

GESTÃO DO CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**MANAGEMENT OF CARE FOR SUICIDAL BEHAVIOR IN PRIMARY HEALTH CARE****GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**¹Adriana Vasconcelos Gomes²Percy Antonio Galimbertti Catanio³Letícia Vasconcelos Gomes⁴Juliana Macêdo Magalhães⁵Roberta Cavalcante Muniz Lira

¹Faculdade Uninta, Tianguá - CE, Brasil, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9522-9200>

²Universidade Federal do Ceará, Sobral - CE, Brasil, Orcid:

<https://orcid.org/0000-0003-4195-3521>

³Centro Universitário UniFacid,

Teresina - PI, Brasil, Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-7552-7216>

⁴Centro Universitário Uninovafapi,

Teresina - PI, Brasil, Orcid:

<https://orcid.org/0000-0001-9547-9752>

⁵Universidade Federal do Ceará, Sobral

- CE, Brasil, Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-2163-4307>

Autor correspondente**Adriana Vasconcelos Gomes**

R. Conselheiro João Lourenço, 406 -

Centro, Tianguá - CE, Brasil. CEP:

62320-000 - +55 (88) 99224-6265, E-

mail: adriannavgomes@gmail.com,

Faculdade Uninta Tianguá, CE, Brasil.

Submissão: 12-01-2023**Aprovado:** 20-06-2023**RESUMO**

Objetivo: analisar a gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção primária à saúde. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases CINAHL, Scopus e Web of Science; e bibliotecas virtuais SciELO e Biblioteca Virtual de Saúde. **Resultados:** Analisou-se 33 publicações cujas informações foram sintetizadas em quadros e discutiu-se acerca da gestão do cuidado em saúde nas dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional e sistêmica conforme referencial de Oliveira Cecílio.

Considerações finais: Evidenciou-se diversas estratégias de gestão do cuidado ao comportamento suicida, no entanto, além dos desafios inerentes ao acesso e à continuidade do cuidado, a desarticulação da rede e a falta de treinamento dos profissionais de saúde impactam no planejamento e resolutividade do cuidado. Salienta-se a importância de investir na política de saúde mental de maneira a contemplar espaços para acolhimento e promoção da integralidade do cuidado, bem como, promover educação permanente e continuada aos profissionais.

Palavras-chave: Ideação Suicida; Tentativa de Suicídio; Suicídio; Assistência Integral à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the management of suicidal behavior in primary health care.

Method: this is an integrative literature review, conducted in the databases CINAHL, Scopus and Web of Science; and virtual libraries SciELO and Biblioteca Virtual de Saúde.

Results: Analyzed 33 publications whose information was synthesized in tables and discussed about the management of health care in the dimensions: individual, family, professional, organizational and systemic as referential of Oliveira Cecílio. **Final considerations:** Several strategies of care management to suicidal behavior were evidenced; however, besides the challenges inherent to access and continuity of care, the disarticulation of the network and the lack of training of health professionals impact the planning and resoluteness of care. It is important to invest in the mental health policy in order to contemplate spaces for the reception and promotion of comprehensive care, as well as to promote permanent and continuing education for professionals.

Keywords: Suicidal Ideation; Suicide, Attempted; Suicide; Comprehensive Health Care; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: analizar la gestión del cuidado del comportamiento suicida en la atención

primaria de salud. **Método:** se trata de revisión integrativa de la literatura, realizada en las bases CINAHL, Scopus y Web of Science; y en las bibliotecas virtuales SciELO y Biblioteca Virtual de Salud.

Resultados: Analisou-se 33 publicações cujas informações foram sintetizadas em quadros e discutiu-se acerca da gestão do cuidado em saúde nas dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional e sistêmica conforme referencial de Oliveira Cecílio. **Consideraciones finales:** Se evidenciaron diversas estrategias de gestión del cuidado al comportamiento suicida, mientras que, además de los desafíos inherentes al acceso y a la continuidad del cuidado, la desarticulación de la red y la falta de entrenamiento de los profesionales de la salud impactan en la planificación y resolución del cuidado. Cabe destacar la importancia de invertir en políticas de salud mental para contemplar espacios de acogida y promoción de la atención integral, así como para promover la formación permanente y continua de los profesionales.

Palabras clave: Ideación Suicida; Intento de Suicidio; Suicidio; Atención Integral de Salud; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Gestão do cuidado consiste no ato de utilizar-se das tecnologias em saúde para atender integralmente as necessidades dos usuários do serviço numa perspectiva individual e/ou coletiva, enfatizando a promoção do bem-estar, da segurança e autonomia do sujeito, com intuito de favorecer uma vida feliz. Para alcançar tal objetivo, o gerenciamento do cuidado depende não somente da unidade pela qual o usuário adentra no serviço de saúde, mas também, entre outros fatores, da trajetória desse na rede de assistência⁽¹⁾.

Nesse sentido, sabe-se que a atenção básica (AB) constitui um espaço privilegiado por sua aproximação com o usuário em diferentes espaços/realidades. As ações de cuidado vão ao encontro das singularidades e subjetividades dos sujeitos e dos modos de vida/viver em cada território e, assim, é neste espaço que o cuidado se organiza numa perspectiva articulada, contínua e interssetorial⁽²⁾.

A AB é um campo de trabalho extremamente importante na prevenção do suicídio tanto que o fortalecimento deste nível de atenção está contemplado em agendas e planos de prevenção dessa condição de saúde em diversos locais do mundo^(3,4). Além de ser considerada ordenadora do cuidado e estar mais próxima ao usuário, é comum que o usuário com comportamento suicida (CS) busque a AB, mesmo no último mês antes da morte^(5,6).

O suicídio é um evento multifatorial que afeta famílias, comunidades e países inteiros, repercutindo, inclusive, na saúde dos enlutados.

Mais de 700.000 pessoas perdem a vida por suicídio todos os anos. Reduzir a taxa global de mortalidade por suicídio em um terço até 2030 é um indicador e uma meta nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) e no Plano de Ação de Saúde Mental Abrangente da Organização Mundial da Saúde 2013–2030⁽⁷⁾.

O suicídio é um fenômeno evitável em muitas circunstâncias, por meio de intervenções oportunas, baseadas em evidências e geralmente de baixo custo⁽⁸⁾. Embora as mortes por suicídio sejam dados nitidamente graves, as diversas manifestações do comportamento suicida (CS) também devem ser observadas, pois ocorrem ao longo de um *continuum* que engloba ideias, planejamento, tentativas e o ato de suicídio⁽⁴⁾.

Deste modo, a busca por compreender as potencialidades e fragilidades na gestão do cuidado ao CS numa perspectiva multiprofissional é elementar, sobretudo, pelas próprias projeções de aumento de casos de suicídio durante e após a pandemia de covid-19⁽⁹⁻¹¹⁾. Assim, este estudo teve como objetivo analisar as evidências científicas sobre a gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, o estudo foi alicerçado a partir das seguintes etapas de desenvolvimento: identificação do tema e elaboração da questão norteadora; estabelecimento de critérios para elegibilidade de estudos e busca na literatura;

definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽¹²⁾.

A questão norteadora, “Quais as evidências científicas sobre a gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção básica?”, foi formulada a partir do acrônimo PICO⁽¹³⁾ (Problema: comportamento suicida; fenômeno de Interesse: gestão do cuidado e Contexto: atenção básica).

A busca bibliográfica foi realizada no período de janeiro a agosto de 2020 e revalidada em agosto de 2021 nas bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e Web of Science; e nas bibliotecas virtuais: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com acesso: à Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP – Brasil); Index Psicologia – Periódicos técnico-

científicos; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

As fontes de pesquisa foram acessadas via Portal CAPES. Todo o processo de busca, seleção, leitura e análise dos estudos foi conduzido, em um primeiro momento, de maneira independente por dois revisores. Posteriormente, os revisores refizeram juntos o processo de coleta e, pautados no referencial teórico, discutiram entre si acerca dos estudos elegíveis (etapa de pré-seleção).

Empregou-se termos controlados: “Suicidal behavior”, “Suicide Attempted”, “Suicidal Ideation”, “Suicidal thoughts”, “suicide”, “Primare health care” e “Primary Health”. Na BVS utilizou-se descritores em português considerando também as seguintes palavras-chave: “Atenção Primária de Saúde”, “Atenção Básica”, “Atenção Básica à Saúde”, “Atenção Primária”, “Comportamento Suicida” e “Pensamento Suicida”. As estratégias de busca empregadas nas bibliotecas/bases de dados foram elaboradas a partir do cruzamento dos termos com os operadores booleanos “AND” e “OR” como demonstra o quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada em cada base de dados/biblioteca virtual

Base de dados/Biblioteca	Estratégia de busca utilizada
CINAHL*	(MH "Suicide") or (MH "Suicide, Attempted") or (MH "Suicidal Ideation") and (MH "Primary Health Care") or "Primary health"
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ("Suicidal behavior" OR "Suicide Attempted" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicidal thoughts" OR suicide) AND TITLE-ABS-KEY ("Primary health care" OR "Primary Health")) AND (LIMIT-TO (OA , "all")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (

	PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar"))
Web of Science	(ALL=("Suicidal behavior" OR "Suicide Attempted" OR "Suicidal Ideation" OR "Suicidal thoughts" OR Suicide) AND ALL=("Primary Health Care" OR "Primary Health")) AND (PY==("2019" OR "2018" OR "2017" OR "2016" OR "2015" OR "2014") AND DT==("ARTICLE") AND OA==("OPEN ACCESS"))
SciELO	(("Comportamento Suicida") or ("Tentativa de Suicídio") or ("Ideação Suicida") or ("Pensamento Suicida") or (suicídio)) and (("Atenção Primária à Saúde") or ("Atenção Primária de Saúde") or ("Atenção Básica") or ("Atenção Básica à Saúde") or ("Atenção Primária"))
BVS	(tw:((tw:("Comportamento Suicida")) or (tw:("Tentativa de Suicídio")) or (tw:("Ideação Suicida")) or (tw:("Pensamento Suicida")) or (tw:(suicídio)))) and (tw:((tw:("Atenção Primária à Saúde")) or (tw:("Atenção Primária de Saúde")) or (tw:("Atenção Básica")) or (tw:("Atenção Básica à Saúde")) or (tw:("Atenção Primária"))))

*Não apresenta termos não-controlados/palavras chave.

Critérios de elegibilidade

Foram eleitos artigos quantitativos e qualitativos disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados de 2014 a 2019. A escolha pelo recorte temporal justifica-se pelo anseio de analisar as produções que ocorreram após a publicação do primeiro relatório sobre prevenção ao suicídio da Organização Mundial da Saúde, em 2014, por ser um marco ao apresentar uma visão abrangente sobre a prevenção do suicídio⁽¹⁴⁾.

Não integraram esta revisão: documentos de natureza editorial, indisponíveis na íntegra, os quais não atenderam ao objetivo/nível de atenção estudado e revisões. Além disso, o filtro limitando ao ano de 2019, justifica-se por entendermos que a pandemia do Sars-Cov-2 é um cenário ímpar que demandou reinvenção e readequação das ações de cuidado inerentes à saúde mental e ao suicídio, desta maneira,

caracteriza um evento cuja análise deve ser direcionada e aprofundada com vistas à melhor compreensão dos impactos do fenômeno em todas as dimensões da gestão e do cuidado.

Análise de dados

Após o levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura exploradora e procedeu-se à extração dos dados. A análise do nível de evidência foi determinado conforme descrito a seguir: nível I – evidência obtida do resultado de metanálise de estudos clínicos controlados e com randomização; nível II - evidência obtida em estudo de desenho experimental; nível III - evidência obtida de pesquisas quase-experimentais; nível IV – evidências obtidas de estudos descritivos ou com abordagem metodológica qualitativa; nível V - evidências obtidas de relatórios de casos ou relatos de experiências; nível VI - evidências baseadas em

opiniões de especialistas ou com base em normas ou legislação⁽¹⁵⁾.

A categorização e as interpretações foram direcionadas à luz do referencial teórico das dimensões de gestão do cuidado em saúde de Oliveira Cecílio, a saber: individual, familiar, profissional, organizacional e sistêmica. A dimensão societária não poderia ser analisada somente a partir da amostra desta revisão, pois nesta se reflete sobre como, em cada sociedade, as políticas públicas são desenvolvidas e qual o papel desempenhado pelo Estado na implementação de políticas sociais garantindo a plena cidadania⁽¹⁶⁾.

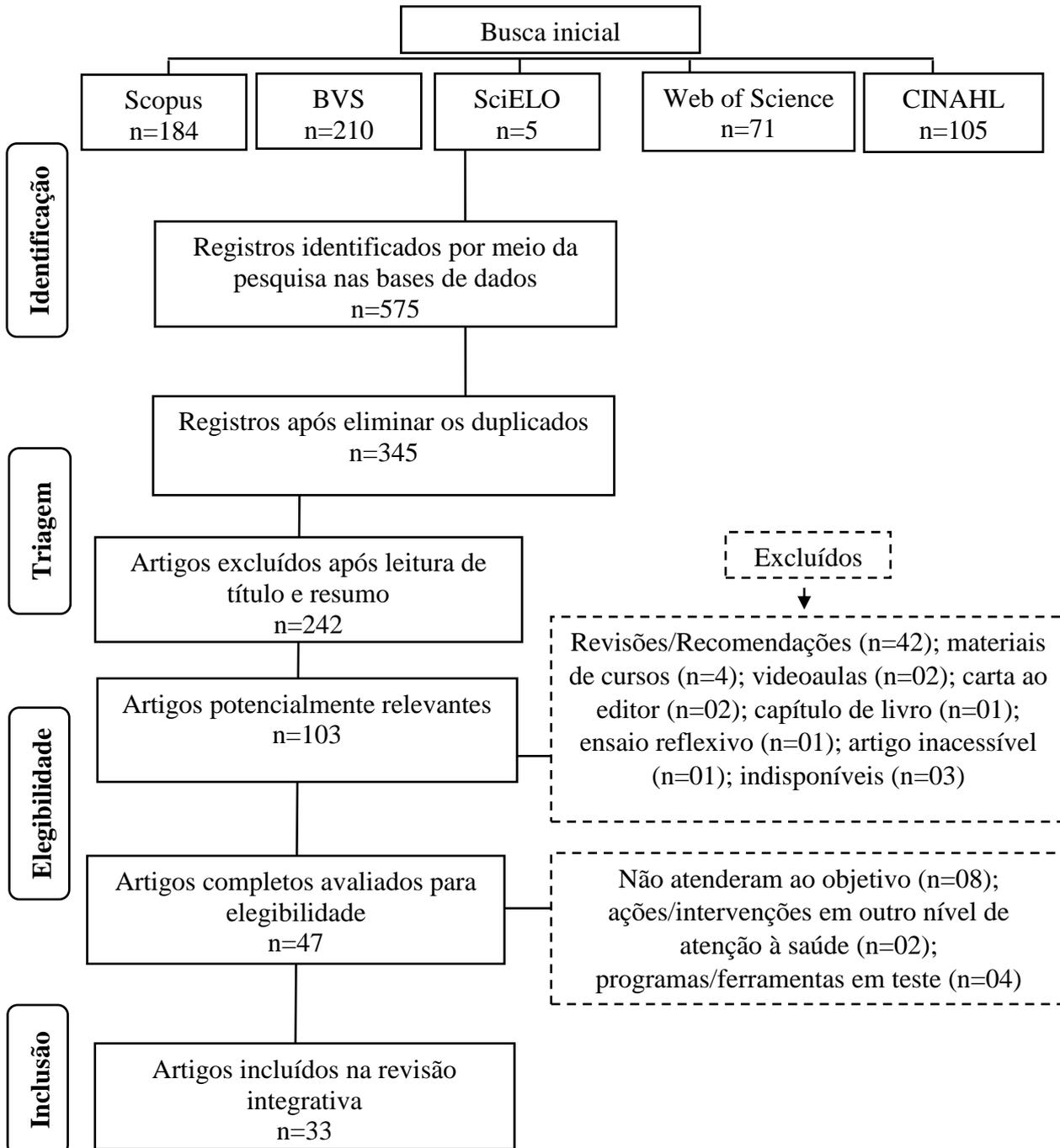
RESULTADOS

Inicialmente, foram localizadas 575 publicações das quais se excluíram 230 duplicadas. Das 345, cujos títulos e resumos foram lidos, eliminou-se 242 publicações.

Restaram 103 artigos que foram avaliados conforme os critérios de elegibilidade. Ao final, foram selecionadas 47 publicações para leitura na íntegra.

Nesse processo de seleção foram incluídos textos que respondiam à questão de interesse. Após a leitura, as publicações que apresentaram alguma discordância entre os revisores acerca de sua aceitação para compor a amostra foram novamente analisadas, tomando-se a decisão final quanto à inclusão ou exclusão. Cessada a etapa de pré-seleção e seleção do material, permaneceram 33 publicações, que contemplam a amostra final deste estudo.

O fluxograma representa o levantamento bibliográfico e como esta pesquisa foi refinada (figura 1). A distribuição dos estudos incluídos na revisão segundo: autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra e tipo de estudo/nível de evidência é apresentada no quadro 2.

Figura 1 - Fluxograma representando a identificação, seleção e inclusão dos estudos

No Quadro 2 destaca-se os anos com maior ocorrência de publicação em 2017, 09 produções (27,3%), 7 (21,2%) foram escritas em 2018, 6 (18,2%) em 2019, 4 (12,1%) em 2016, 4 (12,1%) em 2014 e 3 (9,1%) em 2015, refletindo a contemporaneidade do tema e a importância de discuti-lo. As publicações apresentaram nacionalidades difusas globalmente, com prevalência dos Estados Unidos da América –

EUA (42,4%), seguido pelo Brasil (15,2%). No que se refere à indexação, 20 (60,6%) artigos foram encontrados na base de dados Scopus – evidenciando a relevância e representatividade da base –, 06 (18,2%) na CINAHL, a MEDLINE via BVS retornou 03 (9,1%) artigos, Lilacs, 03 (9,1%), e a BDENF, 01 (3%).

O público-alvo que compôs a amostra das investigações foi constituído de profissionais de

saúde, familiares, adolescentes/adultos/indígenas/veteranos de guerra em risco de suicídio, cidades/comunidades e documentos (prontuários e sistemas de informações). Em relação à classificação hierárquica metodológica proposta

pela Prática Baseada em Evidências⁽¹⁵⁾ foram identificados, prevalentemente, o nível IV (60,6%). Estes achados, indicam a imprescindibilidade do desenvolvimento de estudos com maior rigor metodológico.

Quadro 2 - Sumário das características dos estudos

A	Autor/ Ano/ País/ Base de dados-Biblioteca	População/Amostra	Tipo de estudo/ Nível de evidência
1	Øien-Ødegaard, Reneflot, e Hauge 2019 ⁽¹⁷⁾ EUA MEDLINE-BVS	Dados de 4.341 vítimas de suicídio que morreram entre 2007 e 2014, aos 15 anos ou mais.	Estudo descritivo quantitativo - IV
2	de Linhares et al. 2019 ⁽¹⁸⁾ Brasil MEDLINE-BVS	7 juízes e 50 profissionais da atenção primária	Estudo metodológico – III
3	Williamson et al. 2019 ⁽¹⁹⁾ EUA CINAHL	1 estudo de caso	Relatório de caso – V
4	Denneson et al. 2019 ⁽²⁰⁾ EUA Scopus	22 veteranos do pós-11 de setembro	Estudo piloto de método misto - V
5	Jerant et al. 2019 ⁽²¹⁾ EUA Scopus	44 adultos sobrevivente/familiar/ médicos de cuidados primários/ gestor de saúde e/ou atuantes na prevenção	Estudo descritivo qualitativo - IV
6	Ferrin et al. 2019 ⁽²²⁾ EUA CINAHL	113 prontuários de adolescentes com triagem positiva para risco de suicídio	Estudo descritivo quantitativo - IV
7	Trout et al. 2018 ⁽²³⁾ EUA Scopus	Estudo de caso realizado em 10 aldeias do Noroeste do Alasca	Relatório de casos - V

8	Bhat et al. 2018 ⁽²⁴⁾ EUA Scopus	415 adultos com diagnóstico documentado de depressão unipolar ou distímia	Estudo de coorte retrospectivo observacional - II
9	Storino et al. 2018 ⁽²⁵⁾ Brasil Lilacs – BVS	252 profissionais médicos/enfermeiros e técnicos/agentes comunitários de saúde	Estudo transversal quantitativo - IV
10	Ribeiro et al. 2018 ⁽²⁶⁾ Brasil Lilacs – BVS	628 usuários de 58 unidades básicas de saúde	Estudo descritivo quantitativo - IV
11	de Freitas Silva; de Sousa Nóbrega; de Oliveira 2018 ⁽²⁷⁾ Brasil BDENF-BVS	72 profissionais enfermeiros/técnicos de enfermagem/agentes comunitários de saúde	Estudo descritivo quantitativo - IV
12	Etter et al. 2018 ⁽²⁸⁾ EUA CINAHL	2.134 adolescentes	Estudo de coorte prospectivo - II
13	Vannoy et al. 2018 ⁽²⁹⁾ México CINAHL	77 homens com depressão maior	Estudo transversal observacional qualitativo - IV
14	da Silva et al. 2017 ⁽³⁰⁾ Brasil Lilacs -BVS	6 enfermeiras	Estudo descritivo qualitativo - IV
15	Dueweke et al. 2017 ⁽³¹⁾ EUA Scopus	Prontuários de 31 pacientes adolescentes e adultos	Estudo descritivo quantitativo - IV
16	Diamond et al. 2017 ⁽³²⁾ EUA Scopus	2.513 pessoas com idade entre 14 e 24 anos	Estudo descritivo quantitativo - IV
17	Bantjes 2017 ⁽³³⁾ África do Sul Scopus	80 pacientes adultos admitidos em um hospital urbano após tentativa de suicídio	Estudo descritivo qualitativo - IV
18	Meyer et al. 2017 ⁽³⁴⁾ Austrália Scopus	16.703 pessoas e 10 profissionais de saúde	Estudo descritivo de método misto - IV

19	Iorfino et al. 2017 ⁽³⁵⁾ Austrália Scopus	232 jovens (16 a 25 anos) buscando ajuda nos serviços primários de saúde ou comunidade pela primeira vez.	Estudo descritivo quantitativo - IV
20	Leavey et al. 2017 ⁽³⁶⁾ Reino Unido Scopus	72 familiares/amigos enlutados pelo suicídio e 19 clínicos gerais que sofreram o suicídio de pacientes	Estudo descritivo qualitativo - IV
21	LeCloux et al. 2017 ⁽³⁷⁾ EUA CINAHL	1355 subamostras de jovens suicidas do National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health	Estudo descritivo quantitativo - IV
22	Etter et al. 2017 ⁽³⁸⁾ EUA CINAHL	2134 adolescentes	Estudo descritivo quantitativo - IV
23	Windfuhr et al. 2016 ⁽³⁹⁾ Inglaterra Scopus	2384 casos de suicídio	Estudo de caso- controle - II
24	Saini, Chantler e Kapur 2016 ⁽⁴⁰⁾ Inglaterra Scopus	39 clínicos gerais de 50 pacientes vítimas de suicídio	Série de casos - V
25	Denneson et al. 2016 ⁽⁴¹⁾ EUA Scopus	Atestados de óbito de veteranos que morreram por suicídio em 11 estados	Estudo de caso- controle - II
26	Michail; Tait 2016 ⁽⁴²⁾ Reino Unido Scopus	28 médicos clínicos gerais	Estudo descritivo qualitativo - IV
27	Malakouti et al. 2015 ⁽⁴³⁾ Irã Scopus	Comunidades de Khorramabad e Khoohdasht	Estudo quase- experimental - III
28	Younes et al. 2015 ⁽⁴⁴⁾ França Scopus	498 pacientes com tentativa de suicídio e 141 casos de suicídio consumado	Estudo descritivo quantitativo - IV

29	Malakouti et al. 2015 ⁽⁴⁵⁾ Irã Scopus	Cidades de Nahavand e Savojbolagh	Estudo de caso- controle - II
30	Obando Medina; Kullgren; Dahlblom 2014 ⁽⁴⁶⁾ Nicarágua Scopus	03 centros de atenção primária à saúde	Estudo descritivo qualitativo - IV
31	Shah et al. 2014 ⁽⁴⁷⁾ EUA Scopus	867 pacientes e médicos de cuidados primários.	Ensaio clínico randomizado - I
32	Santos et al. 2014 ⁽⁴⁸⁾ Portugal Scopus	66 profissionais de saúde dos Cuidados Saúde Primários	Estudo quase- experimental - III
33	Dobscha et al. 2014 ⁽⁴⁹⁾ Afeganistão MEDLINE – BVS	157 prontuários	Estudo descritivo quantitativo - IV

Nota: A – código do artigo

De maneira geral, os artigos trataram de avaliação de programas e intervenções, identificação de fatores de risco e de proteção, ferramentas de rastreio para o risco de suicídio, atenção no serviço de saúde/exercício

profissional. O quadro 3 apresenta estas peculiaridades que auxiliaram a nortear a categorização dos artigos conforme cada dimensão da gestão do cuidado em saúde.

Quadro 3 - Categorização dos estudos incluídos segundo dimensões da gestão do cuidado em saúde e estratificações conforme resultados dos artigos

Dimensão da gestão do cuidado em saúde	Aspectos relativos à gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção básica	Artigos
Individual	Elementos que agem como barreira no cuidado – fatores de risco individuais; aumento do número de consultas; busca pela AB; Medo de falar sobre CS; necessidade de resolutividade nos sintomas psicossomáticos e apoio psicossocial;	A1, A3, A5, A15, A17, A23, A24, A25, A26, A28, A30, A31, A33

Familiar	Uso de ferramentas tecnológicas - Modelo PC CARES; Fatores de proteção/potencializadores do cuidado - comunidade e a família no processo de cuidado e nas ações coletivas; resolver problemas familiares; estabelecer relacionamentos de apoio e confiança	A7, A13, A17, A21
Profissional	Exercício profissional - competências e habilidades dos profissionais; conflitos éticos; capacidade de construir vínculos; barreiras estruturais na prestação de serviços; Fatores de risco - dificuldade rastreio de compreender as necessidades dos pacientes e seus contextos sociais; estereótipos e tabus; necessidade de capacitação/treinamentos; uso de tecnologias (programas multimídias, sistemas de suporte à decisão por computador, entre outros) para gerir risco;	A2, A5, A6, A9, A10, A11, A12, A14, A20, A22, A24, A25, A26, A27, A29, A30, A32
Organizacional e sistêmica	Avaliação de programas e intervenções - Adoção de dispositivos compartilhados pelos profissionais (Programa de <i>Coaching</i> de Saúde para Ideação Suicida (WHC-SI); Programa multimídia; Atenção no serviço de saúde (encaminhamento para serviços especializados; (des)articulação da rede de assistência)	A4, A5, A8, A13, A15, A16, A17, A18, A19, A21, A24, A25, A26, A27

DISCUSSÃO

Dimensão individual da gestão do cuidado

A dimensão individual refere-se ao “cuidar de si” numa significação de que cada um pode ou tem a potência singular de produzir o “andar a vida”. Essa dimensão considera que, em maior ou menor escala, o indivíduo conquista graus ampliados de autonomia, de cuidar de si mesmo e de viver de maneira mais plena⁽¹⁶⁾. Entre as principais evidências de autocuidado está o fato de que a pessoa com CS, durante os meses que

antecedem o ato suicida, costumam buscar apoio no sistema de saúde, frequentemente na AB, e expressar os pensamentos suicidas. Investigar os comportamentos de risco e planejar o cuidado individualmente resultam em maior engajamento do paciente no autocuidado^(31,44,47).

Em contrapartida, essa realidade pode diferir em grupos específicos como apontou um estudo norueguês onde imigrantes são menos propensos a entrar em contato com a AB antes do suicídio do que a população em geral⁽¹⁷⁾. Fatores de risco agem de maneira vasta e

individual tornando primordial compreender os modos de vida grupais para planejar o cuidado⁽⁵⁰⁾. Além disso, a busca pelo serviço de saúde nem sempre advém de queixas inerentes à saúde mental e/ou ao CS e mesmo que algumas pessoas apresentem evidente estresse emocional, podem ir ao serviço relatando queixas somáticas⁽⁴⁶⁾.

O ato de não expressar o pensamento suicida é complexo e se relaciona, entre outros fatores, ao receio de procurar apoio, de revelar a extensão do sofrimento e das intenções suicidas e ao medo de hospitalizações psiquiátricas. Vale ressaltar que aspectos socioculturais podem interferir na busca por cuidado e na forma como o CS é percebido pelo sujeito e pelo profissional de saúde^(21,42).

No que diz respeito aos fatores de risco individuais cita-se: vivência de múltiplos estressores psicossociais e/ou condições clínicas (depressão, uso de substâncias psicoativas, dor crônica, transtornos psiquiátricos, entre outros), uso de múltiplos psicotrópicos, recorrência de consultas, maior demanda de encaminhamentos são indicadores individuais a serem avaliados na AB^(33,39). Algumas pessoas não retornam em consultas de acompanhamento por diferentes motivos, entre eles, a decisão ativa de não comparecer; indisposição ou esquecimento da consulta; por não querer sair de casa e/ou pela impossibilidade de fazê-lo por razões clínicas^(20,31,40).

Para gerenciar o cuidado individual deve-se considerar a singularidade inerente ao alívio da sintomatologia psicossomática; solicitação de restrição ao acesso a armas de fogo; acesso ao

cuidado integrado, uma vez que precisam de apoio emocional e ajuda para desenvolver *insights* sobre suas emoções, mudança de comportamento e regulação de sentimentos; ajuda para estabelecer conectividade e pertença, isto porque revelam necessitar estabelecer relações de apoio e confiança; assistência com conflitos interpessoais e familiares, mediar a comunicação e identificar estressores; e auxílio na resolução de problemas situacionais, estes frequentemente associam-se à fatores de risco, como desemprego, crise financeira ou legal e falta de moradia^(33,49).

Acrescenta-se que o indivíduo pode e deve ser coparticipante do planejamento do cuidado, integrando, portanto, os saberes do profissional, o protagonismo do usuário e a colaboração dos contatos de apoio (familiares, amigos). A falta de apoio social e a vivência de experiências que se associam a processo de sofrimento podem aumentar o risco para suicídio e o desenvolvimento um plano de segurança, incluindo redução de meios, de forma colaborativa – profissional e paciente –, bem como, o acompanhamento profissional com maior periodicidade consistem em estratégias de prevenção⁽¹⁹⁾.

Dimensão familiar da gestão do cuidado

A dimensão familiar, por sua vez, diz respeito as pessoas da família, os amigos, os vizinhos e se comporta num nível de importância díspar ao longo da vida das pessoas⁽¹⁶⁾. O apoio familiar na gestão do cuidado é reconhecido, inclusive salientando a importância de o

profissional auxiliar na resolução de conflitos intrafamiliares, entretanto, os profissionais enfrentam algumas dificuldades em incluí-los neste processo^(29,33,37). Por estes desafios estarem intrinsecamente relacionados a alguns aspectos éticos e legais, optou-se por explorar melhor essas nuances na dimensão profissional e abordar o contexto comunitário por compreender este espaço como território onde se constroem relações de afeto e subjetividade.

Em comunidades indígenas, as taxas de suicídio são substancialmente maiores que nas populações não-nativas. A ocorrência do suicídio entre indígenas jovens tem aumentado desde o século passado e deve-se considerar que, de maneira geral, as comunidades indígenas entendem que o suicídio não é um fenômeno demarcado por conceitos e práticas interventivas da medicina⁽²³⁾.

Ao intervirem em comunidades indígenas pesquisadores concluíram que elas passaram a promover a ideia de que o suicídio de jovens indígenas ultrapassa as questões de aflições individuais e se inserem em um contexto histórico complexo que demanda mudanças e apoio comunitário. A desigualdade social, os traumas históricos, assim como as transformações sociais impostas a estes grupos são representações do risco de suicídio⁽²³⁾.

As redes e práticas de cuidado tanto de prevenção quanto de intervenção são estruturadas em ações que frequentemente mapeiam mal os entendimentos presentes no território. As rupturas epistemológicas e ontológicas, a falta de comunicação com o grupo de pessoas afetadas e com as autoridades

indígenas, assim como também todo o processo de burocratização do cuidado são reflexos da restrição aos direitos e à obrigatoriedade de atendimento psiquiátrico àqueles com CS⁽²³⁾.

Outro enfoque inerente ao processo de gerenciamento do cuidado consiste na remoção do jovem com CS da aldeia em que vive, com a finalidade de prover assistência em instituições psiquiátricas. Paradoxalmente, nesses casos a proposta de intervenção ocorre em detrimento dos sistemas de cuidado tradicionais e do apoio familiar⁽²³⁾. Por conseguinte, é imprescindível repensar e planejar o cuidado considerando que nas comunidades indígenas há apreço pelo processo de união para realizar ações coletivas que respeitem aspectos socioculturais e busquem identificar as necessidades individuais e coletivas.

Corroborando com essa perspectiva, ações como o círculo de aprendizado ajudam a usar as experiências e conhecimentos da família e da comunidade como ferramentas para atribuir sentido ao suicídio juvenil. Isso ocorre pois se busca reformular as concepções sobre o risco de suicídio e apoiar as pessoas na articulação de ideias preventivas com base na lógica comunitária de responsabilidade coletiva com autonomia, coparticipação do cuidado e resiliência⁽²³⁾.

Dimensão profissional da gestão do cuidado

A partir do encontro “privado” entre usuário e profissional emerge a dimensão profissional do cuidado. Há três elementos que regem essa dimensão: 1. a competência técnica;

2. a postura ética e 3. a capacidade do profissional em construir vínculo com quem demanda seu cuidado⁽¹⁶⁾. Apesar dos pacientes buscarem a AB e comunicarem as ideias suicidas, o que facilita rastreamento do risco e implementação de intervenções, os profissionais têm grandes dificuldades no manejo dos pacientes^(21,36,40). Consiste um desafio para os profissionais, avaliar e gerir o risco de suicídio pela carência de conhecimento especializado e de habilidades clínicas.

Dentre as barreiras para a gestão do cuidado profissional estão: os mitos e tabus relacionados ao suicídio; aspectos socioculturais e religiosos que cercam crenças sobre o valor da vida; incertezas sobre técnicas de abordagem e manejo sobre os preditores do risco suicida, identificação e reconhecimento dos sinais de alerta; dúvidas sobre como o CS se relaciona com as diferentes etapas do ciclo vital; falta de suporte na rede de atenção e não garantia de acesso às ações e serviços em decorrência das políticas de atenção psicossocial e subfinanciamento dos cuidados de saúde mental, prejudicando assim o gerenciamento do risco^(40,42,46).

Outro aspecto diz respeito ao conflito entre as responsabilidades profissionais com a preservação da vida e a autonomia do paciente, fenômeno preambulo no debate sobre a “falha de adesão terapêutica” (falha em seguir as orientações da terapia medicamentosa e/ou em participar do acompanhamento clínico)⁽⁴⁰⁾. Além disso, a importância de envolver familiares/cuidadores é reconhecida, contudo há dúvidas sobre como envolver efetivamente os

membros da família nas consultas sem comprometer a confidencialidade médico-paciente⁽⁴¹⁾.

Um estudo transversal realizado no Brasil concluiu que uma das violências mais comuns na AB é a tentativa de suicídio e que o desenvolvimento de ações de prevenção individuais e coletivas é baixo⁽²⁶⁾. As ações preventivas ainda não são organizadas no processo de trabalho de maneira a viabilizar a identificação de riscos e vulnerabilidades relacionadas ao suicídio. Nesse cenário, as incógnitas relacionadas ao CS novamente refletem a necessidade de priorizar essa temática em programas de capacitação, inclusive para agentes comunitários e qualificar a AB e o cuidado psicossocial^(27,30,36).

Profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde estão em uma posição privilegiada para fazer o diagnóstico situacional precoce das necessidades de saúde mental e estabelecer medidas de atenção integral à saúde por estarem mais próximos aos usuários na comunidade⁽²⁷⁾. Não obstante, um estudo transversal concluiu que há atitudes mais negativas em profissionais de ensino médio, o que interfere negativamente na qualidade do cuidado e ressalta a relevância de treinamentos⁽²⁵⁾.

Há instrumentos validados para avaliar a assistência prestada⁽¹⁸⁾ e estudos elucidam que após intervenções formativas há eficácia na promoção de mudanças comportamentais e maior conhecimento dos profissionais sobre o tema⁽⁴⁸⁾. Assim, a AB é um excelente espaço para avaliar continuamente o CS e, neste sentido,

surtem as inovações tecnológicas como apoiadoras do cuidado na avaliação do risco e manejo do paciente, como os sistemas de suporte à decisão por computador, programas multimídias, entre outros^(22,25,28,38).

Porém, algumas vezes esses programas entoam discordâncias sobre a avaliação ou não do risco suicida, haja vista o receio dos profissionais quanto às consequências não intencionais da avaliação do CS; medo de reduzir a disposição do paciente em discutir pensamentos suicidas e assim, exacerbar a tendência suicida; e a preocupação de enfrentar a necessidade de tratamentos e recursos não facilmente acessíveis no seu cenário de atuação⁽²¹⁾.

Os profissionais reconhecem a necessidade de formação com foco na melhoria das habilidades terapêuticas, visto que têm dificuldade em gerenciar o cuidado e, conseqüentemente, tendem a transferir a responsabilidade do paciente para outros profissionais da rede. Se de um lado, quando capazes de ajudar, os profissionais sentem-se aliviados, por outro, ao não conseguirem auxiliar podem desenvolver sentimento de frustração e incompetência^(43,46).

Assim, entre as ações inerentes a gestão do cuidado pelo profissional da AB estão: avaliar a saúde mental do usuário; detectar mudanças comportamentais; compreender as necessidades individuais e coletivas, bem como o contexto no qual o sujeito está inserido; avaliar fatores de risco para suicídio; aplicar modelos de triagem/avaliação de risco suicida; monitorar intervenções medicamentosas; observar retorno

programado de pacientes; ampliar espaços para discussão sobre posse de arma e outros meios letais (restrições); recomendar ações para reduzir o uso de substâncias; abordar fatores de proteção; realizar encaminhamentos^(36,41,43).

Dimensão organizacional e sistêmica da gestão do cuidado

Esta dimensão realiza-se no serviço e é caracterizada pela divisão técnica e social do trabalho. Nela evidencia-se, além do aspecto gerencial em si, o trabalho em equipe e as atividades de coordenação e comunicação, ou seja, pertencem a esta dimensão a coordenação dos fluxos, especificações do atendimento, o uso de instrumentos compartilhados pela equipe, as ações de planejamento, avaliação, entre outros⁽¹⁶⁾.

Deste modo, garantir acesso à assistência psiquiátrica, apoio psicossocial integrado na AB e a colaboração intersetorial com referência e contra referência aos demais níveis de atenção é fundamental na gestão do cuidado ao CS⁽³³⁾. Entre fatores descritos como barreiras para a gestão nessa dimensão estão: dificuldades ao acesso dos usuários a serviços de saúde mental secundários; longo tempo de espera; a má gestão dos encaminhamentos; falta de comunicação entre equipes de AB e atenção especializada, bem como as restrições inerentes à demanda; tempo limitado de consultas; demanda excessiva; recursos financeiros e humanos insuficientes; falta de privacidade na sala de consulta; falta de treinamento e, conseqüentemente, dificuldade em ordenar o cuidado em rede⁽⁴¹⁾.

A comunicação profissional-paciente e entre os níveis de atenção à saúde se apresentam como elementos chave no cuidado⁽⁴²⁾. As boas relações com as equipes de saúde mental facilitam o encaminhamento e o apoio adicional para atender às necessidades de tratamento do usuário. A falta de acesso a equipes especializadas e a falta de comunicação entre os níveis de atenção dificultam as relações de trabalho colaborativo. Tais características tendem a perpetuar ações de cuidado de caráter biologicista onde a medicação pode consistir no único tratamento disponível, assim o cuidado não é ordenado de acordo com as necessidades do paciente e sim, a depender dos serviços que estão ou não disponíveis⁽⁴⁰⁾.

A incorporação de recursos tecnológicos multiprofissionais no processo de avaliação sistemática e rastreamento é uma ferramenta potencial inclusive na capacitação do usuário para conhecer e utilizar a rede assistencial conforme as próprias necessidades⁽³⁵⁾. A integração entre um programa de prevenção do suicídio e a rede de AB é oportuna e eficaz ao garantir maior possibilidade de acesso aos serviços sem que houvesse atrasos relacionados à lista de espera⁽³⁵⁾.

Ademais, aponta-se que estratégias que trabalhem a temática de maneira clara com linguagem simples e acessível, com uso da multimídia personalizada (elementos gráficos, imagens e vídeos) representam fontes educacionais eficazes dado que podem aumentar a identificação e o *feedback* do paciente, favorecendo reflexões e reduzindo o receio e as preocupações sobre a estigmatização^(21,41).

Diversas ferramentas para rastreamento do risco suicida auxiliam na tomada de decisões e direcionam os profissionais à uma avaliação mais detalhada^(32,34). Entretanto, ainda não há recursos adicionais para as ações/intervenções de cuidado conforme estratificação de risco. Programas multiprofissionais e intersetoriais, inclusive de telemonitoramento obtêm bons resultados ao utilizarem intervenções centradas na pessoa de maneira humanizada e acolhedora auxiliando na gestão e prevenção ao suicídio^(24,41,45).

Dentre as estratégias de gestão de cuidado na rede estão: desenvolver ações de valorização à vida; falar sobre depressão; discutir os impactos do suicídio; trabalhar com fatores de proteção como a religiosidade, apoio familiar; refletir sobre papéis sociais significativos e o impacto do suicídio nos familiares e amigos; discutir conflitos de autoimagem, pensar no suicídio como uma solução problemática^(29,37).

Potenciais pontos de intervenção para políticas de prevenção incluem protocolos de triagem e intervenção nos níveis estadual e nacional intersetoriais.³⁷ Sobretudo, é preciso considerar que o contexto interpessoal, social e econômico em que ocorrem tentativas de suicídio, assim como os problemas sistêmicos com a organização do cuidado dentro do sistema de saúde, relacionam-se diretamente com a efetividade das políticas.

Acredita-se também que diversas tecnologias de cuidado utilizadas na rede de atenção psicossocial (visita domiciliar, consulta compartilhada, Projeto Terapêutico Singular, ações coletivas com grupos terapêuticos, entre

outros), podem ser ferramentas essenciais na gestão do cuidado na AB, ainda que não tenham sido citadas nos estudos analisados. Portanto, é possível propor estudos abordando essas e outras técnicas no manejo de pessoas com CS.

Consiste em limitação do estudo, o fato de não incorporar pesquisas que abordassem intervenções em preditores sabidamente relacionados ao risco de suicídio, como a depressão. Apesar das limitações considera-se que este estudo foi relevante na identificação de lacunas na prática clínica e na pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as estratégias de gestão do cuidado à pessoa com comportamento suicida estão: buscar atender as demandas e anseios individuais atuando na sintomatologia e atenção psicossocial; acolher; estabelecer e fortalecer relações de apoio e conectividade; superar mitos e estereótipos; qualificar os profissionais, por meio de educação permanente e continuada, para avaliação, rastreamento do risco e manejo individual/familiar/comunitário; desenvolver ações de atenção intersetoriais e multiprofissionais proporcionando integração e corresponsabilização dos profissionais e usuários; planejar e organizar ações individuais e coletivas; investimento nas políticas de atenção psicossocial e o uso de dispositivos tecnológicos.

Apesar das diversas ações de cuidado citadas na literatura, observa-se também numerosos desafios inerentes à articulação do cuidado, à organização e ao financiamento das redes de atenção. Este fenômeno denota quão

relevante é a estruturação de uma política de saúde mental de maneira a contemplar a garantia de acesso, espaços para acolhimento e promoção da integralidade do cuidado, bem como, promover educação permanente e continuada aos profissionais. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos com maior rigor metodológico e investigações focadas no diagnóstico local da gestão do cuidado profissional e organizacional a fim de subsidiar o planejamento e desenvolvimentos de ações estratégicas para o cuidado. Investigações no âmbito individual e familiar também são incipientes.

REFERÊNCIAS

1. Grabois V. Gestão do cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Júnior, WV, organizadores. Qualificação de Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p. 153-190.
2. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy, RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde Debate*. [Internet]. 2019 [cited 01 jun 2021];43 (esp):70-83. Available from: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/70-83/>
3. Brasil. Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf>
4. Pan American Health Organization. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues in Clinical Neuroscience* [Internet]. Washington; 2016. [cited 26 mai 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31166>
5. Stene-Larsen K, Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000

- to 2017. *Scand J Public Health*. [Internet]. 2019 [cited 01 jun 2021]; 47(1):9-17. Available from: <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
6. Walby FA, Myhre MO, Kildahl AT. Contact with mental health services prior to suicide: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Serv*. [Internet]. 2018 [cited 01 jun 2021]; 69(7):751-59. Available from: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700475>
7. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. [Internet]. Geneva: 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
8. American Psychological Association. Suicide Prevention. American Psychological Association, 2017. Available from: <https://www.apa.org/advocacy/suicide-prevention>
9. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, Khan M et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. [Internet]. 2020 [cited 17 out 2022]; 7(6):468-71. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
10. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. [Internet]. 2020 [cited 17 out 2021]; 113(10):707-12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539153/>
11. Shiozawa P, Uchida RR. An updated systematic review on the coronavirus pandemic: Lessons for psychiatry. *Braz J Psychiatry*. [Internet]. 2020 [cited 17 out 2021]; 42(3):330-331. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0975>
12. Whitemore R, Chao A, Jang M, Minges KE, Park C. Methods for knowledge synthesis: An overview. *Heart Lung*. [Internet]. 2014 [cited 17 out 2021]; 43(5):453-61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>
13. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition. Br J Psychiatry. Austrália; 2014. 196 p.
14. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative [Internet]. Geneva; 2014. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*. [Internet]. 2010 [cited 11 jan 2020]; 8(1):102-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
16. Oliveira Cecilio LC. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2011 [cited 11 jan 2020]; 15(37):589-99. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000200021>
17. Øien-Ødegaard C, Reneflot A, Hauge Lj. Use of primary healthcare services prior to suicide in Norway: a descriptive comparison of immigrants and the majority population. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2019 [cited 11 jan 2020]; 19(1):508. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4246-3>
18. de Linhares LMS, Kawakame PMG, Tsuha DH, de Souza AS, Barbieri AR. Construction and validation of an instrument for the assessment of care provided to people with suicidal behavior. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2019; [cited 11 jan 2020]; 6(53):48. Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000888>
19. Williamson MLC, Hogue G, Cotter J, Roberman S, Neal G, Williamson B. Suicide screening: How to recognize and treat at-risk adults. *J Fam Pract*. [Internet]. 2019 [cited 11 jan 2020]; 68(9):505-510. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31725135/>
20. Denneson LM, Trevino AY, Kenyon EA, Ono SS, Pfeiffer PN, Dobscha SK. Health Coaching to Enhance Psychological Well-being Among Veterans with Suicidal Ideation: a Pilot Study. *J Gen Intern Med*. [Internet]. 2019 [cited 22 fev 2020]; 34(2):192-194. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-018-4677-2>
21. Jerant A, Duberstein P, Cipri C, Bullard B, Stone D, Paterniti D. Stakeholder views regarding a planned primary care office-based interactive multimedia suicide prevention tool. *Patient Educ Couns*. [Internet]. 2019 [cited 22 fev 2020]; 102(2):332-339. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.007>

22. Ferrin SN, Shan M, Garbuz T, Aalsma MC. 136. Suicide Screening And Intervention Among Adolescents In The Primary Care Setting. *J Adolesc Heal.* [Internet]. 2019 [cited 22 fev 2020]; 64(2): S70–71. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.152>
23. Trout L, McEachern D, Mullany A, White L, Wexler L. Decoloniality as a Framework for Indigenous Youth Suicide Prevention Pedagogy: Promoting Community Conversations About Research to End Suicide. *Am J Community Psychol.* [Internet]. 2018 [cited 30 jun 2020]; 62(3-4):396-405. Available from: <https://doi.org/10.1002/ajcp.12293>
24. Bhat S, Kroehl ME, Trinkley KE, Chow Z, Heath LJ, Billups SJ, et al. Evaluation of a Clinical Pharmacist-Led Multidisciplinary Antidepressant Telemonitoring Service in the Primary Care Setting. *Popul Health Manag.* [Internet]. 2018 [cited 30 jun 2020]; 21(5):366-372. Available from: <https://doi.org/10.1089/pop.2017.0144>
25. Storino BD, Campos CF e, Chicata LC de O, Campos M de A, Matos MS da C, Nunes RCM et al. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cad Saúde Coletiva.* [Internet]. 2018 [cited 22 fev 2020]; 26(4):369-377. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040191>
26. Ribeiro MMR, Tavares R, Melo EM, Bonolo PF, Melo VH. Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate.* [Internet]. 2018 [cited 30 jun 2020]; 42(spe4):43-54. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S403>
27. de Freitas Silva P, de Sousa Nóbrega MPS, de Oliveira E. Knowledge of the Nursing Team and Community Agents on Suicide Behavior. *J Nurs UFPE.* [Internet]. 2018; [cited 22 fev 2020]; 12(1):112–117. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23511p112-117-2018>
28. Etter DJ, McCord A, Ouyang F, Gilbert AL, Williams RL, Hall JA, et al. Suicide Screening in Primary Care: Use of an Electronic Screener to Assess Suicidality and Improve Provider Follow-Up for Adolescents. *J Adolesc Heal.* [Internet]. 2018 [cited 22 fev 2020]; 62(2):191-197. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.026>
29. Vannoy S, Park M, Maroney MR, Unützer J, Apesoa-Varano EC, Hinton L. The Perspective of Older Men with Depression on Suicide and Its Prevention in Primary Care: Implications for Primary Care Engagement Strategies. *Crisis.* [Internet]. 2018 [cited 25 fev 2020]; 39(5):397-405. Available from: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000511>
30. da Silva, NKN; de Carvalho, CMS; Magalhães, JM, de Carvalho Junior, JAM, Sousa BVS, Moreira WC. Nursing actions in primary care to prevent suicide. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.* [Internet]. 2018 [cited 25 fev 2020]; 13(2):71-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77>
31. Dueweke AR, Rojas SM, Anastasia EA, Bridges AJ. Can brief behavioral health interventions reduce suicidal and self-harm ideation in primary care patients? *Fam Syst Heal.* [Internet]. 2017 [cited 22 fev 2020]; 35(3):376-381. Available from: <https://doi.org/10.1037/fsh0000287>
32. Diamond GS, Herres JL, Krauthamer Ewing ES, Atte TO, Scott SW, Wintersteen MB, et al. Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care. *Am J Prev Med.* [Internet]. 2017 [cited 06 jul 2020]; 53(1):48-54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.02.020>
33. Bantjes J. ‘Don’t push me aside, Doctor’: Suicide attempters talk about their support needs, service delivery and suicide prevention in South Africa. *Health Psychol Open.* [Internet]. 2017 [cited 06 jul 2020]; 4(2):2055102917726202. Available from: <https://doi.org/10.1177/2055102917726202>
34. Meyer D, Abbott JA, Rehm I, Bhar S, Barak A, Deng G, et al. Development of a Suicidal Ideation Detection Tool for Primary Healthcare Settings: Using Open Access Online Psychosocial Data. *Telemed e-Health.* [Internet]. 2017 [cited 06 jul 2020]; 23(4):273-281. Available from: <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0110>
35. Iorfino F, Davenport TA, Ospina-Pinillos L, Hermens DF, Cross S, Burns J, et al. Using new and emerging technologies to identify and respond to suicidality among help-seeking young people: A cross-sectional study. *J Med Internet*

- Res. [Internet]. 2017 [cited 06 jul 2020];19(7):1-14. Available from: <https://doi.org/10.2196/jmir.7897>
36. Leavey G, Mallon S, Rondon-Sulbaran J, Galway K, Rosato M, Hughes L. The failure of suicide prevention in primary care: Family and GP perspectives - a qualitative study. *BMC Psychiatry*. [Internet]. 2017 [cited 06 jul 2020];17(1):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1508-7>
37. LeCloux M, Maramaldi P, Thomas KA, Maramaldi P, Thomas KA, Wharff EA. A Longitudinal Study of Health Care Resources, Family Support, and Mental Health Outcomes Among Suicidal Adolescents. *Anal Soc Issues Public Policy*. [Internet]. 2017 [cited 06 jul 2020];17(1):319-38. Available from: <https://doi.org/10.1111/asap.12139>
38. Etter DJ, Ouyang F, Gilbert AL, Williams RL, Hall JA, Tu W, et al. Use of an Electronic Screener to Assess Adolescent Suicide Risk and Provider Follow-Up in a Primary Care Setting. *J Adolesc Health*. [Internet]. 2017 [cited 08 jul 2020];60(2):S93-94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.10.365>
39. Windfuhr K, While D, Kapur N, Ashcroft DM, Kontopantelis E, Carr MJ, et al. Suicide risk linked with clinical consultation frequency, psychiatric diagnoses and psychotropic medication prescribing in a national study of primary-care patients. *Psychol Med*. [Internet]. 2016 [cited 08 jul 2020];46(16):3407–3417. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291716001823>
40. Saini P, Chantler K, Kapur N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. *Heal Soc Care Community*. [Internet]. 2016 [cited 08 jul 2020];24(3):260–269. Available from: <https://doi.org/10.1111/hsc.12198>
41. Denneson LM, Williams HB, Kaplan MS, McFarland BH, Dobscha SK. Treatment of veterans with mental health symptoms in VA primary care prior to suicide. *Gen Hosp Psychiatry*. [Internet]. 2016 [cited 08 jul 2020];38:65-70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.08.007>
42. Michail M, Tait L. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: A qualitative study in the UK. *BMJ Open*. [Internet]. 2016 [cited 08 jan 2021];6(1):e009654. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009654>
43. Malakouti SK, Nojomi M, Ahmadvani HR, Hosseini M, Fallah MY, Khoshalani MM. Integration of suicide prevention program into primary health care network: A field clinical trial in Iran. *Med J Islam Repub Iran*. [Internet]. 2015 [cited 08 jan 2021];29:208. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476228/>
44. Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chee CC. Attempted and completed suicide in primary care: Not what we expected? *J Affect Disord*. [Internet]. 2015 [cited 08 jan 2021];170:150-154. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.037>
45. Malakouti SK, Nojomi M, Poshtmashadi M, Shooshtari MH, Moghadam FM, Rahimi-Movaghar A, et al. Integrating a Suicide Prevention Program into the Primary Health Care Network: A Field Trial Study in Iran. [Internet]. 2015 [cited 08 jan 2021];2015:193729. Available from: <https://doi.org/10.1155/2015/193729>
46. Obando Medina C, Kullgren G, Dahlblom K. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua. *BMC Fam Pract*. [Internet]. 2014 [cited 08 jan 2021];15(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-129>
47. Shah R, Franks P, Jerant A, Feldman M, Duberstein P, Y Garcia EF, et al. The effect of targeted and tailored patient depression engagement interventions on patient-physician discussion of suicidal thoughts: A randomized control trial. *J Gen Intern Med*. [Internet]. 2014 [cited 08 jan 2021];29(8):1148–1154. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2843-8>
48. Santos JC, Simões RMP, De Azevedo Erse MPQ, Façanha JDN, Marques LAFA. Impact of “+contigo” training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. *Rev Lat Am Enfermagem*. [Internet]. 2014 [cited 08 jan 2021];22(4):679-684.

Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3503.2467>

49. Dobscha SK, Denneson LM, Kovas AE, Corson K, Helmer DA, Bair MJ. Primary care clinician responses to positive suicidal ideation risk assessments in veterans of Iraq and Afghanistan. *Gen Hosp Psychiatry*. [Internet]. 2014 [cited 08 jan 2021];36(3):310–317. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.11.007>

50. Galimberti PA, Bógus IMM. Incerteza, angústia e culpa na pós-modernidade: uma reflexão sobre a morte voluntária, na sociedade célere e disforme do século XXI. In: Albuquerque IMN, Galimberti PA (organizadores). *Sociopolítica da saúde: a importância do SUS em época de instabilidade*. Sobral, 2021. p. 41-75. Available from: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php

[?arquivo=sociopolitica_saude](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3503.2467?arquivo=sociopolitica_saude)

Crítérios de autoria (contribuições dos autores)

Gomes AV e Gomes LV participaram da concepção inicial do projeto de pesquisa, desde a escolha e delineamento do desenho do estudo até a coleta dos dados e interpretação dos resultados iniciais obtidos. Gomes AV, Gomes LV, Catanio PAG, Magalhães JM e Lira RCM contribuíram com a leitura final e estruturação crítica da redação científica do conteúdo. Todos os autores supracitados participaram e aprovaram a versão final deste *paper*. Os autores declaram a inexistência de quaisquer conflitos de interesses.

Fomento e Agradecimento: Pesquisa autofinanciada.