UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Manual Interdisciplinar de Cuidados Psicossociais em Situações de Vulnerabilidade: Da Atenção Primária ao Ambiente Hospitalar

Priscylla Cassol
Eliza Cristina Clara Alves
Matheus Gouveia Araujo
Adrielly Martins Porto Netto
Rayane Santos Seles
Poliana Guerino Marson
Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Palmas/TO

thesis editora científica

2025 - Thesis Editora Científica
Copyright © Thesis Editora Científica
Copyright do texto © 2025 Os autores
Copyright da edição © 2025 Thesis Editora Científica
Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.
Open access publication by Thesis Editora Científica
Editor-Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira
Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica
Revisão: Os autores

Licença Creative Commons
Manual Interdisciplinar de Cuidados Psicossociais em Situações de Vulnerabilidade: Da Atenção Primária ao Ambiente Hospitalar da Thesis Editora Científica está licenciada com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. (CC BY-NC-ND 4.0). O conteúdo da obra e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, não representando a posição oficial da Thesis Editora Científica. É permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

ISBN: 978-65-83199-28-7

Thesis Editora Científica
Teresina – PI – Brasil
contato@thesiseditora.com.br
www.thesiseditora.com.br

2025

2025 - Thesis Editora Científica
Copyright © Thesis Editora Científica
Copyright do texto © 2025 Os autores
Copyright da edição © 2025 Thesis Editora Científica
Direitos para esta edição cedidos à Thesis Editora Científica pelos autores.
Open access publication by Thesis Editora Científica
Editor-Chefe: Felipe Cardoso Rodrigues Vieira
Diagramação, Projeto Gráfico e Design da Capa: Thesis Editora Científica
Revisão: Os autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Manual interdisciplinar de cuidados psicossociais em situações de vulnerabilidade [livro eletrônico] : da atenção primária ao ambiente hospitalar / organização Priscylla Cassol...[et al.]. -- Palmas, TO : Thesis Editora Científica, 2025.
PDF

Outros organizadores: Eliza Cristina Clara Alves, Matheus Gouveia Araujo, Adrielly Martins Porto Netto,Rayane Santos Seles, Poliana Guerino Marson, Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral.
Bibliografia.
ISBN 978-65-83199-28-7

1. Atenção Primária à Saúde 2. Avaliação psicossocial - Metodologia 3. Interdisciplinaridade na saúde 4. Pessoas - Situação de vulnerabilidade 5. Saúde mental 6. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Cassol, Priscylla. II. Alves, Eliza Cristina Clara. III. Araujo, Matheus Gouveia. IV. Porto Netto, Adrielly Martins. V. Seles, Rayane Santos. VI. Marson, Poliana Guerino. VII. Amaral, Leila Rute Oliveira Gurgel do.

25-301250.0 CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:
1. Brasil : Vulnerabilidade socioespacial : Saúde pública 362.10981
Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Thesis Editora Científica
Teresina – PI – Brasil
contato@thesiseditora.com.br
www.thesiseditora.com.br

2025

ORGANIZADORES

Priscylla Cassol [1]
Eliza Cristina Clara Alves [2]
Matheus Gouveia Araujo [3]
Adrielly Martins Porto Netto [4]
Rayane Santos Seles [5]
Poliana Guerino Marson [6]
Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral [7]

[1] Mestranda em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins – UFT. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Programa Integrado de Residências Multiprofissionais da Fundação Escola de Saúde Pública-FESP. Especialista em Saúde Mental. Programa Integrado de Residências Multiprofissionais da Fundação Escola de Saúde Pública-FESP. Especialista em Educação na Saúde para Preceptores no SUS. Hospital Sírio Libanês. Orcid ID: https://orcid.org/0000-0001-5964-0959. E-mail: priscyllacassol.psi@gmail.com.

[2] Mestranda em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins- UFT. Especialista em Saúde da Família e Comunidade. Programa Integrado de Residências Multiprofissionais da Fundação Escola de Saúde Pública- FESP. Especialista em Saúde da Família- Faculdade Venda Nova do Imigrante-Faveni. Orcid ID: https://orcid.org/0000-0001-6271-0807.

[3] Mestrando em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins - UFT. Pós-Graduando em Terapia Comportamental Dialética. Centro de Terapia Cognitivas Veda. Orcid ID: https://orcid.org/0009-0009-8220-3752.

[4] Mestranda em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins – UFT. Especialista em Psicologia Hospitalar - Conselho Federal de Psicologia. Especialista em Psicoterapia de Casais e Famílias. Centro Universitário Amparense. Especialista em Cuidados Paliativos- Unyleya. Orcid ID: https://orcid.org/0009-0000-2666-8672.

[5] Mestranda em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Tocantins – UFT. Especialista em Medicina do Trabalho - Orcid ID: https://orcid.org/0000-0001-7199-2658.

[6]Doutora em Biotecnologia. Docente do Curso de Medicina e pesquisadora no Programa de Pós-graduação Ciências da Saúde na Universidade Federal do Tocantins UFT. Orcid https://orcid.org/0000-0002-3560-0749

[7]Graduação: Psicologia (Universidade Estadual de Londrina -1995), Mestrado em Psicologia (Universidade Estadual Paulista (UNESP) - 2003), Doutora do em Ciências (Universidade de São Paulo (USP) - 2008), Estágio pós doutoral em Psicologia da Educação (Universidade Estadual Paulista (UNESP) - 2014). ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0863-4580.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 7

1. Manejo da Ansiedade Gestacional: Abordagens Multidisciplinares e Estratégias de Intervenção na Atenção Primária à Saúde 8

1.1 Escala de Ansiedade Gestacional: Aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde 10

1.2 Estrutura e Avaliação da EAG 10

1.3 Educação em Saúde e Orientações Psicológicas 12

1.4 Técnicas de Relaxamento e Mindfulness 12

1.5 Apoio Grupal e Redes de Suporte 12

1.6 Intervenções Baseadas na Comunicação e Relação Terapêutica 13

1.7 Atividades Físicas e Exercícios Físicos 13

1.8 Nutrição e Estilo de Vida Saudável 13

1.9 Importância do Monitoramento Contínuo 14

REFERÊNCIAS 14

ANEXO 1 – ESCALA DE ANSIEDADE GESTACIONAL - EAG 16

2. Cuidados Paliativos e Acolhimento Familiar 18

2.1 Instrumentos e Técnicas de Manejo 19

2.1.1 Instrumentos sobre a estrutura familiar, vínculos e rede de apoio social 20

2.1.2 Instrumentos de suporte à avaliação e intervenção 23

REFERÊNCIAS 24

ANEXO 2 - AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES - ESCALA DE ZARIT 26

..... 27

3. Cuidado Humanizado na Hospitalização Infantil: Brincar e Resiliência Parental 28

3.1 Brinquedo terapêutico na hospitalização de crianças 29
3.2 Brinquedoteca hospitalar 31
3.3 Atividade lúdica - "Caixa de Sentimentos" 33
3.4 Resiliência parental durante hospitalização 33
REFERÊNCIAS 35
ANEXO 3 - ESCALA DE RESILIÊNCIA PARA ADULTO (RSA) 36
4. Prevenção de Recaídas em Comportamento Suicida: etiologia, dados epidemiológicos, instrumentos e intervenções no cuidado hospitalar 41
4.1 Bases Teóricas e etiologia do suicídio 42
4.2 Dados sobre suicídio 48
REFERÊNCIAS 50
ANEXO 4 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO DE COLUMBIA - (C SSRS) 52
ANEXO 5 - ESCALA DE ATRIBUTOS DE IDEAÇÃO SUICIDA 57
..... 58
Considerações Finais 59

APRESENTAÇÃO

A complexidade das demandas psicossociais em contextos de vulnerabilidade impõe desafios significativos às equipes que atuam nos diferentes níveis de atenção à saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), a transversalidade do cuidado exige abordagens integradas que articulem aspectos clínicos, sociais e subjetivos, especialmente nos casos que envolvem sofrimento psíquico, situações de risco social e contextos de adoecimento.

Este manual surge como um instrumento técnico-pedagógico voltado à qualificação das práticas psicossociais, integrando a atuação de diferentes profissionais em uma perspectiva interdisciplinar. O foco recai sobre a atenção integral à saúde mental, desde a atenção primária até o ambiente hospitalar, com diretrizes e instrumentos aplicáveis à realidade de equipes da atenção primária, serviços de saúde mental, unidades hospitalares e dispositivos intersetoriais de cuidado.

A construção do material seguiu os princípios da promoção da saúde mental, da escuta qualificada, do fortalecimento de vínculos e da intersetorialidade. Além disso, as seções temáticas contemplam populações frequentemente negligenciadas em protocolos convencionais, como gestantes em sofrimento psíquico, crianças hospitalizadas, famílias em luto e pessoas com comportamento suicida, com propostas práticas e baseadas em evidências.

Ao apresentar protocolos operacionais, sugestões de intervenção e fundamentos teóricos acessíveis, o manual pretende contribuir para a ampliação da rede de cuidado psicossocial, fortalecendo o SUS como espaço de acolhimento, proteção e cidadania. Nesse sentido, a proposta também se alinha diretamente à Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas, em especial ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) – Saúde e Bem-Estar, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos em todas as idades.

1. Manejo da Ansiedade Gestacional: Abordagens Multidisciplinares e Estratégias de Intervenção na Atenção Primária à Saúde

Eliza Cristina Clara Alves

A ansiedade é uma resposta emocional complexa que envolve componentes cognitivos, afetivos, fisiológicos e comportamentais, como dificuldade de concentração, humor deprimido, tensão muscular e hiperatividade (Clark & Watson, 1991). Durante a gestação, esse quadro pode se intensificar devido às mudanças hormonais, psicológicas e sociais características desse período. A gravidez é reconhecida como uma fase de vulnerabilidade emocional, sendo a ansiedade uma das alterações mais prevalentes nesse contexto (Schiavo et al., 2018; Silva et al., 2017).

Estudos recentes indicam que a prevalência de sintomas de ansiedade entre gestantes brasileiras é alarmante. Schiavo (2023) observou que, no primeiro trimestre da gestação, 55% das mulheres apresentaram níveis moderados a altos de ansiedade, percentual que se manteve elevado nos trimestres seguintes. Essa constatação destaca a necessidade urgente de estratégias eficazes para o manejo da ansiedade durante o pré-natal.

A pandemia de COVID-19 exacerbou significativamente esse cenário. Pesquisa realizada por Schiavo (2023) revelou que, durante o período pandêmico, a prevalência de sintomas de ansiedade entre gestantes brasileiras ultrapassou os 50%, evidenciando o impacto psicológico da crise sanitária sobre a saúde mental materna. Esse aumento substancial reforça a importância de abordagens preventivas e terapêuticas adaptadas às necessidades das gestantes.

Além dos fatores externos, características individuais também influenciam a manifestação da ansiedade na gestação. Schiavo *et al.* (2018) identificaram que o número de filhos está positivamente correlacionado à intensidade da ansiedade gestacional, sugerindo que experiências

anteriores podem impactar a percepção emocional da gestante. Tais achados enfatizam a necessidade de uma avaliação individualizada no acompanhamento pré-natal.

O manejo adequado da ansiedade durante a gestação é fundamental para a promoção da saúde materno-infantil. Transtornos ansiosos não tratados podem acarretar consequências adversas, como parto prematuro, baixo peso ao nascer e desenvolvimento infantil comprometido (Santos *et al.*, 2021). Portanto, a implementação de intervenções eficazes no pré-natal é essencial para mitigar esses riscos.

A abordagem multidisciplinar no acompanhamento das gestantes é uma estratégia eficaz para o manejo da ansiedade. Profissionais de saúde, como psicólogos, médicos, obstetras e enfermeiros, devem trabalhar de forma integrada para oferecer suporte emocional, informações adequadas e cuidados personalizados, promovendo o bem-estar da gestante e do feto (Almeida, 2025).

Além disso, a promoção de ambientes de apoio social, como grupos de gestantes e programas comunitários, pode proporcionar redes de suporte que auxiliam na redução da ansiedade. A interação com outras mulheres em situações semelhantes permite o compartilhamento de experiências e estratégias de enfrentamento, fortalecendo o vínculo social e emocional (Cândido *et al*., 2024).

A educação em saúde também desempenha um papel crucial na prevenção e manejo da ansiedade gestacional. Informações claras sobre os processos fisiológicos da gravidez, sinais de alerta e estratégias de autocuidado empoderam as gestantes, reduzindo incertezas e promovendo uma experiência gestacional mais tranquila (Silva *et al.*, 2023).

É imprescindível que as políticas públicas de saúde reconheçam a ansiedade como uma questão prioritária no cuidado pré-natal. A implementação de protocolos de rastreamento, capacitação de profissionais e disponibilização de recursos para o suporte psicológico são medidas necessárias para enfrentar esse desafio (Brasil, 2022).

O desenvolvimento e validação de instrumentos específicos para a avaliação da ansiedade gestacional no Brasil são passos importantes para aprimorar o diagnóstico e o manejo desse

transtorno. A Escala de Ansiedade Gestacional, proposta por Schiavo (2023), representa uma contribuição significativa nesse sentido, oferecendo uma ferramenta adaptada à realidade brasileira.

1.1 Escala de Ansiedade Gestacional: Aplicabilidade na Atenção Primária à Saúde

A Escala de Ansiedade Gestacional (EAG) (ANEXO 1), desenvolvida por Schiavo em 2023, surge como uma ferramenta inovadora para a avaliação da ansiedade em gestantes no Brasil. Até então, a escassez de instrumentos específicos para essa população limitava a precisão no diagnóstico e manejo da ansiedade gestacional. O principal objetivo da EAG é fornecer um instrumento válido e confiável para o rastreio da ansiedade gestacional, permitindo a identificação precoce de gestantes que necessitam de suporte psicológico.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental no monitoramento da saúde das gestantes e na promoção do bem-estar materno-infantil. A aplicação da EAG no contexto da APS oferece uma oportunidade única para a detecção precoce da ansiedade gestacional, permitindo que os profissionais de saúde realizem intervenções adequadas no momento certo. Gestantes que apresentem elevados níveis de ansiedade podem ser encaminhadas para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, enquanto aquelas com níveis mais baixos podem receber orientações preventivas e acompanhamento mais frequente o que contribui para a personalização do cuidado, direcionando recursos e estratégias de apoio conforme as necessidades individuais das gestantes (Santos *et.al*, 2022).

1.2 Estrutura e Avaliação da EAG

A EAG foi elaborada com 18 itens distribuídos em dois fatores: "tensão emocional" (11 itens) e "angústia" (7 itens). O primeiro fator abrange sintomas relacionados à tensão emocional, como inquietação e insônia, enquanto o segundo se refere a sentimentos de angústia, como medo constante e apreensão. A validação da escala demonstrou alta consistência interna, com coeficiente de confiabilidade superior a 0,80, o que garante a precisão e a eficácia da ferramenta.

As respostas são avaliadas em uma escala de Likert, variando de "discordo totalmente" a "concordo totalmente". Os itens são distribuídos em dois fatores principais: tensão emocional e angústia, que englobam manifestações comuns da ansiedade gestacional. A pontuação final da EAG é dividida em categorias que permitem classificar o nível de ansiedade da gestante, desde níveis baixos até níveis elevados, proporcionando uma avaliação quantitativa e qualitativa da condição emocional da mulher (Schiavo *et al*., 2023).

Em casos de ansiedade gestacional moderada a grave, é crucial que o profissional de saúde encaminhe a gestante para acompanhamento psicológico ou psiquiátrico especializado. O suporte psicológico pode incluir terapia individual, enquanto a intervenção psiquiátrica pode ser necessária em casos de transtornos de ansiedade mais intensos, nos quais o uso de medicamentos ansiolíticos ou antidepressivos pode ser recomendado. A decisão de encaminhamento deve ser tomada com cuidado, levando em consideração os riscos e benefícios para a mãe e o bebê (Faisal-Cury & Menezes, 2007).

A EAG não deve ser vista isoladamente, mas como parte de uma abordagem integrada à saúde mental na APS. Sua aplicação deve ser acompanhada de ações educativas, apoio psicossocial e, quando necessário, encaminhamentos para serviços especializados. Essa integração é fundamental para a promoção da saúde mental materna e para a prevenção de complicações associadas à ansiedade não tratada.

Além do uso da EAG para o diagnóstico da ansiedade, é fundamental que a APS se concentre na educação da gestante sobre os riscos da ansiedade e as formas de prevenção. A promoção de atividades educativas, como oficinas de manejo de estresse, técnicas de relaxamento

e respiração, bem como a conscientização sobre a importância do autocuidado, pode contribuir significativamente para a redução dos níveis de ansiedade nas gestantes (Pereira *et al.*, 2017).

1.3 Educação em Saúde e Orientações Psicológicas

A educação em saúde é uma estratégia essencial no manejo da ansiedade gestacional. Durante as consultas de pré-natal, os profissionais de saúde podem fornecer informações sobre as mudanças emocionais e físicas que ocorrem durante a gestação, desmistificando o processo e ajudando a gestante a entender suas reações emocionais. Isso pode reduzir a incerteza e o medo associados à gravidez, diminuindo o risco de ansiedade. A educação em saúde pode ser realizada por enfermeiros, médicos ou psicólogos, e pode incluir orientações sobre os sinais da ansiedade, como gerenciar o estresse e quando procurar ajuda (Carvalho *et al.*, 2023).

1.4 Técnicas de Relaxamento e Mindfulness

Técnicas de relaxamento e mindfulness são intervenções simples, porém eficazes, que podem ser integradas às consultas de pré-natal na APS. O mindfulness, ou atenção plena, tem sido eficaz no controle da ansiedade ao ajudar a gestante a se concentrar no momento presente, reduzindo pensamentos ansiosos sobre o futuro e permitindo uma maior aceitação das emoções. Técnicas de respiração, como a respiração diafragmática e a respiração controlada, também são eficazes para reduzir os sintomas físicos da ansiedade, como a aceleração dos batimentos cardíacos e a sensação de falta de ar (Steen & Francisco, 2019). Ensinar essas técnicas durante as consultas de pré-natal pode fornecer às gestantes ferramentas práticas para controlar a ansiedade de forma autônoma.

1.5 Apoio Grupal e Redes de Suporte

O apoio grupal é uma intervenção altamente eficaz para reduzir a ansiedade gestacional, pois oferece uma oportunidade para as gestantes compartilharem experiências e se apoiarem mutuamente. Grupos de apoio para gestantes, tanto presenciais quanto virtuais, podem ajudar as mulheres a se sentirem mais seguras e menos isoladas. Esses grupos podem ser organizados dentro das unidades de saúde da APS e facilitados pelos profissionais da equipe, oferecendo espaço para discussões sobre os desafios emocionais da gestação e o compartilhamento de estratégias de enfrentamento (Silva, 2024).

1.6 Intervenções Baseadas na Comunicação e Relação Terapêutica

A comunicação eficaz entre gestante e profissional de saúde é fundamental para a redução da ansiedade gestacional. Uma relação terapêutica de confiança, empatia e escuta ativa pode reduzir o estresse e a preocupação da gestante. Profissionais de saúde que adotam uma abordagem de cuidado centrado na mulher, reconhecendo suas preocupações e oferecendo apoio emocional, são mais eficazes em reduzir os níveis de ansiedade (Gomes *et al.*, 2019). No contexto da APS, é fundamental que os profissionais, especialmente enfermeiros e médicos, desenvolvam habilidades de comunicação para lidar com as questões emocionais das gestantes.

1.7 Atividades Físicas e Exercícios Físicos

A prática regular de atividades físicas é uma estratégia eficaz para reduzir os sintomas de ansiedade e melhorar o bem-estar emocional das gestantes. O exercício físico estimula a liberação de endorfinas, substâncias químicas no cérebro que promovem uma sensação de bem-estar e reduzem o estresse. Na APS, os profissionais podem incentivar as gestantes a praticarem atividades como caminhada, yoga ou pilates, que são seguras durante a gestação e podem contribuir para a redução da ansiedade (Dipietro *et al.*, 2019).

1.8 Nutrição e Estilo de Vida Saudável

O cuidado com a alimentação também desempenha um papel importante na gestão da ansiedade gestacional. Uma dieta equilibrada, rica em nutrientes essenciais, como vitaminas do complexo B, magnésio e ácidos graxos ômega-3, pode ajudar a melhorar o equilíbrio emocional e reduzir a ansiedade (Carvalho *et al.*, 2023). Além disso, a promoção de hábitos saudáveis, como a redução do consumo de cafeína e álcool, pode ter um impacto positivo no controle da ansiedade durante a gestação.

1.9 Importância do Monitoramento Contínuo

Uma vez identificadas as gestantes com níveis elevados de ansiedade, é fundamental que o monitoramento contínuo seja parte do cuidado. A APS deve realizar avaliações regulares, utilizando ferramentas como a EAG, para acompanhar a evolução dos sintomas ao longo da gestação e ajustar as intervenções conforme necessário. O monitoramento contínuo ajuda a garantir que as gestantes recebam o apoio necessário em todas as fases da gravidez, prevenindo complicações emocionais e físicas (Schiavo, 2023).

Em síntese, a ansiedade gestacional é uma condição prevalente e impactante que requer atenção especial no contexto do pré-natal. Estratégias de manejo eficazes, baseadas em evidências científicas e adaptadas às necessidades das gestantes, são essenciais para promover a saúde mental materna e, consequentemente, a saúde do binômio mãe-filho. A integração de abordagens individuais e coletivas, aliadas a políticas públicas de saúde adequadas, constitui o caminho para enfrentar esse desafio de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Talita Juvêncio de. Pré-natal humanizado: cuidado integral à saúde mental das gestantes no SUS. Fiocruz, 2025. Disponível em: https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/pre-natal-humanizado-cuidado-integral-a-saude-mental-das-gestantes-no-sus/. Acesso em: 20 maio 2025.

BRASIL. Política de saúde mental para grávidas está na pauta da CAS. Senado Notícias, 22 abr. 2022. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2022/04/22/politica-de-saude-mental-para-gravidas-esta-na-pauta-da-cas. Acesso em: 20 maio 2025.

CÂNDIDO, Fábio; ALVES, Mariana; SOUZA, Larissa. *Ações promotoras de saúde mental em um grupo de gestantes: relato de uma ação educativa*. Revista de Saúde Pública, v. 34, e34005, 2024. Disponível em: https://scielosp.org/article/physis/2024.v34/e34005/. Acesso em: 20 maio 2025.

CARVALHO, L. L. et al. (2023). Ansiedade na gestação durante a pandemia de COVID-19: Prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23(1), 65-73.

CLARK, L. A.; WATSON, D. *Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications*. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 100, n. 3, p. 316-336, 1991.

DIPIETRO, L. et al. Benefits of physical activity during pregnancy and postpartum: an umbrella review. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 51, n. 6, p. 1292–1302, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1249/mss.0000000000001941. Acesso em: 20 maio 2025

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. (2007). Ansiedade na gravidez e suas implicações para a saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 147-153.

GOMES, C. B. et al. Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 27];28:e20170544. Available from: https://www.scielo.br/j/tce/a/3pLDtXNvjLGJWdFFHM3FQbv/?lang=en DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544

PEREIRA, M. I. et al. (2017). Educação em saúde como estratégia para a redução da ansiedade gestacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(5), e0011316.

SANTOS, J. S. et al. (2021). Efeitos da ansiedade gestacional sobre a saúde materno-infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 21(4), 234-241.

SANTOS, M. V. M. dos; et al. Assistência de enfermagem na saúde mental da mulher durante o ciclo gravídico puerperal. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, v. 16, p. e246306, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246306. Acesso em: 20 maio 2025.

SCHIAVO, R. A. (2023). Construção e validação da Escala de Ansiedade Gestacional. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 2, e023009. Disponível em: https://revistaplural.emnuvens.com.br/prp/article/view/37. Acesso em: 20 maio 2025.

SCHIAVO, R. A.; RODRIGUES, O. M. P. R.; PEROSA, G. B. *Variáveis associadas à ansiedade gestacional em primigestas e multigestas*. *Temas em Psicologia*, v. 26, n. 4, p. 2091-2104, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tpsy/v26n4/2358-1883-tpsy-26-04-2091.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.Revista Atenção+5Scribd+5Revistas Unilasalle+5

SILVA, Amanda Silva de; SARDINHA, Ana Hélia Lima; CÂMARA, Joseneide Teixeira. *Educação em saúde no pré-natal: prevenção e controle de síndromes hipertensivas na gravidez*. Caderno Pedagógico, v. 21, n. 5, 2023. Disponível em: https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/4202. Acesso em: 20 maio 2025.

SILVA, M. M. D. J.; NOGUEIRA, D. A.; CLAPIS, M. J.; LEITE, E. P. R. C. *Ansiedade na gravidez: prevalência e fatores associados*. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 51, p. e03253, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016048003253. Acesso em: 20 maio 2025.

SILVA, R. L. Fortalecendo laços: orientações para grupo de gestantes e apoio aos parceiros. *IdeiaSUS Fiocruz*, 19 fev. 2024. Disponível em: https://ideiasus.fiocruz.br/praticas/fortalecendo-lacos-orientacoes-para-grupo-de-gestantes-e-apoio-aos-parceiros/. Acesso em: 20 maio 2025.

STEEN, M.; FRANCISCO, L. (2019). Ansiedade na gestação e a importância do cuidado integrado na APS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 19(3), 265-272.

ANEXO 1 – ESCALA DE ANSIEDADE GESTACIONAL - EAG

NOME_____

IDADE_____

CELULAR_____

E-MAIL_____

ESTADO CIVIL: ( ) Casada ( )União estável ( ) Solteira ( ) Namorando ( ) Viúva ( ) Separada

Leia as questões abaixo e faça um círculo na afirmação que melhor indicar como você se sente AGORA em relação à sua gestação. Não existem respostas certas e erradas. Pense nos últimos 7 dias para responder da forma mais sincera possível. Não temos objetivo de julgar suas respostas, mas de identificar como está se sentindo em relação à gestação.

1- Não 3- Bastante

2- Pouco 4- Muitíssimo

1-	Estou preocupada em relação à minha gestação	1 2 3 4
2-	Insegurança define o que sinto agora	1 2 3 4
3-	Estou tensa com esta gravidez	1 2 3 4
4-	Estou arrependida de ter engravidado	1 2 3 4
5-	Sinto-me perturbada com essa gravidez	1 2 3 4
6-	Estou preocupada com possíveis incômodos	1 2 3 4
7-	Sinto-me cansada	1 2 3 4
8-	Sinto-me ansiosa	1 2 3 4
9-	Sinto que algo ruim possa acontecer a qualquer hora	1 2 3 4
10-	Sinto que não serei uma boa mãe	1 2 3 4
11-	Sinto-me nervosa com essa situação de estar grávida	1 2 3 4
12-	Estou agitada	1 2 3 4
13-	Sinto-me culpada	1 2 3 4
14-	Sinto-me triste	1 2 3 4
15-	Estou preocupada com o futuro	1 2 3 4
16-	Tenho pesadelos	1 2 3 4
17-	Tenho medo	1 2 3 4
18-	Sinto-me sozinha/desamparada	1 2 3 4

Pontuação _____

Resultado: ( ) Baixa Ansiedade ( ) Ansiedade Moderada ( ) Alta Ansiedade

2. Cuidados Paliativos e Acolhimento Familiar

Adrielly Martins Porto Netto

De acordo com o Atlas dos Cuidados Paliativos na América Latina (2020), estima-se que mais de 2,5 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos por ano na região, sendo o Brasil responsável por aproximadamente 50% dessa demanda. No entanto, o acesso ainda é limitado e concentrado em regiões específicas, refletindo desigualdades no sistema de saúde.

A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) aponta que, apesar do crescimento das iniciativas na área nos últimos anos, o Brasil ainda enfrenta importantes desafios, como a formação de profissionais, políticas públicas efetivas e a integração dos cuidados paliativos nas redes de atenção à saúde (ANCP, 2022). Apenas 10% dos serviços de saúde oferecem cuidados paliativos estruturados de forma contínua.

Além disso, dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) indicam que o suporte à família é um dos pilares dos cuidados paliativos, reconhecendo que o adoecimento grave de um ente querido afeta todo o núcleo familiar, provocando sofrimento emocional, conflitos e sobrecarga física e financeira.

Segundo a OMS (2021), cuidados paliativos é uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Essa abordagem envolve a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual.

A Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2022) acrescenta que os cuidados paliativos devem ser oferecidos desde o diagnóstico da doença ameaçadora à vida, e não apenas nos momentos finais, atuando em conjunto com tratamentos modificadores da doença.

O acolhimento à família em contextos de cuidados paliativos deve ser entendido como uma prática terapêutica fundamentada na escuta qualificada, empatia e reconhecimento do sofrimento

vivenciado (Franco; Muniz; Amorim, 2020). Envolve ações que visam apoiar emocionalmente, orientar e integrar os familiares no cuidado, respeitando seus limites e necessidades, durante todo o processo de cuidado.

Sob a perspectiva sistêmica, a doença de um membro reverbera em todo o sistema familiar, exigindo intervenções que promovam a coesão, ressignificação e adaptação frente à crise (Boscolo; Bertrando, 2006). A família é considerada uma unidade de cuidado e, como tal, deve ser acompanhada com escuta ativa, acolhimento e intervenções apropriadas.

Os autores Alves e Fernandes (2023) reforçam a necessidade dos profissionais da saúde se capacitarem para além da abordagem curativista. Deve-se estar preparado para a complexidade do cuidado, como no manejo das emoções; identificação da sobrecarga do cuidador; ser capaz de fazer abordagens quanto ao luto; ter habilidade de orientar os familiares quanto às providências necessárias em caso de morte.

Quanto às habilidades desejadas para o profissional de saúde, relacionadas ao acolhimento de familiares em contexto do cuidado paliativo, tem-se: escuta qualificada e entrevista familiar; identificação do nível de sobrecarga dos cuidadores familiares, para manejo adequado; e, a utilização de instrumentos de abordagem familiar como genograma e ecomapa.

2.1 Instrumentos e Técnicas de Manejo

A escuta qualificada torna os cuidados em saúde mental humanizados, nos diferentes níveis de atenção (Santos, 2019). É uma técnica essencial no acolhimento familiar, requer presença empática, silêncio respeitoso e validação das emoções. A entrevista familiar, preferencialmente realizada de forma interdisciplinar, busca compreender o contexto de vida, crenças, redes de apoio e o impacto da doença na dinâmica familiar.

Sugestão de roteiro breve para entrevista familiar:
Quem são os principais cuidadores?
Como a família compreende o diagnóstico e o prognóstico?
Quais são as maiores dificuldades enfrentadas?
Há conflitos ou dificuldades de comunicação?
Há apoio de outros familiares ou amigos?
O que é mais importante para vocês neste momento?

Nesse momento de entrevista e escuta é importante considerar que o profissional deve passar segurança e confiabilidade para o familiar. De acordo com Bowen (1998), o uso de termos explícitos como "morte" e "morrer" pode contribuir para romper barreiras emocionais, favorecendo um ambiente de apoio mútuo entre os profissionais de saúde e os familiares. O autor argumenta que, embora seja necessário cuidado ao empregar essas palavras, elas são preferíveis às expressões suavizadas, como "falecer" ou "partir", que podem transmitir hesitação ou desconforto por parte do profissional, além de dificultar uma abordagem franca com o paciente e seus entes queridos.

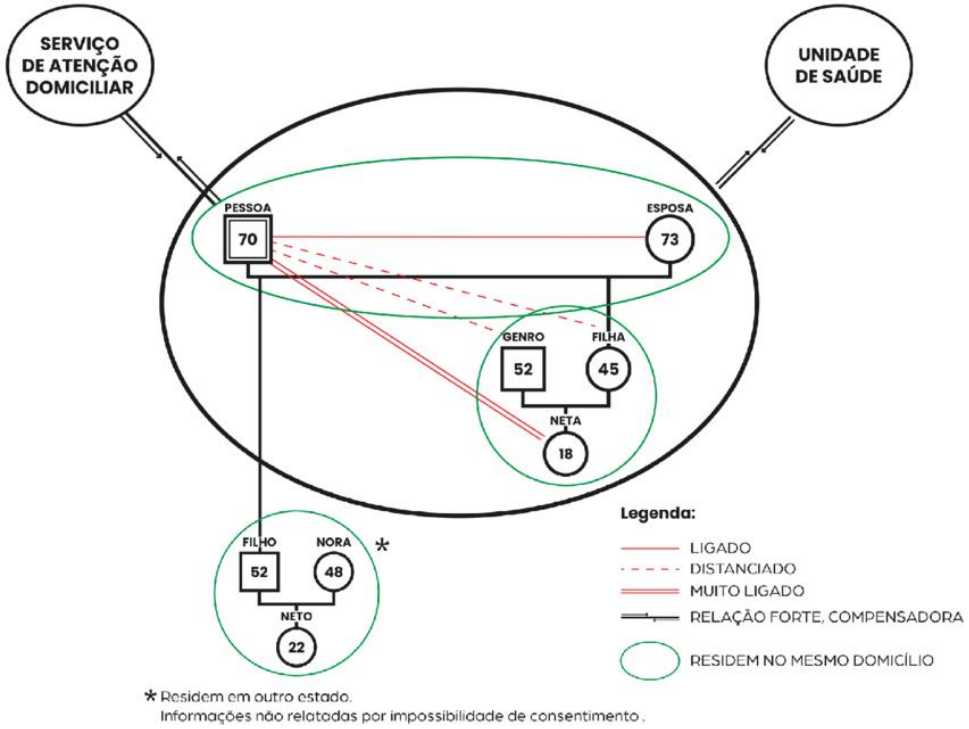
2.1.1 Instrumentos sobre a estrutura familiar, vínculos e rede de apoio social

O genograma é uma ferramenta gráfica que representa a estrutura familiar e suas relações intergeracionais ao longo de, no mínimo, três gerações. Utilizado inicialmente na prática da terapia familiar, esse instrumento permite visualizar padrões de funcionamento, alianças, conflitos, doenças hereditárias, separações e eventos significativos que atravessam o sistema familiar (McGoldrick; Gerson; Petry, 2008). Ao mapear essas dinâmicas, o profissional pode compreender o contexto no qual o sofrimento atual está inserido, promovendo intervenções mais sensíveis e

eficazes. O genograma, portanto, é um dispositivo clínico que integra informações emocionais, relacionais e históricas da família.

Tem-se ainda o ecomapa, que é um instrumento visual complementar ao genograma, criado por Ann Hartman em 1975, que mapeia as conexões entre a família e os sistemas formais e informais de suporte social, como serviços de saúde, instituições religiosas, vizinhança, amigos e escola (Hartman, 1995). O ecomapa permite identificar o grau de apoio ou de tensão presente em cada vínculo externo, oferecendo uma visão clara sobre os recursos disponíveis ou a ausência deles. Essa técnica é especialmente útil em contextos de vulnerabilidade, nos quais o acesso a redes de apoio é um fator protetivo fundamental para o bem-estar físico e emocional da família.

Na expectativa de exemplificar, a figura abaixo ilustra um genograma elaborado juntamente com o ecomapa de uma família. Nota-se que os símbolos padronizados foram utilizados, como por exemplo: quadrado para homem, círculo para mulher; idade dentro dos símbolos; nome ou parentesco com o paciente descrito em cima dos símbolos; linhas contínuas para relações fortes, linhas tracejadas para relações frágeis; podendo, ainda, utilizar notas de rodapé para dados significativos como doenças, luto ou eventos marcantes.



Fonte: Alves e Fernandes (2023).

A figura de exemplo mostra que a Pessoa avaliada é um homem de 70 anos, casado com uma mulher de 73 anos, ambos possuem um vínculo de ligação. O casal representado possui dois filhos, sendo o mais velho homem de 52 anos e a filha mais nova de 45 anos. Os filhos são casados e possuem uma filha cada um. São três núcleos diferentes, que residem em suas próprias casas. O núcleo do filho mais velho reside em outro estado. Percebe-se ainda que a Pessoa avaliada tem uma relação distanciada com a filha mais nova e o genro, porém é muito ligado a filha do casal, sua neta de 18 anos. O ecomapa realizado demonstra que o núcleo da Pessoa avaliada e o núcleo da filha mais nova, possuem uma relação forte e compensadora com a unidade de saúde e o serviço de atenção domiciliar.

O uso articulado do genograma e do ecomapa enriquece a compreensão da complexidade familiar nos cuidados paliativos. Enquanto o genograma destaca os aspectos relacionais e

históricos internos da família, o ecomapa amplia o olhar para o ambiente externo e os recursos sociais disponíveis. Ambos os instrumentos favorecem uma abordagem sistêmica e contextualizada, alinhada com os princípios da prática interdisciplinar em saúde, especialmente em situações de sofrimento intenso e terminalidade (Costa; Figueiredo, 2018). Quando utilizados com escuta qualificada, esses recursos ajudam a promover intervenções mais assertivas, fortalecendo a rede de cuidado e o acolhimento integral à família.

2.1.2 Instrumentos de suporte à avaliação e intervenção

a) Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit no Contexto dos Cuidados Paliativos

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (1980), é um dos instrumentos mais amplamente utilizados na avaliação da sobrecarga de cuidadores informais, especialmente em contextos de doenças crônicas e terminais. No âmbito dos cuidados paliativos, em que os familiares frequentemente assumem o papel de cuidadores principais, essa escala se torna uma ferramenta essencial para identificar sinais de exaustão emocional, física e financeira.

A versão reduzida da escala contém 07 itens, com respostas em escala Likert de cinco pontos (‘nunca’ a ‘sempre’), abordando aspectos como cansaço, sensação de isolamento, estresse, problemas de saúde e dificuldades financeiras. Estudos demonstram que o uso da escala permite ao profissional de saúde identificar precocemente situações de vulnerabilidade e promover estratégias de suporte individualizado (Scazufca, 2002).

Por exemplo, em um serviço de cuidados paliativos domiciliares, a aplicação da Escala de Zarit pode evidenciar que um familiar cuidador apresenta níveis críticos de sobrecarga emocional, interferindo diretamente em sua capacidade de cuidar. A partir desse dado, a equipe pode encaminhá-lo para acompanhamento psicológico, orientações práticas e reorganização do plano

de cuidado com base no princípio da corresponsabilidade (Brasil, 2018). A escala encontra-se em anexo a esse capítulo.

b) Técnicas psicossociais de apoio:

As técnicas psicossociais de apoio visam à escuta, acolhimento e orientação dos familiares que acompanham pacientes em cuidados paliativos. Tais intervenções partem da compreensão de que o sofrimento do paciente reverbera no núcleo familiar e que este também necessita de cuidados contínuos. Segundo Kovács (2008), a família vive intensamente o processo de terminalidade e necessita de recursos que ajudem na compreensão e enfrentamento da perda iminente.

A psicoeducação é uma estratégia importante para instrumentalizar os familiares com informações sobre o processo de adoecimento, sinais e sintomas comuns na terminalidade, luto antecipatório e formas de autocuidado. Essa técnica contribui para reduzir o sofrimento, promover o enfrentamento adaptativo e fortalecer a autonomia dos familiares (Worden, 2013).

Por fim, os grupos de apoio para familiares em cuidados paliativos configuram espaços de escuta compartilhada, alívio emocional e troca de experiências. De acordo com Kübler-Ross (2005), a vivência grupal pode ser profundamente terapêutica ao possibilitar que o sofrimento seja validado por outros que vivem dores semelhantes, promovendo solidariedade e pertencimento.

REFERÊNCIAS

ALVES, Hugo; FERNANDES, Carmen Luiza. Abordagem familiar sistêmica para o fechamento de vida em cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3860. https://doi.org/10.5712/ rbmfc18(45)3860

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2022.

BOSCOLO, Luigi; BERTRANDO, Paolo. O tempo da família: microgênese e curso dos eventos familiares. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BOWEN, Murray. A reação da família à morte. In: Walsh F, McGoldrick M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar: Cuidados Paliativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

COSTA, Tânia Maria de Almeida; FIGUEIREDO, Maria Helena Mendonça. Intervenção Sistêmica e Família: o uso de instrumentos gráficos na clínica e no serviço social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 132, p. 678–698, 2018.

FRANCO, Maria Helena; MUNIZ, Marina de Oliveira; AMORIM, Isabella Almeida. Acolhimento psicológico de familiares no contexto dos cuidados paliativos. Revista Brasileira de Psicologia da Saúde, v. 12, n. 3, p. 47-59, 2020.

HARTMAN, Ann. Diagramas de redes ecomapas: ferramentas para avaliação de famílias e seus contextos. In: BOHART, Arthur C.; GREENBERG, Leslie S. (Orgs.). Intervenção com famílias em situação de risco. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 99-116.
KOVÁCS, Maria Júlia. Morte e desenvolvimento humano. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
McGOLDRICK, Monica; GERSON, Randy; PETRY, Sylvia. *Genogramas: avaliação e intervenção familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados Paliativos. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: https://www.who.int. Acesso em: 15 maio 2025.
PASSETTI, Clara; CENTENO, Carlos. Atlas dos Cuidados Paliativos na América Latina. Houston: IAHPC, 2020.
SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. APS EM REVISTA, *[S. l.]*, v. 1, n. 2, p. 170–179, 2019. DOI: 10.14295/aps.v1i2.23. Disponível em: https://apsemrevista.org/aps/article/view/23. Acesso em: 20 maio. 2025.
SCAZUFCA, Marcia. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12–17, 2002.
WHITE, Michael; EPSTON, David. Medos e coragens: abordagens narrativas com crianças vítimas de abuso sexual. São Paulo: Ágora, 1993.
WORDEN, J. William. Terapia do luto: aspectos teóricos e práticos. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
ZARIT, Steven H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, Judith. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. The Gerontologist, v. 20, n. 6, p. 649–655, 1980.

ANEXO 2 - AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES - ESCALA DE ZARIT

1 - Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
2 - Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar). (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
3 - Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
4 - Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
5 - Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
6 - Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
7 - No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

Avaliação da sobrecarga	
Leve	Até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	Acima de 22 pontos

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 20/05/2025.

3. Cuidado Humanizado na Hospitalização Infantil: Brincar e Resiliência Parental

Rayane Santos Seles

As doenças pediátricas são condições médicas que afetam o público infantil e adolescente, geralmente na faixa etária de 0 a 18 anos (Barros et al., 2024). De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), entre 2010 e 2020, aproximadamente 28 milhões de crianças foram hospitalizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (SBP, 2021). O Tocantins é um estado da Região Norte que possui 139 municípios, uma população de 1,497 milhões de pessoas. No período 2015-2020 o Tocantins registrou 433.447 internações, destas, 111.553 foram de crianças e adolescentes, sendo 2015 o ano de maior internação (n= 22.191) e 2020 o ano de menor internação (n= 12.684).

Estar internado, em geral, é considerado uma experiência profundamente perturbadora na vida de qualquer pessoa, uma vez que envolve diversos aspectos, como a deterioração da saúde e o distanciamento do ambiente familiar e social (Moraes; Enumo , 2008). A hospitalização pode ser um momento desafiador e doloroso para as crianças, frequentemente associado à separação de seus familiares, amigos e da escola, além de implicar em mudanças na rotina e inserção em um ambiente que pode não ser confortável e, às vezes, carecer do devido acolhimento (Dias et al.2022).

A hospitalização de uma criança afeta profundamente toda a família, especialmente os acompanhantes, que vivenciam alterações significativas em sua rotina e estrutura familiar. O distanciamento do ambiente doméstico e dos vínculos cotidianos intensifica sentimentos de tensão e sobrecarga diante das novas responsabilidades. Nesse cenário desafiador, a resiliência se destaca como um recurso fundamental, possibilitando o enfrentamento das adversidades por meio da mobilização de capacidades individuais e apoios contextuais (Pontes et al. 2022).

Pertence e Kohlsdorf (2010) afirmam que a resiliência não deve ser compreendida como uma resposta rígida ou uma simples reação contrária às adversidades, mas sim como uma forma flexível e adaptativa de lidar com circunstâncias desfavoráveis, sejam elas internas ou externas, que estão sempre presentes no processo de desenvolvimento humano. Trata-se de um fenômeno gradativo, dinâmico e complexo, construído a partir das interações entre o indivíduo e seu ambiente, o que favorece a capacidade de enfrentar, de forma positiva, situações que ameaçam seu bem-estar.

Souza e Martins (2012) destacam que, ao cuidar de uma criança hospitalizada, é fundamental reconhecer o sofrimento que ela vivencia em decorrência da doença, agravado pela permanência em um ambiente frequentemente percebido como hostil. Nessa realidade, o brinquedo assume um papel terapêutico relevante, contribuindo para o restabelecimento físico e emocional da criança, ao tornar o processo de hospitalização menos traumático e mais acolhedor. Brincar é, para a criança, uma forma natural de aprender e se expressar. Por meio do brincar, ela explora o mundo, compreende o tempo e o espaço, expressa sentimentos, estrutura sua realidade e constrói um universo que atende às suas necessidades de desenvolvimento integral (Melo & Valle, 2009).

3.1 Brinquedo terapêutico na hospitalização de crianças

A hospitalização representa para a criança uma situação diferente de todas as já vivenciadas, haja vista que sua rotina diária é modificada. Ela encontra-se em um ambiente impessoal, repleto de tabus e significados, diferente do seu contexto diário, distante de seus familiares e amigos, e está cercada de pessoas estranhas que a todo o momento a tocam e realizam procedimentos que não raras às vezes lhe causam desconforto (Jansen; Santos; Favero, 2010).

Essa experiência pode deixar a criança ansiosa, insegura e com medo, principalmente quando não é preparada para a hospitalização e o tratamento a que será submetida. Dentre essas

situações estressantes estão os procedimentos invasivos, como a punção venosa que muito contribui para aumentar o medo e a ansiedade, expressos por meio do choro, da raiva e até mesmo por agressões (Jansen; Santos; Favero, 2010).

Nessa perspectiva, o brincar aparece como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras; e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis . Para que isto aconteça faz-se necessário que reconheçamos que cada criança partilha de uma cultura lúdica (Mitre; Gomes, 2004).

Ao brincar, a criança mobiliza sua imaginação, memória, percepção e criatividade para representar a realidade à sua maneira, permitindo que suas vivências se manifestem na consciência de forma mais suave e elaborada. Por meio do brincar, ela projeta de forma tangível e visível o que está sentindo, possibilitando sentir, ver e tocar algo concreto. Esses recursos auxiliam a criança a compreender e aceitar melhor o que está acontecendo com ela (Fontes et al., 2010).

O brinquedo terapêutico (BT) é uma ferramenta essencial para os profissionais de saúde que atuam em unidades pediátricas, especialmente no preparo da criança para procedimentos invasivos, favorecendo sua aceitação e cooperação. Quando não há um preparo emocional adequado para a hospitalização e os procedimentos envolvidos, a criança pode manifestar comportamentos adversos decorrentes do medo do desconhecido, o que compromete sua capacidade de enfrentar a experiência de forma positiva (Kiche & Almeida, 2008).

A depender de sua indicação, destacamos três modalidades: o BT dramático, que oferece a criança a possibilidade de brincar com liberdade e expressar seus sentimentos e recuperar o autocontrole; o BT instrucional, quando o profissional tem o objetivo de instruir a criança sobre algo desconhecido, como a realização de um procedimento e esclarecer equívocos; e o BT capacitador de funções fisiológicas, quando a partir de uma brincadeira busca otimizar alguma função fisiológica que precisa ser capacitada para melhorar a saúde física (Pontes et al. 2022). Segundo Jasen, Santos e Favero (2010), o brinquedo terapêutico é um recurso estruturado que auxilia a criança a aliviar a ansiedade gerada por vivências incomuns para sua faixa etária,

geralmente percebidas como ameaçadoras e que exigem mais do que atividades recreativas para aliviar o sofrimento emocional.

Esse recurso deve ser empregado sempre que a criança demonstrar dificuldade em compreender ou lidar com situações adversas, especialmente quando houver a necessidade de prepará-la para procedimentos invasivos e/ou dolorosos. Ao oferecer à criança a possibilidade de simular, por meio de brinquedos, os procedimentos que serão realizados, promove-se o esclarecimento de dúvidas, a diminuição do medo e da insegurança, além de facilitar a compreensão sobre o que está por vir (Ciuffo et al., 2023). Na prática hospitalar pediátrica, é comum serem disponibilizados brinquedos na unidade de internação ou sala de brinquedos ou brinquedoteca, onde as crianças brincam livremente.

3.2 Brinquedoteca hospitalar

A brinquedoteca hospitalar é um espaço lúdico e acolhedor inserido no ambiente hospitalar, com a finalidade de estimular o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança durante o período de internação. Atua como um importante instrumento de humanização do cuidado, promovendo a criação de vínculos afetivos entre a criança, sua família e a equipe multidisciplinar. Além disso, configura-se como um recurso fundamental para o bem-estar psicológico dos pacientes pediátricos, contribuindo para a redução do estresse e a adaptação ao contexto hospitalar (Lessa; 2020).

A primeira brinquedoteca apareceu nos Estados Unidos em 1934, mas foi a partir de 1963 que as brinquedotecas foram surgindo em países como a África do Sul, Argentina, Austrália, Bélgica, Canadá, China, Estados Unidos, Finlândia, França, Grã-Bretanha, Itália, Japão, Noruega, Portugal, Irlanda, Suécia, Suíça. No Brasil, a primeira brinquedoteca surgiu em São Paulo, em 1973 (Melo; Valle, 2010).

A exigência da existência de brinquedoteca em hospital que possua atendimento de crianças em regime de internação é atualmente obrigatória em todo o território nacional, estando amparada pela Lei Federal 11.104 de 21/03/2005 (BRASIL, 2005). Esta lei surgiu a partir da consciência humanista nos hospitais e a inclusão do brinquedo terapêutico nesses ambientes, fazendo parte da terapêutica da criança internada. Segundo Ciuffo et al. (2016) as brinquedotecas como espacialidades promotoras do brincar constituem-se em lugar propício para o favorecimento de oportunidades únicas para que as crianças elaborem estratégias afetivo-emocionais, cognitivas, sociais, atitudinais plurais e diversas, por meio de experiências coletivas e variadas de brincadeiras, dividindo brinquedos e espaços para pensar, expressar, criar e produzir cultura.

Segundo Melo e Valle (2009), a brinquedoteca hospitalar desempenha um papel fundamental no cuidado à criança hospitalizada. Entre seus principais objetivos estão: preservar a saúde emocional, promovendo momentos de alegria e distração por meio de brincadeiras e jogos; preparar a criança para enfrentar situações desconhecidas; garantir a continuidade de seu desenvolvimento, frequentemente interrompido pela internação; e contribuir para sua recuperação, aliviando traumas associados à hospitalização.

Nesse contexto, as brinquedotecas hospitalares tornam-se aliadas importantes no processo de cura, ao proporcionarem atividades lúdicas que suavizam o impacto emocional da internação. Elas oferecem um espaço onde a criança pode expressar sentimentos, aliviar tensões e fortalecer sua capacidade de enfrentamento. Ao integrar um ambiente acolhedor e estimulante, favorecem o desenvolvimento da resiliência, ajudando a criança a lidar de forma mais positiva com a doença e o tratamento (Souza e Martins, 2013). Uma das ferramentas usadas é a “caixa de sentimentos” que reconhecer as emoções e faz parte do desenvolvimento sócio emocional do indivíduo, afinal de contas, elas influenciam as atitudes tomadas, a percepção do mundo e ainda os relacionamentos inter e intrapessoais.

3.3 Atividade lúdica - "Caixa de Sentimentos"

Tem como objetivo, explorar os sentimentos, assertividade em situações diversas. Materiais: caixa, papeis coloridos, canetas Descrição da atividade: Reunir os participantes formando um círculo, deixar um ambiente agradável, de preferência sentados no chão. Distribuir os pedaços de papéis coloridos e pedir para que coloquem no papel situações que os deixem (tristes, nervosos, com raiva, alegre, com medo, ansiosos), dar um tempo de 10 minutos para que escrevam, após solicitar de coloquem o papel na caixa. É solicitado que cada um retire um papel da caixa que não fosse o seu e sugerisse uma forma de lidar com aquela situação da melhor forma possível (Moura e Pinheiro, 2020).

3.4 Resiliência parental durante hospitalização

A resiliência parental refere-se a uma parentalidade sensível e cuidadosa diante de situações críticas (Semensato; Bosa, 2017). Dessa maneira, consegue-se notar uma intrínseca relação de necessidade entre cuidado parental e momentos oportunos, fator esse que expõe a importância da resiliência parental em processos como a internação hospitalar. Nesse sentido, trata-se de um processo que permite aos pais desenvolver uma relação protetora frente às necessidades dos filhos e às do próprio casal, bem como elaborar o diagnóstico recebido (Semensato; Bosa, 2017).

Variáveis como a saúde mental dos pais, situação socioeconômica, níveis de escolaridade e a oferta de suporte social são determinantes na qualidade da parentalidade, contribuindo como fatores protetores que incentivam práticas parentais saudáveis (Hensel et al, 2022). Dessa maneira, nota-se que a saúde mental dos pais e o nível de apoio social recebido, desempenham um papel crucial na forma como exercem suas funções, ressaltando a importância do cultivo de cuidados

para saúde mental e a melhoria de suportes sociais como escolaridade e trabalho. Apoio social refere-se aos recursos disponibilizados por outras pessoas a alguém que se encontra em situação de necessidade e pode corresponder a diferentes funções, como apoio emocional, material ou afetivo (Andrade et al, 2022). Esse suporte torna-se especialmente relevante para mães e pais, pois influencia diretamente sua capacidade de enfrentar os desafios da parentalidade, sobretudo em situações adversas como a hospitalização infantil.

Além disso, os estilos parentais e traços de personalidade dos cuidadores também exercem influência significativa sobre a resiliência das crianças. Tantos os estilos parentais adotados quanto às características pessoais dos pais são preditores significativos no desenvolvimento do processo de resiliência nas crianças. Assim, torna-se evidente que tanto o suporte psicológico quanto às interações sociais moldam a maneira como os pais enfrentam desafios e, por consequência, o impacto que isso terá na formação emocional e no crescimento de seus filhos. Essa escala analisa várias dimensões da resiliência, como apoio social, percepção de controle, autoconfiança e habilidade de se adaptar a desafios. Os itens abordam tanto aspectos pessoais quanto relacionais, levando em conta o suporte familiar e social como elementos importantes na resiliência. A pontuação é calculada pela soma das respostas, sendo que valores mais elevados refletem uma maior percepção de resiliência.

A versão da RSA (Hjemdal et al., 2009) é composta por 33 itens, aos quais os participantes responderam segundo uma escala de oito pontos, em formato de diferencial semântico, em que cada item é organizado como um continuum, cujos opostos apresentam alternativas de resposta com conteúdo positivo e negativo. No cenário da hospitalização pediátrica, utilizar a Escala de Resiliência em Adultos com pais ou responsáveis é uma abordagem relevante, pois possibilita identificar as habilidades emocionais e sociais que esses indivíduos possuem para lidar com a adversidade. Essa análise contribui para a formulação de intervenções psicológicas mais adequadas às suas necessidades, fortalecendo sua capacidade de enfrentamento e favorecendo um ambiente emocional mais estável, o que é essencial para oferecer suporte afetivo eficaz à criança hospitalizada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. G. DE et al. Apoio social e resiliência: um olhar sobre a maternidade na adolescência. Acta Paulista de Enfermagem, v. 35, 2022.

BARROS, André Braga et al. Prevalência sazonal das patologias pediátricas que cursam para internações no Hospital Materno Infantil Tia Dedé em Porto Nacional-TO nos períodos de janeiro a novembro de 2023. Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 5, p. e74117, 30 out. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-582. Acesso em: 19 maio 2025.

CIUFFO LL, Souza TV, FREITAS TM, Moraes JRMM, SANTOS KCO, Santos ROJFL. The use of toys by nursing as a therapeutic resource in the care of hospitalized children. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220433. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0433p

DIAS, Tatiane etal. Estresse da hospitalização eseu enfrentamento em crianças. OMundo da Saúde, v. 46, p.551-562, 1 jan. 2022. Disponível em: https://doi.org/10.15343/0104-7809.202246551562p. Acesso em: 22maio 2025.

JANSEN MF, SANTOS RM, Favero L.Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestadoà criança hospitalizada. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010jun;31(2):247-53

KICHE, Mariana Toni; ALMEIDA FabianeAmorim. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tenso durante ocurativo cirúrgico em crianças. Acta PaulEnferm 2009;22(2)125-30.2008. Disponivel em https://www.scielo.br/j/ape/a/9Hz7ZTJQH8CNGV6WrNh4HXz/?format=pdf&lang=pt

LESSA, Ítala Letice Pereira et al. Promoção dasaúde mental de extensionistas em uma brinquedoteca hospitalar: uma leitura apartir de suas vivências. Conjecturas, v. 22, n. 13, p. 780-793, 29 set. 2022.Disponível em: https://doi.org/10.53660/conj-1724-2h10. Acesso em: 22maio 2025.

MELO, Luciana Lione; VALLE Elizabeth Ranier. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(2):517-25. 2010

MITRE, Rosa Maria de Araújo; GOMES,Romeu. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como açãode saúde. Ciência & SaúdeColetiva, v. 9, n. 1, p. 147-154,2004. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1413-81232004000100015. Acesso em: 22maio 2025.

MOURA Tamyres Silva; COSTA Amandapinheiro.Grupo Educando aMente: oficinas de emoções e habilidades sociais com jovens entre 12 e 18 anosem Sigefredo Pacheco- PI.

MORAES E.O; ENUMO S.R.F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. Psico-USF, v. 13, n. 2, p. 221-231, jul./dez. 2008

PIMENTEL, Sidiany Mendes; MOTA, Marta Romilda Spindola. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em um estado do Norte do Brasil. Revista de APS, v. 25, n. 3, 6 fev. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.36490. Acesso em: 19 maio 2025.

PERTENCE, Laura; KOHLSDORF Mariana. Resiliência Familiar no Processo de Hospitalização Infantil. Perspectivas em Psicologia, Uberlândia, v. 24, n. 1, p. x-x, jan/jun. 2020

PONTES, A. F. et al. O impacto da hospitalização na criança e na família. Research, Society and Development, v. 11, n. 12, p. e111111234161, 2022.

FONTES, Cassiana Mendes Bertoncello et al.Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. Revista Brasileira de Educação Especial, v. 16, n. 1, p. 95-106, abr. 2010. Disponívelem: https://doi.org/10.1590/s1413-65382010000100008. Acesso em: 22maio 2025

ANEXO 3 - ESCALA DE RESILIÊNCIA PARA ADULTO (RSA)

Escala de Resiliência para Adultos (RSA)

Instruções: Por favor, leia cuidadosamente as afirmações abaixo e indique o quanto você geralmente, ou no último mês, tem sentido e pensado em relação a você mesmo e em relação a pessoas que são importantes para você. Coloque um X no espaço correspondente que melhor descreve como você se sente.		
1. Quando algo imprevisto acontece	Eu geralmente me sinto desnorteado	Eu sempre encontro uma solução
2. Os meus planos para o futuro são	Difíceis de concretizar	Concretizáveis
3. Eu gosto de estar	Com outras pessoas	Sozinho
4. Na minha família, a concepção do que é importante na vida é	Bastante diferente	A mesma
5. Assuntos pessoais	Eu não posso discutir com ninguém	Eu posso discutir com amigos e familiares
6. Eu funciono melhor quando	Eu tenho um objetivo a alcançar	Eu vivo um dia de cada vez
7. Os meus problemas pessoais	Eu sei como solucioná-los	São impossíveis de solucionar
8. Eu sinto que o meu futuro	É promissor	É incerto
9. Poder ser flexível em relações sociais	É algo que eu não me importo com	É importante para mim
10. Eu me sinto	Muito bem com a minha família	Não me sinto bem com a minha família

11. Aqueles que me encorajam	São amigos e familiares	Ninguém me encoraja
12. Quando vou fazer algo	Me atiro direto nas coisas sem planejar	Prefiro ter um plano
13. Nos meus julgamentos e decisões	Tenho frequentemente incertezas	Acredito firmemente
14. Os meus objetivos	Eu sei como atingi-los	Eu estou incerto sobre como atingi-los
15. Novas amizades	Tenho facilidade em me vincular	Tenho dificuldades em me vincular
16. A minha família caracteriza-se por	Desunião	Boa união
17. A solidariedade entre meus amigos	é ruim	é boa
18. Eu tenho facilidade para	organizar o meu tempo	perder o meu tempo
19. A crença em mim	me ajuda em períodos difíceis	pouco me ajuda em períodos difíceis
20. Os meus objetivos para o futuro são	vagos	bem pensados

21. Fazer contato com novas pessoas	é difícil para mim	eu tenho facilidade
22. Em momentos difíceis	A minha família mantém uma visão positiva do futuro	A minha família tem uma visão negativa do futuro
23. Quando algum membro da minha família entra em crise	Eu fico sabendo rapidamente da situação	Eu sou um dos últimos a ficar sabendo da situação
24. Regras e rotinas fixas	Faltam no meu dia-a-dia	Facilitam o meu dia-a-dia
25. Em adversidades eu tenho tendência a	Ver as coisas de um jeito ruim	Ver de um modo bom para que eu possa crescer
26. Quando estou na presença de outras pessoas	Tenho facilidade em rir	Não consigo rir
27. Em relação a outras pessoas, na nossa família nós	Nos apoiamos pouco	Somos leais
28. Eu tenho apoio	De amigos e familiares	Não tenho apoio de ninguém
29. Acontecimentos na vida que para mim são difíceis	Eu consigo lidar com eles	Eu estou em constante estado de preocupação
30. Iniciar uma conversa interessante, eu acho	Difícil	Fácil

31. Na minha família nós gostamos	De fazer coisas em conjunto	De cada um fazer algo por si próprio
32. Quando preciso	Eu não tenho nunca alguém que pode me ajudar	Tenho sempre alguém que pode me ajudar
33. Os meus amigos/ familiares próximos	Valorizam as minhas qualidades	Veem com maus olhos as minhas qualidades

Autor: versão da RSA (Hjemdal et al., 2009)

4. Prevenção de Recaídas em Comportamento Suicida: etiologia, dados epidemiológicos, instrumentos e intervenções no cuidado hospitalar

Matheus Gouveia Araujo

O comportamento suicida — que compreende desde a ideação até as ações concretas — constitui um dos desfechos mais graves associados aos transtornos psicológicos e ao sofrimento contextual intenso. Como sustentado por Damiano et al. (2021), trata-se de um fenômeno complexo, cuja etiologia envolve múltiplos determinantes interativos: fatores biológicos, clínicos, psicológicos, sociais, ambientais e culturais. Essa multiplicidade exige abordagens de cuidado integradas, fundamentadas em evidências científicas robustas e sensíveis às singularidades de cada sujeito.

No contexto hospitalar, profissionais de saúde mental enfrentam de forma cotidiana situações de risco suicida, o que demanda qualificação técnica contínua para a condução ética e eficaz desses casos. Um manejo clínico adequado não se restringe à prevenção de episódios agudos de crise suicida, mas também se orienta para o fortalecimento de repertórios comportamentais alternativos frente ao sofrimento, promovendo maior aproximação do indivíduo aos seus valores pessoais e contextos reforçadores consistentes com uma vida com sentido.

Este capítulo tem por objetivo oferecer suporte técnico e teórico a equipes multiprofissionais atuantes em ambientes hospitalares e na transição de cuidados, por meio da apresentação de fundamentos conceituais, instrumentos de avaliação e estratégias de intervenção voltadas na prevenção de recaídas em comportamento suicida. A ênfase recai sobre o período de internação e o pós-alta, momentos críticos em que o risco de repetição de tentativas é significativamente elevado, sobretudo em pacientes com histórico prévio.

Embora a hospitalização possa ser uma medida necessária em situações de alto risco, especialmente quando os critérios de segurança em contextos ambulatoriais não estão assegurados,

prioriza-se a adoção de modelos de cuidado que promovam autonomia, vínculo terapêutico e corresponsabilização, evitando internações prolongadas e estimulando a continuidade do cuidado na rede de saúde.

Ancorado em evidências empíricas recentes, este material propõe uma estrutura de intervenção articulada em fases, correspondente às distintas etapas do risco suicida ao longo do tempo. O modelo apresentado busca aliar rigor técnico à aplicabilidade prática, permitindo sua adaptação a diversos contextos assistenciais — desde serviços de urgência até unidades de internação psiquiátrica de alta complexidade.

Ao integrar saberes teóricos e práticos, pretende-se favorecer a atuação colaborativa e interdisciplinar, orientando a tomada de decisão clínica e a implementação de estratégias efetivas de cuidado psicossocial. A proposta é promover um acompanhamento longitudinal e humanizado, que ultrapasse os limites da internação e contribua para a sustentação do cuidado em rede.

4.1 Bases Teóricas e etiologia do suicídio

A compreensão da etiologia do comportamento suicida vai além da simples atribuição a diagnósticos psiquiátricos específicos. Embora a maioria dos casos esteja associada a transtornos mentais, como investigado por Brådvik (2018), evidências crescentes indicam que os pensamentos e comportamentos suicidas possuem características transdiagnósticas, manifestando-se de maneira relativamente independente das categorias clínicas tradicionais.

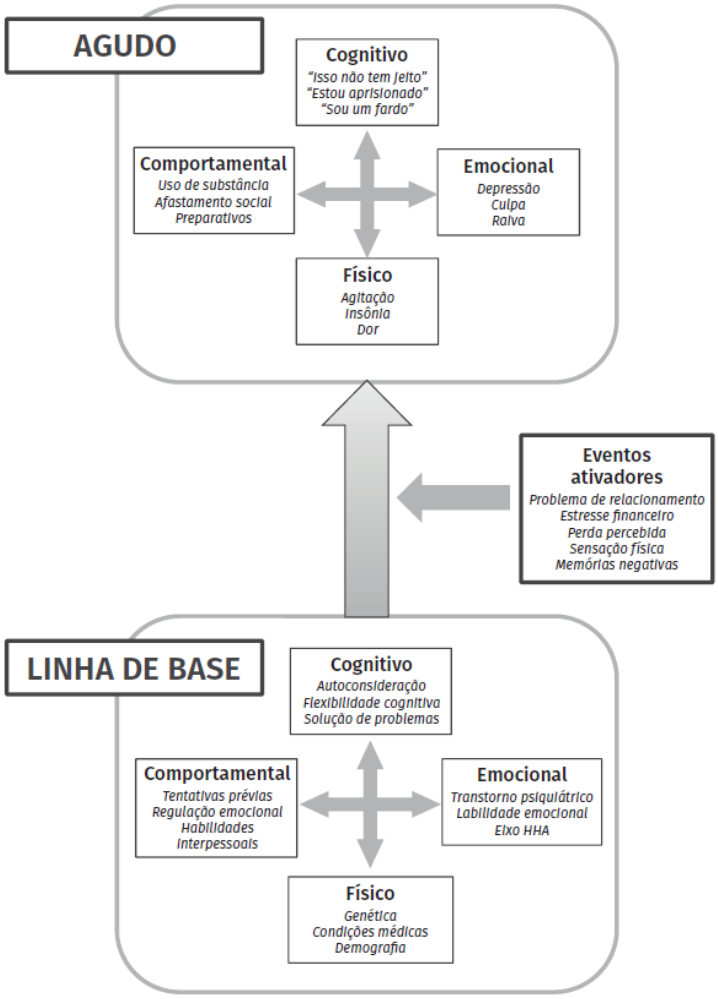
Dessa forma, os modelos terapêuticos mais eficazes na prevenção do suicídio são fundamentados em estruturas teóricas simples, mas clinicamente robustas, que podem ser prontamente operacionalizadas na prática. Em contraste com abordagens centradas prioritariamente no diagnóstico, os modelos funcionais demonstram maior eficácia, ao focalizarem diretamente os processos relacionados ao risco suicida, como é bem sustentado pela revisão sistemática com metanálise de Sander et al. (2023). Tais modelos valorizam a análise dos

antecedentes contextuais e das consequências dos pensamentos, emoções e comportamentos, permitindo uma compreensão mais ampla e funcional do próprio fenômeno.

A Terapia Cognitivo-Comportamental Breve (TCCB) para prevenção do suicídio de Bryan e Rudd (2024) é um exemplo de intervenção baseada em evidências que se ancora na teoria da **vulnerabilidade fluida**, termo apresentado por Rudd (2006) e no conceito central de **Modo Suicida**. Este último constitui o eixo organizador do protocolo da TCCB, servindo como guia conceitual para as intervenções e tratamentos. O modelo permite que o paciente compreenda os fatores que contribuíram para sua crise suicida e oferece ao profissional uma base racional para a seleção dos procedimentos terapêuticos.

Os autores também destacam que a teoria da vulnerabilidade fluida concebe o risco de suicídio como dinâmico e flutuante ao longo do tempo. Ela distingue entre propriedades **estáveis** — como histórico psiquiátrico e tentativas prévias — e propriedades **dinâmicas**, representadas por estados emocionais e comportamentos que variam em função do contexto imediato. Essa concepção permite uma avaliação contínua e sensível à oscilação do risco suicida, como apresentado na figura 1.

Figura 1: representação do Modo Suicida



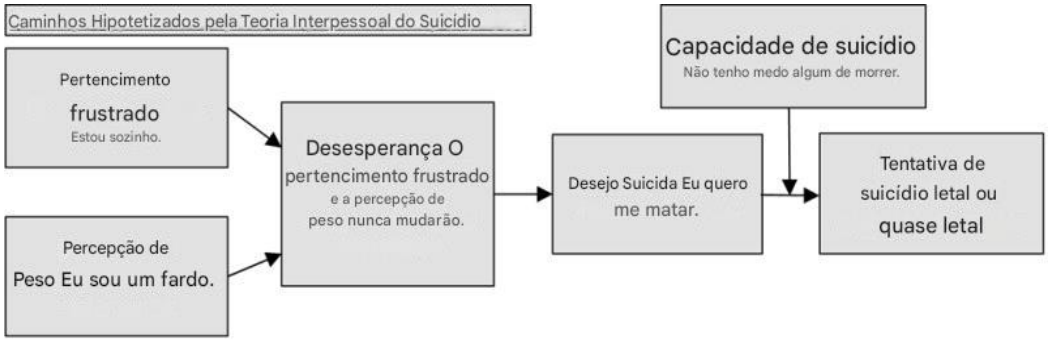
Fonte: Bryan e Rudd (2024).

No interior desse arcabouço teórico, Bryan e Rudd (2024) sustentam que o Modo Suicida é descrito como uma configuração específica de funcionamento cognitivo, composta por quatro domínios interativos: **cognitivo** (pensamentos disfuncionais), **comportamental** (ações suicidas ou de planejamento), **emocional** (sentimentos como desespero e angústia) e **físico** (sintomas

somáticos como insônia ou agitação). Esses domínios são organizados em dois níveis: um **estável**, representando a predisposição de base; e um **dinâmico**, relacionado à ativação aguda do risco. O modelo atua, portanto, como ferramenta explicativa e intervencionista, auxiliando tanto o paciente quanto a equipe clínica na compreensão e manejo das crises suicidas.

Modelos contemporâneos complementares, como a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio, de Chu et al. (2017), como apresentado na figura 2 e o Modelo Integrado Motivacional-Volitivo de O'Connor e Kirtley (2018), apresentado na figura 3, também oferecem importantes contribuições à compreensão do fenômeno. Ambos compartilham a estrutura conceitual denominada "da ideação à ação", que propõe uma distinção clara entre os fatores que favorecem o surgimento do pensamento suicida e aqueles que determinam sua transição para o comportamento suicida propriamente dito.

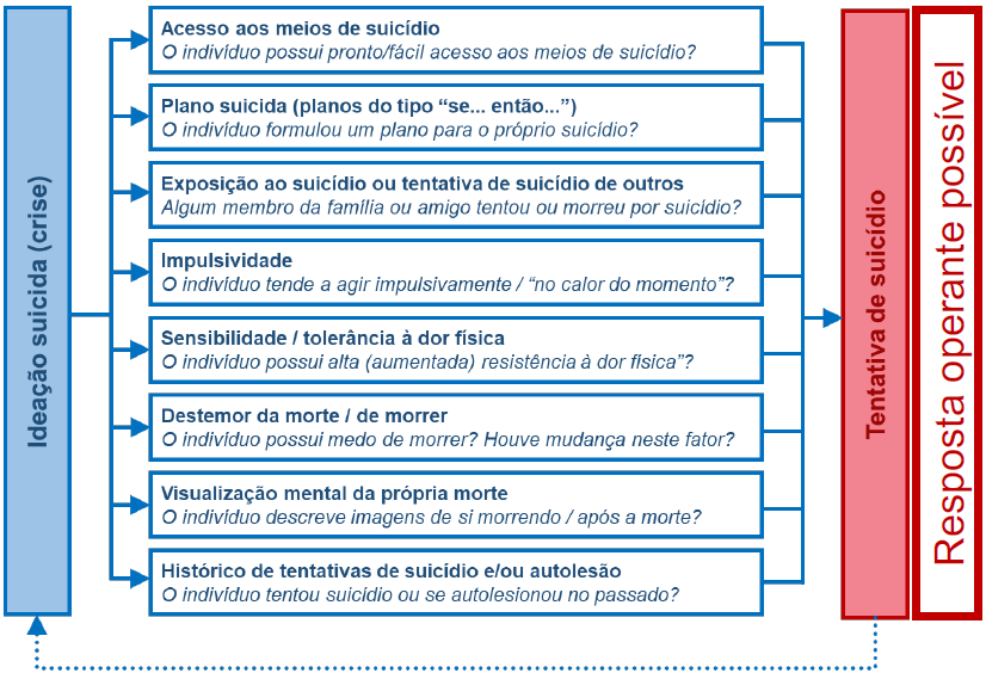
Figura 2 - Caminhos hipotetizados pela Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio



Fonte: adaptado de Chu et al. (2017).

De modo complementar, os modelos estabelecem um modo de compreensão formal das estruturas básicas que envolvem estudos fidedignos sobre a etiologia do comportamento suicida.

Figura 3 - Modelo Integrado Motivacional-Volitivo



Fonte: adaptado de O'Connor e Kirtley (2018).

Sob a ótica do behaviorismo radical e da análise do comportamento, os comportamentos suicidas são compreendidos a partir das contingências que os mantêm ao longo do tempo. Nesse quadro teórico, a linguagem e o controle verbal assumem papel central, considerando que muitas respostas suicidas são mediadas por regras — ou seja, descrições verbais de relações contingenciais que orientam e modulam o comportamento do indivíduo.

O comportamento suicida, nesse sentido, pode ser compreendido como parte de um contínuo de gravidade crescente, que se estende desde expressões simuladas até tentativas com alta letalidade. Em muitas situações clínicas, a comunicação da intenção de morrer assume a função de um **mando disfarçado** — um comportamento verbal que visa evocar reforçadores sociais, como acolhimento, escuta e proteção, ou mesmo evitar punições, críticas ou abandono.

Essa leitura funcional não desconsidera o sofrimento envolvido, mas permite maior precisão na análise dos determinantes ambientais e simbólicos que sustentam o comportamento.

De modo geral, componentes etiológicos do comportamento suicida que são de compreensão crucial para a avaliação e manejo no contexto hospitalar são apresentados no quadro 1.

Quadro 1 - Fatores Etiológicos do Comportamento Suicida

Fator Etiológico	Descrição
Transtornos psicológicos	Relacionados a mais de 90% dos suicídios, com destaque para depressão maior, bipolaridade, esquizofrenia, dependência de substâncias, TEPT e transtornos de ansiedade. Devem ser compreendidos como indicadores transdiagnósticos.
Uso de substâncias	Fator de risco modificável. O uso agudo pode precipitar impulsividade; o uso crônico está associado a padrões de enfrentamento disfuncionais. O álcool facilita a transição da ideação à ação.
Crenças suicidas específicas	Avaliações negativas sobre regulação emocional, solução de problemas e enfrentamento da dor. A desesperança é particularmente relevante.
Desregulação emocional e impulsividade	Contribuem significativamente para a transição do pensamento suicida à ação, especialmente quando combinadas.

Planejamento suicida	Envolve planejamento detalhado (métodos, meios, ensaios). Preditor clínico mais confiável que o desejo suicida isolado.
Intenção suicida	Distingue atos letais de comportamentos de menor risco. A intencionalidade objetiva é mais associada ao risco iminente do que a subjetiva.
Fatores sociais e culturais	Incluem baixo suporte social, desemprego, estigma e representações culturais. A cultura influencia sentido, legitimidade e resposta ao suicídio.
Religiosidade e espiritualidade	Geralmente protetores. Relacionam-se com pertencimento, hábitos saudáveis e significado. Em alguns contextos, o suicídio pode ser culturalmente validado.
Fatores biológicos	Predisposição genética, disfunções neuroquímicas (como serotonina) e alterações no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). A abordagem moderna integra aspectos biológicos, subjetivos e sociais.

Fonte: elaboração dos autores.

4.2 Dados sobre suicídio

De acordo com dados extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre janeiro e agosto de 2022, foram notificados 264 casos de violência autoprovocada (tentativas de suicídio ou automutilações) entre residentes de Palmas - TO. Esse número representa uma redução em relação ao mesmo período do ano anterior, que contabilizou 294 notificações.

O perfil predominante dos casos em 2022 corresponde a mulheres adultas. Do total de notificações, 190 envolveram o sexo feminino e 74 o sexo masculino. Em relação à faixa etária, observou-se maior concentração entre adultos (20 a 64 anos), com 166 casos, dos quais 113 referem-se a mulheres. Os adolescentes (10 a 19 anos) somaram 96 ocorrências, e idosos (65 anos ou mais), 2 casos.

No que se refere à raça/cor, o maior número de notificações foi de pessoas pardas (207 casos). Pessoas brancas foram 33 casos e pretas, 17 casos, sendo importante destacar que essa informação é autodeclarada.

O principal meio de agressão registrado foi o envenenamento, presente em 187 notificações. De forma mais específica, medicamentos foram os principais agentes tóxicos utilizados, apontando para um padrão consistente nas tentativas de suicídio. Outros meios incluíram: objeto cortante (45 casos), enforcamento (20 casos), substância quente (2 casos) e objeto contundente (3 casos). Cabe ressaltar que uma mesma ocorrência pode envolver dois ou mais meios de agressão, o que justifica o total de meios registrados superar o número absoluto de notificações.

A violência autoprovocada ou autoinfligida compreende um espectro de manifestações, incluindo ideação suicida, autoagressões, tentativas e suicídios consumados. Embora a ideação suicida não seja objeto de notificação compulsória, ela requer atenção integral em saúde e constitui parte essencial da vigilância clínica.

Quanto aos óbitos por suicídio, até o mês de agosto de 2022, foram registrados 14 casos em Palmas. O perfil dessas ocorrências difere parcialmente das tentativas: entre os óbitos, 4 foram mulheres e 6 homens adultos (20 a 64 anos); além disso, foram contabilizados 2 adolescentes do sexo masculino (10 a 19 anos) e 2 homens idosos (65 anos ou mais).

Os meios utilizados nos óbitos também variam: o enforcamento foi o principal, com 11 casos, seguido por ingestão de substâncias tóxicas (2 casos) e impacto por veículo automotor (1 caso). Apesar de o envenenamento medicamentoso ser o meio mais frequente nas tentativas, o

enforcamento predomina entre os casos consumados, corroborando a literatura que o identifica como método de maior letalidade.

Quadro 2 - Instrumentos de avaliação para o comportamento suicida

Instrumento	Descrição e Função
Escala de Gravidade do Suicídio de Columbia (C-SSRS)	Avalia **ideação e comportamento suicida** em diferentes níveis de gravidade. Estruturado para uso clínico e epidemiológico, permite diferenciar entre ideação passiva, ativa, planejamento, tentativas e comportamentos preparatórios. Útil para **triagem, monitoramento e tomada de decisão clínica**.
Escala de Atributos de Ideação Suicida (SIDAS)	Escala unidimensional com 5 itens que avalia **atributos da ideação suicida**, como frequência, intensidade, controle percebido, sofrimento associado e interferência funcional. Indicada para **monitoramento em contexto clínico e comunitário**, por sua **rapidez e sensibilidade** na detecção de risco.

Fonte: elaboração dos autores.

REFERÊNCIAS

BRÅDVIK, L. Suicide risk and mental disorders. International Journal of Environmental Research and Public Health, Basel, v. 15, n. 9, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph15091869. Acesso em: 25 maio 2025.

BRYAN, Craig J.; RUDD, M. David. Terapia cognitivo-comportamental breve para prevenção do suicídio [recurso eletrônico]. Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa. Revisão técnica: Neury José Botega. Porto Alegre: Artmed, 2024. E-pub. Editado também como livro impresso em 2024. ISBN 978-65-5882-224-0.

CHU, C. et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. Psychological Bulletin, Washington, v. 143, n. 12, p. 1313–1345, dez. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1037/bul0000123. Acesso em: 25 maio 2025.

COMPREENDENDO o suicídio. Rodolfo Furlan Damiano et al. (Orgs.). 1. ed. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021.

O'CONNOR, R. C.; KIRTLEY, O. J. The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, Londres, v. 373, n. 1754, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268. Acesso em: 25 maio 2025.
PALMAS (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Perfil da violência autoprovocada em Palmas – TO, 2022: Infográfico Setembro Amarelo. Palmas: Coordenação Técnica das Causas Externas, 2022. Fonte: SINAN NET. Acesso em: 22 ago. 2022.
RUDD, M. D. Fluid Vulnerability Theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In: ELLIS, T. E. (Ed.). Cognition and suicide: theory, research, and therapy. Washington, DC: American Psychological Association, 2006. p. 355–368. Disponível em: https://doi.org/10.1037/11377-016. Acesso em: 25 maio 2025.
SANDER, L. B. et al. The effects of internet-based cognitive behavioral therapy for suicidal ideation or behaviors on depression, anxiety, and hopelessness in individuals with suicidal ideation: systematic review and meta-analysis of individual participant data. Journal of Medical Internet Research, Toronto, v. 25, 26 jun. 2023. Disponível em: https://doi.org/10.2196/46771. Acesso em: 25 maio 2025.
TARRIER, N.; TAYLOR, K.; GOODING, P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. Behavior Modification, Thousand Oaks, v. 32, n. 1, p. 77–108, jan. 2008. DOI: https://doi.org/10.1177/0145445507304728.

ANEXO 4 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO DE COLUMBIA - (C SSRS)

IDEAÇÃO SUICIDA		
Faça as perguntas 1 e 2. Se as respostas para ambas forem negativas, passe para a seção "Comportamento Suicida". Se a resposta para a pergunta 2 for "sim", faça as perguntas 3, 4 e 5. Se a resposta para a pergunta 1 e/ou 2 for "sim", preencha a seção abaixo "Intensidade da ideação".	**Durante a vida - Momento em que ele / ela se sentiu com maior tendência suicida**	**Últimos _meses**
1. Desejo de estar morto/a O/A paciente confirma ter pensamentos sobre o desejo de estar morto/a ou de não mais viver ou desejar dormir e nunca mais acordar. ***Você desejou estar morto/a ou desejou poder dormir e nunca mais acordar?*** Caso sim, descreva:	**Sim Não** ☐ ☐	**Sim Não** ☐ ☐
2. Pensamentos suicidas ativos não-específicos Pensamentos suicidas não-específicos de querer pôr fim à vida / cometer suicídio (p. ex., *"Eu pensei em me matar"*) sem ideia sobre como se matar / métodos associados, intenções ou planos durante o período de avaliação. ***Você já pensou realmente em se matar?*** Caso sim, descreva:	**Sim Não** ☐ ☐	**Sim Não** ☐ ☐
3. Ideação suicida ativa com algum método (sem plano) sem intenção de agir O/A paciente confirma pensamentos de suicídio e já pensou em pelo menos um método durante o período de avaliação. Isto difere de um plano específico com elaboração de detalhes de hora, lugar ou método (p .ex., pensou no método de se matar, porém sem um plano específico). Inclui pessoas que diriam, *"Eu pensei em tomar uma overdose de remédio, mas nunca fiz um plano específico de quando, onde ou como eu a realizaria.....e eu nunca levaria isso adiante"*. ***Você tem pensado em como poderia fazer isso?*** Caso sim, descreva:	**Sim Não** ☐ ☐	**Sim Não** ☐ ☐
4. Ideação suicida ativa com alguma intenção de agir, sem plano específico Pensamentos suicidas ativos de se matar e o/a paciente relata ter alguma intenção de pôr esses pensamentos em prática, ao invés de *"Eu tenho os pensamentos, mas eu, com certeza, não os levarei adiante"*. ***Você teve esses pensamentos e teve alguma intenção de colocá-los em prática?*** Caso sim, descreva:	**Sim Não** ☐ ☐	**Sim Não** ☐ ☐
5. Ideação suicida ativa com plano específico e intenção Pensamentos sobre se matar com detalhes do plano, totalmente ou parcialmente elaborados e o/a paciente tem alguma intenção de executá-lo. ***Você já começou a elaborar ou já elaborou os detalhes de como se matar? Você pretende executar esse plano?*** Caso sim, descreva:	**Sim Não** ☐ ☐	**Sim Não** ☐ ☐
INTENSIDADE DA IDEAÇÃO		
As seguintes características devem ser avaliadas levando em consideração o tipo de ideação mais intenso (i.e. os itens 1 a 5 da seção anterior, sendo 1 o menos intenso e 5 o mais intenso). Pergunte o momento em que ele / ela estava se sentindo com maior tendência suicida. Durante a vida - ***Ideação mais intensa:*** _____ _____ *Tipo nº (1-5)* *Descrição da ideação* Últimos X meses - ***Ideação mais intensa:*** _____ _____ *Tipo nº (1-5)* *Descrição da ideação*	Mais intensa	Mais intensa
Frequência ***Quantas vezes você teve esses pensamentos?*** (1) Menos de uma vez por semana (2) Uma vez por semana (3) 2-5 vezes por semana (4) Todos os dias ou quase todos os dias (5) Muitas vezes por dia		

Duração ***Quando você tem esses pensamentos, quanto tempo eles duram?*** (1) Passageiros - alguns segundos ou minutos (2) Menos de 1 hora / algum tempo (3) 1-4 horas / muito tempo (4) 4-8 horas / a maior parte do dia (5) Mais de 8 horas / persistentes ou contínuos		
Controlabilidade ***Você pôde / pode parar de pensar em se matar ou de querer morrer se você quisesse / quiser?*** (1) É capaz de controlar os pensamentos facilmente (2) Pode controlar os pensamentos com pouca dificuldade (3) Pode controlar os pensamentos com alguma dificuldade (4) Pode controlar os pensamentos com muita dificuldade (5) É incapaz de controlar os pensamentos (0) Não tenta controlar os pensamentos		
Razões para não cometer suicídio ***Há coisas - algo ou alguém (p. ex., família, religião, dor da morte) - que o/a impediram de querer morrer ou de colocar em ação sua ideia de cometer suicídio?*** (1) Essas razões, com certeza, o/a impediram de cometer suicídio (2) Essas razões, provavelmente, o/a impediram (3) Não tem certeza de que essas razões o/a impediram (4) Essas razões, provavelmente, não o/a impediram (5) Essas razões, com certeza, não o/a impediram (0) Não se aplica ao seu caso		
Razões para ideação ***Que tipos de razão você teve para pensar em querer morrer ou se matar? Foi para acabar com o sofrimento ou pôr fim à maneira como você estava se sentindo (em outras palavras, você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo) ou foi para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas? Ou ambos?*** (1) Com certeza para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas (2) Sobretudo para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas (3) Tanto para chamar a atenção, se vingar ou provocar a reação de outras pessoas como para acabar com o sofrimento. (4) Sobretudo para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo) (5) Com certeza para acabar com o sofrimento (você não conseguia continuar a viver com esse sofrimento ou como você estava se sentindo) (0) Não se aplica ao seu caso		

COMPORTAMENTO SUICIDA *(Marque um "X" em todos os itens que se aplicam, caso sejam eventos distintos. É necessário perguntar sobre todos os tipos de comportamento suicida)*	**Durante a vida**	**Últimos _anos**
Tentativa efetiva: Um ato potencialmente autolesivo cometido com ao menos algum desejo de morrer, *como resultado da ação*. O comportamento foi, em parte, pensado como um método para se matar. A intenção não precisa ser de 100%. Se existe ***qualquer*** intenção / desejo de morrer associado ao ato, este pode ser considerado como uma tentativa de suicídio efetiva. ***Não é necessário haver qualquer lesão ou ferimento***, apenas um potencial para lesionar ou ferir. Se a pessoa puxa o gatilho com a arma na boca, mas a arma está quebrada, e então não resulta em lesões, este ato é considerado como uma tentativa. Inferindo intenção: Mesmo que a pessoa negue a intenção / o desejo de morrer, esta deve ser inferida clinicamente a partir do comportamento ou das circunstâncias. Por exemplo, a única intenção que se pode inferir de um ato altamente letal que, obviamente, não é um acidente, é a intenção de suicídio (p.ex., tiro na cabeça, pular da janela de um andar alto). Também se deve inferir intenção de morrer, se alguém nega esta intenção, mas pensa que o que fez poderia ser letal. ***Você cometeu uma tentativa de suicídio? Você fez alguma coisa para se ferir?*** ***Você fez alguma coisa perigosa que poderia ter matado você?*** ***O que você fez?*** ***Você____como uma maneira de pôr fim à sua vida?*** ***Você queria morrer (nem que fosse só um pouquinho) quando você_____? Você estava tentando pôr um fim à sua vida quando você_____?*** ***Ou Você pensou que era possível ter morrido com____?*** ***Ou você fez isso unicamente por outras razões / sem QUALQUER intenção de se matar (como para aliviar o estresse, sentir-se melhor, ganhar simpatia ou para fazer qualquer outra coisa acontecer)?*** (Comportamento autolesivo sem intenção suicida) Caso sim, descreva: **O/A paciente se engajou em um comportamento autolesivo não suicida?**	**Sim Não** ☐ ☐ N° total de tentativas efetivas **Sim Não** ☐ ☐	**Sim Não** ☐ ☐ N° total de tentativas efetivas _____ **Sim Não** ☐ ☐
Tentativa interrompida: Quando a pessoa é impedida (por uma circunstância externa) de iniciar o ato potencialmente autolesivo (*se não fosse por isso, uma tentativa efetiva teria ocorrido*). Overdose: A pessoa tem pílulas na mão, mas é impedida de ingeri-las. Uma vez que ela tenha ingerido qualquer quantidade de pílulas, o ato se torna uma tentativa e não uma tentativa interrompida. Tiro: a pessoa tem uma arma apontada para si, a arma é retirada por outra pessoa ou de alguma forma ela é impedida de puxar o gatilho. Uma vez que ela puxar o gatilho, mesmo que a arma não dispare é considerado como uma tentativa. Pular: A pessoa está pronta para pular, é agarrada e retirada da beirada. Enforcamento: A pessoa tem um laço em torno do pescoço, mas ainda não começou a se enforcar - é impedida de fazer isso. ***Houve alguma vez em que começou a fazer alguma coisa para pôr fim à sua vida, mas alguém ou alguma coisa o/a impediu antes que você realmente fizesse algo?*** Caso sim, descreva:	**Sim Não** ☐ ☐ N° total de tentativas interrompidas	**Sim Não** ☐ ☐ N° total de tentativas interrompidas _____
Tentativa abortada: Quando a pessoa começa a dar os primeiros passos em direção a uma tentativa de suicídio, mas para antes de realmente se engajar em qualquer comportamento autodestrutivo. Os exemplos são parecidos com os de tentativas interrompidas, exceto pelo fato da pessoa parar sozinha, em vez de ser parada por alguma outra coisa. ***Houve alguma vez em que você começou a fazer alguma coisa para tentar pôr fim à sua vida, mas você mesmo/a parou antes de efetuar a ação?*** Caso sim, descreva:	**Sim Não** ☐ ☐ N° total de tentativas ~~abortadas~~	**Sim Não** ☐ ☐ N° total de tentativas ~~abortadas~~

Atos ou comportamentos preparatórios: Atos ou preparação tendo em vista uma tentativa de suicídio iminente. Isso pode incluir qualquer coisa além de uma verbalização ou pensamento, tal como planejar um método específico (p. ex., comprar pílulas, adquirir uma arma) ou preparar-se para a morte por suicídio (p. ex., desfazer-se de coisas, escrever um bilhete suicida). ***Você deu algum passo em direção a cometer uma tentativa de suicídio ou a preparar-se para se matar (tal como reunir pílulas, adquirir uma arma, dar pertences de valor ou escrever um bilhete suicida)?*** Caso sim, descreva:		**Sim Não** ☐ ☐	**Sim Não** ☐ ☐
Comportamento suicida: Presença de comportamento suicida durante o período de avaliação.		**Sim Não** ☐ ☐	**Sim Não** ☐ ☐
Responder somente para tentativas efetivas	Data da tentativa mais recente:	Data da tentativa mais letal:	Data da tentativa inicial / primeira:
Letalidade efetiva / Danos físicos: 0. Ausência de danos físicos ou danos físicos muito leves (escoriações superficiais). 1. Danos físicos leves (p .ex., letargia da fala, queimaduras de primeiro grau, sangramentos leves, entorses). 2. Danos físicos moderados; necessidade de cuidados médicos (p. ex., consciente, porém sonolento/a, um tanto responsivo/a, queimaduras de segundo grau, sangramento de vasos importantes). 3. Danos físicos relativamente graves; necessidade de hospitalização e provavelmente de cuidados intensivos (p. ex., coma com reflexos intactos, queimaduras de terceiro grau em menos de 20% do corpo, perda excessiva de sangue, porém recuperável, fraturas extensas). 4. Danos físicos graves; necessidade de hospitalização com cuidados intensivos (p. ex., coma sem reflexos, queimaduras de terceiro grau em mais de 20% do corpo, perda excessiva de sangue com sinais vitais instáveis, dano maior a regiões vitais). 5. Morte	*Inserir código* ____	*Inserir código* ____	*Inserir código* ____
Letalidade potencial: Responder somente se letalidade efetiva = 0 Letalidade provável da tentativa efetiva mesmo se não houve nenhum dano físico (os exemplos a seguir, apesar de não apresentarem dano físico efetivo, têm um potencial de letalidade muito elevado: colocou a arma na boca e puxou o gatilho, mas a arma não disparou e por isso não houve dano físico; deitou no trilho do trem com este se aproximando, mas saiu do trilho antes do trem passar). 0 = Comportamento sem probabilidade de acarretar lesão 1 = Comportamento com probabilidade de acarretar lesão, mas não de causar morte 2 = Comportamento com probabilidade de acarretar morte apesar da existência de assistência médica	*Inserir código* ____	*Inserir código* ____	*Inserir código* ____

ANEXO 5 - ESCALA DE ATRIBUTOS DE IDEAÇÃO SUICIDA

Nome:	Data:	Sessão No.

SIDAS – Escala de Atributos da Ideação Suicida[1]

Abaixo estão cinco perguntas rápidas sobre pensamentos de suicídio **DURANTE A ÚLTIMA SEMANA**. Por favor, leia cada pergunta com atenção e **circule o número na escala** que você acha que melhor representa sua experiência.

1. Na *última semana*, com que **frequência** você teve pensamentos sobre tirar a própria vida?
(0 = Nunca, 10 = Sempre)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Na *última semana*, quanto **controle** você teve sobre esses pensamentos? Você conseguiu interrompê-los ou controlá-los? *(0 = Nenhum controle, 10 = Controle total)*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. Quão perto você chegou de tentar tirar a própria vida na última semana?
(0 = Nada perto, 10 = Tentou suicídio)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Na *última semana*, quanto pensar em se matar te **incomodou** ou **causou sofrimento**?
(0 = Nada, 10 = Extremamente)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Na *última semana*, quanto os pensamentos sobre suicídio **interferiram na sua capacidade de realizar atividades diárias,** como trabalhar, fazer tarefas domésticas ou participar de atividades sociais?
(0 = Nada, 10 = Tornou extremamente difícil)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

[1] Adaptado de Van Spijker et al. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44 (4), 408-419. Usage: No permission required.

Considerações Finais

A construção deste manual reflete o compromisso ético, político e técnico com a qualificação da atenção psicossocial prestada em contextos de vulnerabilidade. A proposta aqui apresentada não busca oferecer respostas fechadas, mas sim orientar práticas sensíveis, contextualizadas e fundamentadas em uma lógica de cuidado integral, humanizado e interdisciplinar.

Com foco na aplicabilidade, cada parte do manual propõe estratégias que podem ser adaptadas a diferentes cenários e realidades locais, respeitando as especificidades dos territórios e das populações atendidas. A replicabilidade das ações sugeridas, bem como sua articulação com políticas públicas existentes, amplia o potencial de impacto deste produto técnico.

Espera-se que este material contribua para a formação permanente de profissionais da saúde e áreas afins, ao mesmo tempo em que fortaleça a capacidade das equipes multiprofissionais de responder de maneira qualificada às complexas demandas que emergem nos serviços. Como desdobramento, recomenda-se que as práticas aqui descritas sejam objeto de avaliação e sistematização contínua, incentivando a produção de conhecimento a partir da prática e promovendo o diálogo entre universidade, serviços e comunidade.

ISBN 978-658319928-7

thesis editora científica