte por suicídio.

Reduzir o suicídio é uma prioridade da WHO (2025) incluída como uma meta global nos planos gerais de trabalho de 2019 a 2028 e no seu Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013 a 2030. Em 2021, estima-se que 727.000 pessoas morreram por suicídio: essa foi a terceira principal causa de morte na faixa etária entre 15 a 29 anos (WHO, 2025). Para cada morte por suicídio há de 10 a 20 tentativas de acordo com a WHO (2019). No contexto brasileiro, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) aponta o suicídio como a segunda principal causa de morte de adolescentes de 15 a 19 anos e como a quarta principal entre jovens de 20 a 29 anos (Ministério da Saúde, 2024). No Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no contexto brasileiro, no ano de 2021 foram 114.159 casos de violência autoprovocada notificadas; verificou-se um predomínio de notificações na faixa de 20 a 49 anos de idade (60,2%) (Ministério da Saúde, 2024): cabe problematizar que ainda há uma grande subnotificação (WHO, 2025; Weaver et al., 2021).

No contexto internacional, estudos sobre a eficácia de psicoterapias breves para prevenção de comportamento suicida são inconclusivos. Doupnik et al. (2020) fizeram uma revisão sistemática com meta-análise com 14 estudos contendo quatro componentes principais: contato breve, coordenação de cuidados, planejamento de segurança e outras terapias breves, com amostra de 4270 pacientes em risco de suicídio. Estimativas de efeito combinado mostraram que essas intervenções breves de prevenção ao suicídio foram associadas à redução de tentativas subsequentes de suicídio (*odds ratio* combinada, 0,69; IC de 95%, 0,53-0,89). Resultados semelhantes foram encontrados por Santos et al. (2024). Os autores realizaram um estudo de revisão sistemática de literatura com meta-análise sobre intervenções eficazes para redução de novas tentativas de suicídio e seis estudos dos 16 selecionados, mostraram diferenças estatísticas que favoreceram a intervenção psicoterapêutica em algum momento durante o período de acompanhamento. Ao comparar a psicoterapia com o tratamento usual, a meta-análise revelou uma razão de chances de 0,41 (IC 95%, 0,17-0,99, $p = 0,05$) na análise até 12 meses de acompanhamento, e uma razão de chances de 0,48 (IC 95%, 0,30-0,78, $p < 0,001$) após 12 meses de acompanhamento. Os resultados indicam a eficácia de algumas dessas intervenções na redução de tentativas adicionais de suicídio, mas devem ser analisados com cautela, dada a heterogeneidade da

amostra, dos tratamentos e dos comparadores.

No Brasil, há ainda escassez de serviços e estudos sobre intervenções para prevenção de novas tentativas de suicídio e da eficácia e efetividade que a psicoterapia pode ter nesse momento de dor na redução do comportamento suicida, embora o atendimento psicossocial a essas pessoas em risco seja uma prioridade da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) (*Lei nº 13.819,* 2019).

Frente ao aumento do número de mortes por suicídio na idade jovem nos últimos anos no Brasil, aliada à escassez de pesquisas na área, o objetivo desse estudo foi avaliar os efeitos clínicos de uma intervenção psicoterápica breve de 10 sessões para pessoas que fizeram uma tentativa de suicídio recente, em relação a novas tentativas de suicídio, ideação suicida, depressão, ansiedade, estresse, qualidade de vida e motivos para se viver. Essa intervenção foi um tratamento adicional e não substitutivo ou comparativo aos tratamentos usuais da rede de saúde mental.

As hipóteses foram que após a intervenção os participantes apresentariam melhora clínica significativa na: redução de tentativa de suicídio, da ideação suicida, dos sintomas de depressão, de ansiedade e de estresse; e que a intervenção levaria ao aumento nos escores das medidas positivas de qualidade de vida e motivos para viver.

5.2 Materiais e Métodos

5.2.1 Delineamento do estudo

Foi realizado um ensaio clínico não controlado, que avalia os desfechos mensurados apenas nos participantes do grupo (Hochman, 2005). Conforme Wang et al. (2025) embora ensaios de braço único não realizem a randomização e cegamento em termos de rigor científico, eles ainda incorporam princípios de controle, equilíbrio e replicação.

Os pacientes foram recrutados no hospital João XXIII na cidade de Belo Horizonte para uma intervenção psicológica adicional aos encaminhamentos realizados no momento da alta hospitalar. A intervenção foi realizada no formato de atendimentos individuais em dez sessões de psicoterapia realizadas em um projeto de extensão da Universidade Federal de Minas Gerais. Os atendimentos aconteceram no Centro de Aplicação da Psicologia (CEAP) da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas(FAFICH). Houve a participação de uma referência afetiva escolhida pelo paciente na primeira e na décima sessões. Avaliadores independentes avaliaram indicadores de saúde mental antes e após a intervenção. Os pacientes

receberam a intervenção em um período de até 3 meses após a tentativa de suicídio que os levaram ao hospital.

5.3 Participantes e cálculo amostral

A divulgação foi feita pela pesquisadora principal em um hospital de urgência e emergência localizado na cidade de Belo Horizonte onde os pacientes foram recrutados: os psicólogos da instituição foram orientados sobre a possibilidade de encaminhamentos, bem como critérios de inclusão e de exclusão.

O recrutamento e a seleção dos pacientes ocorreram entre setembro de 2024 a abril de 2025. Todos os pacientes continuaram a receber os mesmos encaminhamentos para a rede de atenção psicossocial conforme protocolo do hospital, no momento da alta. Os critérios de inclusão foram: ter entre 18 e 60 anos, residir na cidade de Belo Horizonte, ter sido admitido no referido hospital após tentativa de suicídio, iniciar a intervenção com no máximo de três meses após a tentativa. Como critérios de exclusão, os participantes não poderiam ser considerados judicialmente incapazes, apresentarem uma condição médica ou psiquiátrica que impedisse o consentimento informado ou participação em tratamento ambulatorial, como psicose ativa ou fase maníaca e não poderiam expressar ideias homicidas. Vinte pacientes iniciaram a intervenção, sendo que dezoito concluíram o processo. O tamanho amostral investigado possui um erro beta de 0,67, considerando um tamanho de efeito de 0,50 e p-valor de 0,05. Para o cálculo amostral foi utilizado o software G Power 3.1 (Faul et al., 2007).

5.4 Procedimentos éticos

Como é uma pesquisa que envolve seres humanos, seguiu todos os requisitos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (*Resolução 466*, 2012) e (*Resolução 510,* 2016), com respeito à dignidade humana, liberdade, autonomia, privacidade e proteção aos participantes, com uso sistemático da ética, visando benefícios potenciais para comunidade, como promoção de bem-estar e qualidade de vida.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG (CAEE: 70001023.0.0000.5149) e da FHEMIG (CAAE: 7001023.0.3001.5119). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início do tratamento (Apêndice B2): foi explicado que poderiam abandonar o tratamento a qualquer hora e que a privacidade seria respeitada. Quando o paciente tinha um psicólogo de

referência, esse foi comunicado sobre o atendimento concomitante em caráter de urgência, deixando claro os objetivos de intervenção e que um dos objetivos era reforçar a continuidade da psicoterapia, com respeito ao Código de Ética do Psicólogo (CFP, 2005).

5.5 Instrumentos

Foi desenvolvido um questionário para avaliação sociodemográfica da amostra aplicado no início da pesquisa (Apêndice C), durante a primeira avaliação. O objetivo desse questionário foi ter uma compreensão maior do contexto sociodemográfico do paciente, bem como coletar informações sobre comorbidade, uso de substâncias psicoativas, tratamentos com profissionais da saúde mental, número de tentativas prévias.

Variáveis foram mensuradas pelo FSII-Br (Chang & Chang, 2016; Teodoro et al., 2022; Anexo E2); pela DASS-21, (Lovibond & Lovibond, 1995; Vignola & Tucci, 2014; Anexo F); pelo SF-36 (Ware & Sherbourne; 1992; Ciconelli et al., 1999; Anexo G); e pela BEMVIVER (Baptista & Pallini, 2021; Linehan al., 1983; Anexo H).

O FSII-Br é uma adaptação do FSII de Chang e Chang (2016), validado por Teodoro et al. (2020) no contexto brasileiro. O FSII é composto por 5 itens que avaliam frequência de ideação suicida, medida na escala *likert* de 5 pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (quase todos os dias) (Anexos E1 e E2). Esse inventário foi validado no Brasil, refletindo um construto unidimensional, com uma população de 946 universitários brasileiros com uma média de idade de 24,67 e a confiabilidade interna medida pelo coeficiente alfa de *Cronbach* que foi excelente (alfa = .88). A análise fatorial confirmatória do FSII-Br demonstrou um modelo de um fator respondendo por 62,39% da variância nos escores do FSII-Br. Esse inventário teve que ser adaptado à pesquisa: perguntas referentes ao último ano foram modificadas quanto ao tempo, para o último mês, em decorrência do seguimento curto. As versões adaptadas e a original encontram-se anexas.

A Escala DASS foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond em 1995, com o objetivo de apresentar um instrumento capaz de mensurar e distinguir simultaneamente a depressão, a ansiedade e o estresse. A escala de resposta aos itens é do tipo *likert* de quatro pontos variando de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo na semana anterior). Pontuações para depressão, ansiedade e estresse são determinadas pela soma dos escores dos 21 itens (Anexo F). A escala foi adaptada e validada no Brasil por Vignola e Tucci em 2014: o Kaiser–Meyer–Olkin foi de 0,949, indicando que a adequação do modelo foi alta; o alfa de *Cronbach* foi de 0,92 para depressão, 0,90 para estresse e 0,86 para

ansiedade, indicando uma boa consistência interna para cada subescala na população brasileira, utilizando uma população de 242 indivíduos, de idade média de 39,9. Além disso, e segundo os mesmos autores, a análise fatorial e a distribuição dos fatores entre as subescalas indicaram que a estrutura de três fatores distintos foi adequada.

O SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) validado no Brasil com 50 pacientes com artrite reumatoide (Ciconelli et al., 1999) tem sido utilizado para medir a qualidade de vida obtendo-se uma pontuação que pode variar de 0 a 100 (bom estado de saúde nas últimas quatro semanas). Dois escores são mensurados: o físico e o mental. Em ambos, a pontuação varia de 0 a 100, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de qualidade de vida (Anexo G). Mensuram-se oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Hustel et al. (1997 como citado em Ciconelli et al., 1999) estudaram a validação do SF-36 com 113 pacientes com artrite psoriásica: reprodutividade do instrumento foi demonstrada através de sua consistência interna, com coeficientes alfa de *Cronbach* maiores que 0,9 para todas as escalas. Bartsch et al. (2011) testaram a validade desse instrumento na população idosa Australiana e os resultados confirmaram a validade estrutural e a consistência interna das oito escalas do SF-36 na população aplicada: todas as escalas do SF-36 demonstraram consistência interna aceitável, com alfa de *Cronbach* variando de 0,82 para as escalas de saúde geral e saúde mental a 0,92 para a escala de funcionamento físico. A versão SF- 12 foi traduzida e validada por Camelier (2004) no Brasil, com uma amostra de pacientes DPOC. Alfa de *Cronbach* 0.83 foi encontrado em estudo realizado por Silveira et al. (2013) com dados do SF-12 obtidos de um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros: foram 2157 pessoas, sendo demonstrado níveis satisfatórios de sensibilidade, confiabilidade, validade do constructo e da estrutura do questionário.

A Escala BEMVIVER desenvolvida por Baptista e Pallini (2021), tem itens construídos com base em uma amostra de 690 participantes com diferentes características clínicas e sociodemográficas. A partir das respostas a pergunta “Quais são os seus motivos para viver?”, chegaram-se a oito categorias: Suporte familiar; Suporte social; Espiritualidade/religiosidade; Perspectivas e Planos para o futuro; Amor-próprio; Saúde; Aproveitamento da vida; Realização profissional.

Os itens são avaliados por uma escala Likert de 4 pontos. Em busca de evidências de validade baseada no conteúdo, o instrumento foi submetido à avaliação de cinco juízes e sua adequação semântica foi testada no estudo piloto com pessoas de baixa escolaridade. A análise de concordância entre os juízes medidas pelo Kappa revelou concordâncias

substanciais (K=0,68). Quanto ao estudo piloto todos os participantes conseguiram entender o enunciado e conteúdo da nova versão de 67 itens, não relatando qualquer dificuldade na compreensão das palavras (Baptista & Pallini, 2021). Em novo estudo feito pelos mesmos atores (Baptista & Pallini, 2021), com 432 participantes, eles buscaram e verificaram evidências de validade baseadas na estrutura interna via Teoria Clássica dos Testes (TCT) e Teoria de Resposta ao Item (TRI), bem como os índices confiabilidade e análise da chave de resposta. Os resultados apresentaram uma versão final de sete categorias, com 30 itens. A chave de resposta demonstrou boa discriminação em todas as categorias e os índices de confiabilidade foram excelentes (ω=0,95). As cargas fatoriais foram todas acima de 0,40. A versão final tem as seguintes categorias: espiritualidade/religiosidade; suporte familiar; realização profissional; saúde; contato social; suporte social; aproveitamento da vida.

A BEMVIVER foi desenvolvida a partir da EMVIVER (Gomes et al., 2020) que por sua vez foi desenvolvida a partir do modelo da Reasons for Living Scale (RLS) de Linehan et al. (1983), construída nos Estados Unidos, e traduzida para a língua portuguesa por Gomes (2015), com o principal objetivo de avaliar indiretamente a ideação suicida por meios de razões para não se matar.

A segunda avaliação foi composta pela pergunta: “você tentou suicídio após a alta hospitalar e se sim, quantas vezes?”, seguida pelos testes FSII-Br, DASS-21, SF-36 e BEMVIVER, pelo questionário de avaliação da intervenção e pelo questionário de avaliação do tratamento padrão, construídos pelos pesquisadores desse estudo.

5.6 Procedimentos de intervenção

Os pacientes foram submetidos a uma avaliação presencial realizadas por psicólogos do programa de Pós-graduação de Psicologia em nível de mestrado que não estavam envolvidos no tratamento. Após avaliação, os pacientes foram designados a um terapeuta. Os terapeutas foram alunos dos últimos períodos do curso de Psicologia, devidamente treinados e supervisionados.

Foi realizada uma intervenção breve de 10 sessões, em que se trabalhou prevenção de novas crises, fatores de risco, fatores protetivos, rede de apoio e rede intersetorial. O direcionamento para as sessões foram:

a) realizar uma escuta acolhedora e cuidadosa;
b) criar estratégias para enfrentar fatores de risco;

c) potencializar fatores protetivos;
d) desenvolver habilidades para resolução de problemas relacionados ao comportamento suicida;
e) propiciar a elaboração de emoções e pensamentos negativos;
f) capacitar os pacientes de recursos para atuarem de forma mais adaptativa em possíveis novas crises;
g) realizar encaminhamentos para dispositivos da rede intersetorial;
h) ajudar o paciente a ampliar sua rede de apoio;
i) reforçar a necessidade de acompanhamento de longa duração com profissionais da saúde mental.

Houve psicoeducação e sensibilização de uma referência afetiva escolhida pelo paciente na primeira e na décima sessões: ela foi orientada sobre o sofrimento apresentado e sobre estratégias para momentos de crises. Essa referência não se restringiu a familiares, poderia ser um amigo, um vizinho: qualquer pessoa acima de 18 anos que o paciente sentisse segurança para dividir seus sentimentos e buscar ajuda nos momentos de crise.

Para uma maior flexibilidade, as sessões foram detalhadas e colocadas em blocos, o que ajudou o terapeuta a ter maior flexibilidade na sequência das sessões de acordo com a necessidade do paciente. Foi acordado que após o fim da intervenção, os pacientes receberiam ligações telefônicas por três meses, com o objetivo de não romper o vínculo terapêutico de forma abrupta, avaliar como os pacientes estavam se sentindo, reforçar a busca de ajuda caso necessário.

5.7 Análise de dados

As análises estatísticas foram conduzidas com os dados de 18 participantes avaliados em dois momentos: antes (T1) e após (T2) a intervenção. As análises foram realizadas no *software Just Another Statistical Program (JASP),* considerando um delineamento intra-sujeitos (medidas repetidas). Inicialmente, foram calculadas frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e, para as variáveis intervalares, médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos. As análises descritivas foram utilizadas para caracterizar os dados sociodemográficos da amostra, para descrever as respostas relacionadas ao tratamento padrão, e para avaliar a percepção dos participantes sobre a intervenção. No caso da variável "tentativa de suicídio", foi avaliado o número de novas tentativas e de participantes que

voltaram a tentar durante o período de intervenção.

Para as análises inferenciais, foi realizada uma verificação da normalidade dos dados por meio do teste de *Shapiro–Wilk*. As variáveis que apresentaram distribuição normal foram comparadas utilizando o teste t para amostras pareadas. Já as variáveis que não atenderam ao pressuposto de normalidade foram analisadas por meio do teste de *Wilcoxon* para postos sinalizados. As variáveis analisadas com o teste de *Wilcoxon* foram: os Aspectos Emocionais do SF-36, e os domínios de Espiritualidade, Suporte Familiar e Suporte Social do instrumento BEMVIVER. As demais variáveis foram analisadas com teste t pareado.

Nas análises com teste t pareado, foi calculado o tamanho de efeito por meio do coeficiente d de *Cohen* ajustado para medidas repetidas (corrigido pela correlação entre os tempos), sendo também relatado o intervalo de confiança de 95%. Já para as análises com teste de *Wilcoxon*, foram reportados os valores de W, z e o tamanho de efeito foi expresso pela correlação bisserial por postos (r_{rb}), também acompanhada de intervalo de confiança de 95%.

A interpretação dos tamanhos de efeito seguiu as diretrizes propostas por Cohen (1988). Para o coeficiente d de Cohen, foram considerados como efeito pequeno valores em torno de 0,20, efeito médio valores em torno de 0,50, e efeito grande valores a partir de 0,80. Para a correlação bisserial por postos, os pontos de corte utilizados foram aproximadamente 0,125 para efeito pequeno, 0,304 para efeito médio e 0,465 para efeito grande. Para todas as análises conduzidas, adotou-se um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$). Por fim, a melhora clínica dos participantes foi avaliada com base em três indicadores principais: a redução de novas tentativas de suicídio durante a intervenção, a redução nos escores de ideação suicida, depressão, ansiedade e estresse, e o aumento nos escores de qualidade de vida e nos motivos para viver reportados pelos participantes.

5.8 Resultados

5.8.1 Características dos pacientes:

Dos 79 pacientes que foram convidados para a intervenção no hospital, 27 compareceram para a primeira avaliação, sendo que 20 (25,3%) pacientes iniciaram o processo de intervenção. Destes, 18 concluíram todo o processo: dois pacientes apresentaram novas tentativas e deram continuidade ao tratamento no CERSAM. A Tabela 4 descrita abaixo se refere aos pacientes que realizaram a avaliação.

Tabela 4

Dados sociodemográficos e de saúde mental dos pacientes do ensaio clínico não controlado

Variável analisada	Categoria/Resposta	(n)	Frequência (%)
Idade	Média: anos (DP)	28,9 (9,28)	-
Sexo	Feminino	23	85,2%
	Masculino	04	14,8%
Gênero	Cisgênero	27	100%
	Transexual	00	-
	Não-binário	00	-
	Outros	01	-
	Homossexual	04	14,3%
Orientação Sexual	Heterossexual	19	67,9%
	Bissexual	03	14,3%
	Preta	06	22,2%
Raça	Parda	09	33,3%
	Branca	12	44,5%
	Indígena	00	-
	Técnico Completo	00	-
	Ensino Fundamental incompleto	01	3,7%
	Ensino Fundamental completo	04	14,8%
Escolaridade	Ensino Médio incompleto	03	11,1%
	Ensino Médio completo	07	25,9%
	Ensino Superior incompleto	07	25,9%
	Ensino Superior completo	05	18,6%
Situação Empregatícia	Empregado	15	55,6%
	Desempregado	12	44,4%
	Menos de 1 salário mínimo	08	29,6%
	Entre 1 e 2 salários mínimos	09	33,3%
Renda	Entre 2 e 3 salários mínimos	03	11,1%
	Entre 3 e 4 salários mínimos	01	03,7%
	Mais de 4 salários mínimos	01	03,7%
	Não resposta	05	18,6%
	Primeira tentativa	11	40,7%
	Duas tentativas	02	07,4%
Tentativas suicídio	Três tentativas	04	14,8%
	Quatro tentativas	03	11,1%
	Cinco ou mais tentativas	07	25,9%
Psicoterapia (acompanhamento)	Fez/Faz	20	74,1%
	Não fez/faz	07	25,9%
Psiquiatria (acompanhamento)	Fez/Faz	22	81,5%
	Não fez/faz	05	18,5%
Diagnóstico	Possui	21	77,8%
	Não possui	06	22,2%
Uso de medicação psiquiátrica	Fez/Faz	24	88,9%
	Não fez/faz	03	11,1%
Uso de Substância	Fez/Faz	16	59,3%
	Não fez/faz	11	40,7%
	Não se aplica	11	40,7%
Tipo de Substância	Lícita	09	33,3%
	Ilícita	01	3,7%
	Ambas (lícita e ilícita)	06	22,2%

Dos dezoito participantes que finalizaram a intervenção, 16 eram mulheres, 12 se identificaram como heterossexuais, 3 como homossexuais, 2 como bissexuais e 1 como outros. Nove se identificaram como brancos, 4 como pretos e 5 como pardos. Oito pacientes tinham até o ensino médio completo, 6 superior incompleto e 4 superior completo. Sete estavam trabalhando e 11 estavam desempregados. A maioria dos pacientes já haviam passado por psiquiatras (16) e psicólogos (15) em algum momento da vida, sendo que 16 informaram já terem recebido um diagnóstico e 16 estavam fazendo uso de medicação.

Quanto aos diagnósticos, considerando as comorbidades, a depressão foi o diagnóstico mais prevalente (11 casos), aparecendo tanto isoladamente quanto combinado com outros transtornos. O transtorno bipolar apareceu em 6 casos, o transtorno de personalidade *borderline* em 3 participantes, os transtornos referentes a ansiedade em 6 casos, os de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em 3 casos e o Transtorno do Espectro Autista em 1 caso. Quanto ao número de tentativas prévias, 12 pacientes relataram reincidência, sendo que desses, 10 participantes tinham tentado mais que duas vezes. Em relação ao relato de uso de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), 10 relataram fazer uso de substâncias psicoativas, porém, dentre estes, o uso de substâncias não foi relatado como comorbidade. Dos 18 pacientes que finalizaram a intervenção, só quatro estavam em acompanhamento psicológico, 12 tinham passado pela psiquiatria após a tentativa. Dos pacientes em acompanhamento psiquiátrico, nove relataram efeitos colaterais da medicação, como sonolência e demora no início dos efeitos terapêuticos.

5.9 Tolerabilidade ao tratamento

Foram 79 pacientes convidados a participarem do projeto pelos psicólogos do hospital. Desses, 27 realizaram a avaliação, sendo que sete desistiram de iniciar a intervenção. Os motivos de recusa dos 53 pacientes foram organizados em categorias e são apresentados a seguir em análise de frequência absoluta: sete pacientes relataram estarem em outro acompanhamento/tratamento e recusaram; seis queixaram-se da distância da UFMG do local de residência; seis apresentaram questões de saúde (procedimentos não especificados, crises de pânico, e complicações pós tentativa de suicídio, transtorno por uso de substâncias); cinco disseram que não tinham referência afetiva para acompanhá-los; cinco não especificaram os motivos; três estavam passando os dias dentro do CERSAM; três queixaram-se dos horários disponíveis; dois relataram estar bem atualmente e optaram pela recusa; um apresentou questões familiares (necessidade de viajar devido à morte de parente) e 15 pacientes e suas

respectivas referências não responderam às tentativas de contato dos avaliadores para o agendamento da avaliação, mesmo com insistência de ligações e mensagens.

Dos sete pacientes que fizeram a avaliação e não iniciaram a intervenção: três justificaram a ausência de referência afetiva, duas apresentaram como justificativa a incompatibilidade de horários, uma afirmou que mudou de cidade, e outro tinha problemas com uso de substâncias e estava desaparecido nos momentos de contato, comportamento repetitivo conforme relato de familiares.

Dos vinte pacientes que iniciaram a intervenção, duas pacientes fizeram tentativas de suicídio antes da quinta sessão. Ambas já eram acompanhadas pelo CERSAM e apresentaram dificuldades em irem até CEAP, após as tentativas, pela falta de referências para acompanhá-las, por isso não concluíram o processo. Dezoito pacientes concluíram a intervenção. Após a análise de dados, foi realizada tentativa de seguimento, mas os pacientes não responderam as ligações e mensagens para nova avaliação dos avaliadores, embora continuassem a atender os terapeutas nas ligações após intervenção: quatro pacientes informaram novas tentativas durante os meses de ligações.

5.10 Análise das variáveis

Não houve novas tentativas de suicídio durante a intervenção nos dezoito pacientes que finalizaram o processo. Durante os contatos telefônicos realizados pelo terapeuta, houve relato de quatro pessoas que tentaram suicídio e sete tentativas. Duas das pacientes que não finalizaram a intervenção, fizeram novas tentativas de suicídio (antes da quinta sessão), uma teve um evento e outra quatro eventos. Elas foram orientadas, juntamente com as referências afetivas, a buscarem o CERSAM e esses serviços e as referências afetivas foram contactados pelos supervisores.

Os dados para análise das variáveis intervalares foram coletados com os 18 participantes que finalizaram a intervenção. Foi realizado o teste de *Wilcoxon Signed Rank* (variáveis com evidências de não normalidade) para os níveis de Aspectos Emocionais do SF-36 e de Espiritualidade, Suporte familiar e Suporte Social do teste BEMVIVER: as diferenças foram estatisticamente significativas, demonstrando uma melhora dessas variáveis no pós-teste. O domínio Suporte Familiar apresentou tamanho de efeito elevado ($z = 2.5558$, $p < 0.0111$; $r_{rb} = 0.750$), embora com um intervalo de confiança mais amplo, o que sugere uma boa magnitude, mas com precisão estatística moderada. Já Suporte Social ($z = 2.0004$, $p < 0.0492$; $r_{rb} = 0.6538$) apresentou efeito grande, porém com amplitude

considerável no intervalo, o que exige certa cautela quanto à generalização.

Os resultados obtidos a partir dos *testes t* pareados indicam que a intervenção realizada teve um impacto positivo significativo em diversas dimensões avaliadas. Foram observadas reduções estatisticamente significativas nos níveis de Ideação suicida (SFII-Br), Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) entre o pré e o pós-teste. Em relação à qualidade de vida avaliada pelo SF-36, diversas dimensões aumentaram de t1 para t2, com efeitos moderados a muito grandes; por exemplo, Vitalidade ($t(17) = -8.34$, $p < .001$, $d = 2.29$). Isso sugere que, após a intervenção, os pacientes relataram uma melhora em sua qualidade de vida no geral, exceto para capacidade funcional. Quanto aos motivos para viver, todos os itens apresentaram melhora estatística significativa na avaliação após a intervenção, todos com tamanho de efeito moderado ou alto. Os dados estatísticos realizados se encontram nas Tabela 5 e 6.

Tabela 5

Médias, medianas, desvios padrão, testes T e tamanhos de efeito das medidas avaliadas no pré e pós-intervenção.

Measure 1		Measure 2	t	df	p	Mean Difference	SE Difference	d	95% CI for Cohen's d	
									Lower	Upper
FSII BR_soma_t_ideação suicida	-	FSII_soma_ideação suicidat2	9.0412	17	< .001	8.8889	0.9832	2.0346	1.2045	2.8453
SF_Capacidade_funcional_t1	-	SF_Capacidade_funcional_t2	-2.0648	17	0.0545	-16.9444	8.2063	-0.7425	-1.2582	-0.2098
SF_Limitacao_fisicos_t1	-	SF_Limitacao_fisicos_t2	-2.8578	17	0.0109	-34.7222	12.1502	-0.8472	-1.3797	-0.2966
SF_Dor_t1	-	SF_Dor_t2	-3.7720	17	0.0015	-20.3333	5.3906	-1.0070	-1.5685	-0.4262
SF_Saude_geral_t1	-	SF_Saude_mental_t2	-3.5453	17	0.0025	-25.2222	7.1142	-1.1308	-1.7171	-0.5245
SF_Vitalidade_t1	-	SF_Vitalidade_t2	8.3379	17	< .001	-44.4444	5.3304	-2.2877	-3.1697	-1.3872
SF_Aspectos_sociais_t1	-	SF_Aspectos_sociais_t2	5.7177	17	< .001	-41.6667	7.2873	-1.8898	-2.6609	-1.0989
SF_Saude_mental_t1	-	SF_Saude_mental_t2	7.8720	17	< .001	-41.1111	5.2224	-2.0333	-2.8437	-1.2036
DASS_estresse_t1	-	DASS_estresse_t2	4.6026	17	< .001	6.8333	1.4847	1.4624	0.7805	2.1238
DASS_ansiedade_t1	-	DASS_ansiedade_t2	5.0559	17	< .001	6.5556	1.2966	1.3370	0.6848	1.9688
DASS_depressão_t1	-	DASS_depressão_t2	7.7403	17	< .001	11.0000	1.4211	2.2897	1.3887	3.1723
DASS_soma_t1	-	DASS_soma_t2	6.5986	17	< .001	24.3889	3.6961	1.9416	1.1368	2.7268
BEMVIVER_Realizacao_profissional_t1	-	BEMVIVER_Realizacao_profissional_t2	-3.0998	17	0.0065	-2.8889	0.9320	-0.7044	-1.2145	-0.1780
BEMVIVER_Saude_t1	-	BEMVIVER_Saude_t2	-3.8027	17	0.0014	-2.4444	0.6428	-0.5937	-1.0890	-0.0837
BEMVIVER_Contato_social_t1	-	BEMVIVER_Contato_social_t2	-3.4621	17	0.0030	-2.1111	0.6098	-0.8226	-1.3510	-0.2764
BEMVIVER_Aproveitamento_t1	-	BEMVIVER_Aproveitamento_t2	-5.3953	17	< .001	-2.7778	0.5148	-0.6768	-1.1830	-0.1546
BEMVIVER_soma_t1	-	BEMVIVER_soma_t2	-4.5025	17	< .001	-16.0556	3.5659	-0.7141	-1.2255	-0.1860

Note. Cohen's d corrected for correlation between observations.
Note. Student's t-test.

Tabela 6

Médias, medianas, desvios padrão, testes de Wilcoxon e tamanhos de efeito das medidas avaliadas no pré e pós-intervenção

								95% CI for Rank-Biserial Correlation	
Measure 1		Measure 2	W	z	df	p	r_{rb}	Lower	Upper
SF_Aspectos_emocionais_t1	-	SF_Aspectos_emocionais_t2	2.5000	-2.7118		0.0067	-0.9242	-0.9795	-0.7395
BEMVIVER_Espiritualidade_t1	-	BEMVIVER_Espiritualidade_t2	2.5000	-2.5482		0.0119	-0.9091	-0.9768	-0.6767
BEMVIVER_Suporte_familiar_t1	-	BEMVIVER_Suporte_familiar_t2	15.0000	-2.5558		0.0111	-0.7500	-0.9135	-0.3781
BEMVIVER_Suporte_social_t1	-	BEMVIVER_Suporte_social_t2	13.5000	-2.0004		0.0492	-0.6538	-0.8901	-0.1404

Note. Wilcoxon signed-rank test.

.

5.11 Avaliação da intervenção pelos pacientes

Todos os 18 participantes informaram que indicariam a intervenção para algum paciente que estivesse pensando em suicídio. Todos avaliaram a intervenção como muito boa, dentre as seguintes possibilidades: Muito ruim; Ruim; Regular; Boa; Muito boa. Dentre os pontos positivos da intervenção, todos 18 pontuaram o acolhimento e boa relação com o terapeuta; 15 avaliaram como ponto positivo o desenvolvimento de ferramentas para utilizar no momento da crise e 16 apontaram o fato de compreender melhor as próprias emoções e pensamentos; 15 pontuaram a psicoeducação; 11 pacientes pontuaram a melhora em resoluções de problemas; 12 a construção de planos futuros, técnicas de relaxamento e a possibilidade de reflexão de suas questões com as tarefas de casa; 11 marcaram o estímulo a esperança e autoestima como pontos positivos; 10 pontuaram a ajuda dada a referência para compreender melhor os sentimentos frente o processo vivenciado; nove pontuaram a ajuda para melhorar as relações interpessoais; sete pacientes marcaram como importante o encaminhamento para outros serviços; e só cinco pacientes disseram que a intervenção melhorou a dedicação aos tratamentos propostos. Quanto a avaliação de como o paciente estava se sentindo após a psicoterapia, 83,3% responderam bem melhor e 16,7 % melhor.

Como pontos ruins ou difíceis durante a intervenção, seis pessoas pontuaram a distância do local da intervenção; cinco relataram que a intervenção possuía poucas sessões; três pontuaram a participações da referência afetiva; duas disseram das dificuldades de falar de si; duas marcaram a quantidade de sessões com a referência; um paciente queixou dos horários disponíveis para atendimento; e um pontuou as tarefas de casa. Quanto a avaliação da participação de uma referência no tratamento, 61,1 % responderam que foi muito boa, 27.8% que foi boa, um paciente apontou como indiferente e outro como muito ruim.

5.12 Discussão

O momento após a tentativa de suicídio é considerado crítico, necessitando de tratamento cuidadoso, vigilância constante e restrição de métodos letais (WHO, 2014; Botega, 2023). A intervenção proposta tentou oferecer um lugar de acolhimento para as angústias e questões que atravessaram as tentativas de suicídio, ajudando os participantes a trabalharem seus fatores de risco e a potencializarem os fatores de proteção. Além disso, a referência afetiva foi acolhida e psicoeducada quanto ao comportamento suicida e quanto a estratégias para ajudar os pacientes nos momentos de crises.

O objetivo desse estudo foi avaliar a efetividade de uma intervenção psicoterápica breve na prevenção de reincidências de novas tentativas de suicídio e melhorias de indicadores de saúde mental, logo após a finalização de 10 sessões de psicoterapia. Dos 20 pacientes que iniciaram a intervenção, 18 não fizeram novas tentativas durante o acompanhamento. Dos 20 pacientes que iniciaram a intervenção, dois que apresentaram tentativas foram reencaminhados ao CERSAM, mas continuaram recebendo os cuidados de monitoramento e escuta telefônica dos terapeutas: devido a gravidade, não foi considerado seguro se deslocarem sozinhos até ao CEAP, uma vez que não apresentaram referências para os acompanharem durante as sessões e uma vez que o tratamento ambulatorial no momento foi avaliado como não suficiente.

Embora a análise exija cautela, visto o baixo poder do tamanho amostral, a ausência de grupo controle e a falta de avaliação de *follow up, as* análises realizadas por meio de testes estatísticos para medidas repetidas, tanto paramétricos (teste t pareado) quanto não paramétricos (teste de *Wilcoxon*), indicaram mudanças estatisticamente significativas entre os momentos pré e pós-intervenção, com tamanhos de efeito expressivos. A intervenção só não apresentou efeito estatístico significativo para capacidade funcional ($p = 0.0545$) o que pode indicar que mudanças nesse aspecto exijam um período de acompanhamento mais longo ou estratégias de intervenção mais específicas.

Conforme as hipóteses do estudo, os resultados do ensaio clínico não controlado com pessoas que tentaram suicídio, mostraram melhora estatisticamente significativa após a intervenção nos escores das variáveis ideação suicida, depressão, ansiedade, estresse, qualidade de vida e motivos para viver. Esses achados vão na direção a revisão sistemática de Van Ballegooijen et al. (2025) sobre os efeitos da psicoterapia direta e indireta sobre ideação e tentativa de suicídio. As terapias foram associadas à redução de ideação suicida (direta: g, -0,39; IC de 95%, -0,53 a -0,24; I^2, 83,2; indireta: g, -0,30; IC de 95%, -0,42 a -0,18; I^2, 52,2) e associadas à redução de tentativas de suicídio (direta: RR, 0,72; IC de 95%, 0,62 a 0,84; I^2, 40,5; indireta: RR, 0,68; IC de 95%, 0,48 a 0,95; I^2, 0).

Fonseca-Pedrero et al. (2021) afirmam que psicoterapias breves contribuem com a prevenção do comportamento suicida ao ajudarem as pessoas a tomarem consciência dos problemas e dos fatores de risco relacionados a esse comportamento, bem como ao ajudarem no comprometimento com a busca de segurança nos momentos de crise. Em relação à revisão do nível de evidência e do grau de recomendação para tratamentos de transtornos psicológicos em adultos, esses autores enfatizaram as terapias cognitivas com alto grau de recomendação.

Apontaram as boas evidencias em relação ao plano de segurança, aos programas de intervenção breve e a avaliação e o manejo colaborativos do comportamento suicida.

O protocolo de atendimento desse estudo não foi uma intervenção exclusivamente da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), mas muitos tópicos foram baseados nessa abordagem: a avaliação de frequência absoluta e relativa do questionário sobre a intervenção mostrou que a maioria dos pacientes avaliaram como positivos os pontos sobre desenvolver estratégias para os momentos de crise, entender melhor os pensamentos e as emoções, psicoeducação, resolução de problemas, e técnicas de relaxamento. Os resultados seguem a direção dos achados da revisão sistemática de Jeong et al. (2023) que concluiu que a TCC foi uma intervenção psicológica com resultados superiores em comparação a um comparador comum para prevenção de novas tentativas de suicídio e de Leavey e Hawkins (2017) que investigaram a eficácia da TCC na redução da ideação e do comportamento suicida (presencial ou online) e concluíram que houve um efeito, variando de pequeno a médio, a favor da TCC presencial na redução da ideação, da tentativa e da morte por suicídio, porém houve heterogeneidade significativa entre os estudos incluídos. Os resultados dessa pesquisa também vão ao encontro ao estudo de Doupnik et al. (2020) que incluiu contato breve, coordenação de cuidados, planejamento de segurança e outras terapias breves: estimativas de efeito combinado mostraram que essas intervenções breves de prevenção ao suicídio foram associadas à redução de tentativas subsequentes. Por outro lado, os resultados da revisão de Labelle et al. (2015) com 14 estudos sobre a eficácia das TCCs na redução do comportamento suicida e da automutilação em adolescentes não mostrou redução significativa nas tentativas de suicídio.

Os dados do sociodemográfico dos 27 pacientes que foram avaliados, referentes a presença de tentativas prévias, gênero, presença de doenças mentais e média de idade, corroboram os dados epidemiológicos mundiais (WHO, 2025) e brasileiros (Ministério da Saúde, 2024): a maioria das tentativas foram em mulheres de idade jovem, com diagnósticos psiquiátricos e histórico de outras tentativas. Os pacientes relataram durante os atendimentos várias queixas referentes a dificuldades socioeconômicas. Dezessete dos 27 participantes que declararam renda, a tinham abaixo de dois salários-mínimos: esse dado alerta para os atravessamentos das condições socioeconômicas no sofrimento apresentado.

Sobre o histórico de tentativas de suicídio antes da intervenção, observou-se que, dos 27 que foram avaliados, 16 relataram mais de uma tentativa de suicídio. Isso destaca a alta vulnerabilidade das pessoas em risco, a necessidade de seguimento dos tratamentos e corrobora os dados sobre a epidemiologia mundial (Arias et al., 2016; Probert-Lindström et

al., 2020; Torre-Luque et al., 2021; WHO, 2014).

Embora a maioria dos participantes tenham relatado diagnóstico psiquiátrico dado por algum profissional de saúde, há pouca confiabilidade quanto aos relatos de diagnóstico, pois a maioria dos pacientes não relataram acompanhamento regular com os mesmos profissionais, muito menos processos de avaliação psicodiagnóstica. Essa também não foi uma avaliação feita durante essa intervenção. Mas, a prevalência no grupo que concluiu a intervenção confirma a literatura (Botega, 2023; Turecki et al. 2021; WHO, 2014) com os transtornos de humor sendo os mais recorrentes nas pessoas com comportamento suicida. A presença de comorbidades reforça a necessidade de abordagens terapêuticas integradas. Esse estudo empregou uma intervenção transdiagnóstica, transcendendo os rótulos tradicionais diagnósticos e acreditando em processos psicológicos comuns nesse grupo de pessoas que tentou tirar a própria vida. Quanto ao diagnóstico, foram excluindo apenas pacientes com expressão de sintomas que precisaram de internação.

Umas das questões marcantes desse estudo foi a baixa aceitação dos participantes. Dos 79 pacientes recrutados, só 27 aceitaram fazer a primeira avaliação, desses apenas 20 iniciaram o processo e 18 concluíram. Os pacientes apresentaram várias dificuldades em iniciarem o tratamento: como queixas da distância do local da intervenção e indisponibilidade de horários, mas, a categoria que mais apareceu nos motivos quanto ao não comparecimento foi a falta de respostas nos contatos telefônicos por ligação e mensagens. Deve-se questionar os motivos desses pacientes recusarem muito e aderirem pouco aos tratamentos propostos, bem como avaliar os atravessamentos culturais referentes aos estigmas de se buscar ajuda e cuidar da saúde mental. A baixa adesão dos participantes com comportamento suicida em tratamentos não é exclusiva desse estudo e foi abordada por outros autores como Botega (2023), Wei et. al. (2013) e Wenzel et al. (2010) e pode estar relacionada aos estigmas referentes a busca de ajuda em serviços de saúde mental; a desvalorização do sofrimento psíquico; e a falta de treinamento adequado dos locais que atendem esses pacientes.

Em relação a avaliação pelos pacientes da intervenção, embora elas tenham sido realizadas por um avaliador independente da intervenção, não se pode deixar de discutir o viés de desejabilidade: os pacientes podem ter avaliado como positiva a intervenção por ser mais socialmente aceitável essa resposta, da mesma forma os testes podem ter recebido respostas mais positivas por esse viés. Outro viés deve ser analisado: os pacientes que fizeram a intervenção podem ser diferentes dos que não fizeram em gravidade de sintomas, apresentando maior abertura para mudanças e por isso os resultados podem ter sido positivos.

Além disso, como não houve grupo controle para comparação, as mudanças nos escores das variáveis podem ser decorrentes de remissão espontânea.

Outros desafios foram as queixas sobre a baixa adesão ao uso dos remédios psicoativos e a participação da referência afetiva no tratamento. Quanto a medicação, em vários atendimentos, os pacientes queixam dos efeitos colaterais e informaram desejo de abandonar o uso: eles foram psicoeducados quanto a seguirem as orientações do psiquiatra e procurarem o profissional frente aos desconfortos causados pelas medicações. Em relação a referência afetiva, dois pacientes afirmaram ter sido ruim ou muito ruim: durante a intervenção, a referência foi reavaliada e trocada quando necessário. Houve sessões extras de acolhimento por um terapeuta do programa diferente do que acompanhava o paciente para casos em que as referências estivessem muito fragilizadas frente o processo vivenciado.

Dentre as limitações desse estudo está o fato de que não foi possível realizar um ensaio clínico randomizado, conforme almejado no início do projeto, por questões éticas relacionadas a deixar os poucos pacientes que aceitavam realizar a intervenção, dois meses sem tratamento. A ausência de um grupo de controle impossibilitou a avaliação de eficácia referente a diminuição de tentativa de suicídio e significa que a interpretação dos resultados não pode depender somente da intervenção, reduzindo assim a confiabilidade do estudo. Uma possibilidade viável para próximos estudos é oferecer tipos diferentes de psicoterapia aos grupos de comparação. Um dado que poderá ser avaliado em novos estudos é o número de tentativas abortadas, ou o número de tentativas socorridas, pois em vários momentos de crise os terapeutas foram contatados por seus pacientes que podem ter interrompido a tentativa com a intensificação dos cuidados na hora da crise.

De acordo Hawton e Pirkis (2024) para pessoas que estão em uma crise suicida, é muito importante garantir que abordagens clínicas que se concentram na saúde mental dos indivíduos sejam complementadas por estratégias que abordem o contexto em que vivem. Foram realizados durante o processo encaminhamentos para os serviços que compõem a rede de assistência social e para os serviços de saúde, principalmente após o fim da intervenção, solicitando a continuidade de cuidados: percebeu-se, pelos relatos dos pacientes, uma dificuldade de encontrarem psicoterapia e acompanhamento psiquiátrico regular: queixas como a demora de marcação de consultas, espaços muito grandes entre as consultas, alta rotatividade de profissionais nos serviços de saúde mental, filas de espera nas clínicas escolas foram as mais recorrentes.

O projeto teve a intenção de realizar um seguimento dos casos com avaliações dos pacientes, porém essa tentativa não foi bem aceita pelos participantes, que mesmo com uma

delicadeza nas tentativas de agendamento das avaliações, se recusaram ou não demonstraram interesse. Porém, os pacientes foram receptíveis aos contatos telefônicos, até três meses depois da intervenção: durante o seguimento por telefone, quatro pacientes informaram novas crises e foram cuidadosamente inseridos em terapias na clínica escola.

5.13 Conclusão

Este ensaio clínico não controlado parece ser pioneiro no contexto brasileiro ao avaliar escores de saúde mental após psicoterapia breve para pessoas que tentaram suicídio e foi uma possibilidade de acolhimento, manejo e acompanhamento dessas pessoas que demonstraram intenso sofrimento emocional. Logo após a intervenção, os pacientes demonstraram melhoras em escores de ideação suicida, depressão, ansiedade, estresse, qualidade de vida e motivos para viver, mas alguns pacientes relataram novas crises após o fim da intervenção e afirmaram dificuldade em encontrar psicoterapia continua e gratuita: a maioria dos pacientes não estavam em acompanhamento psicoterápico e apresentaram baixa renda, o que dificultava o acesso a psicoterapia fora do espaço público. Os resultados parecem ser promissores e ensaios clínicos maiores que expandam essas descobertas serão clinicamente valiosos, sobretudo se ampliarem o número de sessões oferecidas.

Referências

Arias, S. A, Miller, I., Camargo, C.A., Jr, Sullivan, A. F., Goldstein, A. B., Allen, M. H., Manton, A. P., & Boudreaux, E. D. (2016). Factors associated with suicide outcomes 12 months after screening positive for suicide risk in the emergency department. *Psychiatry Serviços*, *67*(2), 206-213. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400513.

Associação Paulista de Medicina (2024). *Taxas de suicídio e de autolesão de crianças e jovens aumentam no Brasil*. https://www.apm.org.br/taxas-de-suicidio-e-de-autolesao-de-criancas-e-jovens-aumentam-no-brasil/

Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2021). Escala brasileira de motivos para viver (bemviver): construção e validade de conteúdo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *22*(1), 100-115. http://dx.doi.org/10.15309/21psd220110.

Bartsch, L.J., Butterworth, P., Byles, J. E., Mitchell, P., Shaw, J., & Anstey, K. J. (2011). Examining the SF-36 in an older population: analysis of data and presentation of Australian adult reference scores from the Dynamic Analyses to Optimise Ageing

(DYNOPTA) project. *Qual Life Res 20*(8), 1227-1236 (2011). https://doi.org/10.1007/s11136-011-9864-0

Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção.* Unesp.

Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: avaliação e manejo.* (2a ed.). Artmed.

Boudreaux, E. D., Stanley, B., Green, K. L., Galfalvy, H., & Brown, G. K. (2021). A randomized, controlled trial of the safety planning intervention: Research design and methods. Contemporary clinical trials, *103*, 106291. https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106291

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, *294*(5), 563-570. DOI: 10.1001/jama.294.5.563

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA, 294(5), 563-570*. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563

Camelier, A. A. (2004). *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Estado de São Paulo].

Center for Disease Control and Prevention (2016). Web-based injury Statistics Query and Reporting System. https://wisqars.cdc.gov/.

Chang, E. C., & Chang, O. D. (2016). Development of the frequency of suicidal ideation inventory: Evidence for the validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. *Cognitive Therapy and Research*, *40*, 549-556. 10.1007/s10608-016-9758-0.

Ciconelli, R., M., Ferraz. M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia, 39*, 43-150.

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo.*

Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.* Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ministério da Saúde. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Ministério da Saúde. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*(4), 349-354. https://doi.org/10.1037/h0047358

Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *77*(10), 1021-1030. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586

Faul, F., Erdfelder E., Lang A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*, *39* (2),175-191.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3a ed.). SAGE Publications.
Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., De

Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A., Schlebusch, L., & Thanh, H. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*(9), 703-709. https://doi.org/10.2471/blt.07.046995

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García Cerdán, L., Osma, J., ... & Ma, R. J. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, *33*(2), 188-197. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426

Gomes, M. A., Dellazzana-Zanon, L. L., Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2020). Escala de Motivos para Viver (emviver): processo de construção dos itens. *Psicologia para América Latina*, (34), 207-220. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200011.

Grupp-Phelan, J., Stevens, J., Boyd, S., Cohen, D. M., Ammerman, R. T., Liddy-Hicks, S., Heck, K., Marcus, S. C., Stone, L., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2019). Effect of a motivational interviewing-based intervention on initiation of mental health treatment and mental health after an emergency department visit among suicidal adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *2*(12), e1917941. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17941

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Medicine*, *13*(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Hawton K., & Pirkis, J. (2024). Preventing suicide: a call to action. *Lancet Public Health, 9*(10), e825-e830. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00159-2.

Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S., & Ferreira, L. M. (2005). *Desenhos de pesquisa*. Acta Cirúrgica Brasileira, *20*(Suppl. 2), 2-9. https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002

Jeong, H., Yim, H. W., Lee, S. Y., Potenza, M. N., & Kim, N. J. (2023). Effectiveness of psychotherapy on prevention of suicidal re-attempts in psychiatric emergencies: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *92*(3), 152-161. https://doi.org/10.1159/000529753

Leavey, K., & Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *46*(5), 353-374. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1332095

Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. Canadian Psychology, *56*(4), 368-378. https://doi.org/10.1037/a0039159

Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. (2019, 26 de abril). Presidência da República. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cgpnpas/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(2), 276-286. 10.1037/0022-006x.51.2.276.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression, anxiety, stress scales*. Psychology Foundation of Australia. http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/

Malakouti, S. K., Nojomi, M., Ghanbari, B., Rasouli, N., Khaleghparast, S., & Farahani, I. G. (2022). Aftercare and suicide reattempt prevention in Tehran, Iran. *Crisis*, *43*(1), 18-27. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000754

Ministério da Saúde. (2021). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030*. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf

Ministério da Saúde. (2024). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, *55*(4), 1-18. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico- volume-55-no-04.pdf

Organização Mundial da Saúde, & Organização Pan-Americana da Saúde. (2024). Viver a vida: guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países. https://www.paho.org/pt/documentos/live-life-guia-implementacao-para-prevencao- do-suicidio-paises.

Probert-Lindström, S., Berge, J., Westrin, Å., Öjehagen, A., & Skogman Pavulans, K. (2020). Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open*, *10*(10), e038794. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038794

Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide & life-threatening behavior*, *50*(3), 652-667. https://doi.org/10.1111/sltb.12612

Santos, L. A., Teodoro, M. L. M., & Oliveira, F. C. de. (2024). The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta analysis of randomized controlled trials. *Ciencias Psicológicas*, *18*(2), e-3667. https://doi.org/10.22235/cp.v18i 2.3667

Silveira, M. F., Almeida, J. C., Freire, R. S., Haikal, D. S., & Martins, A. E. B. (2013). Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12*). Ciência & Saúde Coletiva, 18*(7), 1923-1931. https://www.scielo.br/j/csc/a/Swm6vgd88bF8kr8v6f4gF7F/abstract/?lang=pt

Sinyor, M., Williams, M., Mitchell, R., Zaheer, R., Bryan, C. J., Schaffer, A., Westreich, N., Ellis, J., Goldstein, B. I., Cheung, A. H., Selchen, S., Kiss, A., & Tien, H. (2020). Cognitive behavioral therapy for suicide prevention in youth admitted to hospital following an episode of self-harm: A pilot randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, *1*(266), 686-694. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.178

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior.* Northvale*,* NJ: Jason Aronson

Teodoro, M., Souza, R. S. B. de., Martins, C. de. C., Sediyama, C. Y. N., Alvares-Teodoro, J., Chang, O. D., & Chang, E. C. (2020). Validity of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory in Brazilian adults. *Death Studies*, *46*(8), 1840-1844. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824201.

Torre-Luque, A., Estupiñá Puig, F. J., Pemauy, A., & Prata, J. (2021). General strategies for suicide behavior prevention. In S. Al-Halabí & E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual of psychology of suicidal behavior* (pp. 173-193). Pirámide.

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 74. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0

Van Ballegooijen, W., Rawee, J., Palantza, C., Miguel, C., Harrer, M., Cristea, I., de Winter, R., Gilissen, R., Eikelenboom, M., Beekman, A., & Cuijpers, P. (2025). Suicidal Ideation and Suicide Attempts After Direct or Indirect Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA psychiatry*, 82(1), 31–37.

Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian portuguese. *J Affect Disord*, *155*, 104-109. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.031

Wang, M., Ma, H., Shi, Y., Ni, H., Qin, C., & Ji, C. (2025). Single-arm clinical trials: Design, ethics, and principles. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *15*(1), 46-54. DOI: 10.1136/spcare-2024-004984.

Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care(Philadelphia), *30*(6), 473-483.

Weaver, N., Bertolacci, G., Naghavi, M., Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Liu, H. H., Mantilla-Herrera, A. M., Pinheiro, M., Nichols, E., Shadid, J., Tantimanangor, W., Wiysonge, C. S., & Vos, T. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public*

Health, 10(3), e189-e202. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4

Wei, S., Liu, L., Bi, B., Li, H., Hou, J., Tan, S., Chen, X., Chen, W., Jia, X., Dong, G., Qin, X., & Liu, Y. (2013). An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis*, *34*(2), 107-115. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000181

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas.* Artmed.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: global health estimatives*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2025). *Suicide*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS[7]

Os resultados dessa tese confirmam a necessidade de um espaço de escuta, validação e transformação da dor humana concretizada na tentativa de suicídio, através da psicoterapia. Mesmo tendo sido breve, obteve-se resultados promissores, embora indicativos de que para uma maior efetividade em relação a novas tentativas de suicídio, as sessões precisem ser ampliadas.

Por meio desse estudo objetivou-se contribuir uma produção científica baseada em evidências no campo de prevenção de suicídio. A partir da literatura avaliada sobre intervenções psicoterápicas para prevenção de novas tentativas de suicídio, verificou-se um campo de estudos ainda incipiente sobre essas intervenções, embora haja a premissa mundial da necessidade de acompanhamento dessas pessoas que demonstram intenso sofrimento. Os estudos de intervenções psicoterápicas breves específicas para pessoas que fizeram tentativas de suicídio recentes ainda são inconsistentes, apontando a necessidade de estudos que avaliem sua eficácia e efetividade em diferentes contextos. Foram encontrados poucos estudos na literatura internacional sobre intervenções psicoterápicas específicas para prevenção de suicídio que distinguissem pacientes com ideação e tentativa de suicídio e nenhum ensaio clínico brasileiro sobre essa temática, mas isso pode ser uma falha quanto aos locais de busca de artigos realizados nessa tese.

Foi desenvolvida uma intervenção psicoterapêutica com base nas orientações da literatura internacional sobre prevenção indicada de suicídio e de ensaios clínicos randomizados que apresentaram diferença estatística significativa favorecendo a intervenção. Foi desenvolvido um estudo para investigar a viabilidade, a aceitabilidade e o impacto nas variáveis referentes ao comportamento suicida de uma intervenção psicoterápica de 10 sessões em pacientes que receberam alta de um hospital de urgência e emergência após tentativa de suicídio. Os resultados mostraram que a psicoterapia breve foi uma opção de tratamento viável e aceitável para indivíduos que acabaram de tentar suicídio. A próxima etapa idealizou testar a eficácia da psicoterapia em um ensaio clínico randomizado, porém por questões éticas o estudo se transformou em um ensaio clínico não controlado: a ausência de acompanhamento psicoterápico após a tentativa trouxe questionamentos sobre deixar os poucos pacientes que aceitavam realizar a intervenção dois meses sem tratamento. O ensaio

[7] No final da tese encontram-se anexos de comprovantes de publicação e submissão de artigos. ANEXO J - Comprovante de publicação do artigo de revisão. ANEXO L - Comprovante de submissão do estudo de viabilidade.

clínico randomizado *crossover* idealizado foi registrado na Plataforma REBEC (http://www.ensaiosclinicos.gov.br, inscrito na Plataforma REBEC em 28/12/2023 sob o registro RBR-4r5xs6d). Com a mudança para o desenho aberto o registro na plataforma foi realizado de forma retrospectiva em 05/06/2025 e está em processo de avaliação.

No estudo de viabilidade foram 44 pacientes recrutados, apenas 14 que começaram a intervenção e apenas 08 que finalizaram. No ensaio clínico não controlado, foram 79 encaminhados, 20 iniciando a intervenção. Embora os resultados tenham sido similares no estudo de viabilidade e do ensaio clínico, esse último apresentou resultados mais promissores quanto aos indicadores de saúde mental e quanto a maior adesão por parte dos pacientes. Mas, é importante um estudo de aprofundamento sobre como os serviços de saúde mental podem melhorar a comunicação e o engajamento inicial com essa população, dada a importância da intervenção precoce. É necessário a realização de estudos qualitativos e quantitativos para aprofundar a compreensão dos motivos da baixa adesão e do abandono do tratamento, incluindo aspectos culturais, estigmas e barreiras estruturais dos serviços de saúde.

Esse projeto trouxe resultados para além dos números apresentados, sem invalidar seu caráter quantitativo. Construir um projeto de pesquisa para atender pacientes que quase morreram por suicídio exigiu muita coragem, principalmente dos terapeutas que mergulharam nesse processo, enfrentando medos, angústias e ansiedade. Durante as sessões, ouviu-se histórias marcadas por: situações de negligência e violência sexual na infância; por desigualdades socioeconômicas; e por relações interpessoais abusivas.

Para além dos resultados finais, é preciso considerar todo o processo: os momentos em que os terapeutas foram avisados por seus pacientes de uma nova tentativa ou da iminência do suicídio, e que o terapeuta teve que deixar tudo que estivesse fazendo, inclusive dormir às 2 horas da manhã, para que com palavras e técnicas tentasse trabalhar a dor que explodia e ao mesmo tempo contactasse a rede de apoio e chamasse o SAMU para o socorro; os momentos de difíceis manejos com as referências, que por vezes se mostraram como fatores de risco por também estarem em sofrimento; os momentos em que o paciente demonstrava resiliência mesmo mergulhado em um sistema de imposição de inúmeras violências; os momentos eu que a esperança parecia impossível e mesmo assim terapeuta e paciente construíram estratégias de luta.

O ineditismo dessa tese está na construção de um protocolo de atendimento acolhedor e específico a pessoas que fizeram tentativas de suicídio recentes, dentro de um projeto de extensão de uma universidade federal. Até onde se sabe, é a primeira intervenção psicoterápica desenvolvida e avaliada oferecida no contexto brasileiro a esse público,

alinhando pesquisa, ensino e extensão, mostrando um impacto direto e prático.

O maior sonho agora, é ampliar a intervenção, oferecer tratamento com mais sessões a esses pacientes, tentando articular ainda mais a rede intersetorial, inclusive dentro da própria universidade, fazendo parcerias com os mais diversos serviços: médicos, odontológicos, de artes, de leitura, de dança, uma vez que os pacientes queixaram da fragilidade dos serviços públicos. Além disso, acredita-se que a intervenção possa ser utilizada em serviços de saúde, como hospitais e centros de atenção psicossociais.

6.1 Cartinhas de carinho

Na última sessão o paciente foi convidado a escrever uma cartinha de carinho ou uma breve mensagem dizendo para alguém que esteja pensando em desistir da vida, por que seria importante continuar... E se possível, que escreve sobre algo referente ao AMPROV.

Abaixo estão descritos trechos de algumas delas, que foram entrelaçadas em formatos de parágrafos para evitar qualquer possiblidade de identificação.

> Você aí está pensando em desistir da vida? Posso te contar uma coisa: eu passei pelo mesmo processo! Sei que não é fácil, mas Deus sempre tem um proposito para nossas vidas. Fui ao fundo do poço, mas Deus, minhas filhas e amigas me tiraram de lá e com ajuda do AMPROV. Não desista! Deus é contigo. É um dia de cada vez para ser vivido, pensado e aproveitado. Tenha fé que tudo dará certo!
>
> Você é importante para alguém: se você não vê sentido nas coisas que você faz, busque procurar novos motivos, busque aprender coisas novas. Se você não canta, nem toca, por que não aprender? Não faz exercícios? Está na hora de começar. Se não consegue colocar seus sentimentos para fora; uma dica: escreva mesmo que não se sinta confortável, pelo menos coloque aquilo para fora: tudo é parte do processo. Não se cobre tanto! Você não precisa ficar bem de maneira instantânea, valorize cada passo, mesmo que as vezes você precise recuar.
>
> Foi você, com você, que percebi o que realmente importa: as pequenas alegrias da vida: isso que importa. Estou compartilhando com você uma das pequenas alegrias da minha vida: uma das formas que sei fazer arte. Não é para ser lindo e perfeito, mas é minha forma de transformar dor.

Hoje vejo a vida de uma forma diferente, eu não preciso procurar me encaixar nas expectativas de meus pais e da sociedade e sim buscar os locais, pessoas, que me trazem conforto, eu mereço a oportunidade de buscar o que me motiva, e que me traz alegria.

Não sei como sua família e seu ciclo de convivência estão, mas antes de tomar qualquer decisão, abra seus olhos, pode ser que tenha alguém pronto para ouvir e cuidar de você. Outra dica que te dou antes de tudo: procure cuidar de você antes de amar algo ou alguém. Ame a você mesmo e saiba: você é importante e não deixe nada nem ninguém te fazer pensar ao contrário. O mundo precisa de você ainda, você tem sonhos a conquistar, principalmente ser Feliz.

Quero retribuir todo carinho e amor que eles trouxeram na minha vida. Dentro do ambulatório conheci uma psicóloga maravilhosa que me escutou sem julgamentos ou preconceitos. Aprendi a lidar melhor com meus problemas, como é importante e possível ter ferramentas para usar em seus momentos de dor, desamparo e desespero. Durante o processo, algumas pessoas se foram, outras entraram e até mesmo outras amizades surgiram. Aprendi a pedir ajuda, como fazer isso e quem procurar.

Por muito tempo pensei que morrer seria um conforto, e pensava com alívio... Até que um dia eu me perdi e tudo aconteceu. Porém, felizmente, Deus me deu uma nova oportunidade de pensar: ao acordar depois de ter tentado acabar com minha vida, vi os olhinhos do meu cachorrinho, meus posters da minha banda preferida e senti que aquilo era injusto comigo mesmo. Fiz um compromisso comigo mesmo, com meu cachorrinho e com minha banda preferida: a vida é difícil, mas ela vale a pena. Tudo isso me deu a sensação de que não estou sozinha, como eu imaginava, mas que tenho pessoas que seguraram a minha mão e serei extremamente grata. Estou reorganizando a vida com várias possibilidades, tem caminhos a escolher e não preciso mais viver o personagem que esperavam que eu fosse. Sinto renovação da minha mente e espírito. Tenho muitos planos e sonhos e vejo que sim: é possível ser feliz e recomeçar. Sempre há um carinho, uma solução, um amigo, um momento para recomeçar. Embora às vezes tenha medo da vida e do futuro, hoje me sinto mais capaz de cuidar de mim, com significado, uma vida que vale a pena ser vivida.

Eu sempre tive medo de perder pessoas, até entender que também seria uma grande perda...

Coloque as emoções represadas para fora, quando você fala, se abre um pouco e alivia seus sentimentos. Eu estou com você, você não está sozinha, pense em seus familiares, há uma saída, dará tudo certo, existe uma saída. Pense em Deus que te deu o sopro da vida. Tenha fé e força!

Eu fiquei conversando com meu amigo que também queria morrer e contei pra ele o que aconteceu comigo, disse que entendia a situação dele, mas que consigo ver que as coisas podem melhorar, mesmo parecendo mentira. Orientei sobre a importância dele fazer terapia e talvez tomar alguns remédios que o psiquiatra recitasse para tentar ajudar, e falei das coisas boas que ele tinha na vida, e que não estava vendo, como os projetos da faculdade, o curso, o estágio e outras coisas. O que mais me ajudou nos atendimentos com a psicologia foi ver as coisas de valor que tenho na vida e que não estava conseguindo ver: perceber mais o que eu sinto e sair do isolamento.

Hoje eu escrevo essa carta para alguém e para mim. Sorri o tempo todo não é felicidade, principalmente quando não se quer sorrir. Você sempre ajudou todo mundo, pelo menos dessa vez, deixe alguém te ajudar, pare de carregar esse sorriso, ninguém é obrigado a estar de um jeito que não está! Tudo bem, não está bem às vezes, tudo bem querer chorar um pouco, tudo bem não sorrir o tempo todo. Só pense em você nesse momento e aceite que às vezes você precisará tomar remédio ou fazer uma terapia, não é incomum essas coisas, todo mundo precisa de um escape, sei que não vai me entender agora, mas aceite sua realidade e que você não está bem. Mas, uma coisa você precisa saber, o que você está passando é só um momento ruim, isso vai passar, acredite nisso! Sei que no momento você não consegue ver isso, nossa vida é cheia de momentos e tem momentos de felicidade e de tristeza, momentos que você precisa de ajuda. Te amamos e queremos te ajudar!

Venho através dessa dizer da importância que cada um tem uns para os outros, mesmo aqueles que mal conhecemos. O seu “bom dia” transforma vidas e faz falta, sabia? Então, sei que não está e que nunca foi fácil viver em uma sociedade onde cada um passa por uma dificuldade, estamos rodeados de desamor e rancor, mas vamos lembrar

dos bons momentos que vivemos, dos sorrisos a ganhar e da felicidade a transbordar. Aquele dia que se lambuzou toda de manga e foi uma verdadeira festa, preciso de vocês e vocês precisam de mim. Podemos ajudar e ajudar uns ao outros a diminuir essa angústia. Bora viver e fazer com que vivam também. Estou aqui, também sofro e mesmo assim não desistir de um novo sorriso, de uma nova história para contar. Observação: o mundo precisa de nossa sensibilidade: # nãoéfrescura.

Querido amigo, você não me conhece e talvez nunca nos conheçamos, mas temos algo em comum, nós dois já tentamos suicídio. O mundo foi muito cruel com a gente, por consequência nós também somos cruéis conosco. A tristeza, os traumas, a depressão nos tiraram o que temos de mais precioso nesse mundo que é a vontade de viver. Não sei o motivo pelo qual você está nessa situação, mas entendo a dor e a angústia que está sentindo, todos nós temos um motivo para viver, uma razão para querer acabar com tudo, mas, pense bem meu amigo! Essa vida que lhe foi dada é só sua e de mais ninguém. Só você pode decidir ser feliz com ela, o mundo é cheio de coisas e pessoas horríveis sim, mas também é o maior presente que temos: o calor do sol, a brisa no rosto, o cheiro de algo gostoso que você goste, a risada das pessoas que você ama, ela é tudo isso e muito mais: é um motivo pelo qual vale a pena viver.

REFERÊNCIAS

Acevedo O., L., Jaramillo V, D., & Donado G. J. H. (2017). Análisis interino en ensayos clínicos: un estudio meta-epidemiológico. *Medicina UPB*, *36*(2), 133-137. https://doi.org/10.18566/medupb.v36n2.a05

Aguiar, M. A. F. (2011). *Tentativas de suicídio por uso de medicamentos: as percepções dos adolescentes* [Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais].

Allard, R., Marshall, M., & Plante, M. C. (1992). Intensive follow-up does not decrease the risk of repeat suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *22*(3), 303-314.

Almondes, K. M., & Teodoro, M. (2020). *Os três Ds: desespero, desamparo e desesperança em profissionais da saúde*. Sociedade Brasileira de Psicologia. https://xurl.ooo/04fe3

Andrade, T. M. R. (2011). Relação terapêutica. In L. Andretta, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental (*pp. 193 - 202). Casa do Psicólogo®

Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., Thomsen, R. R., Randers, L., & Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder-a randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, *33*(6), 520-530. https://doi.org/10.1002/da.22472.

Arias, S. A, Miller, I., Camargo, C.A., Jr, Sullivan, A. F., Goldstein, A. B., Allen, M. H., Manton, A. P., & Boudreaux, E. D. (2016). Factors associated with suicide outcomes 12 months after screening positive for suicide risk in the emergency department. *Psychiatry Serviços*, *67*(2), 206-213. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400513.

Armitage, C. J., Rahim, W. A., Rowe, R., & O'Connor, R. C. (2016). An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, *208*(5), 470-476. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162495

Arvilommi, P., Valkonen, J., Ruishalme, O., Kukkonen, M., Sihvola, H., Lindholm, L., Suominen, K., Gaily-Luoma, S., & Isometsä, E. (2021). A randomized clinical trial of the ASSIP vs. crisis counselling in preventing suicide attempt repetition: a two-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *75*(sup1), S10. DOI: 10.1080/08039488.2021.2019916

Asarnow, J. R., Hughes, J. L., Babeva, K. N., & Sugar, C. A. (2017). Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *56*(6), 506-514. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015

Associação Paulista de Medicina (2024). *Taxas de suicídio e de autolesão de crianças e jovens aumentam no Brasil*. https://www.apm.org.br/taxas-de-suicidio-e-de-autolesao-de-criancas-e-jovens-aumentam-no-brasil/

Assumpção, A. de F. A. (2019). *Terapia cognitiva baseada em mindfulness para universitários com sintomas leves e moderados de depressão, ansiedade e estresse*. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais]. Programa de Pós-graduação em Psicologia comportamental e cognitiva.

Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2021). Escala brasileira de motivos para viver (bemviver): construção e validade de conteúdo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *22*(1), 100-115. http://dx.doi.org/10.15309/21psd220110.

Baptista, M. N., Cunha, F. A., Batista, H. H. V., & Cremasco, G. S. (2022). Programas de prevenção ao suicídio: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, *24*(2). https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPPA14095.en Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo.* Edições 70.

Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Artmed.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weisseman, A. (1979). Assesment of suicidal intention: The scale for suicidal ideation. *Jornal of consulting and Clínicas Psychology*, *47*(2), 343-352.

Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. Unesp.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Phillips, M. R., Botega, N. J., Vijayakumar, L., De Silva, D., Schlebusch, L., Nguyen, V. T., Sisask, M., Bolhari, J., & Wasserman, D. (2010). Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*, *31*(4), 194-201. https://doi.org/10.1027/0027-5910/a000052

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., Tran Thi Thanh H., Phillips, M., Schlebusch, L., Värnik, A., Vijayakumar, L., & Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, *35*(10), 1457-1465. https://doi.org/10.1017/S0033291705005404

Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: avaliação e manejo.* (2a ed.). Artmed.

Boudreaux, E. D., Stanley, B., Green, K. L., Galfalvy, H., & Brown, G. K. (2021). A randomized, controlled trial of the safety planning intervention: Research design and methods. Contemporary clinical trials ,*103*, 106291. https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106291

Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, *55*(4), 1-18. https://www.gov.br/saude/pt- br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim- epidemiologico-volume-55-no-04.pdf

Briggs, S., Netuveli, G., Gould, N., Gkaravella, A., Gluckman, N. S., Kangogyere, P., Farr, R., Goldblatt, M. J., & Lindner, R. (2019). The effectiveness of sychoanalytic/psychodynamic psychotherapy for reducing suicide attempts and self-harm: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(6), 320-328. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.2019.33.

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, *294*(5), 563-570. DOI: 10.1001/jama.294.5.563

Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA, 294*(5), 563-570. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563

Bryan, C. J., & Rudd, M. D. (2024). *Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio*. Artmed.

Bartsch, L.J., Butterworth, P., Byles, J. E., Mitchell, P., Shaw, J., & Anstey, K. J. (2011). Examining the SF-36 in an older population: analysis of data and presentation of Australian adult reference scores from the Dynamic Analyses to Optimise Ageing (DYNOPTA) project. *Qual Life Res 20*(8), 1227-1236 (2011). https://doi.org/10.1007/s11136-011-9864-0

Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of psychiatric research*, *79*, 8-20. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.04.003

Camelier, A. A. (2004). *Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo-SP* [Tese de Doutorado, Universidade Federal do Estado de São Paulo].

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2005). Postcards from the EDge project: Randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self-poisoning. BMJ, *8*(331), 7520-805. https://doi.org/10.1136/bmj.38579.455266.E0

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2007). Postcards from the EDge: 24-month outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, *191*, 548-553. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.038406

Carter, G. L., Clover, K., Whyte, I. M., Dawson, A. H., & D'Este, C. (2013). Postcards from the EDge: 5-year outcomes of a randomised controlled trial for hospital-treated self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science, 202*(5), 372–380. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112664

Castro, S., Mancuso, A., Leotti, V., Hirakata, V., & Camey, S. (2019). Bioestatística e Epidemiologia: Perguntas que você sempre quis fazer, mas nunca teve coragem. *Clinical & Biomedical Research*, *39*(3), 258 – 265. https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/96394

Cedereke, M., Monti, K., & Ojehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *17*(2), 82-91. https://doi.org/10.1016/s0924-9338(02)00632-6

Center for Disease Control and Prevention (2016). *Web-based injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS)*. https://wisqars.cdc.gov/.

Center for Disease Control and Prevention. (2016). *Wisqars: Web-based injury Statistics Query and Reporting System.* https://wisqars.cdc.gov/

Chang, E. C., & Chang, O. D. (2016). Development of the frequency of suicidal ideation inventory: Evidence for the validity and reliability of a brief measure of suicidal ideation frequency in a college student population. *Cognitive Therapy and Research*, *40*, 549-556. 10.1007/s10608-016-9758-0.

Chen, W. J., Ho, C. K., Shyu, S. S. et al. (2013). Employing crisis postcards with case management in Kaohsiung, Taiwan: 6-month outcomes of a randomised controlled trial for suicide attempters. *BMC Psiquiatria* 13, 191 https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-191

Ciconelli, R., M., Ferraz. M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação

de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Revista Brasileira de Reumatologia, 39*, 43-150.

Ciolino, J. D., Kaizer, A. M., & Bonner, L. B. (2023). Guidance on interim analysis methods in clinical trials. *Journal of clinical and translational Science*, *7*(1), e124. https://doi.org/10.1017/cts.2023.552

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, D. M., Ammerman, R. T., Liddy-Hicks, S., Heck, K., Marcus, S. C., Stone, L., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2019). Effect of a Motivational Interviewing-Based Intervention on Initiation of Mental Health Treatment and Mental Health After an Emergency Department Visit Among Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open, 2*(12), e1917941. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17941

Comtois K. A. (2002). A review of interventions to reduce the prevalence of parasuicide. *Psychiatric Services, 53*(9), 1138-1144. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1138

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo.* Conselho Federal de Psicologia. (2013). *O suicídio e os desafios para a psicologia*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/livro_suicidio.pdf

Consellería de Sanidad. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.* Edita: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t.. Disponível em https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t2010-02GPC-conductasuicida.pdf

Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Ministério da Saúde. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016*. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Ministério da Saúde. https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

Coren, A. (2020). Psychodynamic interpersonal therapy: a conversational model. In M. Barkham, E. Guthrie, G. Hardy, & F. Margison (Eds.), *Psychodynamic practice* (Vol. 26, pp. 415-419). Sage. https://doi.org/10.1080/14753634.2020.1818612

Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*(4), 349-354. https://doi.org/10.1037/h0047358

Cuijpers, P., de Beurs, D. P., Spijker, B. A. van, Berking, M., Andersson, G., & Kerkhof, A. J. (2013). The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *144(*3), 183-190. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.06.025

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia*. Penso Editora.

Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. *Artmed.*

Cunha, J. (2001). *Manual em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.

Del-Ben, C., Sponholz-Junior, A., Mantovani, C., Faleiros, M. C., Oliveira, G., Guapo, V., Freitas, A. P. A. de, & Borges, L. M. (2017). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *14*(2), 560-577. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812014000200010&lng=pt&tlng=pt.

Díez-Gómez, A., Sebastián-Enesco, C., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). The PositivaMente Program: universal prevention of suicidal behaviour in educational settings. *School Mental Health*, *16*, 455-466. https://doi.org/10.1007/s12310-024-09650-0

Dobson, K. S. & Franche, R.L. (1999). A prática da terapia cognitiva. . In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. (*pp. 471- 93). Editora Santos.

Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(2), 113-120. https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00003

Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *77*(10), 1021-1030. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586

Durgante, H., & Dell'Aglio, D. D. (2018). Critérios metodológicos para a avaliação de programas de intervenção em psicologia. *Avaliação Psicológica*, *17*(1), 155-162. https://dx.doi.org/10.15689/ap.2017.1701.15.13986

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*(1), 107-126. https://doi.org/10.1037/h0031360

Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., & Lancaster, G. A. (2016). CONSORT 2010 statement: extension to randomized pilot and feasibility trials. *Pilot Feasibility Stud*, *2*, 64. https://doi.org/10.1186/s40814-016-0105-8

Esposito-Smythers, C., Wolff, J. C., Liu, R. T., Hunt, J. I., Adams, L., Kim, K., Frazier, E. A., Yen, S., Dickstein, D. P., & Spirito, A. (2019). Family-focused cognitive behavioral treatment for depressed adolescents in suicidal crisis with co-occurring risk factors: a randomized trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *60*(10), 1133-1141. https://doi.org/10.1111/jcpp.13095

Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, H. (2008). Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. *Cognitive Therapy and Research, 32*(2), 227-245. https://doi.org/10.1007/s10608-007-9172-8

Faul, F., Erdfelder E., Lang A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*, *39* (2),175-191.

Ferrari, M. R., & Cátula, P. (2014). Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 10*(2), 122-129. https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140018

Ferreira, J. C., & Patino, C.M. (2016). Randomization: beyond tossing a coin. *J Bras Pneumol. 42*(5), 310.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3a ed.). SAGE Publications. Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., & Schmidt, N. B. (2005). Randomized Controlled Trial of a Brief Problem-Orientation Intervention for Suicidal Ideation. *Behavior Therapy, 36*(4), 323-333. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80114-5

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Rivera, R. B., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A., Gómez, L. E., ...&

Montoya-Castilla, I. (2021a). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia: estado de la cuestión. *Psicothema*, *33*(3), 386-398. https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López-Navarro, E., Pérez de Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M. T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J. F., González Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García Cerdán, L., Osma, J., ... & Ma, R. J. (2021b). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para adultos: una revisión selectiva. *Psicothema*, *33*(2), 188-197. https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426

Fukumitsu, K. O., & Scavacini, K. (2013). Suicídio e manejo psicoterapêutico em situações de crise: uma abordagem gestáltica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, *19*(2), 198-204. DOI:10.18065/RAG.2013v19n2.6

Gibbons, J., Butler, J., Urwin, P., & Gibbons, J. (1978). Evaluation of a social work service for self-poisoning patients. *British Journal of Psychiatry, 133*(2), 111-118. doi:10.1192/bjp.133.2.111

Gomes, M. A., Dellazzana-Zanon, L. L., Baptista, M. N., & Pallini, A. C. (2020). Escala de Motivos para Viver (emviver): processo de construção dos itens. *Psicologia para América Latina*, (34), 207-220. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200011.

Gordis, L. (2017). *Epidemiologia* (5a ed.). Thieme Revinter Publicações.

Gøtzsche, P. C., & Gøtzsche, P. K. (2017). Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *10*(10), 404-410. https://doi.org/10.1177/0141076817731904

Grupp-Phelan, E. D., Stanley, B., Green, K. L., Galfalvy, H., & Brown, G. K. (2021). A randomized, controlled trial of the safety planning intervention: Research design and methods. *Contemporary Clinical Trials* ,103, 106291. https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106291

Grupp-Phelan, J., Stevens, J., Boyd, S., Cohen, D. M., Ammerman, R. T., Liddy-Hicks, S., Heck, K., Marcus, S. C., Stone, L., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2019). Effect of a motivational interviewing-based intervention on initiation of mental health treatment and mental health after an emergency department visit among suicidal adolescents: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *2*(12), e1917941.

https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.17941

Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., Marino-Francis, F., Sanderson, S., Turpin, C., Boddy, G., & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self-poisoning. *BMJ*, *323*(7305), 135-138. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7305.135

Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson B., Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry*, *56*(6), 519-26. DOI: 10.1001/archpsyc.56.6.519

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Medicine*, *13*(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados.* Bookman Editora.

Haroz, E. E., Decker, E., Lee, C., Bolton, P., Spiegel, P., & Ventevogel, P. (2020). Evidence for suicide prevention strategies with populations in displacement: a systematic review. *Intervention Amstelveen, Netherlands*, *18*(1), 37-44.

Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry,* 1*70*(3), 205-228. DOI:10.1192/bjp.170.3.205

Hassanian-Moghaddam, H., Sarjami, S., Kolahi, A., & Carter, G. (2011). Postcards in Persia: Randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*, *198*(4), 309-316. doi:10.1192/bjp.bp.109.067199

Hassanian-Moghaddam, H., Sarjami, S., Kolahi, A. A., Lewin, T., & Carter, G. (2017). Postcards in Persia: A twelve to twenty-four month follow-up of a randomized controlled trial for hospital-treated deliberate self-poisoning. *Archives of Suicide Research*, *21*(1), 138-154. https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004473

Hassanzadeh, M., Khajeddin, N., Nojomi, M., Fleischmann, A., & Eshrati, T. (2010). Brief intervention and contact after deliberate self-harm: an Iranian randomized controlled trial. *Iran Journal of Psychiatry and Behavior Sciences*, *4*(2), 5-12. https://www.researchgate.net/publication/361217741_Brief_Intervention_and_Contact_after_Deliberate_Self-Harm_An_Iranian_Randomized_Controlled_Trial

Hawton K., & Pirkis, J. (2024). Preventing suicide: a call to action. *Lancet Public Health, 9*(10), e825-e830. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00159-2.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas*. Artmed.

Henrion, A., Courtet, P., Arpon-Brand, V., Lafrancesca, A., Lacourt, L., Jaussent, I., Guillaume, S., Olié, E., & Ducasse, D. (2020). PEPSUI, a Psychoeducational Program for the Management of Suicidal Patients: A Qualitative Study From a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in psychiatry, 30*(11), 500447. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.500447

Hepp, U., Wittmann, L., Schnyder, U., & Michel, K. (2004). Psychological and psychosocial interventions after attempted suicide: an overview of treatment studies. *Crisis*, *25*(3), 108-117. https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.3.108

Higgins, J. P., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions (version 5.1.0).* from http://www.cochrane-handbook.org

Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*, *327*(7414):557-60. https://do i.org/10.1136/bmj.327.7414.557 [Links]

Hobson, R. F. (1985). *Forms of feeling*. Tavistock Publications.

Hou, X., Wang, J., Guo, J., Zhang, X., Liu, J., Qi, L., & Zhou, L. (2022). Methods and efficacy of social support interventions in preventing suicide: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-based mental health, 25*(1), 29-35. https://doi.org/10.1136/ebmental-2021-300318

Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: a systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(4), 1203-1235. https://doi.org/10.1002/cpp.2726

Hvid, M., Vangborg, K., Sørensen, H. J., Nielsen, I. K., Stenborg, J. M., & Wang, A. G. (2011). Preventing repetition of attempted suicide-II. The Amager Project, a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(5), 292-298. https://doi.org/10.3109/08039488.2010.544404

Inagaki, M., Kawashima, Y., Yonemoto, N., & Yamada, M. (2019). Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, *19*(1), 44. https://doi.org/10.1186/s12888-

019-2017-7

Jason, M., & McGlothlin, J. M. (2008). *Developing clinical skills in suicide assessment, prevention, and treatment*. American Counseling Association.

Jenkins, G. R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M. J., & Tyrer, P. (2002). Suicide rate 22 years after parasuicide: cohort study. *BMJ: British Medical Journal, 325*(7373), 1155. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1155

Jeong, H., Yim, H. W., Lee, S. Y., Potenza, M. N., & Kim, N. J. (2023). Effectiveness of psychotherapy on prevention of suicidal re-attempts in psychiatric emergencies: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *92*(3), 152-161. https://doi.org/10.1159/000529753

Junqueira, M. de F. P. da S. & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cad. Saúde Pública 19(1),* 227-235. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025

Kapur, N., Cooper, J., King-Hele, S., Webb, R., Lawlor, M., Rodway, C., & Appleby, L. (2006). The repetition of suicidal behavior: a multicenter cohort study. *The Journal of clinical psychiatry*, *67*(10), 1599-1609. https://doi.org/10.4088/jcp.v67n1016

Kawanishi, C., Aruga, T., Ishizuka, N., Yonemoto, N., Otsuka, K., Kamijo, Y., Okubo, Y., Ikeshita, K., Sakai, A., Miyaoka, H., Hitomi, Y., Iwakuma, A., Kinoshita, T., Akiyoshi, J., Horikawa, N., Hirotsune, H., Eto, N., Iwata, N., Kohno, M., Iwanami, A., … ACTION-J Group (2014). Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency departments in Japan (ACTION-J): a multicentre, randomised controlled trial. *The lancet. Psychiatry, 1*(3), 193-201. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70259-7

Kennard, B. D., Goldstein, T., Foxwell, A. A., McMakin, D. L., Wolfe, K., Biernesser, C., Moorehead, A., Douaihy, A., Zullo, L., Wentroble, E., Owen, V., Zelazny, J., Iyengar, S., Porta, G., & Brent, D. (2018). As Safe as Possible (ASAP): a brief app-supported inpatient intervention to prevent postdischarge suicidal behavior in hospitalized, suicidal adolescents. *The American journal of psychiatry*, *175*(9), 864-872. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101151

Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*(Supl. 2), S54-S64. https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002

Kuhn, R. P., & Andretta, L. (2011). Formulação de caso. In L. Andretta & M. S. Oliveira

(Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 163-176). Casa do Psicólogo.

Labelle, R., Pouliot, L., & Janelle, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural treatments for suicidal and self-harm behaviours in adolescents. Canadian Psychology, *56*(4), 368-378. https://doi.org/10.1037/a0039159

LaCroix, J. M., Perera, K. U., Neely, L. L., Grammer, G., Weaver, J., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2018). Pilot trial of post-admission cognitive therapy: inpatient program for suicide prevention. Psychological Services, *15*(3), 279-288. https://doi.org/10.1037/ser0000224

Lahoz, T., Hvid, M., & Wang, A. G. (2016). Preventing repetition of attempted suicide-III. The Amager Project, 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, *70*(7), 547-553. https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1180711

Leavey, K., & Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *46*(5), 353-374. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1332095

Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (2019, 26 de abril). Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Presidência da República. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cgpnpas/atos-normativos/lei-no-13-819-de-26-de-abril-de-2019.pdf

Lessa, M. B. M. F. (2018). Um estudo sobre a moralização do Suicídio. In A. M. L. C. Feijoo (Org.), *Suicídio: entre o viver e o morrer* (pp. 105-144). Editora IFEN.

Liberman, R. P., & Eckman, T.(1981). Behavior Therapy vs Insight-Oriented Therapy for Repeated Suicide Attempters. *Arch Gen Psychiatry*. *38*(10):1126-1130. doi:10.1001/archpsyc.1981.01780350060007

Lin, T-J., Ko, H-C., Wu, J. Y-W, Oei, T. P., Lane, H-Y., & Chen, C-H. (2019). The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy skills training group vs. Cognitive Therapy group on reducing depression and suicide attempts for borderline personality disorder in Taiwan. *Archives of Suicide Research*, *23*(1), 82-99. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104

Linehan, M. M. (2018). *Skills training in DBT: dialectical behavior therapy manual for the therapist* (2nd ed.). Artmed.

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, *51*(2), 276-286. 10.1037/0022-006x.51.2.276.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A., & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, *72*(5), 475-482. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039

Lin, T. J., Ko, H. C., Wu, J. Y., Oei, T. P., Lane, H. Y., & Chen, C. H. (2019). The effectiveness of dialectical Behavior therapy skills training group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research, 23*(1), 82-99. https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1436104

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression, anxiety, stress scales*. Psychology Foundation of Australia. http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/

Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2004). Trauma, pain, and act: the psychoanalytic perspective on a suicide attempt. *Ágora*, *10*(1), 86-106. https://doi.org/10.1590/S1516-14982007000100006

Malakouti, S. K., Nojomi, M., Ghanbari, B., Rasouli, N., Khaleghparast, S., & Farahani, I. G. (2022). Aftercare and suicide reattempt prevention in Tehran, Iran. *Crisis*, *43*(1), 18-27. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000754

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologis*t, *56*(3), 227-238. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

Master, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologis*t, *56*(3), 227-238.https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *75*(8), 777-785. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109

McGlothlin, J. M. (2008). *Developing clinical skills in suicide assessment, prevention, and treatment*. American Counseling Association.

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

Messiah, A., Notredame, C. E., Demarty, A. L., Duhem, S., Vaiva, G., & AlgoS investigators. (2019). Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS One*, *14*(2), e0210778. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210778

Ministério da Saúde. (2017). *Suicídio: saber, agir e prevenir. Boletim epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolha-a-vida/bibliografia/2017025PerfilepidemiologicodastentativaseobitosporsuicidionoBrasilearedededeatenaoasade.pdf

Ministério da Saúde. (2021). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030*. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf

Ministério da Saúde. (2024). Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico*, *55*(4), 1-17. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view

Monn, S., Gooding, P., Pratt, D., Edwards, D., Awenat, Y., Drake, R. J., Emsley, R., Jones, S., Kapur, N., Lobban, F., Peters, S., Boardman, B., Harris, K., Huggett, C., Haddock, G., & the ASSIP Study Group. (2025). Randomized controlled trial for the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP): An independent non-replication study. *The Lancet Psychiatry*, *12*(3), 177-188. https:/doi.org/10.1016/S2215-366(24)00399-7

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, *22*(37), 7-32. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf

Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (Assertive Intervention for Deliberate Self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*, *345*, e4972https://doi.org/10.1136/bmj.e4972

Mouaffak, F., Marchand, A., Castaigne, E., Arnoux, A., & Hardy, P. (2015). OSTA program: A French follow up intervention program for suicide prevention. *Psychiatry research*,

230(3), 913-918. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.024

Mousavi, S. G., Amini, M., Mahaki, B., & Bagherian-Sararoudi, R. (2016). Effect of phone call versus face-to-face follow-up on recurrent suicide attempts prevention in individuals with a history of multiple suicide attempts. *Advanced Biomedical Research*, *5*, 184. https://doi.org/10.4103/2277-9175.190990

Murta, S. G., & Santos, K. B. (2015a). Desenvolvimento de programas preventivos e de promoção em saúde mental. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 168-191). Sinopsys.

Murta, S. G., & Santos, K. B. (2015b). A implementação de programas de promoção e prevenção no âmbito da saúde mental. In S. G. Murta, C. L. França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 192-212). Sinopsys.

Naidoo, S.S., Gathiram, P. & Schlebusch, L. (2014). Effectiveness of a Buddy intervention support programme for suicidal behaviour in a primary care setting, *South African Family Practice*, *56*(5), 263-270, DOI: 10.1080/20786190.2014.980159

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1996). Treinamento em solução de problemas. In V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnica de terapia e modificação do comportamento.* (pp. 471-493). Editora Santos.

Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (1999). Treinamento em solução de problemas. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. (*pp. 471-493). Editora Santos.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 133-154. https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002

Oliveira P. B. D. B. de, Figueiredo, A. A. F. de, & Miranda, D. A. (2025). Comportamento suicida no contexto universitário: Uma revisão integrativa da literatura. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 35(2), Artigo e350219. https://doi.org/10.1590/S0103-73312025350219pt

Oliveira, M. A. P., & Parente, R. C. M. (2010). Understanding randomized controlled treals. *Bras. J. Video-Sur*, *3*(4), 171-175

Organização Mundial da Saúde, & Organização Pan-Americana da Saúde. (2024). *Viver a vida: guia de implementação para a prevenção do suicídio nos países*. https://www.paho.org/pt/documentos/live-life-guia-implementacao-para-prevencao-do-

suicidio-paises.

Orsmond, G. I., & Cohn, E. S. (2015). The Distinctive Features of a Feasibility Study: Objectives and Guiding Questions. *OTJR : Occupation, Participation and Health*, *35*(3), 169-177. https://doi.org/10.1177/1539449215578649

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(2), 97-107. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*, 210 https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., & Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, *134*, 103-112. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., & Mulrow, C., D. et al. (2021). The Prisma 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: http://www.prisma-statement.org/

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., … McKenzie, J. E. (2021). Prisma 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, *29*(372),160. https://doi.org/10.1136/bmj.n160

Pickover, A., Lowell, A., Lazarov, A., Lopez-Yianilos, A., Sanchez-Lacay, A., Ryba, M., Such, S., Arnon, S., Amsalem, D., Neria, Y., & Markowitz, J. C. (2021). Interpersonal psychotherapy of posttraumatic stress disorder for veterans and family members: an open trial. *Psychiatric Service*, *72*(8), 866-873. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000355

Pistorello, J., Jobes, D. A., Gallop, R., Compton, S. N., Locey, N. S., Au, J. S., Noose, S. K., Walloch, J. C., Johnson, J., Young, M., Dickens, Y., Chatham, P., & Jeffcoat, T. (2021). A Randomized Controlled Trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) Versus Treatment as Usual (TAU) for Suicidal

College Students. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, *25*(4), 765-789. https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1749742

Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C., Lonnqvist, J., & Michel, K. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *85*(2), 97-104. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb01451.x

Poletto, M. (2006). Uma breve reflexão crítica sobre psicologia positiva e resiliência. *Psicologia Escolar e Educacional, 10*(1), 137-140. https://doi.org/10.1590/S1413-85572006000100014

Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, *25*(3), 405-416. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300009

Probert-Lindström, S., Berge, J., Westrin, Å., Öjehagen, A., & Skogman Pavulans, K. (2020). Long-term risk factors for suicide in suicide attempters examined at a medical emergency in patient unit: results from a 32-year follow-up study. *BMJ Open*, *10*(10), e038794. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038794

Ranganathan, P., Aggarwal, R., & Pramesh, C. S. (2015). Common pitfalls in statistical analysis: Odds versus risk. *Perspectives in Clinical Research*, *6*(4), 222-224. https://doi.org/10.4103/2229-3485.167092

Riblet, N., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry: the journal of Mental Science*, *210*(6), 396-402. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799

Rodrigues, C. L., & Ziegelmann, P. K. (2010). Metanálise: um guia prático. *Clinical & Biomedical Research*, *30*(4), 436-447. https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/16571

Roever, L. (2016). Compreendendo os estudos de metanálise na pesquisa clínica. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, *14*(4), 245-250. https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/224/220 Rogers, C. (1961). *Tornar-se pessoa.* Martins Fontes.

Rogers, C. R. (1995). *On Becoming a Person: a therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., Williams, S. R., Arne, K. A., Breitbach, J., Delano, K., Wilkinson, E., & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, *172*(5), 441-449. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14070843

Runeson B. S. (2002). Suicide after parasuicide. *BMJ, 325*(7373), 1125-1126. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1125/a

Rudd, M. D. (2006).The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36(3), 255–264.* https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.3.255

Salkovskis, P. M., Atha, C., & Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide a controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *157*(6), 871-876. https://doi.org/10.1192/bjp.157.6.871

Sande, R. van der, Rooijen, L. van, Buskens, E., Allart, E., Hawton, K., Graaf, Y. van der, & Engeland, H. van (1997). Intensive in-patient and community intervention versus routine care after attempted suicide. A randomised controlled intervention study. *The British Journal of Psychiatry*, 1*71*(1), 35-41. https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.35

Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide & life-threatening behavior*, *50*(3), 652-667. https://doi.org/10.1111/sltb.12612

Santos, C. M. C, Pimenta, C. A. M., & Nobre, M. R. C. (2007). The Pico strategy for the research question construction and evidence search, updating articles. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *15*(3), 1-4. https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023

Santos, L. A., Teodoro, M. L. M., & Oliveira, F. C. de. (2024). The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta analysis of randomized controlled trials. *Ciencias Psicológicas*, *18*(2), e-3667. https://doi.org/10.22235/cp.v18i 2.3667

Sayago, C.W., & Domelles, V. G. (2011). Conceituação cognitiva. In L. Andretta, & M. S. Oliveira (Orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental (*pp. 177 - 192). Casa do Psicólogo®

Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., & Amorim, P et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnosticic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59* (20), 34-57.

Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.

Silveira, M. F., Almeida, J. C., Freire, R. S., Haikal, D. S., & Martins, A. E. B. (2013). Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12*). Ciência & Saúde Coletiva, 18*(7), 1923-1931.

Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, *36*(5), 519-532. https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.5.519

Sinyor, M., Williams, M., Mitchell, R., Zaheer, R., Bryan, C. J., Schaffer, A., Westreich, N., Ellis, J., Goldstein, B. I., Cheung, A. H., Selchen, S., Kiss, A., & Tien, H. (2020).

Cognitive behavioral therapy for suicide prevention in youth admitted to hospital following an episode of self-harm: A pilot randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, *1*(266), 686-694. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.178

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R.G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li T., … Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, *366*, l4898. https://doi.org/10.1136/bmj.l4898

Stewart, C. D., Quinn, A., Plever, S., & Emmerson, B. (2009). Comparing cognitive behavior therapy, problem solving therapy, and treatment as usual in a high risk population.

Suicide and Life-Threatening Behavior, *39*(5), 538-547. https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.5.538

Tavares, M. (2005). Prevenção, riscos e identificação precoce. *Ciência e profissão -Diálogos, 3*(53), 51-53.

Teodoro, M., Souza, R. S. B. de., Martins, C. de. C., Sediyama, C. Y. N., Alvares-Teodoro, J., Chang, O. D., & Chang, E. C. (2020). Validity of the Frequency of Suicidal Ideation Inventory in Brazilian adults. *Death Studies*, *46*(8), 1840-1844. https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1824201.

The Consolidated Standards of Reporting Trials. (2010). www.consort-statement.org.

Torre-Luque, A., Estupiñá Puig, F. J., Pemauy, A., & Prata, J. (2021). General strategies for suicide behavior prevention. In S. Al-Halabí & E. Fonseca-Pedrero

(Eds.), *Manual of psychology of suicidal behavior* (pp. 173-193). Pirámide.

Townsend, E., Hawton, K., Altman, & D. et al. (2001), The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness, and improvement in problems. *Psychol Med, 31*(6), 979-988. DOI: 10.1017/s0033291701004238

Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, *5*(1), 74. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0

Vaiva, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Meyer, P., Mathieu, D., Philippe, A., Libersa, C., & Goudemand, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, *332*(7552), 1241-1245. https://doi.org/10.1136/bmj.332.7552.1241

Van Ballegooijen, W., Rawee, J., Palantza, C., Miguel, C., Harrer, M., Cristea, I., de Winter, R., Gilissen, R., Eikelenboom, M., Beekman, A., & Cuijpers, P. (2025). Suicidal Ideation and Suicide Attempts After Direct or Indirect Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA psychiatry, 82(1), 31–37. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2854

Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian portuguese. *J Affect Disord*, *155*, 104-109. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.031

Wang, M., Ma, H., Shi, Y., Ni, H., Qin, C., & Ji, C. (2025). Single-arm clinical trials: Design, ethics, and principles. *BMJ Supportive & Palliative Care*, *15*(1), 46-54. DOI: 10.1136/spcare-2024-004984.

Wang, Y. C., Hsieh, L. Y., Wang, M. Y., Chou, C. H., Huang, M. W., & Ko, H. C. (2016). Coping card usage can further reduce suicide reattempt in suicide attempter case management within 3-month intervention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(1), 106-120. https://doi.org/10.1111/sltb.12177

Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical Care(Philadelphia), *30*(6), 473-483.

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. K. (1994). *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual.* The Health Institute, New England Medical Center.

Weaver, N., Bertolacci, G., Naghavi, M., Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Liu, H. H., Mantilla-Herrera, A. M., Pinheiro, M., Nichols, E., Shadid, J., Tantimanangor, W., Wiysonge,

C. S., & Vos, T. (2025). Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health, 10*(3), e189-e202. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(25)00006-4

Wei, S., Liu, L., Bi, B., Li, H., Hou, J., Tan, S., Chen, X., Chen, W., Jia, X., Dong, G., Qin, X., & Liu, Y. (2013). An intervention and follow-up study following a suicide attempt in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *Crisis*, *34*(2), 107-115. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000181

Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas.* Artmed.

World Health Organization. (1989). *Prevention of suicide: Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*.

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.

World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: global health estimatives*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2023). *Suicide*. https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/suicide

World Health Organization. (2025). *Suicide*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Xavier, A., Otero, P., Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2019). Efficacy of a problem-solving intervention for the indicated prevention of suicidal risk in young Brazilians: Randomized controlled trial. *Suicide & life-threatening behavior*, *49*(6), 1746-1761. https://doi.org/10.1111/sltb.12568

APÊNDICE A - Estratégias de busca para revisão sistemática

Buscas Pubmed, Cochrane, Psycinfo e Lilacs P: Pessoas com tentativas prévias de suicídio I: Intervenções psicoterápicas C: Tratamento usual/outra psicoterapia/ qualquer modalidade de tratamento O: Redução de tentativas de suicídio	
P U B M E D	((((((((Suicide attempted[MeSH Terms]) OR (Suicide attempted[Title/Abstract])) OR (Attempted Suicide[Title/Abstract])) OR (Suicide Attempt[Title/Abstract])) OR (Attempt, Suicide[Title/Abstract])) OR (Parasuicide[Title/Abstract])) OR (Parasuicides[Title/Abstract])) AND ((((((((((Psychological intervention[MeSH Terms]) OR (Psychological intervention[Title/Abstract])) OR (Psychological Intervention[Title/Abstract])) OR (Intervention, Psychological[Title/Abstract])) OR (Interventions, Psychological[Title/Abstract])) OR (Psychological Interventions[Title/Abstract])) OR ((((((((((Psychotherapy[MeSH Terms]) OR (Psychotherapy[Title/Abstract])) OR (Psychotherapy, Psychodynamic[Title/Abstract])) OR (Imagery, Psychotherapy[Title/Abstract])) OR (Psychotherapy, Rational-Emotive[Title/Abstract])) OR (Psychotherapy, Multiple[Title/Abstract])) OR (Psychotherapy, Group[Title/Abstract])) OR (Psychotherapy, Brief[Title/Abstract])) OR (Person-Centered Psychotherapy[Title/Abstract])) OR (Interpersonal Psychotherapy[Title/Abstract])) OR (Cognitive Behavioral Therapy[Title/Abstract]))) OR ((((((((((((Crisis Intervention[MeSH Terms]) OR (Crisis Intervention[Title/Abstract])) OR (Crisis Interventions[Title/Abstract])) OR (Intervention, Crisis[Title/Abstract])) OR (Brief Advice[Title/Abstract])) OR (Advice, Brief[Title/Abstract])) OR (Brief Treatment[Title/Abstract])) OR (Brief Treatments[Title/Abstract])) OR (Treatment, Brief[Title/Abstract])) OR (Brief Interventions[Title/Abstract])) OR (Brief Intervention[Title/Abstract])) OR (Intervention, Brief[Title/Abstract])) OR (Critical Incident Stress Debriefing[Title/Abstract]))) OR ((Psychotherapies[MeSH Terms]) OR (Psychotherapies[Title/Abstract]))) OR ((((Dialectical Behavior Therapy[MeSH Terms]) OR (Dialectical Behavior Therapy[Title/Abstract]))

	OR (Behavior Therapy, Dialectical[Title/Abstract])) OR (Dialectical Behavior Therapies[Title/Abstract]))))) AND ((((((((((randomized controlled trial[Publication Type]) OR controlled clinical trial[Publication Type]) OR randomized[Title/Abstract]) OR placebo[Title/Abstract]) OR drug therapy[MeSH Subheading]) OR randomly[Title/Abstract]) OR trial[Title/Abstract]) OR groups[Title/Abstract])) NOT ((animals[MeSH Terms]) NOT humans[MeSH Terms])) **Resultado: 527**
C O C H R A N E	ID Search Hits #1 MeSH descriptor: [Suicide, Attempted] explode all trees 454 #2 (Suicide, Attempted):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1879 #3 (Parasuicide):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 80 #4 (Parasuicides):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 80 #5 #1 OR #2 OR #3 OR #4 1923 #6 MeSH descriptor: [Psychotherapy] explode all trees 25998 #7 (Psychotherapy):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 13659 #8 (Psychotherapy, Psychodynamic):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 653 #9 (Psychotherapy, Multiple):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 672 #10 (Interpersonal Psychotherapy):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1544 #11 (Psychotherapy, Rational-Emotive):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 44 #12 (Psychotherapy, Group):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 8710

	#13 (Psychotherapy, Brief):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 2284 #14 (Imagery, Psychotherapy):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 592 #15 (Person-Centered Psychotherapy):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 111 #16 (Cognitive Behavioral Therapy):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 25456 #17 #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 46289 #18 MeSH descriptor: [Crisis Intervention] explode all trees 206 #19 (crisis intervention):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1795 #20 (Critical Incident Stress Debriefing):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 16 #21 (Intervention, Brief):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 15750 #22 (Brief Intervention):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 15750 #23 (Brief Interventions):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 15748 #24 (Intervention, Crisis):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1795 #25 (Crisis Interventions):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1795 #26 (Advice, Brief):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1264 #27 (Brief Advice):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 1264 #28 (Brief Treatments):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 14014 #29 (Brief Treatment):ti,ab,kw (Word

	variations have been searched) 14017 #30 (Treatment, Brief):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 14017 #31 #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 22932 #32 MeSH descriptor: [Dialectical Behavior Therapy] explode all trees 38 #33 (Dialectical Behavior Therapy):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 469 #34 (Behavior Therapy, Dialectical):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 469 #35 (Dialectical Behavior Therapies):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 469 #36 #32 OR #33 OR #34 OR #35 469 #37 #17 OR #31 OR #36 64404 #38 #5 AND #37 **Resultado: 781**
P S Y C I N F O	Results for Index Terms: {Attempted Suicide} AND Index Terms: {Attempted Suicide} OR {Crisis Intervention} OR {Adlerian Psychotherapy} OR {Analytical Psychotherapy} OR {Eclectic Psychotherapy} OR {Ericksonian Psychotherapy} OR {Experiential Psychotherapy} OR {Expressive Psychotherapy} OR {Group Psychotherapy} OR {Humanistic Psychotherapy} OR {Individual Psychotherapy} OR {Integrative Psychotherapy} OR {Client Centered Therapy} OR {Psychodynamic Psychotherapy} OR {Psychotherapy} OR {Supportive Psychotherapy} OR {Psychotherapeutic Techniques} OR {Brief Psychotherapy} OR {Cognitive Behavior Therapy} OR {Dialectical Behavior Therapy} OR {Rational Emotive Behavior Therapy} OR {Interpersonal Psychotherapy} OR {Behavior Therapy} AND Peer-Reviewed Journals only **Resultado: 748**

L I L A C S	((suicid*)) AND ((("Psicoterapia" OR "Psychotherapy" OR "Psicoterapia" OR "Brief Psychotherapies" OR "Brief Psychotherapy" OR "Brief Therapies, Solution-Focused" OR "Brief Psychotherapies" OR "Brief Therapy, Solution-Focused" OR "Psychotherapies, Brief" OR "Psychotherapies, Short-Term" OR "Solution Focused Brief Therapies" OR "Solution-Focused Brief Therapy" OR "Therapies, Solution-Focused Brief" OR "Imagery Psychotherapy" OR "Behavior Therapies, Cognitive" OR "Behavior Therapy, Cognitive" OR "Cognition Therapies" OR "Cognitive Psychotherapies" OR "Therapies, Cognition" OR "Imagery Psychotherapy" OR "Group Psychotherapy" OR "Group Therapy" OR "Therapy, Group" OR "Psychotherapy, Interpersonal" OR "Multiple Psychotherapies" OR "Client Centered Therapy" OR "Brief Psychotherapy" OR "Psychotherapies, Person-Centered" OR "Psychodynamic Psychotherapies" OR "Psychodynamic Psychotherapies" OR "Brief Psychotherapies" OR "Psychotherapies, Rational-Emotive" OR "Advice, Brief " OR "Brief Interventions" OR "Brief Treatment" OR "Treatment, Brief"))) AND (db:("LILACS")) **Resultado: 119**

APÊNDICE B1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Para Estudo de Viabilidade

Para usuários que passaram pelo hospital João XXIII após tentativa de suicídio

N.º Registro CEP UFMG: CAAE: 70001023.0.0000.5149

N º Registro CEP FHEMIG: CAAE: 7001023.0.3001.5119

Prezado participante, você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa "Construção de recursos psicoterapêuticos para tratamento e prevenção do comportamento suicida", em sua fase de estudo de viabilidade, sob a responsabilidade da doutoranda Luciana Almeida Santos e de seu orientador Professor Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (FAFICH/UFMG). Todo o conteúdo do projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMG e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), e devidamente aprovado para a presente divulgação, de acordo com a legislação vigente.

a) objetivos do estudo e características da participação

A pesquisa será desenvolvida no Centro de Aplicação da Psicologia (CEAP) da UFMG e tem como objetivo verificar a viabilidade e eficácia de um programa de intervenção psicológica para pacientes que tentaram suicídio em relação a novas tentativas, ideação suicida, sintomas de depressão, de ansiedade, de estresse, qualidade de vida e motivos para viver. Será realizada uma pesquisa que irá atender pacientes com idade entre 18 e 60 anos que tentaram suicídio e foram atendidos no Hospital João XXIII. Se você aceitar participar, será encaminhado para uma intervenção psicológica específica, composta por 10 sessões de psicoterapia, a serem realizadas na FAFICH/UFMG, com duração de aproximadamente 60 minutos cada: a primeira e última sessões terão um tempo maior, pois contarão com participação de uma referência afetiva indicada por você.

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante: _____

Os terapeutas poderão fazer contatos telefônicos com você até três meses após o fim da intervenção, para saber como você está. Você será avaliado quanto ao comportamento suicida, depressão, ansiedade, estresse, motivos para viver e qualidade de vida em dois momentos: antes da primeira sessão e logo após a décima sessão, assim que a intervenção acabar. Os avaliadores são estudantes devidamente treinados para esse tipo de avaliação.

Esse encaminhamento não substitui o encaminhamento para rede de saúde mental, realizado pelo hospital: é um tratamento adicional.

b) benefícios, riscos e despesas

As sessões serão realizadas por alunos da Psicologia da UFMG, devidamente treinados e supervisionados: elas possuem como benefícios a possibilidade de reduzir o comportamento suicida, os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, além da possibilidade de melhorar a qualidade de vida e os motivos para viver. Você poderá se sentir desconfortável, ficar cansado ou se emocionar, visto tratar-se de um tema sensível, mas se algo assim acontecer os terapeutas estão preparados e saberão como te ajudar: eles foram capacitados para isso. Para minimizar esse dano será garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. Caso ocorra desconforto, os estudantes avaliadores e os que fizerem a intervenção estarão devidamente treinados para lidar com essa situação pela pesquisadora principal, que já atende esse público há mais de 12 anos e pelo seu orientador, que é referência em estudos sobre suicídio. Caso seja percebida uma piora psíquica com aumento da ideação suicida e risco de novas tentativas, sua referência afetiva será contatada imediatamente e instruída a te levar ao Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Se necessário for, durante os atendimentos, será acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para seu encaminhamento, após contato com a referência afetiva, ao CERSAM. Durante os atendimentos, sempre haverá um terapeuta de retaguarda que se acionado, ajudará no manejo da crise, com os devidos encaminhamentos. Se apresentar qualquer justificativa de piora em decorrência da intervenção, a mesma será comunicada as autoridades responsáveis: em qualquer indício que a terapia esteja te prejudicando, a mesma será interrompida.

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante: _____

Pode-se correr o risco de invasão de privacidade, o que geraria discriminação e estigmatização, porém em hipótese alguma sua identidade será revelada, resguardando a confidencialidade dos dados: os nomes serão trocados por números no programa estatístico que será utilizado para análise de dados. Em caso de citação de falas, os nomes também serão trocados por números aleatórios. Os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos, serão respeitados. Os pesquisadores assumem a responsabilidade de darem assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Entendemos que alguns riscos econômicos também são possíveis devido ao tempo de ausência do trabalho para participação na pesquisa, nesse caso, uma declaração de comparecimento para participação na pesquisa poderá ser emitida. Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa além do custo com o deslocamento até o CEAP, bem como nada será pago por sua participação. Caso você não tenha recursos financeiros para se deslocar por transporte público até o CEAP, ofereceremos o valor das passagens para você e sua referência, durante o tratamento. Fica garantido o direito de buscar a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, e de indenização, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

c) possibilidades de assistência

Você poderá contar com a presença de acolhimento psicológico durante o tempo que participar da pesquisa. Caso você opte por acompanhamento psicológico fora do projeto terapêutico proposto pelos pesquisadores, você será orientado(a) sobre atendimento psicológico nos serviços públicos ou sociais que existem na cidade de Belo Horizonte.

d) liberdades, garantias e sigilo

Durante a avaliação ou tratamento você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

Rubrica do pesquisador:_____
Rubrica do participante: _____

Os instrumentos e documentos utilizados nesta avaliação serão armazenados por cinco anos, em local apropriado no Departamento de Psicologia, ficando sob a responsabilidade dos pesquisadores, sendo garantido o acesso restrito a essas informações e o sigilo das mesmas. Após esse período, os dados serão devidamente descartados. Você também tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Os resultados obtidos poderão ser publicados em artigos e eventos científicos. Contudo, em nenhuma hipótese os participantes serão identificados por seus nomes, sendo mantida em sigilo a sua identidade.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, você precisa rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencher a autorização apresentada a seguir com as suas informações e assiná-la juntamente aos pesquisadores. Este documento possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável pela pesquisa. Recomenda-se que você guarde essa via impressa em seus arquivos.

e) formas de acesso aos pesquisadores e à instituição responsável

Estamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos sobre eventuais dúvidas que possam surgir a respeito desta pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional dos pesquisadores responsáveis e dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Luciana Almeida Santos – Tel: (31)985099449

Av. Antônio Carlos, 6627. FAFICH, Departamento de Psicologia – 2º andar – Sala 2022. Campus Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG – Brasil. E-mail: lusantospsi16@gmail.com

Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro – Tel: (31)3409-6267 / (31)98320-2449

Av. Antônio Carlos, 6627. FAFICH, Departamento de Psicologia – 4º andar – Sala 4070. Campus Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG – Brasil. E-mail: mlmteodoro@hotmail.com

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – Tel: (31)3409-4592 Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil CEP 31270-901, telefone (31) 3409-4592, e-mail coep@prpq.ufmg.br.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação Hospitalar de Minas Gerais – Rodovia Papa João Paulo II, 4001, 13º andar do Edifício Gerais – Cidade Administrativa B. Serra Verde – Belo Horizonte – CEP 31630-901 telefone: (31) 3915-9343

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante: _____

Autorização:

Eu, _____ tenho 18 anos ou mais e declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo **"Construção de recursos psicoterapêuticos para tratamento e prevenção do comportamento suicida"**. Li e entendi as informações. Tive oportunidade de fazer perguntas e tirar minhas dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim e concordo em participar do estudo até que eu decida o contrário, bem como autorizo a divulgação e publicação das informações que dei, exceto os meus dados pessoais, em eventos e publicações científicas. Sendo assim, assino este documento, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob minha responsabilidade e a outra via com o pesquisador.

Belo Horizonte, ____de _____de 2024.

Assinatura do Participante _____

_____ _____

Luciana Almeida Santos Maycoln L. M. Teodoro

APÊNDICE B2 - Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) PARA ENSAIO CLÍNICO NÃO CONTROLADO

Para usuários que passaram pelo hospital João XXIII após tentativa de suicídio N.º Registro CEP UFMG: CAAE: 70001023.0.0000.5149
N º Registro CEP FHEMIG: CAAE: 7001023.0.3001.5119

Prezado participante, você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa "Construção de recursos psicoterapêuticos para tratamento e prevenção do comportamento suicida", em sua fase de construção de uma intervenção de braço único sem comparação (single-arm trials), sob a responsabilidade da doutoranda Luciana Almeida Santos e de seu orientador Professor Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (FAFICH/UFMG). Todo o conteúdo do projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFMG e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), e devidamente aprovado para a presente divulgação, de acordo com a legislação vigente.

a) objetivos do estudo e características da participação

A pesquisa será desenvolvida no Centro de Aplicação da Psicologia (CEAP) da UFMG e tem como objetivo de avaliar um programa de intervenção psicológica para pacientes que tentaram suicídio em relação a novas tentativas, ideação suicida, sintomas de depressão, de ansiedade, de estresse, de qualidade de vida e de motivos para viver antes e depois da intervenção. Será realizada uma pesquisa de intervenção única, que irá comparar as variáveis citadas em tempos diferentes no mesmo grupo de pacientes com idade entre 18 e 60 anos, que tentaram suicídio, passaram pelo Hospital João XXIII, receberam alta e aceitaram receber uma intervenção psicológica específica composta por 10 sessões de psicoterapia.

Essa intervenção será realizada na FAFICH/UFMG, com duração de aproximadamente 60 minutos cada: a primeira e última sessões terão um tempo maior, pois contarão com participação de uma referência afetiva indicada por você. Os terapeutas tentarão fazer contatos telefônicos com você até três meses após o fim da intervenção, para saber como você está.

Rubrica do pesquisador:_____
Rubrica do participante: _____

Não de trata de uma intervenção substitutiva, mas sim adicional. Você continuará a receber os mesmos encaminhamentos no momento da alta, conforme protocolo do hospital, e durante a intervenção você será incentivado a aderir a esses tratamentos. Você será avaliado com testes psicológicos logo após a alta, aproximadamente dois meses (quando a intervenção finalizar) e quatro meses após a sua alta. Esses testes avaliarão comportamento suicida, depressão, ansiedade, estresse, qualidade de vida e motivos para se viver. Essas avaliações poderão ocorrer por vídeos chamadas ou de forma presencial e serão realizadas por pessoas capacitadas para atuarem com pacientes em risco de suicídio. Um avaliador fará contato com você e com a pessoa que você indicar como referência afetiva e marcará a avaliação em momentos que vocês estiverem juntos. Durante a avaliação, caso você necessite, será realizada psicoeducação, construção de um cartão de crise e serão enviados a você e sua referência cartilhas sobre os cuidados frente a crise suicida. Após a primeira avaliação, você receberá contato de um terapêuta para iniciar as sessões.

b) benefícios, riscos e despesas

As sessões serão realizadas por alunos da Psicologia da UFMG, devidamente treinados e supervisionados: elas possuem como benefícios a possibilidade de reduzir o comportamento suicida, os sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, além da possibilidade de melhorar a qualidade de vida e os motivos para viver. Você poderá se sentir desconfortável, ficar cansado ou se emocionar, visto tratar-se de um tema sensível, mas se algo assim acontecer os terapeutas estão preparados e saberão como te ajudar: eles foram capacitados para isso.

Caso ocorra desconforto, os estudantes avaliadores e os que fizerem a intervenção são devidamente treinados para lidar com essa situação pela pesquisadora principal, que já atende esse público há quase 12 anos e pelo seu orientador, que é referência em estudos sobre suicídio no país. Caso seja percebida uma piora psíquica, com aumento da ideação suicida e risco de novas tentativas, sua referência afetiva será contatada imediatamente e instruída a te levar ao Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

Rubrica do pesquisador:_____
Rubrica do participante: _____

Se necessário for, durante os atendimentos, será acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para seu encaminhamento, após contato com a referência afetiva, ao CERSAM.

Durante os atendimentos, sempre haverá um terapeuta de retaguarda que se acionado, ajudará no manejo da crise, com os devidos encaminhamentos. Se apresentar qualquer justificativa de piora em decorrência da intervenção, a mesma será comunicada as autoridades responsáveis: em qualquer indício que a terapia esteja te prejudicando, a mesma será interrompida. Corre-se o risco de se sentir desamparado após o fim da intervenção, mas faremos alguns contatos, acordados com você, após o fim da intervenção, e caso seja observado uma piora em seu estado geral, você será orientado a buscar os serviços de crise o mais rápido possível: sua referência também receberá essa informação. Pode-se correr o risco de invasão de privacidade, o que geraria discriminação e estigmatização, porém em hipótese alguma sua identidade será revelada, resguardando a confidencialidade dos dados: os nomes serão trocados por números no programa estatístico que será utilizado para análise de dados. Em caso de citação de falas, os nomes também serão trocados por números aleatórios. Os seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos serão respeitados.

Os pesquisadores assumem a responsabilidade de darem assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos. Entendemos que alguns riscos econômicos também são possíveis devido ao tempo de ausência do trabalho para participação na pesquisa, nesse caso, uma declaração de comparecimento para participação na pesquisa poderá ser emitida.

Você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa além do custo com o deslocamento até o CEAP, bem como nada será pago por sua participação. Caso você não tenha recursos financeiros para se deslocar por transporte público até o CEAP, poderemos oferecer ajuda nas passagens para você e sua referência irem e voltarem, durante e tratamento. Fica garantido o direito de buscar a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa e de indenização conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante: _____

c) possibilidades de assistência

Você poderá contar com a presença de acolhimento psicológico durante o tempo que participar da pesquisa. Caso você opte por acompanhamento psicológico fora do projeto terapêutico proposto pelos pesquisadores, você será orientado(a), caso manifeste interesse, sobre atendimento psicológico nos serviços públicos ou sociais que existem na cidade de Belo Horizonte.

d) liberdades, garantias e sigilo

Durante a avaliação ou tratamento você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão. Os instrumentos e documentos utilizados nesta avaliação serão armazenados por cinco anos, em local apropriado no Departamento de Psicologia, ficando sob a responsabilidade dos pesquisadores, sendo garantido o acesso restrito a essas informações e o sigilo das mesmas. Após esse período, os dados serão devidamente descartados. Você também tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa.

Os resultados obtidos poderão ser publicados em artigos e eventos científicos. Contudo, em nenhuma hipótese os participantes serão identificados por seus nomes, sendo mantida em sigilo a sua identidade.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, você precisa rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preencher a autorização apresentada a seguir com as suas informações e assiná-la juntamente aos pesquisadores. Este documento possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável pela pesquisa. Recomenda-se que você guarde essa via impressa em seus arquivos.

e) formas de acesso aos pesquisadores e à instituição responsável

Estamos disponíveis para quaisquer esclarecimentos sobre eventuais dúvidas que possam surgir a respeito desta pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional dos pesquisadores responsáveis e dos Comitês de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Rubrica do pesquisador:_____

Rubrica do participante: _____

Luciana Almeida Santos – Tel: (31)985099449
Av. Antônio Carlos, 6627. FAFICH, Departamento de Psicologia – 2º andar – Sala 2022ª. Campus Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG – Brasil. E-mail: lusantospsi16@gmail.com

Prof. Dr. Maycoln L. M. Teodoro – Tel: (31)3409-6267 / (31)98320-2449
Av. Antônio Carlos, 6627. FAFICH, Departamento de Psicologia – 4º andar – Sala 4070. Campus Pampulha, CEP 31270-901, Belo Horizonte, MG – Brasil. E-mail: mlmteodoro@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais – Tel: (31)3409-4592 Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar – Sala 2005. Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil CEP 31270-901, telefone (31) 3409-4592, e-mail coep@prpq.ufmg.br.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fundação Hospitalar de Minas Gerais – Rodovia Papa João Paulo II, 4001, 13º andar do Edifício Gerais – Cidade Administrativa B. Serra Verde – Belo Horizonte – CEP 31630-901 telefone: (31) 3915-9343

Autorização:

Eu, _____ tenho 18 anos ou mais e declaro que fui informado dos objetivos e finalidades do estudo **"Construção de recursos psicoterapêuticos para tratamento e prevenção do comportamento suicida"**. Li e entendi as informações. Tive oportunidade de fazer perguntas e tirar minhas dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim e concordo em participar do estudo até que eu decida o contrário, bem como autorizo a divulgação e publicação das informações que dei, exceto os meus dados pessoais, em eventos e publicações científicas. Sendo assim, assino este documento, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob minha responsabilidade e a outra via com o pesquisador.

Belo Horizonte, ____de _____de 2025.

Assinatura do Participante _____

_____ _____

Luciana Almeida Santos Maycoln L. M. Teodoro

APÊNDICE C - Questionário sociodemográfico

Nome:_____

Telefone de contato:

_____

Data de nascimento:_____
Idade: _____

Referência afetiva e telefone:

_____

Pessoas que moram com você:_____

Endereço:_____

_____

Raça: ( ) Preta ( ) Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Orientação sexual: ( ) Heterosexual ( ) Homossexual ( ) Bissexual ( ) Pansexual ( ) Assexual ( ) Queer ( ) Outra

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) União estável ( ) Separado ( ) Companheiro

Tem filhos? ( ) sim ( ) não

Se sim, quantos?

_____

Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental Completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior completo ( ) Ensino superior incompleto

Profissão: _____

Está trabalhando no momento? ( ) sim ( ) não

Renda:

( ) menos de 1 salário mínimo

( ) 1 a 2 salários mínimos

( ) 2 a 3 salários mínimos

( ) 3 a 4 salários mínimos

( ) mais de 4 salários mínimos

Já fez ou faz acompanhamento psiquiátrico? ( ) sim ( ) não

Se sim: Quando?

( ) Antes da última tentativa de suicídio

( ) Após a última tentativa de suicídio

Onde?

( ) privado

( ) público

( ) privado e público

Por quanto tempo?

( ) Menos de um mês

( ) Um mês

( ) Entre um mês e seis meses

( ) Mais de seis meses

( ) Por um ano

( ) Mais de um ano

( ) Por muitos anos

Recebeu algum diagnóstico de saúde mental por profissional da saúde? Se sim, qual?

_____

Faz uso de medicação psiquiátrica? Se sim, qual?

_____

Desde quando:

( ) Antes da tentativa de suicídio

( ) Após a tentativa de suicídio

Já fez ou faz acompanhamento psicológico? ( ) sim ( ) não

(Obs.: não inclui o AMPROV)

Se sim: Quando?

( ) Antes da última tentativa de suicídio

( ) Após a última tentativa de suicídio

Onde?

( ) privado

( ) público

( ) privado e público

Por quanto tempo?

( ) Menos de um mês

( ) Um mês

( ) Entre um mês e seis meses

( ) Mais de seis meses

( ) Por um ano

( ) Mais de um ano

( ) Por muitos anos

CERSAM / Hospital psiquiátrico_____

Centro de saúde de referência:_____

Psicólogo/ Psiquiatra de referência:

_____

Faz uso de álcool ou qualquer outro tipo de droga? Sem sim, com qual frequência na semana?

Álcool

( ) De modo algum

( ) Raramente, menos de um ou dois dias

( ) Vários dias

( ) Mais da metade dos dias de uma semana

( ) Quase todos os dias

( ) Todos os dias

Outras drogas. Qual?_____

( ) De modo algum

( ) Raramente, menos de um ou dois dias

( ) Vários dias

( ) Mais da metade dos dias

( ) Quase todos os dias

Quantas vezes você já tentou suicídio?

( ) Primeira tentativa

( ) 2 vezes

( ) 3 vezes

( ) 4 vezes

( ) Mais de 5 vezes

Quantos dias ficou internado no hospital, após a última tentativa?

_____

Quando recebeu alta?

_____

Data da avaliação:

_____

APÊNDICE D - Psicoeducação sobre comportamento suicida

Para uma prática de cuidado ao paciente com comportamento suicida são recomendadas intervenções que contenham psicoeducação (Bertolote et al., 2010, Botega, 2023, Gysin-Maillart et al., 2016, Henrionet al., 2020, Linehan et al., 2015, Naidoo et al., 2014): uma forma de transferência interativa de conhecimentos sobre fatores de risco, fatores protetivos, prevenção, estratégias de busca de ajuda. A psicoeducação deve permear todo o processo terapêutico, mas é importante que receba ênfase nos primeiros atendimentos e que a mesma seja trabalhada com os familiares. Os objetivos da psicoeducação são: aumentar o conhecimento sobre o comportamento suicida, sensibilizar sobre o sofrimento presente, potencializar a busca por ajuda e transformar estigmas e preconceitos. Abaixo estão listados fatores que devem estar presentes no processo de psicoeducar, eles devem se relacionar com a história de vida do paciente:

a) Trabalhe a complexidade do comportamento suicida; identifique fatores de risco e fatores protetivos; potencialize fatores protetivos; advirta que o suicídio é um processo de sofrimento em que não há culpados e vítimas, e que o tratamento é uma possibilidade de suportar as turbulências vivenciadas favorecendo o desenvolvimento de estratégias psíquicas de enfrentamento do sofrimento apresentado. Oriente sobre a multicausalidade e a necessidade de ajuda concomitante de outros serviços e profissionais (WHO, 2014);
b) Oriente sobre a retirada de métodos letais de casa e a vigilância criteriosa enquanto o risco de novas tentativas ainda for real (WHO, 2014);
c) Ajude na compreensão que há uma dor psíquica insuportável: uma sensação de dor extrema, acompanhada de constrição afetiva e intelectual, em que o indivíduo não consegue ver outras saídas. (Shneidman,1993);
d) Sensibilize sobre o caráter transitório do sofrimento e o desenvolvimento de estratégias de soluções de problemas. É preciso enfatizar o caráter transitório de um tormento que parece insuportável e interminável. O comportamento suicida faz parte de uma experiência sofrida, mas limitada no tempo. (Botega 2023, Nezu & Nezu, 1996);
e) Ajude na identificação de gatilhos que são ações externas que desencadeiam pensamentos e sentimentos muito angustiantes, que trazem à tona experiências muito dolorosas para o paciente. Muitas vezes desencadeiam comportamentos impulsivos,

em que as pessoas não conseguem pensar nos seus atos e nas consequências dos mesmos;

f) Ensine que a impulsividade é uma predisposição para agir e reagir de forma rápida, não planejada, respondendo a estímulos externos ou internos com pouca ou nenhuma preocupação sobre as possíveis consequências negativas para si e/ou para os outros, mas que pode ser transformada (Dalgalarrondo, 2008);

g) Trabalhe a ambivalência: a ambivalência entre o desejo de viver e morrer no comportamento suicida é frequente, e os desejos relacionados à vida que aparecem nas falas dos pacientes podem ser potencializados como fatores protetivos. (Botega, 2023);

h) Oriente o familiar: pode-se falar sobre suicídio, desde que de forma acolhedora e empática: isso ajudará a pessoa a se sentir à vontade para falar de seus sentimentos (WHO, 2014);

i) Oriente o familiar ou a referência afetiva a não deixar uma pessoa sozinha se ela mantém ideação suicida: a não banalizar ou desafiar; a não gritar nem fazer orações como se a pessoa estivesse com um espírito ruim; a não ficar com medo de perguntar à pessoa o porquê dela está triste, irritada, deprimida; a não julgar nem comparar: o sofrimento é único; a não dar soluções simples: uma solução óbvia e simples pode ajudar a aumentar os sentimentos de impotência, vergonha ou solidão na pessoa (Consellería de Sanidad, 2012);

j) Encoraje a pessoa a obter apoio: centro de saúde, serviços de emergência, serviços de saúde mental, serviços sociais, educadores, serviços religiosos, serviços de ajuda on-line e por telefone como o Centro de Valorização da Vida (188): dê os contatos telefônicos dessa rede. (Botega, 2023, Gysin-Maillart et al., 2016, WHO, 2014);

k) Peça à pessoa que se comprometa a falar se as ideias de suicídio retornarem;

1. Trabalhe resiliência e ofereça uma perspectiva mais positiva sobre o desenvolvimento humano e a adaptação, bem como dê orientações práticas destinadas a compreender e mudar o curso de vida. (Masten, 2001). A resiliência é um movimento de assimilação, modificação, transformação e ressignificação da situação de adversidade enfrentada pelo sujeito (Junqueira & Deslandes, 2003; Poletto & Koller, 2008).

APÊNDICE E - Plano de Segurança

Plano de Segurança

Tópico 1: Sinais de alerta
1.( ) Querer dormir e não acordar mais
2.( ) Querer me ferir
3.( ) Pensar "Eu não aguento mais isso"
4.( ) Me sentir desamparado, desesperado e sem esperança
5.( ) Me sentir.....

Tópico 2: Estratégias distratoras – Coisas que eu posso fazer para me distrair sem contatar alguém nesses momentos difíceis:
1. ( ) Escutar uma música
2. ( ) Sair para dar uma volta
3. ( ) Fazer um exercício de respiração
4. ( ) Outros: Pense em algo que te faça sentir bem .....

Tópico 3: Situações sociais e pessoas que podem me ajudar a distrair:
1.( ) Telefonar para um amigo: nome e número da referência afetiva:
.....
2.( ) Chamar um amigo para um café, uma caminhada: .....

Tópico 4: Pessoas que eu posso pedir ajuda e dizer que estou em crise:
1. ( ) Familiar/ amigos
Nome e telefone do familiar.....
Nome do amigo.....

Tópico 5: Profissionais ou locais que eu posso contatar durante as crises:
1.( ) Terapeuta .....
2.( ) Psiquiatra .....
3.( ) CERSAM ou Hospital.....

Tópico 6: Coisas pelas quais vale a pena continuar vivendo:
1. .....
2. .....
3. .....

Tópico 7: O que você pode fazer para deixar o ambiente mais seguro**?**
1. ( ) Esconder ou desfazer de métodos que podem ser utilizados
2. ( ) Não ficar sozinho
3. ( ) Outros.....

Tópico 8: Você quer acrescentar mais alguma informação?
1. .....
2. .....
3. .....

Rede de suporte
Telefone de familiares/
amigos:_____
Telefone CVV: 188
Telefones de saúde mental de Belo Horizonte
CERSAM Norte

Rua Parnaíba, 568 - Bairro Minaslândia.
(31) 3246-9562/9563/ 983946076
CERSAM Pampulha

Rua do Mel, 77 – Bairro Santa Branca.
(31) 3277-7918/7934
CERSAM Oeste

Rua Oscar Trompowisk, 1325 - Bairro Grajaú.
(31) 3277-6488/9601/ 983040522
CERSAM Noroeste

Rua Camarugi, 10 - Bairro Padre Eustáquio.
(31) 3277-7220/7229/7216 /984451723
CERSAM Venda Nova

Rua dos Canoeiros, 320 - Bairro Santa Mônica.
(31) 3277-5432/5434 / 984707739
CERSAM Nordeste

Praça 13 de maio, s/n – Bairro Nova Floresta.
(31) 3277-6067/6065 984580599
CERSAM Leste

Rua Perite, 150 – Bairro Santa Tereza.
(31) 3277-5756/5743 983541417
CERSAM Barreiro

Rua Ribeiro da Luz, 29 – Bairro Barreiro.
(31) 3277-1530/5908
Atenção à crise Álcool e outras drogas
CERSAM AD CENTRO SUL / CMT (referência as regionais Centro Sul e Leste)

Alameda Ezequiel Dias, nº 365 - Bairro Santa Efigênia.
(31) 3217-9000
CERSAM AD Barreiro (referência as regionais Barreiro e Oeste)

Rua Barão de Monte Alto, 211 - Bairro Cardoso.
(31) 3277-3630/3632/3631
CERSAM AD Nordeste (referência as regionais Nordeste e Norte)

Rua Andiroba, 100 - Bairro São Paulo.
(31) 3246-7538/7539
CERSAM AD Pampulha (referência as regionais Pampulha, Venda Nova)

Rua Lugúria, 70 - Bairro Bandeirantes.(31) 3277-1574/1575
CERSAM AD Pampulha-Noroeste (referência as regionais Pampulha e Noroeste)
Av. João XXIII, 1253 – Bairro Manacás
3277-8301 | 3277-8364|

Atenção à crise no período da noite
SUP Rua Manoel Alexandrino, 541, São Paulo
32776654/ 32776719
Regionais: Norte, Nordeste, Centro-sul, Leste, Venda Nova
SUP Avenida João XXIII, 1253, Alípio de Melo,
3277 8364 / 3277 8327
Regionais: Pampulha, Noroeste, Oeste, Barreiro

Atenção à crise nos finais de Semana
SUP Avenida João XXIII, 1253, Alípio de Melo,
3277 8364 / 3277 8327/ 988093756

APÊNDICE F - Cartão de crise

Cartão de crise
Sinais de alerta:
Estratégias de enfrentamento:
Referência afetiva e contato:

APÊNDICE G - Questionário de avaliação da intervenção pelo paciente

Paciente:_____
Data de nascimento: _____
Avaliador:_____

Por favor, responda as perguntas a seguir sobre seu processo terapêutico durante essas 10 sessões que foram oferecidas.

Como você avalia a psicoterapia?

( ) Muito ruim
( ) Ruim
( ) Regular
( ) Boa
( ) Muito boa

O que você considera de ponto positivo: que mais te ajudou durante o tratamento? (Pode marcar mais de uma opção)

( ) Acolhimento e boa relação com o terapeuta
( ) Psicoeducação (compreender mais sobre o sofrimento que estava vivenciando)
( ) Ajudar minha referência a compreender melhor o que eu sinto
( ) Ter ferramentas para utilizar nos momentos de crises (plano de segurança, cartão de crise)
( ) Compreender mais minhas emoções e pensamentos
( ) Melhorar resoluções de problemas
( ) Encaminhamentos para outros serviços da rede
( ) Estimular esperança e minha autoestima
( ) Trabalhar planos futuros
( ) Melhorar as relações interpessoais
( ) Melhorar dedicação ao tratamento
( ) Técnicas de relaxamento
( ) Refletir com as tarefas de casa sobre pontos importantes sobre minha vida.

O que você considerou ruim ou difícil durante a psicoterapia? (Pode marcar mais de uma opção)

( ) Poucas sessões
( ) Horários
( ) Distância da UFMG
( ) Não me senti acolhido
( ) Dificuldade de falar sobre mim
( ) Poucas sessões com a referência
( ) Postura do terapeuta
( ) Participação da referência afetiva
( ) Tarefas de casa

Como você avalia que está se sentindo nesse momento, após a psicoterapia?

( ) Bem melhor
( ) Melhor
( ) Igual
( ) Pior

( ) Bem pior

Como você avalia a participação de uma referência no seu tratamento?

( ) Muito bom
( ) Bom
( ) Indiferente
( ) Ruim
( ) Muito ruim

Você indicaria essa psicoterapia para alguém que estivesse pensando ou tentado suicídio?

( ) sim
( ) não

Agradecemos sua participação!!!

APÊNDICE H - Questionário sobre o tratamento padrão

Paciente:_____

Data de nascimento: _____

Avaliador:_____

Você foi encaminhado para a rede de saúde mental no momento da sua alta. Esse encaminhamento foi para onde?
( ) CERSAM
( ) Centro de Saúde
( ) Hospital Psiquiátrico particular
( ) Clínica psiquiátrica particular
( ) Psiquiatra particular
( ) Psicólogo particular
( ) Outros

Você deu continuidade ao tratamento para onde foi encaminhado?
( ) Sim
( ) Não, mas busquei outro tratamento.
( ) Não

Nesse momento, qual o tratamento, além do AMPROV, você está recebendo?
( ) CERSAM
( ) Centro de Saúde
( ) Hospital Psiquiátrico
( ) Clínica particular
( ) Psiquiatra particular
( ) Psicólogo particular
( ) Outros (ONGs, Clínicas Escolas)

Se você não realizou o tratamento, qual foi o motivo?
(você pode marcar mais de uma opção)

( ) Não identificação com o serviço para o qual foi encaminhado
( ) Demora no atendimento
( ) Falta de motivação
( ) Considerei que não era necessário
( ) Não me identifiquei com o profissional que me atendeu, local ou pacientes que estavam lá.
( ) Outros:_____

Se gostou do local para onde foi encaminhado, o que mais de fez bem?
( ) Atendimento rápido
( ) Tempo curto entre as consultas
( ) Gostei do espaço e me identifiquei com os outros pacientes.
( ) Senti que fui bem acolhido
Outro: _____

Em relação a medicação psiquiátrica prescrita depois da tentativa de suicídio:

Você recebeu uma prescrição de medicações depois da tentativa?
( ) sim ( ) não

Você fez uso da medicação conforme indicado?
( ) sim ( ) não

Se não, quais foram os motivos?
( ) Efeitos colaterais (insônia, náuseas, aumento da ansiedade)
( ) Achei que já estava bom e parei de tomar os remédios
( ) Não senti diferença nos primeiros dias de uso
( ) Não queria ficar dependente dos remédios
( ) Achei que não precisava

APÊNDICE I - Avaliação da intervenção pelo terapeuta

Paciente_____

Data de nascimento:_____

Solicitante:_____

Finalidade:_____

Terapeuta:_____

Supervisor:_____

1) Engajamento e interesse demonstrados pelo paciente durante as sessões

( ) Pouco
( ) Regular
( ) Muito

2) Engajamento e interesse demonstrados pela referência afetiva durante as sessões

( ) Pouco
( ) Regular
( ) Muito

3) Principais fatores de risco identificados:

( ) Uso de substâncias psicoativas
( ) Presença de sintomas psiquiátricos graves
( ) Pouco engajamento do paciente
( ) Pouco engajamento da referência
( ) Resistência do paciente quanto a medicação psiquiátrica
( ) Resistência do paciente em comparecer ao CERSAM
( ) Indisponibilidade de atendimento no Centro de Saúde
( ) Desesperança acentuada
( ) Histórico de abuso sexual
( ) Vulnerabilidade social
( ) Outros

4) Principais fatores protetivos identificados:

( ) Resiliência
( ) Engajamento do paciente
( ) Engajamento da referência afetiva
( ) Rede de apoio
( ) Acesso a serviços de saúde mental

4) O paciente trouxe alguma questão sobre a forma como os atendimentos foram programados? _____

5) O paciente foi encaminhado para algum outro setor? Se sim, qual?

( ) Psiquiatria
( ) Psicologia
( ) Oficina de artes, música, leitura...
( ) Atendimento com outro profissional da saúde
( ) Assistência Social (CRAS, CREAS)
( ) Projeto de assistência em situação de violência contra mulheres

6) Houve alguma intercorrência durante os atendimentos? Se sim, qual?

7) _____

8) Foi difícil conseguir uma referência

9) afetiva?_____

10) O seu paciente finalizou a intervenção? Se não, fez quantas sessões?

11) _____

12) Quais foram suas principais reações emocionais frente a intervenção?

( ) Medo
( ) Angústia
( ) Esperança
( ) Tranquilidade
( ) Raiva
( ) Carinho

11) Aponte suas sugestões em cada sessão:

1)_____

_____

2) _____

_____

3)_____

_____

4)_____

_____

5)_____

_____

6)_____

_____

7)_____

_____

8)_____

_____

9)_____

_____

10)_____

_____

12) Aponte suas dificuldades em cada sessão:

1)_____

_____

2)_____

_____

3)_____

_____

4)_____

_____

5)_____

_____

6)_____

_____

7)_____

_____

8)_____

_____

9)_____

10)_____

_____

13) Os pacientes realizaram as tarefas de casa?

14) Houve dificuldade em seguir o tempo das sessões? Deveriam ser maiores ou menores?

15) O espaço (CEAP) foi adequado para as intervenções?

16) Dez sessões foram suficientes para efetivar o objetivo de estabilização do paciente?

Agradecemos todo seu empenho e dedicação!

APÊNDICE J - Questionário sobre o processo de mensuração

1 Os testes foram adequados? (FSII-Br, SF-36, DASS-21, BEMVIVER).

( ) Sim ( ) Não

2 Houve dificuldade de compreensão e resposta em algum teste?

( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual?_____

3 Houve dificuldade por parte do avaliador em aplicar os testes e questionários?

( ) Sim ( ) Não

4 Os questionários foram adequados para os objetivos propostos?

( ) Sim ( ) Não

5 Devem ser reformulados:

( ) Sim ( ) Não

6 Os dados foram coletados e transcritos de forma adequada e em tempo hábil?

( ) Sim ( ) Não

ANEXO A - Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável

N.º Registro CEP UFMG: CAAE: 70001023.0.0000.5149 N º Registro CEP FHEMIG: CAAE: 7001023.0.3001.5119

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, **Maycoln Leôni Martins Teodoro**, enquanto pesquisador responsável da pesquisa "**Construção de recursos psicoterapêuticos para tratamento e prevenção do comportamento suicida",** assumo o compromisso de cumprir as diretrizes regulamentadas pela Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, que asseguram os direitos e deveres da comunidade cientifica, do (s) sujeito (s) da pesquisa e do Estado.
Dessa forma, reafirmo minha responsabilidade nos seguintes quesitos:

- Iniciar a pesquisa somente após a aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e do Comitê de ética e pesquisa da FHEMIG, subordinados ao CONEP, no qual o projeto foi submetido.

- Manter a confidencialidade das informações coletadas, a privacidade de seus conteúdos, bem como assegurar que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto de pesquisa em questão.

- Somente utilizar dados e informações pessoais dos participantes da pesquisa com sua anuência expressa e documentada a partir do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

- Assumir o ônus financeiro de quaisquer outros gastos não previstos no orçamento original do projeto.

- Informar ao CEP/UFMG e ao CEP/ FHEMIG a interrupção temporária ou definitiva do projeto bem como sua justificativa e, em caso de ocorrência de efeitos adversos grave, comunicar imediatamente e prestar-lhes todas as informações solicitadas.

- Armazenar ao término da pesquisa, por um período de cinco anos, os materiais e os dados coletados e se responsabilizar pelo seu descarte ao final desse período.

- Utilizar o menor número possível de sujeitos/voluntários, coletar e utilizar o mínimo de dados e informações necessários para cumprir os objetivos e resultados da pesquisa (conforme normalizado na LGPD), pautando-se, sempre que possível, no cálculo amostral do estudo.

- Manter atualizado o cronograma de execução do projeto.

- Em caso de publicação dos resultados da pesquisa, comprometer-se quanto à atribuição dos devidos créditos às instituições participantes, aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

A não observância de quaisquer diretrizes previstas nesse termo acarretará a revogação de autorização da pesquisa.

Responsabilizo-me administrativamente pelo cumprimento dos deveres acima.

Belo Horizonte, 25 de junho de 2022.

_____

Professor Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro
Pesquisador responsável

ANEXO B - Termo de compromisso da equipe executora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento

Nós, abaixo assinados, nos comprometemos a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado "**Construção de recursos psicoterapêuticos para tratamento e prevenção do comportamento suicida**" de acordo com a Resolução CNS 466/12 e Resolução 510/2016. Declaramos ainda que o Projeto de Pesquisa anexado por nós, pesquisadores, na Plataforma Brasil possui conteúdo idêntico ao que foi preenchido nos campos disponíveis na própria Plataforma Brasil. Portanto, para fins de análise pelo Comitê de Ética, a versão do Projeto que será gerada automaticamente pela Plataforma Brasil no formato pdf ou word será idêntico à versão do Projeto anexada por nós, os pesquisadores.

Data: 02 de março de 2022

Nomes e Assinaturas:

_____

Luciana Almeida Santos

Doutoranda de Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais.

_____

Maycoln L. M. Teodoro

Orientador Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais.

ANEXO C - Folder do AMPROV

AMPROV

AMBULATÓRIO DE PROMOÇÃO À VIDA

O QUE É O AMPROV?

O Ambulatório de Promoção à Vida (AMPROV) é um projeto de extensão vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) que tem como objetivo acolher e ajudar na estabilização de pacientes em risco de suicídio.

COMO PODEMOS AJUDAR?

O AMPROV oferece serviço psicológico para pessoas que passaram por tentativa de suicídio recentemente. Nosso objetivo é amenizar o sofrimento proporcionando a elaboração de estratégias para enfrentar os momentos difíceis e potencializar os aspectos positivos e protetivos da vida. Todo processo é feito com muito cuidado e de maneira colaborativa, respeitando e acolhendo a individualidade de cada um. No momento estamos oferecendo 10 sessões de psicoterapia e pesquisando o impacto da intervenção em variáveis de saúde mental. Se quiser participar, basta passar seu número de celular e de uma referência que entraremos em contato para agendar uma avaliação e o início da intervenção.

Gostaríamos muito de te Ajudar!

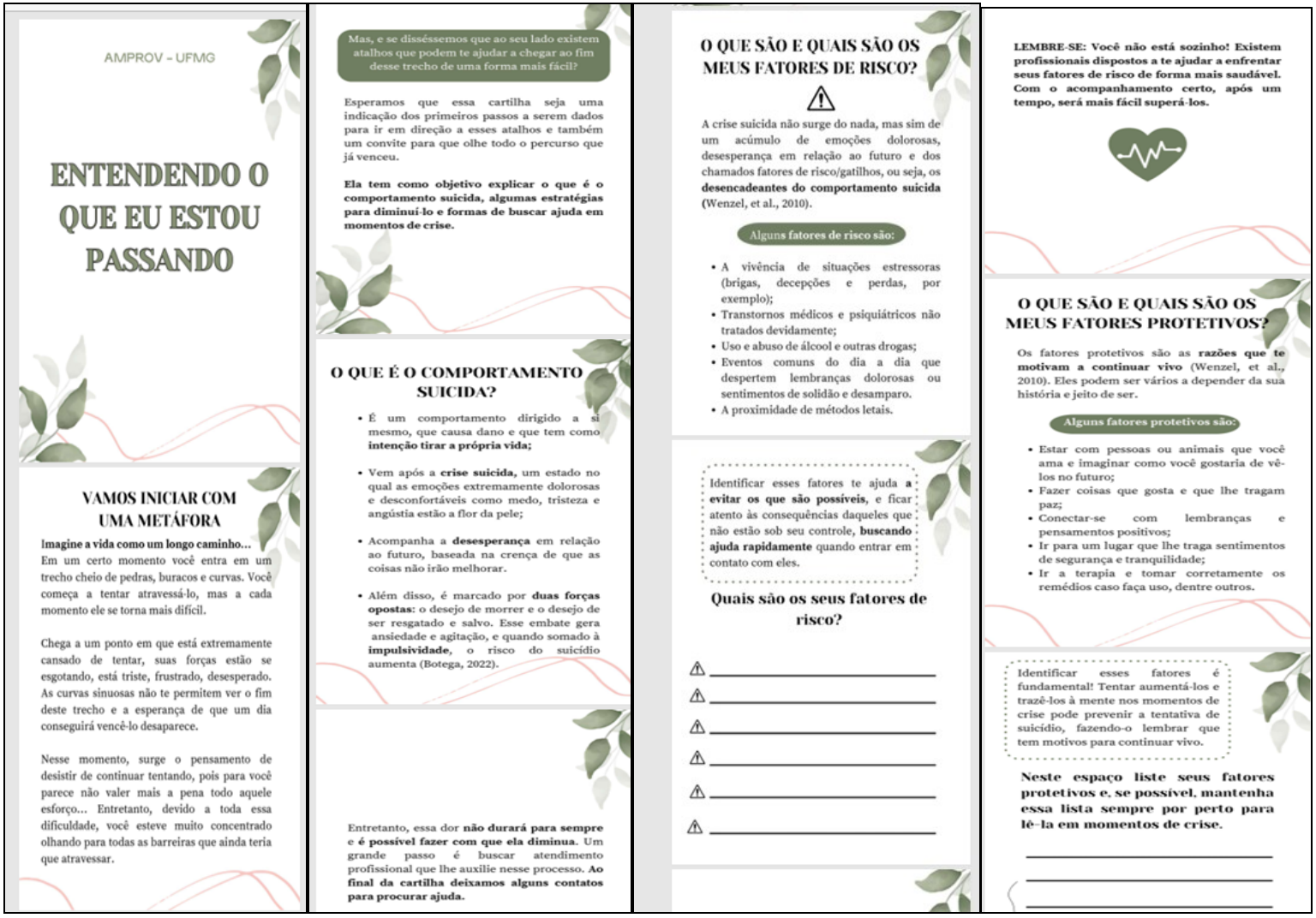
Você não está sozinho!

E-mail: amprovufmg@gmail.com

LabCog

UFMG

ANEXO D1 - Cartilha Psicoeducativa produzida por Júlia Eduarda



AMPROV – UFMG

ENTENDENDO O QUE EU ESTOU PASSANDO

VAMOS INICIAR COM UMA METÁFORA

Imagine a vida como um longo caminho...
Em um certo momento você entra em um trecho cheio de pedras, buracos e curvas. Você começa a tentar atravessá-lo, mas a cada momento ele se torna mais difícil.

Chega a um ponto em que está extremamente cansado de tentar, suas forças estão se esgotando, está triste, frustrado, desesperado. As curvas sinuosas não te permitem ver o fim deste trecho e a esperança de que um dia conseguirá vencê-lo desaparece.

Nesse momento, surge o pensamento de desistir de continuar tentando, pois para você parece não valer mais a pena todo aquele esforço... Entretanto, devido a toda essa dificuldade, você esteve muito concentrado olhando para todas as barreiras que ainda teria que atravessar.

Mas, e se disséssemos que ao seu lado existem atalhos que podem te ajudar a chegar ao fim desse trecho de uma forma mais fácil?

Esperamos que essa cartilha seja uma indicação dos primeiros passos a serem dados para ir em direção a esses atalhos e também um convite para que olhe todo o percurso que já venceu.

Ela tem como objetivo explicar o que é o comportamento suicida, algumas estratégias para diminuí-lo e formas de buscar ajuda em momentos de crise.

O QUE É O COMPORTAMENTO SUICIDA?

- É um comportamento dirigido a si mesmo, que causa dano e que tem como **intenção tirar a própria vida;**
- Vem após a **crise suicida,** um estado no qual as emoções extremamente dolorosas e desconfortáveis como medo, tristeza e angústia estão a flor da pele;
- Acompanha a **desesperança** em relação ao futuro, baseada na crença de que as coisas não irão melhorar.
- Além disso, é marcado por **duas forças opostas**: o desejo de morrer e o desejo de ser resgatado e salvo. Esse embate gera ansiedade e agitação, e quando somado à **impulsividade**, o risco do suicídio aumenta (Botega, 2022).

Entretanto, essa dor **não durará para sempre** e **é possível fazer com que ela diminua**. Um grande passo é buscar atendimento profissional que lhe auxilie nesse processo. **Ao final da cartilha deixamos alguns contatos para procurar ajuda.**

O QUE SÃO E QUAIS SÃO OS MEUS FATORES DE RISCO?

A crise suicida não surge do nada, mas sim de um acúmulo de emoções dolorosas, desesperança em relação ao futuro e dos chamados fatores de risco/gatilhos, ou seja, os **desencadeantes do comportamento suicida** (Wenzel, et al., 2010).

Alguns fatores de risco são:

- A vivência de situações estressoras (brigas, decepções e perdas, por exemplo);
- Transtornos médicos e psiquiátricos não tratados devidamente;
- Uso e abuso de álcool e outras drogas;
- Eventos comuns do dia a dia que despertem lembranças dolorosas ou sentimentos de solidão e desamparo.
- A proximidade de métodos letais.

Identificar esses fatores te ajuda **a evitar os que são possíveis**, e ficar atento às consequências daqueles que não estão sob seu controle, **buscando ajuda rapidamente** quando entrar em contato com eles.

Quais são os seus fatores de risco?

⚠ _____
⚠ _____
⚠ _____
⚠ _____
⚠ _____
⚠ _____

LEMBRE-SE: Você não está sozinho! Existem profissionais dispostos a te ajudar a enfrentar seus fatores de risco de forma mais saudável. Com o acompanhamento certo, após um tempo, será mais fácil superá-los.

O QUE SÃO E QUAIS SÃO OS MEUS FATORES PROTETIVOS?

Os fatores protetivos são as **razões que te motivam a continuar vivo** (Wenzel, et al., 2010). Eles podem ser vários a depender da sua história e jeito de ser.

Alguns fatores protetivos são:

- Estar com pessoas ou animais que você ama e imaginar como você gostaria de vê-los no futuro;
- Fazer coisas que gosta e que lhe tragam paz;
- Conectar-se com lembranças e pensamentos positivos;
- Ir para um lugar que lhe traga sentimentos de segurança e tranquilidade;
- Ir a terapia e tomar corretamente os remédios caso faça uso, dentre outros.

Identificar esses fatores é fundamental! Tentar aumentá-los e trazê-los à mente nos momentos de crise pode prevenir a tentativa de suicídio, fazendo-o lembrar que tem motivos para continuar vivo.

Neste espaço liste seus fatores protetivos e, se possível, mantenha essa lista sempre por perto para lê-la em momentos de crise.

_____
_____
_____

ANEXO D2 - Cartilha produzida por Luana Martins

ORIENTAÇÕES SOBRE O SUICÍDIO PARA A FAMILIARES

MOSTRE À PESSOA QUE VOCÊ AMA QUE ELA NÃO ESTÁ SOZINHA

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). 4th ed. Washington, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicido: informando para prevenir. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. CFM/ABP. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim epidemiológico. Brasília, v.52, set. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Depression and other mental disorders: global health estimates. Geneva: Creative Commons Attribution – Non Comercial – ShareAlike 3.0 IGO license, 2017.

Cartilha apresentada por Luana Martins Bittencourt como requisito da disciplina Pesquisas em Comportamento Suicida, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, sob coordenação do prof. Dr. Maycoln Teodoro.

ANEXO E1 - SFII-BR: Sem adaptações

PARTE 5

Por favor indique a frequência com que você teve pensamentos sobre suicídio no último ano (últimos 12 meses). Ex: NO ANO PASSADO.

Marque os itens abaixo usando a seguinte escala: (OPÇÕES, POSSIBILIDADES)

1	NUNCA
2	MENOS DO QUE 3 OU 4 VEZES NO ANO
3	APROXIMANDAMENTE UMA VEZ POR MÊS
4	APROXIMADAMENTE UMA VEZ POR SEMANA
5	QUASE TODOS OS DIAS

Itens	Respostas				
	1	2	3	4	5
1. Durante o último ano, quantas vezes você pensou em se machucar?					
2. Durante o último ano, quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?					
3. Durante o último ano, quantas vezes você se perguntou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?					
4. Durante o último ano, quantas vezes você pensou em cometer suicídio?					
5. Durante o último ano, quantas vezes você desejou não existir?					

****Agradecemos sua participação ****

ANEXO E2 - Inventário de Frequência de Ideação Suicida (FSII-Br): Adaptado ao projeto

Por favor, indique a frequência com que você teve pensamentos sobre suicídio no último mês: marque os itens abaixo usando a seguinte escala: (OPÇÕES, POSSINILIDADES).

1	Nunca
2	Menos do que 3 ou 4 vezes no último mês
3	Aproximadamente 1 vez por semana
4	Quase todos os dias
5	Todos os dias

Itens	1	2	3	4	5
Durante o último mês, quantas vezes você pensou em se machucar?					
Durante o último mês quantas vezes você acreditou que não valia a pena viver?					
Durante o último mês quantas vezes você pensou o que teria acontecido se tivesse acabado com sua vida?					
Durante o último mês quantas vezes você pensou em cometer suicídio?					
Durante o último mês quantas vezes você pensou em não existir?					

ANEXO F - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS 21)

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas.

	Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
1. Achei difícil me acalmar.				
2. Senti minha boca seca.				
3. Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo.				
4. Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex.: respiração ofegante, falta de ar sem ter feito nenhum esforço físico).				
5. Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas.				
6. Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações.				
7. Senti tremores (ex.: nas mãos).				
8. Senti que estava sempre nervoso (a).				
9. Preocupei-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo(a).				

	Não se aplicou de maneira alguma	Aplicou-se em algum grau, ou por pouco tempo	Aplicou-se em um grau considerável, ou por uma boa parte do tempo	Aplicou-se muito, ou na maioria do tempo
1. Senti que não tinha nada a desejar.				
2. Senti-me agitado(a).				
3. Achei difícil relaxar.				
4. Senti-me depressivo(a) e sem ânimo.				
5. Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo.				
6. Senti que ia entrar em pânico.				
7. Não consegui me entusiasmar com nada.				
8. Senti que não tinha valor como pessoa.				
9. Senti que estava um pouco emotivo(a)/sensível demais.				
10. Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex.: aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca).				
11. Senti medo sem motivo.				
12. Senti que a vida não tinha sentido.				

Dados para correção do DASS

Valor máximo da escala total: 63 pontos (x2) = 126 Valor máximo para cada subescala: 21 pontos (x2) = 42	

Estresse	
Numeração	Resposta do Paciente
1	3
6	3
8	1
11	2
12	2
14	1
18	1
SOMA	13

Ansiedade	
Numeração	Resposta do Paciente
2	3
4	0
7	1
9	3
15	1
19	2
20	2
SOMA	12

Depressão	
Numeração	Resposta do Paciente
3	3
5	0
10	3
13	3
16	3
17	0
21	3
SOMA	15

Estresse		
Intervalo de Pontuação	Classificação	
0 A 10	NORMAL	
11 A 18	MÉDIO	
19 A 26	MODERADO	
27 A 34	SEVERO	
35 A 42	EXTREMAMENTE SEVERO	

Ansiedade		
Intervalo de Pontuação	Classificação	
0 A 6	NORMAL	
07 A 09	MÉDIO	
10 A 14	MODERADO	
15 A 19	SEVERO	
20 A 42	EXTREMAMENTE SEVERO	

Depressão		
Intervalo de Pontuação	Classificação	
0 A 09	NORMAL	
10 A 12	MÉDIO	
13 A 20	MODERADO	
21 A 27	SEVERO	
28 A 42	EXTREMAMENTE SEVERO	

ANEXO G - Questionário de Qualidade de Vida (SF-36)

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada ha um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir varios lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar varios quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como conseqüência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como conseqüência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitiva-mente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1

07	Se a resposta for 1 2 3 4 5 6	Pontuação 6,0 5,4 4,2 3,1 2,0 1,0
08	A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7 Se 7 = 1 e s alor da questão é (6) Se 7 = 2 à 6 valor da questão é (5) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2) Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1) Se a questão 7 não for respondida, o escorre da questão 8 passa a ser o seguinte: Se a resposta for (1), a pontuação será (6) Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75) Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5) Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25) Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)	
09	Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação: Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1) Para os demais itens (b, c, f, g, i), o valor será mantido o mesmo	
10	Considerar o mesmo valor.	
11	Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação: Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)	

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.
Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais

- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:
Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100
Variação (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100
Variação (Score Range)

Capacidade funcional: 21 – 10 x 100 = 55
20

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:
Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100
Variação (Score Range)

Dor: 9,4 – 2 x 100 = 74
10

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

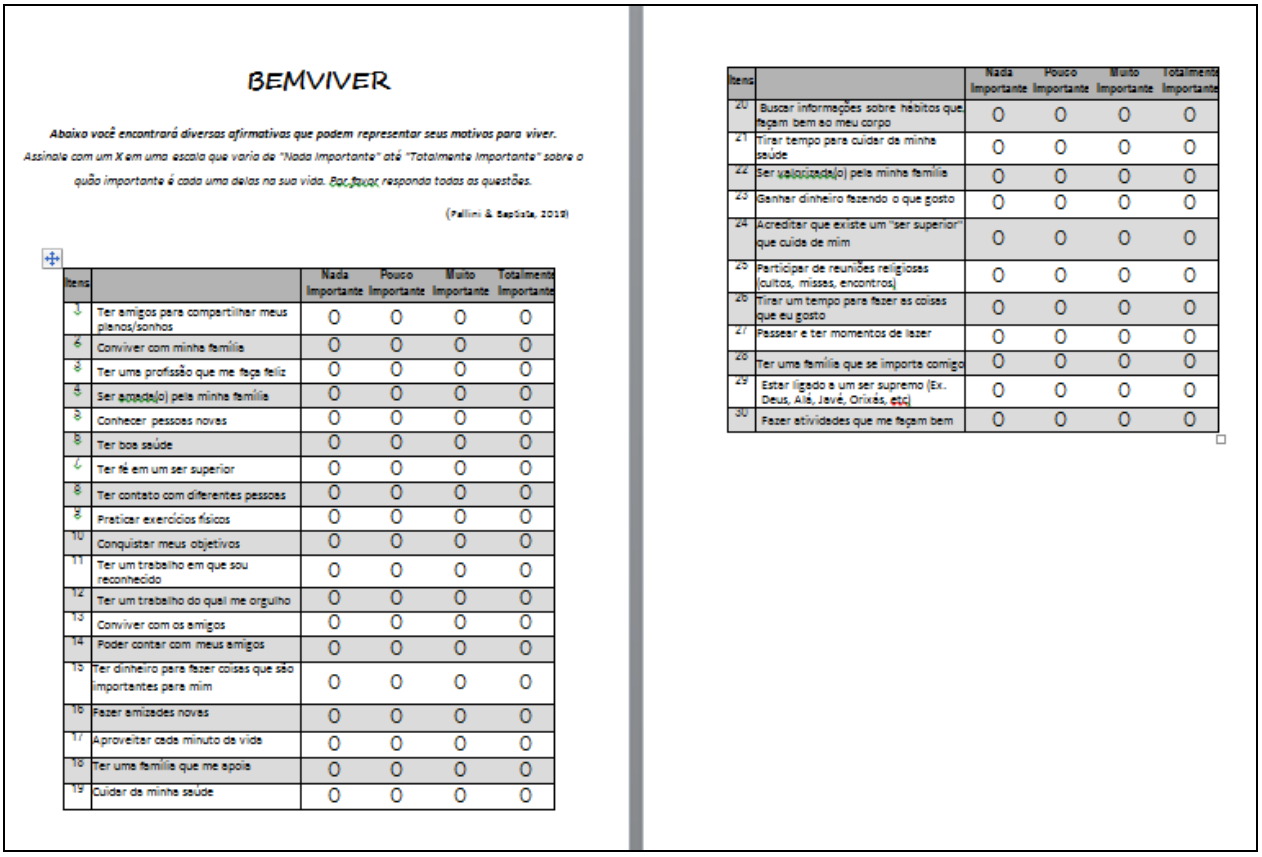
Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO H - Escala Brasileira dos motivos para VIVER (BEMVIVER)

Abaixo você encontrará diversas afirmativas que podem representar seus motivos para viver. Assinale com um X em uma escala que varia de "Nada Importante" até "Totalmente Importante" sobre o quão importante é cada uma delas na sua vida. Por favor responda todas as questões.



BEMVIVER

Abaixo você encontrará diversas afirmativas que podem representar seus motivos para viver. Assinale com um X em uma escala que varia de "Nada Importante" até "Totalmente Importante" sobre o quão importante é cada uma delas na sua vida. Por favor responda todas as questões.

(Pallini & Bandeira, 2019)

Itens		Nada Importante	Pouco Importante	Muito Importante	Totalmente Importante
1	Ter amigos para compartilhar meus planos/sonhos	0	0	0	0
6	Conviver com minha família	0	0	0	0
8	Ter uma profissão que me faça feliz	0	0	0	0
4	Ser amada(o) pela minha família	0	0	0	0
3	Conhecer pessoas novas	0	0	0	0
8	Ter boa saúde	0	0	0	0
7	Ter fé em um ser superior	0	0	0	0
8	Ter contato com diferentes pessoas	0	0	0	0
9	Praticar exercícios físicos	0	0	0	0
10	Conquistar meus objetivos	0	0	0	0
11	Ter um trabalho em que sou reconhecido	0	0	0	0
12	Ter um trabalho do qual me orgulho	0	0	0	0
13	Conviver com os amigos	0	0	0	0
14	Poder contar com meus amigos	0	0	0	0
15	Ter dinheiro para fazer coisas que são importantes para mim	0	0	0	0
16	Fazer amizades novas	0	0	0	0
17	Aproveitar cada minuto da vida	0	0	0	0
18	Ter uma família que me apoia	0	0	0	0
19	Cuidar da minha saúde	0	0	0	0
20	Buscar informações sobre hábitos que façam bem ao meu corpo	0	0	0	0
21	Tirar tempo para cuidar de minha saúde	0	0	0	0
22	Ser valorizada(o) pela minha família	0	0	0	0
23	Ganhar dinheiro fazendo o que gosto	0	0	0	0
24	Acreditar que existe um "ser superior" que cuida de mim	0	0	0	0
25	Participar de reuniões religiosas (cultos, missas, encontros)	0	0	0	0
26	Tirar um tempo para fazer as coisas que eu gosto	0	0	0	0
27	Passear e ter momentos de lazer	0	0	0	0
28	Ter uma família que se importa comigo	0	0	0	0
29	Estar ligado a um ser supremo (Ex. Deus, Alá, Javé, Orixás, etc)	0	0	0	0
30	Fazer atividades que me façam bem	0	0	0	0

Descrição dos fatores da BEMVIVER:

a) Fator 1 - Espiritualidade/religiosidade:

- Esse fator contém itens relacionados ao quão importante é para pessoas acreditar e estar ligado a um “ser superior” ou filosofia de vida transcendente, bem como, praticar atividades de cunho religioso como ir a encontros e cultos, ou adotar um estilo de vida espiritualizado. Os itens não possuem enfoque em nenhuma religião ou crença específica, mas buscam englobar aspectos gerais desses conceitos. Itens: 7, 24, 25, 29

b) Fator 2 - Suporte familiar:

- Esse fator é composto por itens relacionados a troca de afeto, apoio e cuidado entre familiares e do quão importante é para a pessoa se sentir acolhido, amado e valorizado nesse núcleo de relações. Itens: 2, 4, 18, 22, 28

b) Fator 3 - Realização profissional:

- Os itens desse fator mensuram a importância atribuída ao trabalho, renda, profissão e perspectiva de futuro. Eles envolvem aspectos como reconhecimento, orgulho do que faz, ganhar o suficiente, conquistar objetivos e estar em uma profissão que traga felicidade e bem-estar para além dos retornos financeiros. Itens: 3, 10, 11, 12, 15, 23

c) Fator 4 - Saúde:

- Os itens desse fator estão ligados mais a saúde física, visto que os aspectos do bem-estar geral foram representados mais pelo fator "Aproveitamento da vida". O conteúdo dos itens avalia o quanto as pessoas consideram importante cuidar e ter boa saúde, bem como, obter informações de hábitos mais saudáveis relacionados ao corpo. Itens: 6, 9, 19, 20, 21

d) Fator 5 - Contato social:

- Esse fator contém itens que mensuram a importância dada a conhecer e ter em contato com pessoas novas e diferentes. Importante ressaltar que esse fator não avalia trocas e envolvimentos afetivos, visto que não necessariamente se tratam de pessoas que fazem parte do convívio social íntimo ou oferecem cuidados e apoios específicos. Itens: 5, 8, 16

e) Fator 6 - Suporte social:

- De forma semelhante ao suporte familiar, esse fator avalia a importância das trocas de afeto, apoio e atenção entre amigos e pessoas de convívio mais íntimo para além da família. É mensurado o quão importante é ter uma rede em que as pessoas se sintam confortáveis para se abrir e compartilhar a vida. Itens: 1, 13, 14

f) Fator 7 - Aproveitamento da vida:

- Esse fator contém itens relacionados a importância do bem-estar em níveis mais amplos. Envolve aspectos como lazer, fazer coisas que gosta, se dedicar e tirar tempo si mesmo e para atividades que façam bem. Itens: 17, 26, 27, 30

ANEXO I - Entrevista Simple Steps

SIMPLE STEPS	Baixo risco											Alto Risco
Suicida?*	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Suicida
Ideação*	Não	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Definitivamente
Método**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Especifico
Dor*	Nenhuma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muita dor
Perdas**	Nenhuma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Perdas severas
Tentativas prévias**	Nenhuma	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tentativas anteriores
Uso substâncias**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Uso de subst. ativo
Res. Problemas**	Forte	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sem resol. de prob.
Emoções/Diag.**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Severa emoção/diag.
Hist. Familiar**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Histórico familiar
Estressores**	Nenhum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Impac. sev. de estress
Continuum de letalidade		**B**		**B-M**		**M**		**M-A**			**A**	

* Avaliação baseada nas respostas dos clientes

** Avaliação baseada nas respostas dos clientes e julgamento clínico

McGlothlin (2008)

Níveis de Letalidade:

a) letalidade baixa:
   - o paciente possui baixo risco de engajar em algum comportamento suicida.

b) Letalidade baixa a moderada:
   - o paciente é considerado “um pouco suicida”, mas não possui muitos componentes do SIMPLE STEPS. Ele está ou na fase de ideação ou na fase de ameaça do processo.

c) letalidade moderada:
   - o paciente é considerado “suicida” e possui diversos componentes do SIMPLE STEPS. Ele está ou na fase de ideação ou na fase de ameaça do processo.

d) Letalidade moderada a alta:
   - o paciente pode morrer nas próximas 72 horas se não houver uma intervenção. Ele está na fase de tentativa do processo suicida.

e) letalidade alta:
   - o paciente está no processo de tentativa de suicídio. Ele irá morrer sem intervenção.

ANEXO J - Comprovante de Publicação do artigo 1

ISSN online 1688-4221

Ciencias Psicológicas July-December 2024; 18(2), e-3667
DOI: 10.22235/cp.v18i2.3667

The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials

A eficácia de psicoterapias na redução de novas tentativas de suicídio: uma revisão sistemática com meta-análises de ensaios clínicos randomizados

La efectividad de las psicoterapias en la reducción de nuevos intentos de suicidio: una revisión sistemática con metanálisis de ensayos clínicos aleatorios

Luciana Almeida Santos[1]
Maycoln Leôni Martins Teodoro[2]
Fellipe Couto de Oliveira[2]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais

Received: 09/07/2023
Accepted: 09/05/2024

Correspondence:
Luciana Almeida Santos,
lusantospsi16@gmail.com

How to cite
Santos, L. A., Teodoro, M. L. M., & De Oliveira, F. C. (2024). The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Ciencias Psicológicas*, *18*(2), e-3667. https://doi.org/10.22235/cp.v18i2.3667

Data availability:
The dataset supporting the results of this study is not available.

Funding: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Abstract: There is little evidence on the effectiveness of psychotherapeutic interventions in reducing new suicide attempts. This article aims to evaluate the effectiveness of psychotherapeutic interventions in reducing suicide attempts among patients with a history of previous attempts. We selected 17 articles from four databases: PubMed, Cochrane, APA PsycInfo and LILACS, in 2023. Six studies showed statistical differences that favored psychotherapeutic intervention at some point during the follow-up period. These psychotherapies addressed: problem-solving, hope induction, skills training. When comparing psychotherapy with usual care, a meta-analysis revealed an odds ratio of 0.41 (95 % CI, 0.17-0.99, $p = .05$) in the analysis up to 12 months of follow-up, and an odds ratio of 0.48 (95 % CI, 0.30-0.78, $p < .001$) after 12 months of follow-up. The results indicate the efficacy of these interventions in reducing additional suicide attempts, but they should be analyzed with caution, given the heterogeneity of the sample, treatments, and comparators. This review supports the development of prevention strategies indicated for patients who have attempted suicide.
Keywords: suicide attempt; psychotherapy; randomized clinical trial; efficiency

Resumo: Há poucas evidências sobre a eficácia das psicoterapias na redução de novas tentativas de suicídio. Este artigo tem como objetivo avaliar a eficácia das intervenções psicoterapêuticas na redução de tentativa de suicídio em pacientes com histórico de tentativas anteriores. Selecionamos 17 artigos de quatro bases de dados: PubMed, Cochrane, APA PsycInfo e LILACS, em 2023. Seis estudos mostraram diferenças estatísticas que favoreceram a intervenção psicoterapêutica em algum momento durante o período de acompanhamento. Essas psicoterapias abordaram: resolução de problemas, indução de esperança, treinamento de habilidades. Ao comparar a psicoterapia com o tratamento usual, uma meta-análise revelou um odds ratio geral de 0,41 (IC 95 %, 0,17 a 0,99, $p = 0,05$) na análise até 12 meses de acompanhamento, e um odds ratio de 0,48 (IC 95 %, 0,30 a 0,78, $p < 0,001$) após 12 meses de acompanhamento. Os resultados apontam para a eficácia dessas intervenções na redução de novas tentativas de suicídio, mas devem ser analisadas com cautela, dada a heterogeneidade da amostra, tratamentos e comparadores. Esta revisão oferece suporte para o desenvolvimento de estratégias de prevenção indicada para pacientes que tentaram suicídio.
Palavras-chave: tentativa de suicídio; psicoterapia; ensaio clínico randomizado; eficácia

ANEXO K - Comprovante de Submissão do Estudo de Viabilidade

[pc] Agradecimento pela submissão Caixa de entrada x

Jaqueline de Carvalho Rodrigues <noreply.ojs@scielo.org> sexta, 22/11/2024, 20:38

para mim

LUCIANA SANTOS:

Obrigado por submeter o manuscrito, "A Análise de viabilidade de uma intervenção psicoterapêutica para prevenção de tentativas de suicídio: PSICOTERAPIA PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO" ao periódico Psicologia Clínica. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/pc/authorDashboard/submission/25714
Usuário: lusantospsi16

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Jaqueline de Carvalho Rodrigues

Revista Psicologia Clínica

http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/pc

Esta mensagem pode conter informação confidencial, sendo seu sigilo protegido por lei. Se você não for o destinatário ou a pessoa autorizada a receber esta mensagem, não pode usar, copiar ou divulgar as informações nela contidas ou tomar qualquer ação baseada nessas informações. Se você recebeu esta mensagem por engano, por favor, avise imediatamente ao remetente, respondendo o e-mail e em seguida apague-a. Agradecemos sua cooperação.