O Boletim de Conjuntura (BOCA) publica ensaios, artigos de revisão, artigos teóricos e empíricos, resenhas e vídeos relacionados às temáticas de políticas públicas.

O periódico tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais, nacionais ou internacionais que versem sobre Políticas Públicas, resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas e empíricas.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratizacão mundial do conhecimento.



BOLETIM DE CONJUNTURA

BOCA

Ano V | Volume 16 | Nº 48 | Boa Vista | 2023

http://www.ioles.com.br/boca

ISSN: 2675-1488

https://doi.org/10.5281/zenodo.10406087

BOLETIM DE CONJUNTURA

www.ioles.com.br/boca

ALGORITMO CLÍNICO-ASSISTENCIAL PARA PREVENÇÃO DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

Amanda Roberta Fonsêca do Nascimento[1]

Ana Patrícia Pereira Morais[2]

Alessandra Silva Xavier[3]

Paulo César de Almeida[4]

Resumo

Notadamente, o impacto epidemiológico, biopsicossocial e familiar, associado a mortes de adolescentes e adultos jovens por autoextermínio, caracteriza o comportamento suicida, nesta faixa etária, como grave problema de saúde pública. Destarte, neste estudo, como objetivo geral, assumiu-se descrever a construção e a validação de face e conteúdo de algoritmo clínico-assistencial, destinado à avaliação, manejo e seguimento do comportamento suicida, respeitando-se a diversidade das adolescências, no contexto da Atenção Primária de Saúde (APS). Trata-se, então, de pesquisa metodológica para a qual adotou-se, de forma adaptada, o que é proposto por Pasquali, na construção e validação de instrumentos de pesquisa. Este estudo inclui: o planejamento e a seleção do referencial teórico-metodológico, a construção dos itens que compõem cada etapa proposta pelo algoritmo e a validação de face e conteúdo através de questionário no formato de escala tipo Likert, disponibilizado por meio eletrônico para sete juízes-especialistas, selecionados por expertise assistencial e/ou acadêmica (mestrado e/ou doutorado), com pelo menos cinco anos de atuação, nas áreas de Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde mental e/ou Educação em Saúde, que avaliaram nove questões sobre a aparência, pertinência e clareza do instrumento. Para a análise dos dados, utilizou-se o software IBM SPSS Statistics 28.0.1.1. Mediante o processo de validação de face e de conteúdo, pelo comitê de juízes especialistas, o Índice de Validade de Conteúdo encontrado, IVC Global = 0,98, foi considerado satisfatório. Na análise semântica, o instrumento foi considerado pertinente, confiável e facilmente compreendido, por integrantes de equipes da Estratégia de Saúde da Família, com experiência profissional heterogênea, que atuam na APS (N=8). Para o teste alfa de Cronbach, na avaliação da consistência interna das respostas dos juízes, encontrou-se o valor de 0,794, considerado como substancial. Por conseguinte, um instrumento brasileiro validado para a prevenção de suicídio entre adolescentes, e que possa ser operacionalizado de maneira interdisciplinar, permite a oferta de intervenções precoces viáveis, nos serviços de APS. O algoritmo clínico apresentado, adaptado às especificidades das adolescências, reitera a capacitação nos cuidados primários em saúde mental, o trabalho cooperativo e a preservação da vida, em populações de alta vulnerabilidade. Estudos posteriores são recomendados, com a avaliação de outras propriedades psicométricas e estatísticas, tais como a validade de construto e análise fatorial exploratória..

Palavras-chave: Adolescência; Algoritmo Clínico; Atenção Primária de Saúde; Prevenção de Suicídio.

Abstract

Notably, the epidemiological, biopsychosocial and family impact, associated with deaths of adolescents and young adults due to self-extermination, characterizes suicidal behavior, in this age group, as a serious public health problem. Thus, in this study, as a general objective, it was assumed to describe the construction and validation of the face and content of a clinical-care algorithm, intended for the assessment, management and follow-up of suicidal behavior, respecting the diversity of adolescence, in the context of Primary Health Care. This is, therefore, methodological research for which was adopted what is proposed by Pasquali, in an adapted form, to the construction and validation of research instruments. This study includes: planning and selection of the theoretical-methodological framework, construction of the items that make up each step proposed by the algorithm and face and content validation through a questionnaire in the Likert scale format, made available electronically to seven judges - specialists, selected for healthcare and/or academic expertise (master's degree and/or doctorate), with at least five years of experience, in the areas of Family and Community Health, Public Health, Mental Health and/or Health Education, who evaluated nine questions about the appearance, relevance and instrument's clarity. For data analysis, the IBM SPSS Statistics 28.0.1.1 software was used. Through the face and content validation process, by the committee of expert judges, the Content Validity Index found, Global CVI = 0.98, was considered satisfactory. In the semantic analysis, the instrument was considered relevant, reliable and easily understood by members of Family Health Strategy teams, with heterogeneous professional experience, who work in PHC (N=8). For the Cronbach's alpha test, when evaluating the internal consistency of the judges' responses, a value of 0.794 was found, considered substantial. Therefore, a validated Brazilian instrument for the prevention of suicide among adolescents, and which can be operationalized in an interdisciplinary way, allows the provision of viable early interventions in PHC services. The clinical algorithm presented, adapted to the specificities of adolescence, reiterates training in primary mental health care, cooperative work and preservation of life, in highly vulnerable populations. Further studies are recommended, with the evaluation of other psychometric and statistical properties, such as construct validity and exploratory factor analysis.

Keywords: Adolescence; Clinical Algorithm; Primary Health Care; Suicide Prevention.

[1] Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). E-mail: amanda240516@gmail.com

[2] Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Saúde Pública. E-mail: anapatricia.morais@uece.br

[3] Professora da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Psicologia Clínica e Psicobiologia. E-mail: alessandra.xavier@uece.br

[4] Professor da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutor em Saúde Pública. E-mail: pc2015almeida@gmail.com

INTRODUÇÃO

Dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde no ano de 2022, demonstram que, entre 2016 a 2021, foram registrados o total de 6.588 suicídios cometidos por adolescentes com faixa etária de 10 a 19 anos, sendo predominante a faixa dos 15 a 19 anos, para cuja faixa etária, o suicídio compreende a quarta causa principal de morte.

Globalmente, entre os anos de 2000 a 2019, conforme estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, a maioria das mortes por suicídio ocorreu em países de baixa e média renda (77%), nos quais a maioria da população mundial vive. A maioria dos adolescentes que morreu por suicídio (88%) era de países de baixa e média renda, onde quase 90% dos adolescentes do mundo vivem. A imbricação de iniquidades sociais, étnicas, intrafamiliares e geográficas, somadas ao *gap* entre a demanda de cuidado em saúde mental, em especial na infância e na adolescência, e o número de especialistas disponíveis, estreita as possibilidades da abordagem precoce ao comportamento suicida, com o agravamento do risco de morte por violência autoprovocada (POISK *et al*., 2023).

Para adolescentes incluídos em grupos social e historicamente vulneráveis, tais como jovens transgênero, adolescentes advindos de grupos e comunidades tradicionais, meninas inseridas no transtorno do espectro autista, adolescentes em conflito com a lei, dentre outros grupos vulneráveis, o número de tentativas e ato consumado chega a atingir cerca de 3,5 vezes maior prevalência. O seguimento interdisciplinar, envolvendo equipamentos distintos tais como escolas, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Atenção Primária de Saúde, pessoas com as quais o/a adolescente estabeleça relação de confiança, assim como a própria comunidade, aumenta as chances de identificação precoce do risco, adesão ao plano terapêutico proposto e adequado seguimento individualizado (WHO, 2021).

Diante de tal, no sentido de garantir celeridade e eficácia à tomada de decisões, a partir da caracterização do risco de autoextermínio em adolescentes, no território em que vivem, estabelecem relações interpessoais e adoecem, este trabalho destina-se a descrever o percurso metodológico adotado nas etapas de construção e validação de algoritmo clínico-assistencial, para uso interdisciplinar, na abordagem do comportamento suicida nesta população, por profissionais da APS. O instrumento proposto orienta as ações do cuidado em 3 etapas distintas: Avaliação, Manejo e Seguimento. Para cada etapa são apresentadas condutas sequenciais e de complexidade progressiva, para a prevenção de desfecho fatal por violência autoprovocada em adolescentes, seguindo o modelo escalonado do cuidado (JOBES *et al.*, 2018).

O algoritmo apresentado permite a desconstrução dos modelos de atenção centrados em profissionais médicos, apresentando uma alternativa de cuidados primários em saúde mental, que

envolve trabalho cooperativo, cuidado integral e longitudinal, em oposição a encaminhamentos desnecessários e condutas excessivamente medicalizadoras.

Este artigo encontra-se estruturado em três seções: Referencial Teórico-Conceitual; Medologia; Resultados e Discussão, e, ao final, Considerações Finais. Diante da escassez de instrumentos validados e sistematizados para a otimização da oferta de cuidados primários em saúde mental, por profissionais da Equipe de Saúde da Família, adequados às especificidades socioculturais de adolescentes brasileiros com ideação suicida, este estudo metodológico, ao descrever a construção e a validação de um algoritmo clínico-assistencial que se propõe a tal finalidade, contribui não apenas para a prevenção do ato de, deliberadamente, extinguir a própria vida, no âmbito da APS, como também para a pesquisa e o ensino em Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, Saúde mental, dentre outras áreas correlatas do conhecimento.

SUICÍDIO ENQUANTO FENÔMENO MULTIDIMENSIONAL E PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada três segundos, ocorre uma tentativa de suicídio e a cada 40 segundos, uma pessoa morre por ato consumado, em algum lugar do mundo. Anualmente, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio. Pode-se, então, afirmar que uma quantidade significativa da população mundial é dizimada por este fenômeno multifatorial e complexo (VOLDSBEKK *et al*., 2023), compreendido como um grave problema de saúde pública, não apenas em decorrência das altas cifras, como também pelo entrelaçamento de fatores biopsicossociais, no que se refere às tentativas de suicídio e às mortes por ato consumado, correspondendo a 1,3% do total de mortes em todo o mundo, para o ano de 2019. Este valor supera, em número, as mortes globais por guerra, câncer de mama, malária, HIV/AIDS e homicídio, no mesmo período (WHO, 2021).

O comportamento suicida diz respeito ao "processo que tem seu início desde a ideação, a tentativa, as ameaças até o ato consumado, isto é, a morte"(FUKUMITSU, 2014).

Enquanto fenômeno multidimensional envolve fatores psicológicos, culturais, biológicos, genéticos e sociais, ou seja, engloba toda a história de vida do sujeito e perpassa as suas relações com as outras pessoas, com a sociedade e com a cultura (STONE, 2022). Devido a esta gama de fatores constituintes, a compreensão deste fenômeno deve enfatizar os sentidos, afetos e percepções que estão presentes na ideação e na tentativa de por fim à própria vida, abstendo-se de ressaltar somente as suas causas associadas classicamente a condições patológicas de ordem psiquiátrica (FEIJOO, 2018). Conforme Bahia *et al*. (2020), os estudos sobre as tentativas de suicídio podem colaborar na

identificação dos fatores de risco que conduzem a pessoa ao ato e, consequentemente, permitirem a construção de estratégias de prevenção centradas nos sujeitos-que-sofrem. Neste contexto, Silva *et al.*, (2018) afirmaram que tentativas prévias de suicídio se associam à manutenção de pensamentos de morte, o que aumenta o risco de novamente tentarem se matar.

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

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

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

O primeiro elemento a ser considerado para a criação ou adaptação de um guia clínico-assistencial é a necessidade de sua construção, devido à magnitude do problema de saúde em questão, a variabilidade de condutas clínicas observadas paraseu manejo e os custos envolvidos (MILLARUELO, 2015).

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

Del Hierro (2018) afirmou que esses documentos abrigam o propósito comum de padronizar a prática clínica, promover uma assistência efetiva e contribuir parasistematizar a assistência, de acordo com a perspectiva mais atual oferecida pela literatura técnico-científica, baseada em evidências de pesquisa.

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

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

Em sua revisão de diretrizes clínico-assistenciais, Del Hierro (2018) propôs que estas sejam atualizadas a cada três anos e recomenda que nem todo o conteúdo seja modificado, mas sim aspectos específicos, de acordo com o andamento das evidências. Del Hierro (2018) observou ainda, que falhas na fase de elaboração e na adaptação do instrumento aos profissionais-alvo do algoritmo prejudicariam os aspectos semânticos deste, com subsequente má aceitação pelos profissionais. Capote *et al.* (2019), concluem que grande parte dos instrumentos clínico-assistenciais disponibilizados não se demonstram acessíveis a uma utilizaçãotransversal, tampouco exibem a qualidade técnica necessária à pronta tomada de decisão, na APS.

Independentemente dos formatos utilizados na elaboração destes instrumentos, que podem tornar mais ou menos viável a sua utilização, e da qualidadedo conteúdo, as maiores dificuldades residem na sua implementação pelos profissionais. São vários os motivos pelos quais os profissionais não aderem a essas diretrizes. Dentre eles, Millaruelo encontrou: falta de recursos para a sistematização do uso, difícil acessibilidade, carência de confiança em sua eficácia, insegurança quanto à própria capacidade técnica, a falta de familiarização ou de tempo disponível para o seu estudo, confronto com a autonomia pessoal e a experiência adquirida que, por vezes, associa-se à rigidez de condutas que se perpetuam sem que haja evidências que as sustentem.

A natureza flexível e contextualizada do algoritmo cuja construção é descrita neste trabalho, permite que as diretrizes de prevenção ao suicídio na adolescência sejam adaptadas às condições do ambiente cotidiano, possibilitando que seja construída uma referência para o trabalho internacional, uma vez que é adaptável às especificidades biopsicossociais apresentadas nas adolescências, sob uma perspectiva dinâmica.

METODOLOGIA

Este trabalho consiste em estudo metodológico, destinado à descrição das etapas envolvidas na construção e na validação de algoritmo clínico-assistencial, cujos passos sequenciais se propõem à

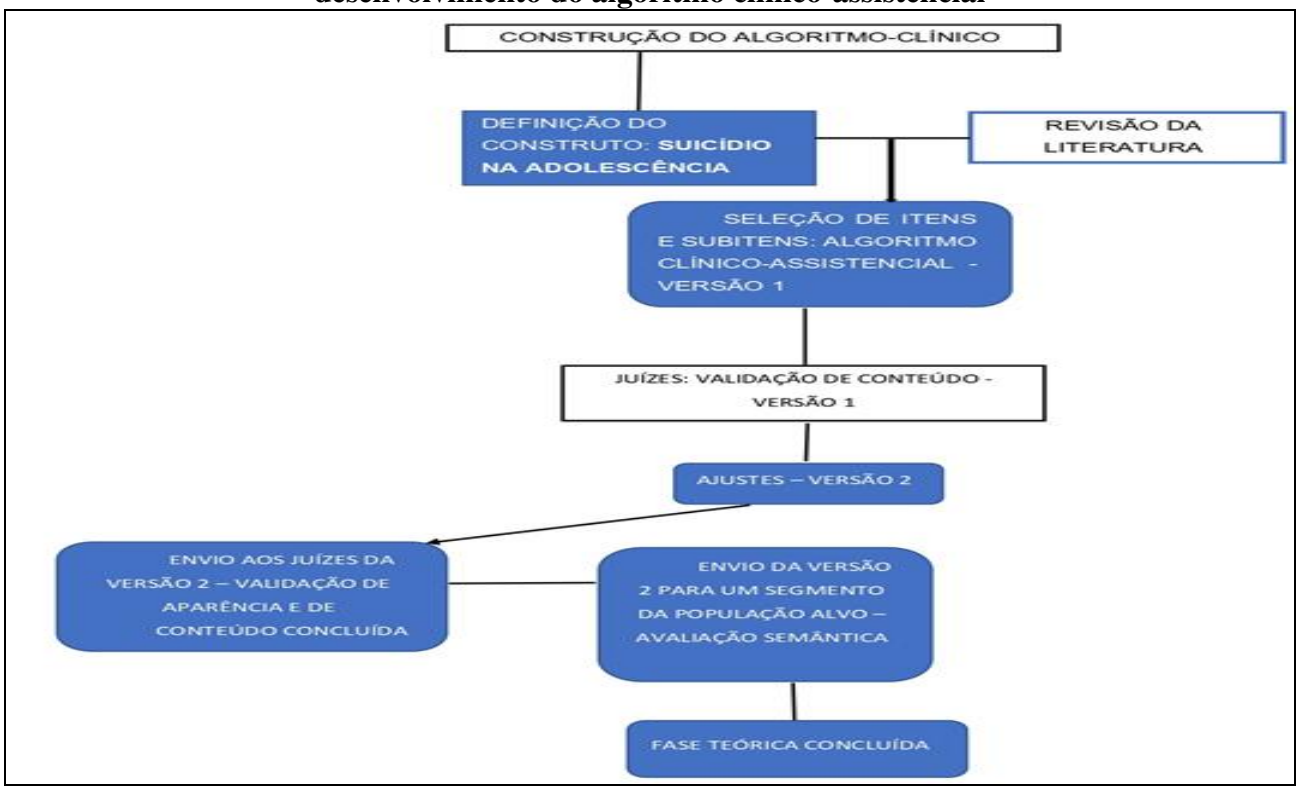
otimização do acolhimento; avaliação; tomada de decisão e seguimento interdisciplinar de adolescentes que exibam ideação ou comportamento suicida, por profissionais da atenção primária de saúde.

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

Para a elaboração do instrumento, adotou-se, de forma adaptada, o que é proposto por Pasquali (2010). Para o cumprimento dos objetivos propostos incluiu-se a definição constitutiva de planejamento e a seleção dos componentes do instrumento, a partir dos referenciais teórico-metodológicos; avaliação pelo Comitê de juízes; análise semântica e avaliação da consistência interna, a respeito das respostas dos juízes, pela análise do Alfa de Cronbach.

O detalhamento das etapas percorridas na construção e validação do instrumento se encontra apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Representação gráfica das etapas de desenvolvimento do algoritmo clínico-assistencial



Fonte: Elaboração própria.

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

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

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

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

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

A Prática Baseada em Evidências segundo a Classificação do Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (DRUMMOND *et al*., 2014) propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial,de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando-se a estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcome" (desfecho).

Com isso, neste estudo, o acrônimo ficou (P) – adolescentes com ideação e/ou comportamento suicida; (I) – algoritmo clínico-assistencial; (C) – Não houve comparação; e (O) – prevenção de suicídio na Atenção Primária de Saúde.

Baseado nos critérios supracitados, adotou-se a seguinte questão "É possível construir e validar um algoritmo clínico-assistencial para prevenção do suicídio no atendimento a adolescentes com ideação e/ou comportamento suicida, para o conteto da atenção primária de saúde?"

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

A busca foi realizada em bases de dados por meio eletrônico, a partir do portal de periódicos da Capes, *Scopus, BVS e PUBMed*, durante os meses de janeiro a setembro de 2023. Foram utilizadas as bases DOAJ (*Directory of Open Access Journals*), *Medline Complete, Embase*, ROAD (*Directory of Open Access Scholarly Resources*), *Academic Search Premier*, CINAHL *with Full Text, BioMed Central Open Access, Oxford Journals Current*. Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos completos, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos cinco anos (2017-2022), revisado por pares, nos idiomas português, inglês e espanhol. Adotou-se como critériode exclusão artigo duplicado e que não respondessem à pergunta problema.

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

Para armazenamento e tabulação dos dados obtidos, tais como: o título do estudo, país de origem, ano de publicação, autor, objetivo e resumo dos resultados, utilizou-se o programa *Microsoft Office Excel*®, versão 8.

De cada artigo incluído foram extraídos dados relacionados ao objetivo desta revisão; características da amostra, com a priorização de estudos destinados àdescrição de construção e validação de instrumentos destinados à prevenção e manejo de comportamento suicida na adolescência, bem como à utilização destas tecnologias por profissionais da Atenção Primária de Saúde, avaliação de fatores de risco para suicídio na adolescência e a relação destes com suicídio consumado, compreensão e exploração de fatores protetivos, país de publicação, autores, objetivo de pesquisa.

Incluiu-se, na pesquisa, consulta a livros e a textos de avaliação psicométrica, bem como manuais técnicos e legislação vigente para políticas públicasde prevenção ao suicídio, fora do período estabelecido como critério de inclusão paraanálise, pelo caráter eminentemente relevante das publicações citadas, no que diz respeito ao embasamento teórico necessário à construção dos itens e subitens do algoritmo. Para tal construção, foram utilizados, de maneira adaptada aos objetivos deste estudo, os seguintes critérios psicométricos: objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, modalidade, tipicidade e credibilidade (PASQUALI, 2010).

Tais critérios foram considerados, rigorosamente, na construção dos itens, sem que houvesse negligenciamento da interseccionlidade, representada pelo entrelaçamento de questões étnicas, sociais, de violência, histórico pessoal e familiar de transtornos da saúde mental, dentre outras vulnerabilidades. (WHO, 2021; CEARÁ, 2022).

Seleção de itens e subitens

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

Sem que houvesse negligenciamento da interseccionlidade, representada pelo entrelaçamento de questões étnicas, sociais, de violência, histórico pessoal e familiar de transtornos da saúde mental, considerou-se tanto características sócio-demográficas e epidemiológicas, relatadas em boletim epidemiológico de um Estado do Nordeste do Brasil, região em que houve , inicialmente a coleta de dados e análise do construto, como a ideia de um devir enquanto transformação permanente, num horizonte de abertura de sentidos, afetos e comportamentos (HEIDDEGER, 1927). Os princípios da fenomenologia hermenêutica, adaptados às especificidades dos problemas em saúde mental no ser-adolescente, visam à compreensão da experiência vivida quanto à decisão de tentar o suicídio, bem como dos desdobramentos comportamentais que sejam passíveis de intervenção, na Atenção Primária de Saúde (MING-WAU *et al*., 2020).

Tal e qual um intrincado bordado rendado, artesanato típico da região nordeste do brasil, a análise da delicada teia que envolve situações de infortúnios, conflitos, desamparo, desespero e angústia, permite a construção de itens e subitens que abranjam as subjetividades dos adolescentes em sofrimento. A avaliação de cunho psicométrico, ao invés de se contrapor à investigação de tais subjetividades relacionadas ao comportamento suicida, apresenta relevância para que seja viabilizada a caracterização rápida e precisa, sem haja ausência de sensibilidade na avaliação do risco de suicídio, por profissionais de formações técnicas diversas. Outrossim, os procedimentos metodológicos de validação do algoritmo-clínico assistencial proposto pela psicometria clássica apresentam-se como fundamentais, à medida em que conferem a este instrumento adequação, legitimidade e congruência (MEDEIROS *et al*., 2015).

Desdobramento dos itens em subitens

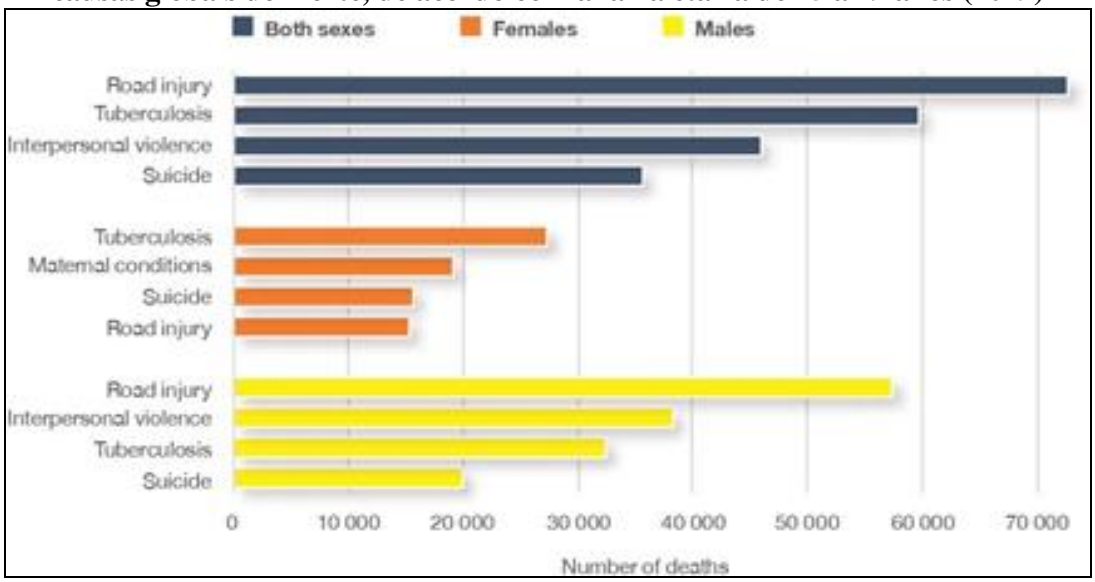
Em virtude da não linearidade de processos biopsicossociais, priorizou-se que o desdobramento dos itens refletisse o enovelamento entre as características sociodemográficas; a distribuição de notificações de violência autoprovocada por sexo, gênero e etnia; a escolaridade; os antecedentes psiquiátricos, clínicos e a própria história de vida, bem como a autopercepção do sofrimento e os mecanismos de *coping* (CALDEIRA, 2015; STEVENS *et al.*, 2021).

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

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

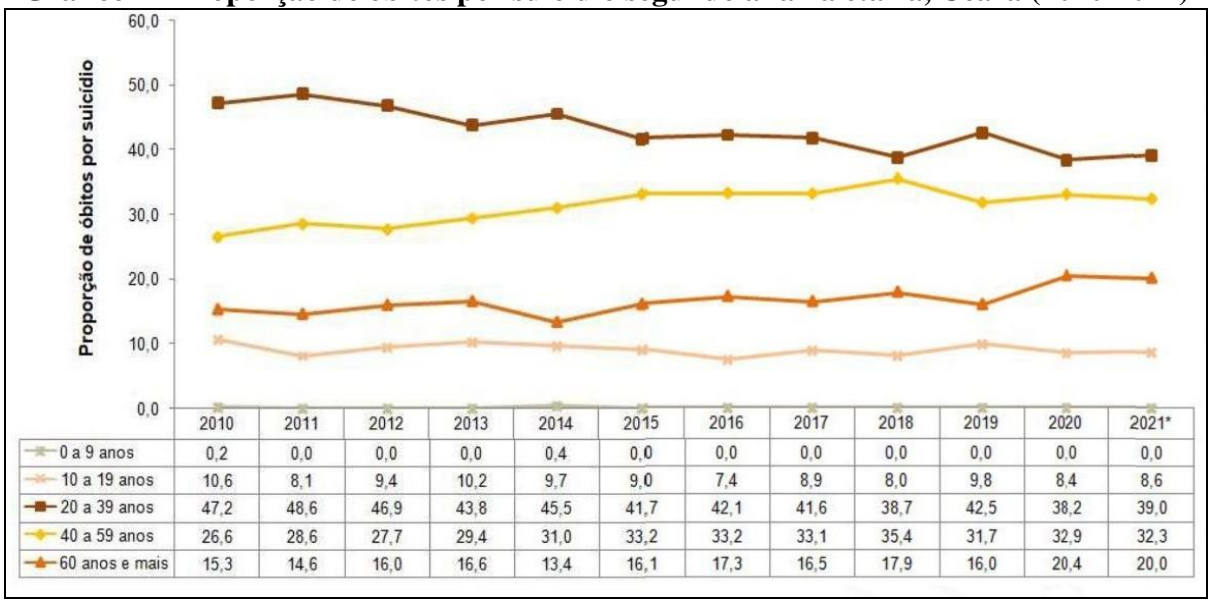
1. Análise teórica dos trabalhos que atingiram os critérios de elegibilidade através do fluxograma PRISMA para revisão integrativa, compreendendo o risco de desfecho fatal por tentativa de suicídio na perspectiva de teia da causalidade, conceito introduzido na Epidemiologia por MacMahon *et al.*, (*apud* CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010). Nesta etapa da construção do algoritmo, priorizou-se a identificação de fatores de risco e eventos associados a maior gravidade em termos de desfecho fatal, para a população e o traço estudados, conforme descrito nos gráficos a seguir:

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



Fonte: WHO (2019).

Gráfico 2 - Proporção de óbitos por suicídio segundo a faixa etária, Ceará (2010-2021)



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021*
0 a 9 anos	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 a 19 anos	10,6	8,1	9,4	10,2	9,7	9,0	7,4	8,9	8,0	9,8	8,4	8,6
20 a 39 anos	47,2	48,6	46,9	43,8	45,5	41,7	42,1	41,6	38,7	42,5	38,2	39,0
40 a 59 anos	26,6	28,6	27,7	29,4	31,0	33,2	33,2	33,1	35,4	31,7	32,9	32,3
60 anos e mais	15,3	14,6	16,0	16,6	13,4	16,1	17,3	16,5	17,9	16,0	20,4	20,0

Fonte: DATASUS (2022).

Nota: Dados de 2021, sujeitos a alteração e revisão, atualizados até o dia 02/09/2022. Para essa análise foram desconsiderados os óbitos cuja faixa etária foi assinalada como "ignorada".

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

Arquitetura do Algoritmo

No sentido de capacitar e orientar a Equipe de Saúde da Família para a pronta tomada de cisão na prevenção de suicídio, o algoritmo construído ordena as ações do cuidado em 3 etapas distintas: Avaliação, Manejo e Seguimento. Para cada etapa são apresentadas condutas sequenciais, representadas por itens e subitens relacionados ao comportamento/ideação suicida, a serem identificados em cada etapa, seguindo o modelo escalonado do cuidado (JOBES *et al*., 2018).

Priorizou-se as cores vermelha e amarela para permitir a pronta identificação de situações de alto risco para suicídio e/ou emergenciais (vermelho), que demandam atendimento hospitalar imediato; assim como a caracterização de comportamentos, antecedentes pessoais/familiares para o manejo e o seguimento dos quais sejam necessárias ações intensivas e colaborativas de cuidado, embora haja a presença de rede de apoio e colaboração da (o) adolescente e no planejamento de processos decisórios e

avaliativos (amarelo). Evidencia-se, por meio da cor laranja, a compulsoriedade da notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, de acordo com a Lei 13.819, de 2019, que institui a Política Nacionalde Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

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

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

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

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

O instrumento proposto, com as etapas que o constituem, encontra-se representado pela figura 2, para download e/ou visualização.

Figura 2 - QR Code do Instrumento

Fonte: Elaboração própria.

Validação

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

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

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

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

O formulário *Google Docs* facilita a criação de questionários, pois automatiza o processo de design da página e possibilita o desenvolvimento de questões pré-construídas. Essa ferramenta admite vários usos, como questionário, ficha de cadastro, pesquisa de opinião, enquete, dentre outros usos. Além disso, o formulário pode ser facilmente compartilhado por e-mail ou pelo *link* gerado, o que beneficia pesquisadores, professores e acadêmicos, cujo trabalho envolve construção de questionários (GIL, 2002).

Validade de Conteúdo

A validação de aparência e de conteúdo do algoritmo clínico-assistencial se deu a partir da análise dos itens de cada etapa do instrumento, por um grupo de juízes ou peritos com experiência na

área do conteúdo em questão. De acordo com Pasquali (2010), caberá aos juízes a função de ponderar se os itens se referem ou não ao traço em questão. Dessa maneira, os itens são analisados e julgados como abrangentes e representativos, ou, ainda, se o conteúdo de cada um deles se relaciona com aquilo que se deseja medir/identificar.

Não há concordância, entre estudiosos, sobre o número de juízes ideal ao processo de validação. Pasquali (2010) sugere o mínimo de 3 juízes ao processode validação. Para Fehring (1987), o ideal seria uma amostra de 25 a 50 experts, enquanto Lynn (1986) menciona o mínimo de cinco e o máximo de dez experts, sempre devendo optar por um número ímpar de juízes, visando evitar o empate de opiniões.

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

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

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

Os juízes da validação de conteúdo foram identificados pela letra "JC", acrescida de algarismo numérico de acordo com a ordem de devolução do instrumento de validação respondido (JC01 a JC05).

Os dados obtidos foram tabulados e armazenados em planilhas do *Excel*®. O processamento dos dados foi realizado por meio do *software* IBM SPSS *Statistics*.

Caracterização da amostra de juízes

Após convite por meio eletrônico e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Escarecido (TCLE) 7 juízes avaliaram 9 questões sobre a aparência, pertinência e clareza do instrumento. O questionário enviado disponibilizou espaço para que os juízes pudessem propor alterações, caso julgassem pertinente. O quadro 1 descreve os critérios de seleção, além de exibir variáveis categóricas relevantes para caracterização da amostra.

Quadro 1 – Caracterização do comitê de juízes especialistas: validação de conteúdo e de aparência

Juiz	Formação	Titulação	Função/tempo de atuação	Idade/anos	Sexo
JC01	Medicina de família	Mestre em educação em saúde	Preceptor e médico na aps/6 anos	32	Masculino
JC02	Enfermagem	Mestre em saúde coletiva	Enfermeira na aps /12 anos	42	Feminino
JC03	Psiquiatria	Mestre em saúde coletiva	Docente: educação permanente em saúde na aps/8anos	40	Masculino
JC04	Psicologia	Doutor em saúde coletiva	Gestor de educação em saúde/25 anos	55	Masculino
JC05	Enfermeira	Especialista em saúde da família	Enfermeira na aps/16 anos	47	Feminino
JC06	Odontologia	Mestre em saúde da família	Cirurgião dentista na aps/8 anos	43	Masculino
JC07	Medicina de família	Doutoranda em saúde coletiva	Docente: medicina de família	44	Feminino

Fonte: Elaboração própria.

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

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

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

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

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

Para calcular o S-IVC existem duas opções:

a) Calcular o I-IVC para cada item do instrumento, e depois calcular o I-IVC médio entre os itens. Chamamos este processo como: S-IVC/AVE (AVE= *average variance extracted*);

b) Calcular a proporção de itens na escala que alcançam uma escala de relevância de 2 ou 3, por todos os especialistas. Este processo denomina-se S-CVI/UA (UA= *universal agreement*). A pontuação da concordância universal (UA) é dada como 1 quando o item atingiu 100% de concordância dos especialistas, caso contrário, a pontuação da UA é dada como 0 (Zero);

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

Os valores de I-IVC orientarão as decisões sobre as revisões ou rejeições de itens. Se o valor do IVC for baixo, pode significar que os itens não são boas operacionalizações do construto subjacente, que as especificações ou instruções do construto para os especialistas foram inadequadas ou que os próprios especialistas foram tendenciosos, erráticos ou não suficientemente proficientes. Sendo assim, é necessário estabelecer critérios para a formulação de itens relevantes e construir especificações claras para os especialistas, após haver selecionado um bom painel destes (POLIT; BECK, 2006).

Avaliação da Confiabilidade através da Consistência Interna

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

A confiabilidade refere-se, principalmente, à estabilidade, consistênciainterna e equivalência de uma medida. É importante ressaltar que a confiabilidade não é uma propriedade fixa de um questionário. Pelo contrário, a confiabilidade depende da função do instrumento, da população em que é

administrado, das circunstâncias, do contexto; ou seja, o mesmo instrumento pode não ser considerado confiável segundo diferentes condições. Estimativas de confiabilidade são afetadas por diversos aspectos do ambiente de avaliação (avaliadores, características da amostra, tipo de instrumento, método de administração) e pelo método estatístico utilizado. Portanto, os resultados de uma pesquisa utilizando instrumentos de medida só podem ser interpretados quando as condições de avaliação e a abordagem estatística são apresentadas de maneira clara (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

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

O coeficiente alfa de Cronbach reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala. Dessa forma, quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

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

Análise Semântica

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

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

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

Optou-se por utilizar a técnica de enviar o instrumento para dois grupos: o primeiro grupo representou o estrato de menor nível de habilidades e experiências profissionais, composto por duas enfermeiras e dois médicos, com tempo de atuação inferior ou igual a 2 anos e o segundo grupo, composto por duas psicólogas, uma nutricionista e uma terapeuta ocupacional, 3 delas com pós-

graduação *latu sensu* em saúde da família e uma com pós-graduação em saúde mental e atenção psicossocial,com 5 ou mais anos de atuação profissional, compondo o grupo de extrato mais elevado de habilidades. Segundo Pasquali (2010), essa técnica é considerada uma das mais eficazes na avaliação da compreensão dos itens.

Caracterização da Amostra (segmento da população-alvo) para ValidaçãoSemântica

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

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

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

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

A seleção dos profissionais ocorreu a partir da análise dos critérios descritos no quadro 2, a fim de que a amostra apresentasse heterogeneidade quanto àformação e ao tempo de atuação profissional, com o objetivo de verificar se o instrumento de pesquisa foi, de fato, elaborado de maneira compreensível para a população-alvo (PASQUALI, 2010).

Quadro 2 - Caracterização do segmento da população-alvo: validação semântica

Profissional de saúde	Formação	Titulação	Função/tempo de atuação	Idade	Sexo
JVS01	Enfermagem	-	1,5 ano	26	Feminino
JVS02	Enfermagem	Pós-graduanda em Saúde do Idoso	2 anos	29	Feminino
JVS03	Médico		1,8 ano	34	Masculino
JVS04	Médico	-	2 anos	28	Masculino
JVS05	Psicóloga	Pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família	9 anos	38	Feminino
JVS06	Psicóloga	Pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família	5 anos	28	Feminino
JVS07	Nutricionista	Pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família	12 anos	45	Feminino
JVS08	Terapeuta Ocupacional	Pós-graduação latu sensu em Saúde Mental e Atenção Psicossocial	11 anos	47	Feminino

Fonte: Elaboração própria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados Estatísticos

Avaliação do Comitê de Juízes especialistas: validação de aparência e conteúdo. Após a construção do instrumento, conforme as etapas descritas anteriormente foram encaminhadas ao Comitê de juízes a versão 1 do Algoritmo.

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

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

Tabela 1 –Validação de aparência e conteúdo da Versão 1 – Algoritmo Clínico-Assistencial paraPrevenção de Suicídio na Adolescência, por Profissionais da Atenção Primária de Saúde

		Juízes				Indicadores		
Item	Critério	1 2	3 4	5	6 7	I-IVC %	IVC Médio por etapa %	Nota Média	Desvio Padrão
1	C	3 3	3 3	3	3 3	100,00		3,00	0,00
1	P	3 3	3 3	3	3 3	100,00	95,24	3,00	0,00
1	A	**1 2**	**2** 3	**2**	3 **2**	85,71		2,14	0,755
2	C	3 3	3 3	3	3 3	100,00		3,00	0,00
2	P	3 3	3 3	3	3 3	100,00	100,00	3,00	0,00
2	A	**2** 3	3 **2**	3	**2 2**	100,00		2,43	0,534
3	C	3 3	3 3	3	3 3	100,00		3,00	0,00
3	P	3 3	3 3	3	3 3	100,00	100,00	3,00	0,00
3	A	**2 2**	**2** 3	3	3 3	100,00		2,57	0,534
							***S-IVC = 0,98**		

Fonte: Elaboração própria.

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

Quanto à análise das respostas do comitê de juízes especialistas dos itens que compõem a Versão 1 do instrumento, salienta-se que o sujeito J02 atribuiu nota “1” ao critério “Aparência”, para a Etapa 1: “Diminuir a quantidade de cores utilizadas para uma padronização Verde/Vermelho/Amarelo”. Tal sugestão foi adaptada, pela necessidade de reforçar a compulsoriedade da notificação de violência autoprovocada (cor laranja).

Demais sugestões, ofertadas por outros componentes do comitê de experts, quanto à objetividade da aparência e do conteúdo, foram acatadas integralmente pela pesquisadora, no sentido de aprimorar a legibilidade do instrumento. Uma maior facilidade de leitura se relaciona com melhor aceitação visual pelo público-alvo e interfere na otimização das decisões e planejamentos terapêuticos a serem eleitos.

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

Análise da consistência interna

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

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

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

Quanto à análise das respostas relativas à segunda versão do instrumento, foi calculado o percentual de concordância (PC) das respostas dos participantes, atingindo PC=100% (total concordância entre os juízes). O percentual de concordância é a medida mais simples de concordância entre observadores, calculado mediante a fórmula seguinte (ALEXANDRE; COLUCCI, 2011):

$$PC = \frac{\text{NÚMERO DE PARTICIPANTES QUE CONCORDAM}}{\text{NÚMERO TOTAL DE PARTICIPANTES}} X100$$

Análise Semântica

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

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

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

Tabela 2- Validação semântica do Algoritmo Clínico-Assistencial para Prevenção de Suicídio na Adolescência, por Profissionais da Atenção Primária de Saúde

JVS	Item1	Item2	Item3	Item4	Item5	Item6
1	3	3	3	3	3	3
2	3	2	2	3	3	3
3	3	3	2	3	3	3
4	3	3	2	3	3	3
5	3	3	3	3	3	2
6	2	3	3	3	3	2
7	3	3	3	3	3	2
8	2	3	3	3	3	2
Média	2,75	2,875	2,625	3	3	2,5
Desvio Padrão	0,463	0,353	0,517	0,000	0,000	0,534

Fonte: Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

a) Constitui um instrumento elaborado por meio de embasamento teórico proveniente da literatura científica e de observações no território adscrito a uma Unidade de Atenção Primária de Saúde;

b) Apresentou Índice de Validade de Conteúdo satisfatório mediante processo de validação de face e de conteúdo por comitê de juízes especialistas;

c) Foi considerado pertinente, confiável e facilmente compreendido por profissionais que atuam na Atenção Primária de Saúde;

d) Apresentou consistência interna substancial mediante o teste do coeficiente Alpha de Cronbach.

Com os resultados satisfatórios encontrados e descritos a partir do processo de construção, análise por juízes-especialistas e validação semântica, o instrumento é adequado ao fim a que se destina, podendo ser passível de recomendação para aplicações imediatas, no âmbito interdisciplinar da Atenção Primária de Saúde.

Embora o algoritmo apresentado facilite a tomada de decisão, no cuidado transversal em saúde mental, este estudo apresenta limitações decorrentes do tamanho amostral, uma vez que o período de planejamento e construção do instrumento encontrou-se incluído em situação de Emergência de Saúde Pública Internacional, decretada pela Organização Mundial de Saúde por pandemia de SARS-CoV-2, com impacto significativo no aumento da procura de serviços de saúde por pessoas com queixas em saúde mental (GUNNEL, 2020). Em estudos posteriores, considerando-se a complexidade biopsicossocial das adolescências, a psicometria de redes adequa-se à análise da imbricação dos fatores de risco, distribuídos nos itens e subitens do instrumento, considerando a diversidade social, econômica e o acesso aos serviços de saúde, além de características semelhantes a determinados grupos de maior vulnerabilidade (NASEEM *et al*., 2023).

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. "Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 7, 2011.

ARAUJO, E. T. H. *et al*. "Use of social networks for data collection in scientific productions in the health area: integrative literature review". **Aquichan**, vol. 19, n. 2, 2019.

BAHIA, C. A. *et al*. "Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016". **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 29, n. 2, 2020.

BARRERA, C. A. *et al*. "Metodología para el desarrollo y la actualización de guías de práctica clínica: estado actual". **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social** , vol. 54, n. 1, 2016.

BARROS, J. *et al*. "Recognizing states of psychological vulnerability to suicidal behavior: a Bayesian network of artificial intelligence applied to a clinical sample". **BMC Psychiatry**, vol. 20, 2020.

BEURS, D. *et al*. "A network perspective on suicidal behavior: Understanding suicidality as a complex system". **Suicide and Life -Threatening Behavior**, vol. 51, n. 1, 2021.

BIERNACKI, P.; WALDORF, D. "Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling". **Sociological Methods and Research**, vol. 10, 1981.

BONETT, D. G.; WRIGHT, T. A. "Cronbach's alpha reliability: interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning". **Journal of Organizational Behavior**, vol. 36, n. 1, 2015.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 14/12/2023.

CALDEIRA, C. M. H. **Estratégias de coping em indivíduos que tentaram o suicídio** (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Évora: UE, 2015.

CAPOTE, J. C. A. *et al*. "Utilidad de las guías, protocolos y algoritmos en la práctica clínica". **Revista Cubana de Medicina**, vol. 58, n. 1, 2019.

CASTIEL, L. D.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CRONBACH, L. J.; MEEHL P. E. "Construct validity in psychological tests". **Psychological Bulletin**, vol. 52, n. 4, 1955.

DEL HIERRO, L. I. **Análisis de los protocolos y guías de práctica clínica sobre el abuso sexual infantil en España** (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem). Madrid: UAM, 2018.

DRUMMOND, J. P. *et al*. **Fundamentos da medicina baseada em evidências**: teoria e prática. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. "Revisão integrativa versus sistemática". **Revista Mineira de Enfermagem**, vol. 18, n. 1, 2014.

FEIJOO, A. M. L. C. "Por um núcleo de atendimento clínico a pessoas emrisco de suicídio". **Revista da Abordagem Gestáltica**, vol. 24, n. 2, 2018.

FUKUMITSU, K. O. "O psicoterapeuta diante do comportamento suicida". **Psicologia USP**, vol. 25, n. 3, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GUNNELL, D. *et al*. "Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic". **Lancet Psychiatry**, 2020.

JOBES, D. A. *et al*. "A stepped care approach to clinical suicide prevention". **Psychological Services**, vol. 15, n. 3, 2018.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing research**: methods and critical appraisal for evidence-based practice. Saint. Louis: Elsevier, 2013.

LÓPEZ, A. G. “Narrativas del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes a suicidio”. **Revista Sul-Americana de Psicología**, vol. 9, n. 2, 2021.

MEDEIROS, R. K. S. *et al*. “Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em enfermagem”. **Revista de Enfermagem**, vol. 4, 2015.

MILLARUELO, T. J. M. “Guías de práctica clínica: una visión crítica”. **Diabetes Práctica**, vol. 6, n. 2, 2015.

MING-WAU, C. *et al*. “A decisão de tentar o suicídio sob a lente fenomenológico-existencial sartriana”. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 20, n. 4, 2020.

NASEEM. U. *et al.* “Graph-Based hierarchical attention network for suicide risk detection on social media”. **Anais of Companion Proceedings of the Association for Computing Machinery Web Conference**. New York: ACM, 2023.

PAGE, M. J. *et al*. “The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews”. **British Medical Journal**, vol. 372, n. 71, 2021.

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

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petropólis: Editora Vozes, 2013

POISK, E. A. C. *et al*. “A constituição psíquica e sua relação com atos autoinfligidos: uma compreensão psicanalítica”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 16, n. 47, 2023.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. (orgs.). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. “The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations”. **Research in Nursing and Health**, vol. 29, n. 5, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Editora Artmed, 2011.

SCHMITTMANN V. D. *et al*. “Deconstructing the construct: a network perspective on psychological phenomena”. **ResearchGate** [2011]. Disponível em: <www.researchgate.net>. Acesso em: 22/10/2023.

SILVA, R. M. *et al*. “Suicidal ideation and attempt of older women in Norther as tern Brazil”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 71, 2018.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. “Propriedades psicométricas em instrumentos de avaliação de confiabilidade e validade”. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 3, 2017.

STEVENS, K. *et al.* “Core components and strategies for suicide and risk management protocols in mental health research: a scoping review”. **BMC Psychiatry**, vol. 21, n. 13, 2021.

STONE, M. B. *et al.* "Response to acute monotherapy for major depressive disorder in randomized, placebo controlled trials submitted to the US Food and Drug Administration: individual participant data analysis". **British Medical Journal**, vol. 378, 2022.

STREINER, D. L. "Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency". **Journal of Personality Assessment**, vol. 80, n. 1, 2003.

VOLDSBEKK, I. *et al.* "Delineating disorder-general and disorder-specific dimensions of psychopathology from functional brain networks in a developmental clinical sample". **Developmental Cognitive Neuroscience**, vol. 62, 2023.

WHO - World Health Organization. **Helping adolescents thrive toolkit**: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Geneva: WHO, 2021.

WHO - World Health Organization. **Suicide worldwide in 2019**: global health estimates. Geneva: WHO, 2021.

YUSOFF, M. S. B. "ABC of content validation and content validity indexcalculation. **Resource**, vol. 77, n. 2, 2019.



BOLETIM DE CONJUNTURA (BOCA)

Ano V | Volume 16 | Nº 48| Boa Vista |2023

http://www.ioles.com.br/boca

Editor chefe:

Elói Martins Senhoras

Conselho Editorial

Antonio Ozai da Silva, Universidade Estadual de Maringá

Vitor Stuart Gabriel de Pieri, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Charles Pennaforte, Universidade Federal de Pelotas

Elói Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima

Julio Burdman, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Patrícia Nasser de Carvalho, Universidade Federal de Minas Gerais

Conselho Científico

Claudete de Castro Silva Vitte, Universidade Estadual de Campinas

Fabiano de Araújo Moreira, Universidade de São Paulo

Flávia Carolina de Resende Fagundes, Universidade Feevale

Hudson do Vale de Oliveira, Instituto Federal de Roraima

Laodicéia Amorim Weersma, Universidade de Fortaleza

Marcos Antônio Fávaro Martins, Universidade Paulista

Marcos Leandro Mondardo, Universidade Federal da Grande Dourados

Reinaldo Miranda de Sá Teles, Universidade de São Paulo

Rozane Pereira Ignácio, Universidade Estadual de Roraima