



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ADRIANA VASCONCELOS GOMES**

**GESTÃO DO CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

**SOBRAL**

**2021**

ADRIANA VASCONCELOS GOMES

GESTÃO DO CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio

SOBRAL

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

G612g Gomes, Adriana Vasconcelos.  
GESTÃO DO CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO BÁSICA / Adriana  
Vasconcelos Gomes. – 2021.  
94 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação  
em Saúde da Família, Sobral, 2021.

Orientação: Prof. Dr. Adriana Vasconcelos Gomes.

1. Ideação Suicida. 2. Tentativa de Suicídio. 3. Suicídio. 4. Assistência Integral à Saúde. 5. Atenção  
Primária à Saúde. I. Título.

CDD 610

---

ADRIANA VASCONCELOS GOMES

GESTÃO DO CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Gestão e Avaliação de Serviços de Saúde.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Juliana Macêdo Magalhães  
Centro Universitário UNINOVAFAPI

---

Prof. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico a todos que nutrem compaixão e/ou destinam um olhar mais atento às complexas nuances que cercam o suicídio.

Dedico aos meus pais e irmãs, que sempre me apoiam tenaz e serenamente.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, sobretudo, à Jesus Cristo, meu guardião, Ser que guia meus caminhos e ensina por meio do seu imenso e gratuito amor.

Aos meus pais, Elias e Leonisa, pessoas inefáveis cujo apoio e amor são sempre incondicionais.

À Leticia, Milena e Camila que trazem diversão e ânimo aos meus dias. Sempre escolheria tê-las como irmãs.

Aos meus familiares que são presença na concretização das minhas metas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Percy Galimberti, por ter acreditado no projeto, pela compreensão, paciência e tempo dedicado à leitura e aperfeiçoamento desse estudo.

As professoras Juliana Macêdo e Roberta Cavalcante por terem aceitado o convite com prontidão e dedicado tempo para avaliar e enriquecer o estudo.

A todo corpo docente que compõe a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Saúde da Família, especialmente, professora Camilla Lopes e professor Fernando Mayorga que contribuíram com a constante construção da minha percepção do ser-docente.

À Ana Maria que integra a equipe da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação Mestrado Acadêmico em Saúde da Família pela solicitude e resolutividade.

Às antigas e novas relações de amizade e afeto florescidas durante essa etapa, especialmente, Izabella Vieira e Lorena Saraiva que foram e são iluminação e parceira em muitos momentos.

Enfim, a todos que, ainda que não citados por mim, direta ou indiretamente contribuíram com a concretização deste objetivo.

“O acolhimento é o que sedimenta o solo que  
foi fragmentado pela dor”

(FUKUMITSU, 2019, p. 17)

## RESUMO

O suicídio é um fenômeno evitável de grande impacto e relevância na saúde pública. A atenção primária exerce importante papel nas práticas de cuidado pautadas na prevenção do suicídio, tanto que o fortalecimento deste nível de atenção compõe agendas e planos de prevenção em diversos locais do mundo. Nesse sentido gerenciar o cuidado a pessoa com comportamento suicida consiste em um aspecto fundamental na produção de ações voltadas à resolutividade e integralidade. Nesse contexto, esta pesquisa teve o objetivo de analisar a gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção primária. Trata-se de uma revisão integrativa realizada de janeiro a agosto de 2020, incluindo publicações disponíveis na íntegra dos anos de 2014 a 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. O levantamento de dados foi realizado nas bases: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e Web of Science; além das bibliotecas virtuais: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) cujo acesso permitiu a consulta às seguintes fontes: 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 e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Utilizou-se termos de busca conforme o *Medical Subject Headings* (MeSH), Títulos CINAHL, Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave. Os operadores booleanos “and” e “or” foram empregados no cruzamento dos termos e na elaboração da estratégia de busca. A fim de facilitar a visualização e compreensão das informações registradas nos artigos, a síntese foi apresentada em um quadro sinóptico e a análise dos dados foi realizada à luz do referencial teórico de gestão do cuidado em saúde de Oliveira Cecílio. Este trabalho atendeu aos aspectos éticos e legais conforme as diretrizes da Lei de Direitos Autorais. A amostra final desta revisão é composta por 33 publicações. Discutiu-se acerca da gestão do cuidado em saúde nas dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional e sistêmica. Evidenciou-se diversas estratégias de gestão do cuidado, no entanto, além dos desafios inerentes ao acesso e à continuidade do cuidado, a desarticulação da rede e a falta de treinamento 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

Suicide is a preventable phenomenon of great impact and relevance in public health. Primary care plays an important role in care practices based on suicide prevention, so much so that strengthening this level of care makes up prevention agendas and plans in different parts of the world. In this sense, managing the care of people with suicidal behavior is a fundamental aspect in the production of actions aimed at resoluteness and integrality. In this context, this research aimed to analyze the management of suicidal behavior care in primary care. This is an integrative review carried out from January to August 2020, including publications available in full from 2014 to 2019, in Portuguese, English and Spanish. Data collection was carried out in the following databases: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus and Web of Science; in addition to the virtual libraries: Scientific Electronic Library Online (SciELO) and the Virtual Health Library (VHL) whose access allowed the following sources to be consulted: Specific Database for Nursing (BDENF); Spanish Bibliographic Index of Health Sciences (IBECS); Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS); Virtual Campus of Public Health (CVSP – Brazil); Index Psicologia – Technical-scientific periodicals and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Search terms were used according to Medical Subject Headings (MeSH), CINAHL Titles, Health Sciences Descriptors (DeCS) and keywords. The Boolean operators “and” and “or” were used in the crossing of terms and in the elaboration of the search strategy. In order to facilitate the visualization and understanding of the information recorded in the articles, the synthesis was presented in a synoptic table and the data analysis was carried out in the light of Oliveira Cecílio's health care management theoretical framework. This work met the ethical and legal aspects in accordance with the guidelines of the Copyright Law. The final sample of this review comprises 33 publications. Health care management was discussed in the following dimensions: individual, family, professional, organizational and systemic. Several care management strategies were evidenced, however, in addition to the challenges inherent to the access and continuity of care, the disarticulation of the network and the lack of training impact the planning and resoluteness of care. It emphasizes the importance of investing in mental health policy in order to include spaces for reception and promotion of comprehensive care, as well as promoting permanent and continuing education for professionals.

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

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> As múltiplas dimensões do cuidado em saúde .....	17
<b>Figura 2:</b> Estratégia de busca utilizada em cada base de dados/biblioteca virtual .....	25

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Descrição dos termos de busca conforme vocábulo das bases/bibliotecas utilizadas no estudo .....	22
<b>Quadro 2:</b> Estratégia de busca utilizada em cada base de dados/biblioteca virtual .....	22
<b>Quadro 3:</b> Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo artigo (A), autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra, tipo de estudo/nível de evidência e objetivos. Sobral, CE, Brasil .....	27
<b>Quadro 4:</b> Categorização dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo dimensões da gestão do cuidado em saúde e estratificações conforme resultados dos artigos .....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados Específica da Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDSS	Computerized clinical Decision Support System
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CS	Comportamento Suicida
CVSP	Campus Virtual de Saúde Pública
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
eSID	Suicidal Ideation Detector
EUA	Estados Unidos da América
HSB	Health Screen Behavioral
IAAP-PCS	Avaliação da Assistência Profissional às Pessoas com Comportamento Suicida
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPS	Men and Providers Preventing Suicide
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas
OEF	Operação Liberdade Duradoura
OIF	Operação Liberdade do Iraque
PC CARES	Promoting Community Conversations About Research to End Suicide
PCPs	Prestadores de Cuidados Primários
PICo	Acrônimo para População/Problema; Fenômeno de Interesse; Contexto
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
WHC-SI	Programa de Coaching de Saúde para Ideação Suicida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1.1 Contextualização do problema</b> .....	12
<b>1.2 Objeto de estudo</b> .....	14
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3.1 Objetivo geral:</b> .....	15
<b>3.2 Objetivos específicos:</b> .....	15
<b>4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	16
<b>4.1 Cuidado e gestão do cuidado na atenção à saúde</b> .....	16
<b>4.2 Considerações teórico-conceituais sobre o comportamento suicida</b> .....	19
<b>5. DELINEAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	23
<b>5.1 Tipo de estudo</b> .....	23
<b>5.2 Coleta de dados</b> .....	23
<b>5.3 Critérios de elegibilidade</b> .....	25
<b>5.4 Análise dos dados</b> .....	26
<b>5.5 Aspectos éticos e legais</b> .....	27
<b>6. RESULTADOS</b> .....	28
<b>7. DISCUSSÃO</b> .....	35
<b>7.1 Dimensão individual da gestão do cuidado</b> .....	35
<b>7.2 Dimensão familiar da gestão do cuidado</b> .....	37
<b>7.3 Dimensão profissional do cuidado</b> .....	38
<b>7.4 Dimensão organizacional e sistêmica do cuidado</b> .....	40
<b>8. CONCLUSÃO</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICE</b>	

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização do problema

Minha motivação em investigar este objeto de estudo vem sendo construída ao longo de quase uma década, essencialmente, durante a trajetória acadêmica. A oportunidade de participar de uma “Liga Acadêmica de cuidados de Enfermagem aos usuários de álcool e outras Drogas - LAED” viabilizou, em um primeiro momento, uma aproximação com as discussões em saúde mental e, a partir das vivências de campo, foi possível desenvolver olhares e percepções plurais sobre as relações biológicas, emocionais e sociais no sofrimento psíquico.

O envolvimento com um centro de convivência e com uma instituição de longa permanência efervesceu este olhar em um outro grupo, os idosos. A contar desse momento tornei-me cada vez mais intrigada com temas relacionados ao envelhecimento, terminalidade, morte e por consequência, suicídio. A maior sensibilidade à temática, assim como, a escuta de relatos de casos de suicídio e o apoio a pessoas com comportamento suicida em alguns ambientes de convívio despertaram a curiosidade de como pensar e articular o cuidado numa perspectiva multidisciplinar no contexto da atenção básica.

Deste modo, entendo que buscar identificar e compreender as potencialidades e fragilidades na gestão do cuidado ao comportamento suicida numa perspectiva multiprofissional é elementar, sobretudo, pelas próprias projeções de aumento de casos de suicídio durante e após a pandemia de covid-19. Isso em razão de que, apesar da saúde mental ser alvo de discussões nesse período, estudos retratam o potencial aumento da prevalência de distúrbios psiquiátricos e das taxas de suicídio, ao considerar-se também os impactos econômicos a longo prazo sobre a população em geral e nos grupos de maior vulnerabilidade (GUNNELL *et al.*, 2020; SHER, 2020; SHIOZAWA; UCHIDA, 2020).

Gerenciar o 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. Compreende-se que para alcançar tal objetivo, o gerenciamento do cuidado depende não somente da unidade pela qual o usuário adentra no serviço de saúde, mas, sobretudo, da trajetória desse na rede de assistência (GRABOIS, 2011).

A gestão do cuidado demanda dos profissionais de saúde o planejamento de recursos, uso de tecnologias em saúde, avaliação da qualidade das ações realizadas, além de constante

readequação e formulação de propostas. Esse processo permeia três elementos: a competência técnica do profissional, a postura ética e a capacidade de produzir vínculo com o sujeito (OLIVEIRA CECILIO, 2011; GRABOIS, 2011).

Nesse sentido, sabe-se que a atenção primária à saúde (APS) 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 intersetorial (MERHY *et al.*, 2019). O encontro entre profissional-usuário-território viabiliza a produção do trabalho de modo a potencializar a resolutividade numa lógica ampliada de saúde.

Algumas análises apontam a APS como um campo de trabalho extremamente importante na prevenção do suicídio tanto que o fortalecimento deste nível de atenção compõe agendas e planos de prevenção em diversos locais do mundo (BRASIL, 2017; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2016). Isto porque, além de ser considerada ordenadora do cuidado e estar mais próxima ao usuário, é comum que o usuário com comportamento suicida busque este serviço, mesmo no último mês antes da morte (STENE-LARSEN; RENEFLOR, 2019; WALBY; MYHRE; KILDAHL, 2018).

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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a).

Em 2019, o suicídio foi a quarta principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos e mais de 77% dos suicídios globais ocorreram em países de baixa e média renda. Uma análise de dados referentes às Américas, considerando o período de 2005-2009, revelou que o suicídio representa 12,4% das mortes por causas externas e, em média, cerca de 65.000 pessoas na região das Américas morrem por suicídio a cada ano (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2016).

No Brasil, durante o período de 2007 a 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 470.913 casos de intoxicação exógena no Brasil, sendo 220.045 (46,7%) caracterizadas como tentativas de suicídio. A taxa de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) correspondeu a 19,5 somente no ano de 2016 (BRASIL, 2019). Embora as mortes por suicídio tragam informações 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 (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Intervenções oportunas, baseadas em evidências e geralmente de baixo custo caracterizam o suicídio como fenômeno evitável em muitas circunstâncias. Para serem eficazes, os planos de prevenção devem ter caráter multisetorial com ações abrangentes e integradas. Nesta perspectiva, as políticas públicas em saúde devem projetar estratégias de acesso aos cuidados; prever suporte a programas de prevenção; potencializar a eficácia dos serviços assistenciais e maior número de profissionais treinados; incentivar pesquisas e ações estratégicas de prevenção baseadas em evidências para implementar triagem, planejamento de segurança e práticas de referência (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2017).

## **1.2 Objeto de estudo**

Gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção primária à saúde.

## **2. JUSTIFICATIVA**

As produções científicas acerca da gestão do cuidado ao comportamento suicida no âmbito da atenção básica, principalmente à luz das redes de atenção à saúde ainda são incipientes. Frequentemente, há direcionamento de temas relativos à saúde mental para o contexto de atenção especializada e as práticas de gerenciamento ainda são pouco discutidas. Essa pesquisa complementa e buscou aprofundar e sedimentar saberes sobre o cuidado em saúde a pessoas com comportamento suicida.

Ao trabalhar o aspecto organizacional das práticas de cuidado adotadas pelos profissionais de saúde, buscou-se perscrutar o fenômeno com vistas à uma contribuição social. Assim, esquadrihar sobre as formas de pensar e agir diante de uma pessoa com comportamento suicida pode viabilizar, a longo prazo, avaliar e repensar práticas embasando-se na perspectiva de produzir ações voltadas à resolutividade, equidade e integralidade ao passo que se compreende também as subjetividades, anseios e desafios do profissional da atenção primária e da rede de atenção à saúde.



Ao elucidar a gestão do cuidado ao comportamento suicida esta revisão traz como contribuição aos profissionais da atenção primária a possibilidade de perceberem a complexidade e barreiras à produção do cuidado na prática clínica. Além disso, pode também orientar práticas de cuidado por meio das estratégias, instrumentos e ferramentas identificadas.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Analisar as evidências científicas sobre a gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção primária à saúde;

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Descrever as ações de gestão do cuidado a pessoa com comportamento suicida no âmbito da atenção primária à saúde
- Identificar os recursos e estratégias utilizados pelos profissionais da atenção primária à saúde para avaliar o comportamento suicida;
- Discutir as dificuldades e potencialidades durante o gerenciamento do cuidado a pessoa com comportamento suicida;

## 4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 4.1 Cuidado e gestão do cuidado na atenção à saúde

Ao longo do tempo, diversos significados foram atribuídos à palavra cuidar/cuidado. A etimologia da palavra vem do latim *cogitatus* que significa meditado, pensado, refletido, ou ainda, forma de agir com preocupação, atenção que se dedica a alguém, atividade que requer zelo (MICHAELIS, 2020). Em uma perspectiva ontológica, Martin Heidegger no livro “Ser e tempo” reflete que cuidado significa um fenômeno existencial básico. Assim, o cuidado é a alicerce da existência humana, o ser humano é um ser de cuidado, sua essência se encontra no cuidado e esta é uma característica singular do humano (HEIDEGGER, 2002).

Boff (2014) introduz uma reflexão sobre o termo ao apontar o que o autor nomeia de “crise civilizacional” evidenciada pelo fenômeno do descuido/descaso/abandono, ou seja, falta de cuidado. O autor descreve sobre a importância urgente de um novo *ethos* civilizacional propondo então uma nova ética a partir de uma nova ótica e conclui que o cuidar é mais que um ato, na verdade é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidado essencial e o descuido devem ser reconhecidos e não se invalidam. O cuidado é uma meta que nos acompanha e a negação do mesmo resulta em um processo de desumanização e embrutecimento das relações (BOFF, 2014). Na área da saúde, o cuidado é fenômeno de investigação em diversas áreas de atuação. Emerson Merhy entende o cuidado não como um ato e sim como um acontecimento produtivo e intercessor (FRANCO; MERHY, 2013).

Institui-se um espaço intercessor no encontro entre trabalhador da saúde e usuário quando estes se encontram em particular com o objetivo de produção do cuidado e é nesse ato que o profissional se utiliza de múltiplas valises tecnológicas. A produção do cuidado em ato passa, portanto, pela tecnologia e pela gestão e, neste cenário, as tecnologias em saúde efetivam uma nova forma de operacionalizar a gestão do cuidado em saúde (FRANCO; MERHY, 2013).

No âmbito do Sistema Único de Saúde há inúmeras particularidades inerentes a gestão. Enfatiza-se no âmbito do SUS a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Essa proposta organizacional busca romper com as práticas de cuidado fragmentado e garantir que o usuário tenha acesso ao conjunto de ações e serviços, nos três níveis de atenção, necessários à sua demanda de forma efetiva e eficiente (BRASIL, 2010).

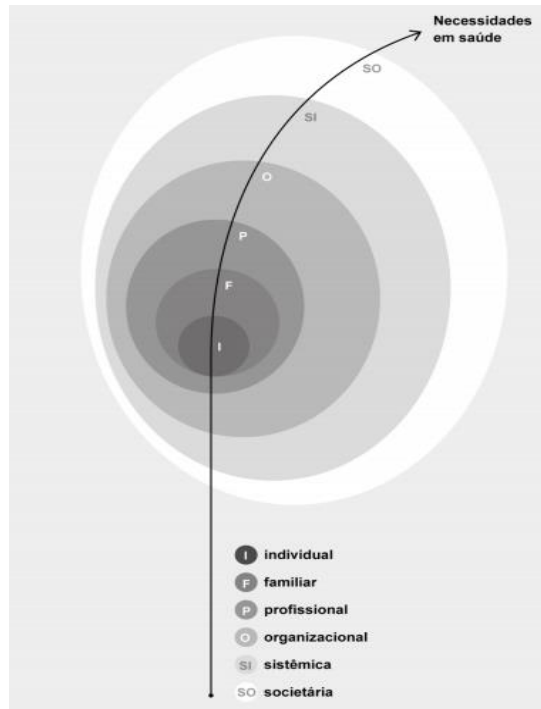
A atenção primária é porta preferencial de entrada do usuário ao serviço de saúde e este nível de atenção é composto por equipe multidisciplinar que busca coordenar o cuidado e atender as necessidades em saúde do usuário. Para tanto, uma das principais ferramentas de microgestão do serviço é a gestão da clínica que se propõe em, a partir de análise situacional do território, identificar riscos em grupos e dispensar cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais. Outra ferramenta é a gestão de caso que implica no planejamento, monitoramento e avaliação de ações e serviços humanizados, de qualidade e resolutivos às demandas do usuário (BRASIL, 2010).

Desta forma, gestão do cuidado como objeto de estudo é um fenômeno intrigante, relevante e complexo, primeiramente, por considerar amplamente os aspectos que cercam o gerenciamento em saúde, mas também ao refletirmos as considerações ontológicas e epistemológicas do cuidar/cuidado. Adota-se a concepção de que gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde consiste na maneira como se revela e se organiza as mais diversas configurações do cuidar nas relações entre os sujeitos, sejam estas relações restritivas ou emancipatórias das múltiplas liberdades humanas (PIRES; GOTTEMS, 2009).

No gerenciamento do cuidado é primordial atentar-se para os aspectos relativos a unidade de serviço e a trajetória do usuário, visto que é necessário considerar nesse processo o planejamento de recursos, a adoção de dispositivos/ferramentas/regulamentos, a avaliação da qualidade das ações implementadas e a reformulação de planos de cuidado. Para que haja cuidado de qualidade é necessário haver intencionalidade e capacidade de identificar/combinar recursos de maneira planejada e pactuada com os diversos setores (GRABOIS, 2011).

Ao explicar sobre avaliação em saúde, Luiz Carlos Oliveira Cecílio, descreve acerca das múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde que, segundo o autor, realiza-se na dimensão individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Há entre estas dimensões múltiplas conexões que produzem “uma complexa rede de pontos de contato, atalhos, caminhos colaterais e possibilidades, mais ou menos visíveis e/ou controladas pelos trabalhadores e gestores” como pode-se observar na representação em círculos concêntricos na figura 1 (OLIVEIRA CECÍLIO, 2011).

**Figura 1:** As múltiplas dimensões do cuidado em saúde.



**Fonte:**Oliveira Cecílio (2011)

A dimensão individual é a mais nuclear e 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. A dimensão familiar, por sua vez, diz respeito às pessoas da família, os amigos, os vizinhos e se comporta num nível de importância díspar ao longo da vida das pessoas (OLIVEIRA CECÍLIO, 2011).

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. A dimensão organizacional 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 (OLIVEIRA CECÍLIO, 2011).

As regulamentações formais normatizadas entre os serviços de saúde que compõem as redes ou linhas de cuidado consistem na dimensão sistêmica da gestão e se distingue da dimensão societária, pois esta última trata da produção de políticas públicas e da saúde como

papel do Estado. Representa, portanto, a dimensão mais ampla da gestão do cuidado e vai ao encontro da heterogeneidade da sociedade civil (OLIVEIRA CECÍLIO, 2011).

Uma última consideração neste tópico é inerente as tecnologias. Elas detêm e articulam instrumentos e intervenções científico-tecnológicas; conhecimentos científicos e saberes/práticas de carácter subjetivo que tecem as relações profissional-usuário (KALICHMAN; AYRES, 2016; MERHY, 2014). Pode-se compreender, desta forma, que gerenciar o cuidado engloba as tecnologias propostas na teoria do processo de trabalho em saúde discutida por Merhy que as classifica em: tecnologias leves, implicadas com a produção da relação entre dois sujeitos; tecnologias leve-duras, atinentes aos saberes bem estruturados com a clínica/epidemiologia; e tecnologias duras que consistem em ferramentas e equipamentos (MERHY, 2014).

#### **4.2 Considerações teórico-conceituais sobre o comportamento suicida**

O suicídio é um fenômeno de registro histórico que data desde a antiguidade e perpassa pelos primórdios da idade média como um evento pecaminoso até obter destaque na segunda metade do século XX por estar frequentemente associado aos transtornos mentais. O termo é conhecido desde o século XVII e cerca-se de diversos conceitos, embora centrados no ato de findar a própria vida (BOTEGA, 2015).

Émile Durkheim merece especial notoriedade no tema, pois em sua obra *O suicídio*, ao analisar padrões das taxas de mortalidade por suicídio em diversos países, o autor descreve o suicídio egoísta, altruísta e anômico e os correlaciona aos aspectos e relações sociais. A partir de então, passou-se a visualizar os elementos sociais na ocorrência do ato suicida, não sendo mais uma questão de carácter restrito ao indivíduo (DURKHEIM, 2000).

Atualmente, compreende-se o comportamento suicida como um *continuum* que abrange desde o pensamento, ideação, formulação de planos, tentativas e o suicídio em si. E, ainda que, o suicídio seja um fenômeno dotado de estigmatizações e que, em alguns países, seja até mesmo criminalizado, entende-se que é um evento multifatorial e multideterminado que está associado a presença de diversos fatores de risco. Tais fatores estão vinculados à sociedade, às condições individuais, à comunidade, aos aspectos relacionais e aos próprios serviços de saúde (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Suicídio consiste em um ato deliberado oriundo da conclusão individual de não desejar viver em decorrência da desesperança de qualquer supressão do sofrimento ou por sentimento

de impotência diante do fracasso emocional ou biológico. Apesar de vários das doenças e transtornos mentais serem apontadas como fatores de risco para o ato suicida, nem todo caso de autoextermínio pode ser enquadrado como consequência de tais doenças (GALIMBERTTI; GÓBUS, 2021).

O sofrimento existencial incorpora aspectos individuais e coletivos e a perspectiva de evasão da própria existência pode ser consequência de sobrecarga, estresse, sofrimento e falta de crença em si mesmo. Há condições humanas que debilitam a existência e tornam a morte mais interessante do que a vida. As dores estão relacionadas a múltiplos fatores que exaurem, desamparam e resultam em descrença de uma existência harmônica, há um desalojamento do Ser (FUKUMITSU, 2018).

No manejo ao comportamento suicida, o profissional deve estar atento ao sofrimento alheio e disponibilizar-se afetiva e teoricamente a fim de encontrar maneiras de ampliar o enfrentamento dos infortúnios e de acolher as fragilidades, bem como promover respeito pela condição existencial independentemente das escolhas do indivíduo (FUKUMITSU, 2018). Em 2013, o *Mental health action plan 2013-2020* trouxe a prevenção do suicídio como uma prioridade importante e determinou como meta global a redução de 10% na taxa de suicídio nos países até o ano de 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

No ano seguinte a mesma entidade publicou o primeiro relatório sobre o suicídio no mundo, o que permitiu elucubrar a importância e a dimensão da problemática na saúde pública ao passo que também norteou alguns aspectos práticos para gestão governamental no sentido da promoção de estratégias preventivas intersetoriais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Cabe lembrar que há 20 anos, também fora publicado o manual de prevenção ao suicídio para profissionais da saúde em atenção primária. Salientou-se neste documento os seguintes fatores que potencializam a responsabilização dos profissionais neste nível de atenção com a prevenção: 1) longitudinalidade, proximidade e aceitação para com a comunidade; 2) elo entre a comunidade e o serviço de saúde; 3) primeiro recurso de atenção à saúde em muitos países; 3) conhecimento da comunidade, o que permite fortalecer elementos de apoio (família, amigos, organizações); 4) possibilidade de oferta de cuidado continuado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde publicou o guia de implementação LIVE LIFE para prevenção do suicídio em países. O guia descreve quatro intervenções eficazes baseadas em evidências para prevenir o suicídio. Estes são: limitar o acesso aos meios de suicídio, como pesticidas e armas de fogo altamente perigosos; interagir com a

mídia para relatos responsáveis de suicídio; promover habilidades socioemocionais para a vida em adolescentes; e a identificação precoce, avaliação, gestão e acompanhamento de qualquer pessoa afetada por comportamentos suicida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b).

Por conseguinte, para além da notificação de tentativas de suicídio, no contexto da atenção básica, compete aos profissionais identificar, avaliar, manejar casos de baixo risco, encaminhar para a rede de atenção em saúde mental e acompanhar o usuário após encaminhamento. Para tanto, é necessário que esse conheça características psicopatológicas associadas ao comportamento suicida (ambivalência: desejo de vida e morte; impulsividade: impulso de cometer suicídio desencadeado por eventos psicossociais negativos; e rigidez: pensamento constante sobre suicídio e incapacidade de perceber outras formas de enfrentamento e/ou resolução de um problema) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

O manejo do paciente envolve a qualidade do contato inicial que deve garantir acolhimento, escuta ativa, garantia de privacidade, honestidade, respeito aos valores e opiniões da pessoa, demonstração de aceitação/respeito, preocupação, cuidado e afeição (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ, 2018). Ademais, a conduta do profissional também deve adequar-se ao nível de risco para suicídio, a saber: baixo - pensamento suicida sem planos; médio - pensamentos e planos, mas sem pretensão de consumir o ato; alto - plano definido com meios para fazê-lo e deseja prontamente concretizar; tentativa recente e rigidez quanto a nova tentativa; e várias tentativas em curto espaço de tempo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014).

No Brasil, a portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006 institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio que devem ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. A portaria estabelece que as diretrizes devem articular-se entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais (BRASIL, 2006).

Ratificando o compromisso da portaria, em 2017, o Ministério da Saúde apresentou a Agenda de Ações Estratégicas para a promoção da saúde, vigilância e prevenção do suicídio no Brasil com o objetivo de ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio. A agenda considera diferentes

especificidades da população, bem como fatores determinantes e condicionantes sociais da saúde e foi arquitetada para execução no período de 2017 a 2020 (BRASIL, 2017).

Além disso, a agenda possui três eixos de atuação e ações estratégicas: Eixo I - Vigilância e Qualificação da Informação; Eixo II - Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde; e Eixo III: gestão e cuidado. Este último, concentra-se na pactuação de estratégias e fluxos de atenção à saúde local, e na Educação Permanente (BRASIL, 2017).

Ademais, as ações de prevenção ao suicídio podem acontecer em três níveis: universal, seletiva e indicada. As estratégias de prevenção universal incluem sensibilizar a população para o tema; a seletiva visa os grupos vulneráveis com maior risco de suicídio. Por fim, a indicada tem como alvo, indivíduos com vulnerabilidades específicas e cabe ao profissional acompanhar os casos de comportamento suicida no seu território, realizar encaminhamento dos casos mais graves e acompanhar morbimortalidade (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ, 2018).



## **5. DELINEAMENTO METODOLÓGICO**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura que consiste em uma técnica para sintetizar pesquisas relevantes e incorporar evidências colaborando com o saber crítico, orientando a prática clínica e proporcionando visualizar oportunidades de pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Whitemore e Knafl (2005) apresentaram recomendações que visam garantir um alto nível de qualidade em revisões integrativas e enfatizar a importância de uma questão de pesquisa bem delineada, busca abrangente da literatura, avaliação da qualidade do estudo e abordagens analíticas explícitas e sistemáticas.

As revisões integrativas rigorosas têm a potencialidade de demonstrar uma compreensão abrangente dos problemas e incluem diversas fontes de dados que aprimoram uma compreensão holística do tema de interesse. Apesar de complexa e desafiadora, a combinação de diversas fontes quando realizada de maneira sistemática e rigorosa, particularmente, durante a análise de dados, colaboram com uma retração vasta dos mais diversos problemas de atenção à saúde (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Utilizou-se diretrizes do protocolo PRISMA, que norteia revisões sistemáticas, no entanto, é aplicável a outros tipos de revisão (WHITTEMORE et al, 2014). Desta forma, esse 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 (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

### **5.2 Coleta de dados**

Para a construção da questão de pesquisa aplicou-se o acrônimo PICo destinado para orientar pesquisa não-clínica de abordagem qualitativa, onde: P corresponde a população/problema (pessoas com comportamento suicida); I consiste no fenômeno de interesse (gestão do cuidado) e Co designa o contexto (atenção básica) (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014). A partir desta lógica desenvolveu-se a questão: “*Quais as evidências científicas sobre a gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção básica?*”

A busca bibliográfica foi realizada no período de janeiro a agosto de 2020 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 pelo Portal de Periódicos CAPES.

No levantamento bibliográfico empregou-se termos controlados conforme o *Medical Subject Headings* (MeSH), Títulos CINAHL, Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: “Suicidal behavior”, “Suicide Attempted”, “Suicidal Ideation”, “Suicidal thoughts”, “suicide”, “Primare health care”, “Primary Health”. Ressalta-se que 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” (Quadro 1).

É importante pontuar que os termos “atenção básica” e “atenção básica à saúde” são constructos relacionados ao Movimento Sanitário Brasileiro que buscava uma romper com quaisquer concepções reducionistas e biomédicas presentes no termo “atenção primária”. Portanto, trata-se de uma diferenciação ideológica, porém, ao indicar nível de atenção, os termos são utilizados como sinônimos na escrita científica, sendo igualmente aceitos e utilizados.

**Quadro 1.** Descrição dos termos de busca conforme vocábulo das bases/bibliotecas utilizadas no estudo. Sobral, CE, Brasil, 2021.

<b>Termos de busca</b>	
<i>Medical Subject Headings</i> (MeSH)	Suicide Attempted; Suicidal Ideation; Suicidal thoughts; suicide; Primare health care
Títulos CINAHL	Suicide Attempted; Suicidal Ideation; suicide; Primare health care
Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)	Tentativa de Suicídio; Ideação Suicida; Suicídio; Atenção Primária à Saúde
Palavras-chave	Atenção Primária de Saúde; Atenção Básica; Atenção Básica à Saúde; Atenção Primária; Comportamento Suicida e Pensamento Suicida

**Fonte:** elaborado pela autora.

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” (Quadro 2).

**Quadro 2:** Estratégia de busca utilizada em cada base de dados/biblioteca virtual. Sobral, CE, Brasil, 2021.

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.

### 5.3 Critérios de elegibilidade

Foram eleitos artigos de natureza quantitativa e qualitativa disponíveis 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. Isto porque esse é considerado um marco histórico ao apresentar uma visão abrangente, avanços e ações exitosas na prevenção do suicídio no cenário global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Não integraram esta revisão: os documentos de natureza editorial, aqueles indisponíveis, os quais não atendam ao objetivo/nível de atenção estudado, artigos duplicados, bem como, revisões. Além disso, publicações do ano de 2020 não fizeram parte desta revisão por entendermos que a pandemia do Sars-Cov-2 é um cenário ímpar que demanda 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.

#### **5.4 Análise dos dados**

Após o levantamento bibliográfico, realizou-se a leitura exploradora e procedeu-se à extração dos dados com o auxílio de um instrumento com os seguintes itens: título do estudo, ano/periódico de publicação, objetivos, características metodológicas, local do estudo e síntese dos resultados. Para cada artigo incluído foi preenchido o instrumento e estes foram catalogados em ordem crescente em relação ao ano de publicação (APÊNDICE A).

Além disso, o nível de evidência dos estudos recebeu a seguinte classificação: nível I – evidência obtida do resultado de meta-análise 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 (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2018).

A fim de facilitar a visualização e compreensão das informações registradas nos artigos, a síntese foi apresentada em um quadro sinóptico segundo artigo (A), autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra, tipo de estudo/nível de evidência e objetivos. A categorização, as discussões e as interpretações foram direcionadas à luz do referencial teórico das dimensões de gestão do cuidado em saúde (OLIVEIRA CECÍLIO, 2011).

### **5.5 Aspectos éticos e legais**

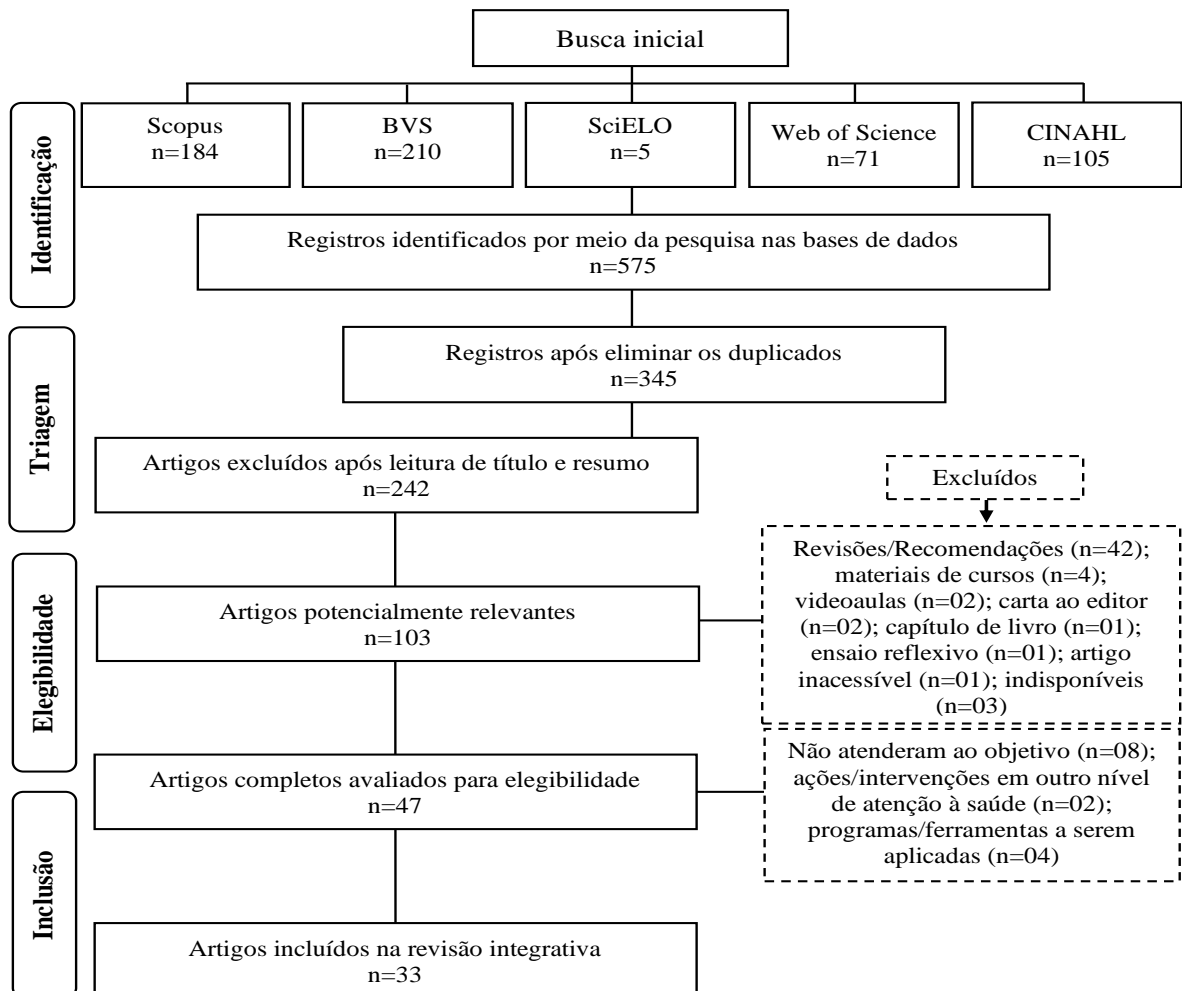
Essa proposta de investigação é consoante com as diretrizes da Lei de direitos autorais nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. Dessa forma, a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados foram mantidas com devidas citações e referências (BRASIL, 1998).

## 6. RESULTADOS

Inicialmente, foram localizadas 575 publicações das quais excluíram-se 230 duplicadas. Das 345 restantes, cujos títulos e resumos foram lidos, eliminou-se 242 publicações. Restaram 103 artigos potencialmente relevantes que foram avaliados conforme os critérios de elegibilidade. Ao final, foram selecionadas 47 publicações para leitura na íntegra com intuito de garantir maior confiabilidade e validação do material a compor esta revisão.

Nesse processo de seleção foram refinados textos que realmente 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, sendo excluídas ou não. Cessada a etapa de pré-seleção e seleção do material, permaneceram 33 publicações, que contemplam a amostra final deste estudo. O fluxograma PRISMA representa o levantamento bibliográfico e como esta pesquisa foi refinada (Figura 1).

**Figura 2:** Fluxograma com etapas de identificação, seleção e inclusão dos estudos



Analisados os dados das 33 publicações incluídas neste artigo, observou-se que houve 09 produções (27,3%) em 2017, 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 versou 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 foram identificados, prevalentemente, o nível IV (60,6%) elucidando a imprescindibilidade de desenvolver estudos com maior rigor metodológico.

**Quadro 3:** Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo artigo (A), autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra, tipo de estudo/nível de evidência e objetivos. Sobral, CE, Brasil. (2014-2019)

A	Autor/ Ano/ País/ Base de dados-Biblioteca	População/Amostra	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivos
1	Øien-Ødegaard, Reneflot, e Hauge 2019 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	Investigar se há diferenças nos padrões de contato em diferentes pontos no tempo anterior ao suicídio entre imigrantes e a maioria da população da Noruega.
2	de Linhares <i>et al.</i> 2019 Brasil MEDLINE-BVS	7 juízes e 50 profissionais da atenção primária	Estudo metodológico – III	Desenvolver e validar um instrumento para avaliação da assistência às pessoas com comportamento suicida por profissionais da atenção primária à saúde.
3	Williamson <i>et al.</i> 2019 EUA CINAHL	1 estudo de caso	Relatório de caso – V	Descrever processo de triagem de suicídio em um estudo de caso
4	Denneson <i>et al.</i> 2019 EUA Scopus	22 veteranos do pós-11 de setembro	Estudo piloto de método misto - V	Determinar a viabilidade e a aceitabilidade de uma intervenção de <i>coaching</i> de saúde por telefone entre veteranos com ideação suicida
5	Jerant <i>et al.</i> 2019 EUA Scopus	44 adultos sobrevivente/familiar/ médicos de cuidados primários/ gestor de saúde e/ou atuantes na prevenção	Estudo descritivo qualitativo - IV	Identificar as visões das partes interessadas na prevenção do suicídio na base da atenção primária a partir do uso de um programa multimídia.
6	Ferrin <i>et al.</i> 2019 EUA CINAHL	113 prontuários de adolescentes com triagem positiva para risco de suicídio	Estudo descritivo quantitativo - IV	Identificar os adolescentes que relatam ideação suicida na atenção primária e avaliar os diagnósticos de comorbidades, manejo de medicamentos e outras intervenções que ocorreram antes, durante e após o evento de suicídio relatado.



**Quadro 3:** Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo artigo (A), autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra, tipo de estudo/nível de evidência e objetivos. Sobral, CE, Brasil. (2014-2019)

A	Autor/ Ano/ País/ Base de dados- Biblioteca	População/Amostra	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivos
7	Trout <i>et al.</i> 2018 EUA Scopus	Estudo de caso realizado em 10 aldeias do Noroeste do Alasca	Relatório de casos - V	Documentar a implementação e recepção do modelo “ <i>Promoting Community Conversations About Research to End Suicide (PC CARES)</i> ” dentro e através das comunidades indígenas rurais do Alasca.
8	Bhat <i>et al.</i> 2018 EUA Scopus	415 adultos com diagnóstico documentado de depressão unipolar ou distímia	Estudo de coorte retrospectivo observacional - II	Descrever a eficácia do telemonitoramento multidisciplinar de antidepressivos como um recurso da atenção primária.
9	Storino <i>et al.</i> 2018 Brasil Lilacs - BVS	252 profissionais médicos/ enfermeiros e técnicos/ agentes comunitários de saúde	Estudo transversal quantitativo - IV	Verificar as atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida.
10	Ribeiro <i>et al.</i> 2018 Brasil Lilacs - BVS	628 usuários de 58 unidades básicas de saúde	Estudo descritivo quantitativo - IV	Analisar a relação entre a promoção de saúde, mensurada por meio da participação em ações coletivas, e a violência entre usuários das unidades de saúde da atenção primária, no município de Ribeirão das Neves.
11	de Freitas Silva; de Sousa Nóbrega; de Oliveira 2018 Brasil BDENF-BVS	72 profissionais enfermeiros/ técnicos de enfermagem/ agentes comunitários de saúde	Estudo descritivo quantitativo - IV	Identificar o conhecimento e as estratégias para o cuidado da equipe de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde ao sujeito com comportamento suicida.
12	Etter <i>et al.</i> 2018 EUA CINAHL	2.134 adolescentes	Estudo de coorte prospectivo - II	Avaliar viabilidade do uso de um sistema de suporte à decisão por computador para monitorar pacientes adolescentes quanto à probabilidade de suicídio e fornecer orientação de acompanhamento aos médicos em um ambiente de atenção primária.

**Quadro 3:** Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo artigo (A), autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra, tipo de estudo/nível de evidência e objetivos. Sobral, CE, Brasil. (2014-2019)

A	Autor/ Ano/ País/ Base de dados- Biblioteca	População/Amostra	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivos
13	Vannoy <i>et al.</i> 2018 México CINAHL	77 homens com depressão maior	Estudo transversal observacional qualitativo - IV	Descrever: (a) o que os prestadores de cuidados primários (PCPs) podem fazer para prevenir o suicídio no final da vida adulta e (b) as atitudes dos homens mais velhos para discutir o suicídio com um PCP.
14	da Silva <i>et al.</i> 2017 Brasil Lilacs -BVS	6 enfermeiras	Estudo descritivo qualitativo - IV	Descrever as ações realizadas pelo enfermeiro da atenção básica para prevenção do suicídio e discutir o processo de trabalho voltado para prevenção.
15	Deweke <i>et al.</i> 2017 EUA Scopus	Prontuários de 31 pacientes adolescentes e adultos	Estudo descritivo quantitativo - IV	Examinar se as visitas de consultas de saúde comportamental reduziram a ideação suicida e comportamento autoagressivo em pacientes de cuidados primários.
16	Diamond <i>et al.</i> 2017 EUA Scopus	2.513 pessoas com idade entre 14 e 24 anos	Estudo descritivo quantitativo - IV	Identificar perfis de comportamentos de risco e estresse social associados a ideação e comportamento suicida, utilizando o <i>Health Screen Behavioral</i> (HSB).
17	Bantjes 2017 África do Sul Scopus	80 pacientes adultos admitidos em um hospital urbano após tentativa de suicídio	Estudo descritivo qualitativo - IV	Explorar as necessidades de apoio expressas após tentativas de suicídio.
18	Meyer <i>et al.</i> 2017 Austrália Scopus	16.703 pessoas e 10 profissionais de saúde	Estudo descritivo de método misto - IV	Desenvolver ferramenta <i>Suicidal Ideation Detector</i> (eSID) para detecção de ideação suicida baseada em evidências para prática e solicitar conselho de profissionais de saúde sobre o uso da ferramenta.
19	Iorfino <i>et al.</i> 2017 Austrália Scopus	232 jovens (16 a 25 anos) buscando ajuda nos serviços primários de saúde ou comunidade pela primeira vez.	Estudo descritivo quantitativo - IV	Examinar o uso de um protocolo de escalada suicida para responder à tendência de suicídio entre jovens em busca de ajuda.

**Quadro 3:** Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo artigo (A), autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra, tipo de estudo/nível de evidência e objetivos. Sobral, CE, Brasil. (2014-2019)

A	Autor/ Ano/ País/ Base de dados- Biblioteca	População/Amostra	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivos
20	Leavey <i>et al.</i> 2017 Reino Unido Scopus	72 familiares/amigos enlutados pelo suicídio e 19 clínicos gerais que sofreram o suicídio de pacientes	Estudo descritivo qualitativo - IV	Examinar as barreiras para a identificação e o manejo eficazes de pacientes suicidas nos cuidados primários.
21	LeCloux <i>et al.</i> 2017 EUA CINAHL	1355 subamostras de jovens suicidas do National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health	Estudo descritivo quantitativo - IV	Examinar as relações longitudinais entre quatro recursos (seguro público, serviços de atenção primária, tratamento de saúde mental baseado na escola e apoio familiar), e, depressão e suicídio em uma amostra nacionalmente representativa de adolescentes suicidas.
22	Etter <i>et al.</i> 2017 EUA CINAHL	2134 adolescentes	Estudo descritivo quantitativo - IV	Descrever a utilização de um <i>Computerized clinical Decision Support System</i> (CDSS) para rastrear o risco de suicídio entre adolescentes que se apresentam para cuidados primários e para solicitar que os prestadores de cuidados implementem os serviços recomendados.
23	Windfuhr <i>et al.</i> 2016 Inglaterra Scopus	2384 casos de suicídio	Estudo de caso- controle - II	Analisar o risco de suicídio em relação aos padrões de consulta clínica, prescrição de medicamentos psicotrópicos e diagnósticos psiquiátricos.
24	Saini, Chantler e Kapur 2016 Inglaterra Scopus	39 clínicos gerais de 50 pacientes vítimas de suicídio	Série de casos - V	Explorar as interpretações dos clínicos gerais sobre a comunicação e tratamento dos pacientes na atenção primária vítimas de suicídio; investigar pontos de vista sobre a relação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental antes do suicídio do paciente.
25	Denneson <i>et al.</i> 2016 EUA Scopus	Atestados de óbito de veteranos que morreram por suicídio em 11 estados	Estudo de caso- controle - II	Descrever os cuidados primários recebidos por veteranos de guerra com sintomas de saúde mental no ano anterior ao suicídio para identificar oportunidades de melhorar o atendimento.

**Quadro 3:** Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo artigo (A), autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra, tipo de estudo/nível de evidência e objetivos. Sobral, CE, Brasil. (2014-2019)

A	Autor/ Ano/ País/ Base de dados- Biblioteca	População/Amostra	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivos
26	Michail; Tait 2016  Reino Unido  Scopus	28 médicos clínicos gerais	Estudo descritivo qualitativo - IV	Explorar as visões de médicos de clínica geral e suas experiências de avaliação, comunicação e gestão de jovens suicidas com o objetivo de coproduzir uma intervenção educacional sobre a prevenção do suicídio de jovens adaptada às necessidades percebidas dos GPs.
27	Malakouti <i>et al.</i> 2015a  Irã  Scopus	Comunidades de Khorramabad e Khoohdasht	Estudo quase- experimental - III	Descrever e avaliar a viabilidade da integração de um programa de prevenção do suicídio com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) na redução da lacuna de acesso aos serviços de saúde mental.
28	Younes <i>et al.</i> 2015  França  Scopus	498 pacientes com tentativa de suicídio e 141 casos de suicídio consumado	Estudo descritivo quantitativo - IV	Comparar as características de indivíduos que tentam suicídio com aqueles que cometeram suicídio em um ambiente de cuidados primários
29	Malakouti <i>et al.</i> 2015b  Irã  Scopus	Cidades de Nahavand e Savojbolagh	Estudo de caso- controle - II	Avaliar a viabilidade da integração às redes de APS e examinar os efeitos de um programa na taxa de suicídio e tentativas de suicídio.
30	Obando Medina; Kullgren; Dahlblom 2014 Nicarágua Scopus	03 centros de atenção primária à saúde	Estudo descritivo qualitativo - IV	Explorar como os profissionais de atenção primária à saúde na Nicarágua percebem os problemas de saúde mental, os problemas suicidas e o comportamento de busca de ajuda dos jovens.
31	Shah <i>et al.</i> 2014  EUA  Scopus	867 pacientes e médicos de cuidados primários.	Ensaio clínico randomizado - I	Determinar se o anúncio de um vídeo sobre depressão ou um programa de computador multimídia interativa adaptado individualmente, aumentam as discussões sobre pensamentos suicidas.

**Quadro 3:** Distribuição dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo artigo (A), autor/ano de publicação/país, banco de dados/biblioteca, população/amostra, tipo de estudo/nível de evidência e objetivos. Sobral, CE, Brasil. (2014-2019)

A	Autor/ Ano/ País/ Base de dados- Biblioteca	População/Amostra	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivos
32	Santos <i>et al.</i> 2014  Portugal  Scopus	66 profissionais de saúde dos  Cuidados Saúde Primários	Estudo quase- experimental - III	Avaliar os resultados da formação “+Contigo”, desenvolvida por enfermeiros e dirigida a 66 profissionais de saúde das equipes de saúde escolar integrados nos Cuidados de Saúde Primários.
33	Dobscha <i>et al.</i> 2014  Afeganistão  MEDLINE - BVS	157 prontuários	Estudo descritivo quantitativo - IV	Examinar as ações do clínico geral administradas aos veteranos da Operação Liberdade Duradoura / Operação Liberdade do Iraque (OEF / OIF) após avaliações positivas de risco de suicídio

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. A quadro 4 apresenta estas peculiaridades que auxiliaram a nortear a categorização dos artigos conforme cada dimensão da gestão do cuidado em saúde.

**Quadro 4:** Categorização dos estudos incluídos na revisão integrativa segundo dimensões da gestão do cuidado em saúde e estratificações conforme resultados dos artigos. Sobral, CE, Brasil. (2014-2019)

<b>Dimensão da gestão do cuidado em saúde</b>	<b>Aspectos relativos à gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção básica</b>	<b>Artigos</b>
<b>Individual</b>	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
<b>Familiar</b>	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
<b>Profissional</b>	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
<b>Organizacional e sistêmica</b>	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

## 7. DISCUSSÃO

A síntese dos resultados e reflexões acerca das evidências encontradas nortearam-se conforme as dimensões da gestão do cuidado em saúde, desta maneira, considerou-se as dimensões de gestão do cuidado: individual, familiar, profissional, organizacional e sistêmica. A dimensão societária não poderia ser analisada somente a partir da amostra desta revisão, pois nesta reflete-se sobre como, em cada sociedade, as políticas públicas, inclusive a política de saúde, são desenvolvidas e qual o papel desempenhado pelo Estado na implementação de políticas sociais garantindo a plena cidadania (CECILIO, 2011).

### 7.1 Dimensão individual da gestão do cuidado

Investigar os comportamentos de risco para suicídio, além de necessário, torna-se um processo mais acessível ao profissional que planeja intervenções individualizadas, haja vista, esta estratégia de cuidado aumentar o engajamento do paciente em discutir sobre pensamentos suicidas (SHAH *et al.*, 2014). O CS pode ser gerenciado na APS, principalmente quando o usuário do serviço já busca apoio neste nível de assistência (DUEWEKE *et al.*, 2017). Há evidências que durante os meses que antecedem o ato suicida, os pacientes buscam mais frequentemente os serviços de APS e costumam expressar os pensamentos suicidas (YOUNES *et al.*, 2015).

Entretanto, essa realidade pode diferir em grupos específicos como sugere um estudo realizado na Noruega que apontou que imigrantes são menos propensos a entrar em contato com a APS antes do suicídio do que a população em geral (ØIEN-ØDEGAARD; RENEFLØT; HAUGE, 2019). Este fato reforça que é primordial considerar as individualidades e características de minorias grupais na captação do usuário, na compreensão dos modos de vida para que haja aproximação com fatores que potencializam o comportamento suicida, e no planejamento do cuidado (GALIMBERTTI; GÓBUS, 2021).

Nos grupos sociais, os fatores de risco agem de maneira vasta e individual, ou seja, personalizada dentro de cada pessoa (GALIMBERTTI; GÓBUS, 2021). Além disso, é preciso compreender que a busca pelo serviço de saúde nem sempre advém de queixas inerentes à saúde mental e/ou ao CS. Apesar de algumas pessoas apresentarem evidente estresse emocional, o usuário pode ir ao serviço para relatar outras queixas somáticas (OBANDO MEDINA; KULLGREN; DAHLBLOM, 2014).

O ato de não expressar o pensamento suicida é complexo e relaciona-se, entre outros fatores, ao receio de procurar apoio e de revelar a verdadeira extensão do sofrimento e das intenções suicidas, bem como, medo de hospitalizações psiquiátricas (JERANT *et al.*, 2019; MICHAIL; TAIT, 2016). Vale ressaltar que aspectos socioculturais, como a “cultura machista”, podem interferir na busca por cuidado e na forma como o CS é percebido pelo sujeito e pelo profissional de saúde (JERANT *et al.*, 2019).

Outro aspecto desta dimensão concerne aos fatores de risco individuais. Geralmente pessoas com CS experimentam múltiplos estressores psicossociais, bem como condições clínicas, como depressão, uso de substâncias psicoativas, dor crônica, transtornos psiquiátricos, entre outros (BANTJES, 2017; WINDFUHR *et al.*, 2016). Além disso, a recorrência de consultas, o uso de múltiplos psicotrópicos e a presença de múltiplos diagnósticos psiquiátricos são marcadores de risco individuais a serem avaliados pelos profissionais da APS (WINDFUHR *et al.*, 2016).

Há uma tendência de crescimento no número de encaminhamentos aos serviços especializados em pacientes que cometeram suicídio (WINDFUHR *et al.*, 2016). Arelado à afirmativa é postulado a necessidade de investigar e atuar mediante as barreiras para o cuidado já que, alguns pacientes 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 (DENNESON *et al.*, 2019; DUEWEKE *et al.*, 2017; SAINI; CHANTLER; KAPUR, 2016).

Ainda que medidas de cuidado sejam tomadas, evidências apontam que raramente são documentadas pelo profissional, as medidas de prevenção adotadas, como a solicitação de restrição ao acesso a armas de fogo, por exemplo. Inclusive, as ações interventivas e as discussões sobre questões psicossociais importantes, como problemas de relacionamento/parceria, de moradia são dificilmente registradas em prontuários e planos de cuidado (DOBSCHA *et al.*, 2014).

Para gerenciar o cuidado individual deve-se considerar a singularidade inerente ao alívio da sintomatologia psicossomática; acesso ao cuidado integrado na APS, já que precisam de apoio emocional e ajuda para desenvolver *insights* sobre suas emoções, mudar seu comportamento e regular seus sentimentos; ajuda para estabelecer conectividade e pertença, isto porque revelam necessitar estabelecer relações de apoio e confiança, proximidade emocional; 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, falta de moradia, entre outros (BANTJES, 2017).

É importante acrescentar 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, entre outros). 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 cuidado e prevenção do suicídio (WILLIAMSON *et al.*, 2019).

## **7.2 Dimensão familiar da gestão do cuidado**

O apoio familiar na gestão do cuidado é reconhecido, inclusive salientando a importância de o profissional auxiliar na resolução de conflitos intrafamiliares, apesar disso, os profissionais enfrentam algumas dificuldades em incluir a família neste processo (BANTJES, 2017; LECLoux *et al.*, 2017; VANNOY *et al.*, 2018). 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.

Ao intervir em comunidades indígenas por meio do *Promoting Community Conversations About Research to End Suicide* pesquisadores concluíram que as comunidades passaram a promover a ideia de que o suicídio de jovens indígenas ultrapassa as questões de aflições individuais e inserem-se em um contexto histórico complexo que demandam mudanças e apoio comunitário (TROUT *et al.*, 2018).

Há apreço pelo processo de união para realizar ações coletivas que respeitem aspectos socioculturais ao buscar as necessidades individuais e coletivas. Ações como o círculo de aprendizado ajudam a usar as experiências e conhecimentos da família e da comunidade como ferramentas para dar sentido ao suicídio juvenil, isto porque reformulam as concepções sobre o risco de suicídio e apoiam as pessoas na articulação de suas ideias de prevenção com base nas lógicas comunitárias de responsabilidade coletiva com autonomia, coparticipação do cuidado e resiliência (TROUT *et al.*, 2018).

### 7.3 Dimensão profissional do cuidado

Nesta dimensão do cuidado observou-se que apesar dos pacientes buscarem a APS e comunicarem as ideias suicidas, o que facilita rastreio do risco e implementação de intervenções, os profissionais têm grandes dificuldades no manejo dos pacientes (LEAVEY *et al.*, 2017; SAINI; CHANTLER; KAPUR, 2016). Este aspecto também é mencionado pelos usuários dos serviços que manifestam preocupações quanto ao treinamento e as habilidades dos médicos da APS em cuidar deste público (JERANT *et al.*, 2019).

Nesta perspectiva, consiste em 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 o cuidado 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, 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 sub-financiamento dos cuidados de saúde mental, prejudicando assim o gerenciamento do risco (MICHAEL; TAIT, 2016; OBANDO MEDINA; KULLGREN; DAHLBLOM, 2014; SAINI; CHANTLER; KAPUR, 2016).

Outro aspecto a ser considerado nessa dimensão diz respeito à ética do cuidado. O conflito entre as responsabilidades profissionais com a preservação da vida e a autonomia do paciente (o direito de tomar decisões sobre seu próprio tratamento), é preambulo no debate sobre a “falta de adesão terapêutica” (falha em seguir as orientações da terapia medicamentosa e/ou em participar do acompanhamento clínico) (SAINI; CHANTLER; KAPUR, 2016). 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, principalmente no caso de adolescentes (DENNESON *et al.*, 2016).

Um estudo transversal realizado no Brasil concluiu que uma das violências mais comuns na atenção primária à saúde é a tentativa de suicídio e que o desenvolvimento de ações de prevenção individuais e coletivas é baixo (RIBEIRO *et al.*, 2018). Este resultado é semelhante a outro estudo nacional que evidenciou que ações de prevenção 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 APS e o cuidado psicossocial (DE FREITAS SILVA; DE SOUSA NÓBREGA; DE OLIVEIRA, 2018; LEAVEY *et al.*, 2017; da SILVA *et al.*, 2017).

Acredita-se que, os agentes comunitários de saúde podem identificar e atuar na prevenção do suicídio. Isto porque, assim como os profissionais da equipe de enfermagem, 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 (DE FREITAS SILVA; DE SOUSA NÓBREGA; DE OLIVEIRA, 2018). Contudo, um estudo transversal realizado com profissionais da APS concluiu que técnicos de enfermagem e agentes de saúde apresentaram atitudes mais negativas que médicos e enfermeiros. Fato que interfere negativamente na qualidade do cuidado e ressalta a relevância de treinamentos contemplando habilidades cognitivas e mudanças nas atitudes a fim de favorecer a empatia e a compreensão do CS (STORINO *et al.*, 2018a).

No Brasil, o Instrumento de Avaliação da Assistência Profissional às Pessoas com Comportamento Suicida (IAAP-PCS) foi desenvolvido com o propósito de avaliar a assistência prestada por profissionais de nível superior da atenção primária às pessoas com comportamento suicida. O instrumento é composto por 50 itens divididos em cinco domínios: “identificação profissional”, “percepção profissional”, “experiência profissional”, “conhecimento/habilidade profissional” e “organização da rede de atenção”, destarte pode contribuir pesquisas epidemiológicas e no planejamento das ações (de LINHARES *et al.*, 2019).

Um estudo experimental realizado em Portugal, propôs realizar uma formação com profissionais da atenção primária atuantes em escolas e constatou eficácia na promoção de mudanças inerentes aos conhecimentos em prevenção do suicídio e mudança de atitudes. Os pesquisadores recomendaram maior investimento no planejamento e desenvolvimento de intervenções formativas aos profissionais na gestão do fenômeno (SANTOS *et al.*, 2014). Assim, a APS é um excelente sítio para avaliar continuamente o CS e, nesta perspectiva surgem 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 e *self-screener* eletrônico (ETTER *et al.*, 2017, ETTER *et al.*, 2018; FERRIN *et al.*, 2019).

No entanto, vale ressaltar que algumas vezes esses programas entoam discordâncias sobre a avaliação ou não do risco suicida. Entre as barreiras citadas para a gestão do cuidado com o uso do *Men and Providers Preventing Suicide* (MAPS), está o receio quanto às

consequências não intencionais da avaliação do CS; medo de reduzir a disposição do paciente em discutir pensamentos suicidas com o clínico 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 (JERANT *et al.*, 2019).

O médico e o enfermeiro são elos da cadeia de tratamento, no entanto, os mesmos reconhecem a necessidade de intervenções educativas sobre o tema com foco na melhoria das habilidades terapêuticas, já que frequentemente não sabem gerenciar o cuidado e, conseqüentemente tendem a transferir a responsabilidade do paciente para outros profissionais da rede. Em contrapartida, é importante considerar também, que os profissionais podem desenvolver sentimento de frustração e incompetência ao não conseguir auxiliar no cuidado. Por outro lado, quando capazes de ajudar sentem-se aliviados, o que elucida a importância de estratégias e ferramentas para promoção do cuidado como: treinamento; grupos terapêuticos; intervenções e participação ativa comunitária (MALAKOUTI *et al.*, 2015a; OBANDO MEDINA; KULLGREN; DAHLBLOM, 2014).

Assim, entre as ações inerentes a gestão do cuidado profissional da APS estão: avaliação da saúde mental; necessidade de 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 (uso de substâncias psicoativas, depressão, entre outros); aplicar modelos de triagem/avaliação de risco suicida para identificar CS; monitorar intervenções medicamentosas; observar retorno programado de pacientes; ampliar espaços para discussão sobre posse de arma e outros meios letais (restrições); recomendações para reduzir o uso de substâncias; abordar fatores de proteção; realizar encaminhamentos (DENNESON *et al.*, 2016; LEAVEY *et al.*, 2017; MALAKOUTI *et al.*, 2015a).

#### **7.4 Dimensão organizacional e sistêmica do cuidado**

Estratégias de intervenção e/ou rastreio/identificação do risco e fatores associados ao comportamento suicida têm sido desenvolvidas e implementadas com intuito de auxiliar os profissionais no processo de gerenciamento de risco e construção de planos de cuidados preventivos. Ainda assim, é desafiador implementar planos de tratamento, pois o equilíbrio de benefícios e riscos, é tal que, o que é aceitável para um paciente pode ser rejeitado por outro. Portanto, a escolha do tratamento deve ser baseada nos valores ou preferências do paciente (SAINI; CHANTLER; KAPUR, 2016). Apresenta-se nesta categoria de dimensão do cuidado,

essencialmente, aspectos inerentes ao cuidado em rede e ferramentas utilizadas com o objetivo de alcançar gestão do cuidado integral e resolutivo.

Garantir acesso à assistência psiquiátrica, apoio psicossocial integrado na APS e a colaboração intersetorial com referência e contra referência aos demais níveis de atenção é fundamental na gestão do CS (BANTJES, 2017). No entanto, entre fatores descritos como barreiras para o cuidado estão: dificuldades ao acesso a serviços de saúde mental secundários; longo tempo de espera; a má gestão dos encaminhamentos; falta de comunicação entre equipes de APS 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 (DENNESON *et al.*, 2016).

A comunicação profissional-paciente e entre os níveis de atenção à saúde também se apresentam como elementos chave no processo de cuidado (MICHAIL; TAIT, 2016). Estudos apontam que boas relações com as equipes de saúde mental facilitam o encaminhamento e o apoio adicional para atender às necessidades de tratamento do usuário. Desta maneira, a falta de acesso a equipes especializadas e a falta de comunicação entre os níveis de atenção dificulta as relações de trabalho colaborativo. Estas características podem implicar em ações de cuidado de caráter biologicista onde a medicação pode consistir no único tratamento disponível para aliviar os sintomas de saúde mental dos pacientes. Assim, o cuidado não é ordenado de acordo com as necessidades do paciente e sim, a depender dos serviços que estão ou não disponíveis (SAINI; CHANTLER; KAPUR, 2016).

Em contrapartida, neste estudo, foi possível perceber a incorporação de recursos tecnológicos multiprofissionais no processo de avaliação sistemática e identificação de pessoas com CS. Um protocolo do *Synergy Online System* desenvolvido para jovens que tinham acesso à internet, concluiu que este tipo de tecnologia viabiliza identificar o risco dos jovens, sobretudo, capacitá-los a conhecer e utilizar a rede de atenção por meio da sugestão de caminhos para o cuidado conforme as necessidades atuais do usuário. O protocolo possibilitou resposta oportuna e eficaz dos serviços de atenção para jovens com alto risco de suicídio (IORFINO *et al.*, 2017).

Os autores salientam que, apesar de não haver encaminhamento para os serviços de crise, os jovens tiveram acesso facilitado aos cuidados iniciais e conseguiu-se implantar muitas ações imediatas. Esse processo garantiu que os indivíduos de maior risco se apresentassem aos serviços de APS sem que houvesse atrasos relacionados à lista de espera

do serviço, o que comumente decorre de um descompasso entre demanda e capacidade do serviço (IORFINO *et al.*, 2017).

Um estudo experimental realizado no Irã indica que a integração entre um programa de prevenção do suicídio e a rede de atenção primária melhora as ações das equipes de saúde pois potencializa a capacidade de vigilância da depressão (diagnóstico e tratamento precoce) e do suicídio reduzindo a taxa de suicídio, especialmente nas áreas rurais. Assim, investir em uma abordagem integrada que envolva acadêmicos, provedores e sistemas de saúde pode melhorar a qualidade do programa e facilitar sua implementação (DENNESON *et al.*, 2016; MALAKOUTI *et al.*, 2015b).

Ademais, aponta-se que estratégias que trabalhem a temática de maneira clara com linguagem simples e acessível, discorrendo ainda sobre conteúdos motivacionais/informativos além do uso da multimídia personalizada (elementos gráficos, imagens e vídeos) representam uma ferramenta educacional relevante e mais eficaz já que podem aumentar a identificação e *feedback* do paciente, favorecendo reflexões e reduzindo o receio e as preocupações sobre a estigmatização (DENNESON *et al.*, 2016; JERANT *et al.*, 2019).

Ferramentas para rastreamento do risco suicida podem auxiliar no gerenciamento do cuidado. A *Behavioral Health Screen* (BHS), por exemplo, viabiliza além da estratificação do risco, a identificação de fatores de risco como depressão, uso de substâncias, uso abusivo de álcool, história de agressão física e comportamento sexual de risco. Portanto, a ferramenta pode auxiliar na tomada de decisões e direcionar os profissionais à uma avaliação mais detalhada (DIAMOND *et al.*, 2017).

Outra ferramenta que busca prever a ideação suicida é o *e-PASS Suicidal Ideation Detector* (eSID). Entretanto, é necessário indicar que, apesar da existência dessas ferramentas, ainda não há recursos adicionais que direcionem as ações/intervenções de cuidado conforme estratificação de risco (MEYER *et al.*, 2017). Denneson *et al.*, (2019) descrevem a intervenção de *coaching* em saúde como modalidade de intervenção centrada no paciente que se utiliza de valores pessoais e do estabelecimento de metas para facilitar o bem-estar. O Programa de Coaching em Saúde ocorre por telefone e utiliza estratégias de escuta reflexiva, entrevista motivacional, avaliação e responsabilização para facilitar a definição de objetivos, a articulação de etapas de ação e a realização de metas (DENNESON *et al.*, 2019).

Os autores, ao analisarem o programa como estratégia de intervenção em veteranos de guerra com ideação suicida, o consideraram uma abordagem promissora já que houve melhorias no bem-estar psicológico do grupo estudado. Um outro estudo inferiu que um serviço multidisciplinar de telemonitoramento liderado por farmacêuticos pode ser um recurso

a ser utilizado na atenção primária para monitorar e viabilizar intervenções precoces relacionados ao uso de antidepressivos como estratégia base para identificar e minimizar os riscos de suicídio (BHAT *et al.*, 2018).

Dentre as estratégias de cuidado na perspectiva de prevenção ao suicídio aponta-se a importância de estabelecer diálogo com profissionais, familiares e pessoas significativas; desenvolver ações de valorização à vida; falar sobre depressão; discutir os impactos do suicídio sobre os outros e apoiar na resolução de problemas. Existem ainda fatores de proteção como a religiosidade, apoio dos familiares, refletir sobre papéis sociais significativos e o impacto do suicídio nos familiares e amigos, conflitos de autoimagem, pensar no suicídio como uma solução problemática (LECLOUX *et al.*, 2017; VANNOY *et al.*, 2018).

Potenciais pontos de intervenção para políticas de prevenção do suicídio incluem protocolos de triagem e intervenção nos níveis estadual e nacional, bem como em áreas como educação, assistência médica e agências de serviços sociais e de saúde (LECLOUX *et al.*, 2017). Sobretudo, é preciso considerar que o contexto interpessoal, social e econômico em que ocorrem tentativas de suicídio, bem como problemas sistêmicos com a organização do cuidado dentro do sistema de saúde relacionam-se diretamente com a efetividade das políticas de prevenção do suicídio.

## 8. CONCLUSÃO

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 estão entre as estratégias de gestão do cuidado à pessoa com comportamento suicida.

Os profissionais de saúde desempenham papéis que ultrapassam a perspectiva biologicista e vão ao encontro do apoio emocional, do auxílio na resolução de problemas situacionais e do planejamento de ações conforme fatores de risco e proteção. Apesar das diversas ações de cuidado citadas na literatura, observa-se também inúmeros 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.

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 atenção primária, 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. 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 pouco discutidas.

Consiste em limitação da revisão, o fato de não incorporar literatura cinzenta, bem como, 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. Pois, todas as dimensões da gestão do cuidado analisadas apontam diversos desafios e elementos chave que podem



colaborar tanto com a compreensão da complexidade da temática quanto com o planejamento de ações estratégicas de cuidado em saúde à pessoa com CS.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. **Suicide Prevention**. American Psychological Association, 2017. Disponível em: <https://www.apa.org/advocacy/suicide-prevention>. Acesso em: 1 ago. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília (DF): 2014. Disponível em: [https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha\\_suicidio.pdf](https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha_suicidio.pdf). Acesso em: 1 ago. 2020.

BANTJES, J. ‘Don’t push me aside, Doctor’: Suicide attempters talk about their support needs, service delivery and suicide prevention in South Africa. **Health Psychology Open**, v. 4, n. 2, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2055102917726202>. Acesso em: 1 ago. 2020.

BHAT, S. et al. Evaluation of a Clinical Pharmacist-Led Multidisciplinary Antidepressant Telemonitoring Service in the Primary Care Setting. *Population Health Management*, v. 21, n. 5, p. 366–372, 2018. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/pop.2017.0144>. Acesso em: 1 ago. 2020.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. **Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil 2017 a 2020**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/17-0522-cartilha---Agenda-Estrategica-publicada.pdf>.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/17/2019-014-Publicacao-02-07.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília (DF): 1998. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19610.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm). Acesso em: 1 jan. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para

Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União. Brasília (DF): 2006.

Disponível em:

[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html). Acesso em: 1 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília (DF): 2010. Disponível em:

[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 13 set. 2020.

DA SILVA, N. K. N. DA et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 2, p. 71–77, 2018.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77>. Acesso em: 31 jul. 2020.

DE LINHARES, L. M. S. *et al.* Construction and validation of an instrument for the assessment of care provided to people with suicidal behavior. **Rev Saúde Pública**, v. 53, n. 48, p. 1-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000888>.

Acesso em: 01 jun. 2021.

DE FREITAS SILVA, P.; DE SOUSA NÓBREGA, M. DO P. S.; DE OLIVEIRA, E. Knowledge of the Nursing Team and Community Agents on Suicide Behavior. **Journal of Nursing UFPE**, v. 12, n. 1, p. 112–117, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23511>. Acesso em: 01 jun. 2020.

DENNESON, L. M. *et al.* Health Coaching to Enhance Psychological Well-being Among Veterans with Suicidal Ideation: a Pilot Study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 34, n. 2, p. 192–194, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30251215/>.

Acesso em: 10 mai. 2021.

DENNESON, L. M. *et al.* Treatment of veterans with mental health symptoms in VA primary care prior to suicide. **General Hospital Psychiatry**, v. 38, p. 65–70, 2016. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26412146/>. Acesso em: 10 mai. 2021.

DIAMOND, G. S. *et al.* Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care.

**American Journal of Preventive Medicine**, v. 53, n. 1, p. 48–54, 2017. Disponível em:

[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-3797\(17\)30171-X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749-3797(17)30171-X). Acesso em: 8 jun. 2021.

DOBSCHA, S. K. *et al.* Primary care clinician responses to positive suicidal ideation risk

assessments in veterans of Iraq and Afghanistan. **General Hospital Psychiatry**, v. 36, n. 3, p. 310–317, 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0163834313003447>. Acesso em: 8 jun. 2021.

DUEWEKE, A. R. *et al.* Can brief behavioral health interventions reduce suicidal and self-harm ideation in primary care patients? **Families, Systems and Health**, v. 35, n. 3, p. 376–381, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28737411/>. Acesso em: 8 jun. 2021.

DURKHEIM, É. **O suicídio**: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Ministério da Saúde. A rede e a prevenção do suicídio: prevenção na atenção primária. In: **Prevenção ao Suicídio**. Paraná: Escola de Saúde Pública do Paraná, 2018. p. 18.

ETTER, D. J. *et al.* Suicide Screening in Primary Care: Use of an Electronic Screener to Assess Suicidality and Improve Provider Follow-Up for Adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v. 62, n. 2, p. 191–197, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29195764/>. Acesso em: 8 jun. 2021.

ETTER, D. J. *et al.* Use of an Electronic Screener to Assess Adolescent Suicide Risk and Provider Follow-Up in a Primary Care Setting. **Journal of Adolescent Health**, v. 60, n. 2, p. S93–S94, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288792/>. Acesso em: 8 jun. 2021.

FERRIN, S. N. *et al.* Suicide Screening and Intervention Among Adolescents in the Primary Care Setting. **Journal of Adolescent Health**, v. 64, n. 2, p. S70–S71, 2019. Disponível em: [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(18\)30613-X/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(18)30613-X/fulltext). Acesso em: 01 jun. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FUKUMITSU, K. O. **Programa RAISE**: gerenciamento de crises, prevenção e posvenção do suicídio em escolas. São Paulo: Phorte, 2019. p. 17.

FUKUMITSU, K. O. Suicídio: do desalojamento do ser ao desertor de si mesmo. **Revista USP**, n.119, p. 103-114, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/151579>. Acesso em: 01 jun. 2021.

GALIMBERTTI, P. A.; BÓGUS, L. M. M. Incerteza, angústia e culpa na pós-modernidade: uma reflexão sobre a morte voluntária, na sociedade célere e disforme do século XXI. In: ALBUQUERQUE, I. M. N.; GALIMBERTTI, P. A. (orgs.). **Sociopolítica da saúde: a importância do SUS em época de instabilidade**. Sobral, 2021. p. 41-75. Disponível em: [http://www.uvanet.br/edicoes\\_uva/gera\\_xml.php?arquivo=sociopolitica\\_saude](http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=sociopolitica_saude). Acesso: 14 nov. 2021.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, ROBERTA; GRABOIS, VICTOR; MENDES JÚNIOR, W. V. (Ed.). **Qualificação de Gestores do Sus**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 153–190.

GUNNELL, D. *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. **The lancet**, v. 7, n. 6, p. 468-471, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext). Acesso em: 31 jul. 2020.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**, Partes I e II, tradução de Marcia Sá Cavalcante Schuback. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

IORFINO, F. *et al.* Using new and emerging technologies to identify and respond to suicidality among help-seeking young people: A cross-sectional study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 7, p. 1–14, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28701290/>. Acesso em: 31 jul. 2020.

JERANT, A. *et al.* Stakeholder views regarding a planned primary care office-based interactive multimedia suicide prevention tool. **Patient Education and Counseling**, v. 102, n. 2, p. 332–339, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220599/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

KALICHMAN, A. O.; AYRES, J. R. DE C. M. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, p. e00183415, 1 jan. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cTPxLbqWxgbjmyShw5FK8Sw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2020.

LEAVEY, G. *et al.* The failure of suicide prevention in primary care: Family and GP perspectives - a qualitative study. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 1–10, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29157221/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

LECLOUX, M. *et al.* A Longitudinal Study of Health Care Resources, Family Support, and Mental Health Outcomes Among Suicidal Adolescents. **Analyses of Social Issues and Public**

**Policy**, v. 17, n. 1, p. 319–338, 2017. Disponível em: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/asap.12139>. Acesso em: 01 jun. 2021.

MALAKOUTI, S. K. *et al.* Integration of suicide prevention program into primary health care network: A field clinical trial in Iran. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, v. 29, 2015a. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476228/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

MALAKOUTI, S. K. *et al.* Integrating a Suicide Prevention Program into the Primary Health Care Network: A Field Trial Study in Iran. **Bio Med Research International**, v. 2015, p. 193729, 2015b. Disponível em: Acesso em: 01 jun. 2021. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/193729/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018. 798 p.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2021.

MERHY, E. E. *et al.* Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 70–83, 10 jul. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/70-83/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MEYER, D. *et al.* Development of a Suicidal Ideation Detection Tool for Primary Healthcare Settings: Using Open Access Online Psychosocial Data. **Telemedicine and e-Health**, v. 23, n. 4, p. 273–281, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27662524/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

MICHAELIS. **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=cuidado>. Acesso em: 2 set. 2020.

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**, v. 6, n. 1, p. 11–13, 2016. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e009654>. Acesso em: 01 jun. 2021.

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 Family Practice**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24989871/>. Acesso em: 01 jun. 2021.

ØIEN-ØDEGAARD, C; RENEFLØT, A; HAUGE, L. J. Use of primary healthcare services prior to suicide in Norway: a descriptive comparison of immigrants and the majority population. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 518, p.1-7, jul. 2019. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4246-3>. Acesso em: 01 jun. 2020.

OLIVEIRA CECILIO, L. C. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 15, n. 37, p. 589–599, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of suicidal behavior Dialogues in Clinical Neuroscience**. Washington, DC: 2016. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31166>. Acesso em: 01 jun. 2020.

PIRES, M. R. G. M.; GOTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 294–299, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kjNGDNyZLXv7vtYWqVskwCB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2020.

RIBEIRO, M. M. R. *et al.* Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. esp. 4, p. 43–54, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kScVJBw6QB7CRmJ3zGmpPZH/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SAINI, P.; CHANTLER, K.; KAPUR, N. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients. **Health and Social Care in the Community**, v. 24, n. 3, p. 260–269, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25661202/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SANTOS, J. C. *et al.* Impact of “+contigo” training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 679–684, 2014. Disponível em: Acesso em: 01 jun. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292649/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SHAH, R. *et al.* The effect of targeted and tailored patient depression engagement interventions on patient-physician discussion of suicidal thoughts: A randomized control trial. **Journal of General Internal Medicine**, v. 29, n. 8, p. 1148–1154, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24710994/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SHER, L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. **QJM: An International Journal of Medicine**, v. 113, n. 10, p. 707-712, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32539153/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SHIOZAWA, P.; UCHIDA, R. R. An updated systematic review on the coronavirus pandemic: Lessons for psychiatry. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 330-331, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0975>. Acesso em: 31 jul. 2020.

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. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 47, n. 1, p. 9–17, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29207932/>. Acesso em: 01 jun. 2020.

STORINO, B. D. *et al.* Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4, p. 369–377, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PBG5mTwwVWyp88wrMgHrrkh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2020.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014: the Systematic Review of Economic Evaluation Evidence**. Austrália: 2014. p. 40. Disponível em: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf>. Acesso em: 01 mai. 2019.

TROUT, L. *et al.* Decoloniality as a Framework for Indigenous Youth Suicide Prevention Pedagogy: Promoting Community Conversations About Research to End Suicide. **American Journal of Community Psychology**, v. 62, n. 3–4, p. 396–405, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30561803/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

VANNOY, S. *et al.* The Perspective of Older Men with Depression on Suicide and Its Prevention in Primary Care: Implications for Primary Care Engagement Strategies. **Crisis**, v. 39, n. 5, p. 397–405, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29618265/>.

WALBY, F. A.; MYHRE, M. O.; KILDAHL, A. T. Contact with mental health services prior to suicide: A systematic review and meta-analysis. **Psychiatric Services**, v. 69, n. 7, p. 751–759, 1 jul. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29656710/>. Acesso em: 18 jun. 2020.



WHITTEMORE, R. et al. Methods for knowledge synthesis: An overview. **Heart and Lung Journal of Acute and Critical Care**, v. 43, n.5, p. 453–461, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2014.05.014>. Acesso em: 18 jun. 2020.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p.546-53, dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 18 jun. 2020.

WILLIAMSON, M. L. C. *et al.* Suicide screening: How to recognize and treat at-risk adults. **J Fam Pract**, v. 68, n. 9, p. 505-510, nov. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31725135/>. Acesso em: 18 jun. 2020.

WINDFUHR, K. *et al.* Suicide risk linked with clinical consultation frequency, psychiatric diagnoses and psychotropic medication prescribing in a national study of primary-care patients. **Psychological Medicine**, v. 46, n. 16, p. 3407–3417, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27650367/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries**. Geneva: 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 01 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health action plan 2013 - 2020**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: [http://www.who.int/entity/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/index.html](http://www.who.int/entity/mental_health/publications/action_plan/en/index.html). Acesso em: 14 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: A global imperative**. Geneva: 2014. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/). Acesso em: 18 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide : a resource for primary health care workers**. Geneva: 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67603>. Acesso em: Acesso em: 18 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Geneva: 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 01 ago. 2021.

YOUNES, N. *et al.* Attempted and completed suicide in primary care: Not what we expected?

**Journal of Affective Disorders**, v. 170, p. 150-154, 2015. Disponível em:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25240842/>. Acesso em: 18 jun. 2019.

## **APÊNDICE**

## APÊNDICE A – QUADRO SINÓPTICO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Título do projeto:** Gestão do cuidado ao comportamento suicida na atenção básica

### INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

<b>Título do artigo</b>		
1. Use of primary healthcare services prior to suicide in Norway: a descriptive comparison of immigrants and the majority population		
<b>Autores</b>		
Carine Øien-Ødegaard, Anne Reneflot, Lars Johan Hauge		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2019	BMC Health Services Research	Estados Unidos
<b>Objetivo</b>		
Investigar se há diferenças nos padrões de contato em diferentes pontos no tempo anterior ao suicídio entre imigrantes e a maioria da população da Noruega.		
<b>Delineamento</b>		
Este estudo baseia-se em dados do Registro norueguês de Causas de Morte, do Registro Populacional Norueguês e do Banco de Dados para o reembolso de despesas de saúde (KUHR). Os dados são de 4.341 vítimas de suicídio que morreram entre 2007 e 2014, aos 15 anos ou mais. Utilizou-se o teste qui-quadrado para associação. As análises foram realizadas utilizando-se a Stata 14.		
<b>Síntese dos resultados</b>		
Em comparação com pesquisas internacionais, as vítimas de suicídio na Noruega entram em contato com a APS um pouco mais do que a média, especialmente mais próximas na hora do suicídio. As vítimas com origem imigrante e maioria seguem o mesmo padrão geral, com maiores taxas de contato entre as mulheres, embora os imigrantes tenham uma taxa de contato geralmente menor do que a maioria da população. As diferenças entre as populações são mais substanciais 6 meses e 1 mês antes do suicídio do que na última semana. As vítimas mais jovens, e principalmente os homens, estão menos em contato com a APS antes do suicídio. Encontramos geralmente alto uso de APS antes do suicídio entre		

os idosos, com exceção das mulheres imigrantes mais velhas. No entanto, este é um grupo pequeno e, portanto, é difícil tirar conclusões. As diferenças devido ao status de imigrante são aparentemente tão grandes quanto as diferenças sexuais.

<b>Título do artigo</b>		
2. Construction and validation of an instrument for the assessment of care provided to people with suicidal behavior		
<b>Autores</b>		
Laura Maria Souza de Linhares, Patrícia Moita Garcia Kawakame, Daniel Henrique Tsuha, Albert Schiaveto de Souza. Ana Rita Barbieri		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2019	Rev. Saúde Pública	Brasil
<b>Objetivo</b>		
Desenvolver e validar um instrumento para avaliação da assistência às pessoas com comportamento suicida por profissionais da atenção primária à saúde.		
<b>Delineamento</b>		
Estudo metodológico iniciado com revisão de literatura e construção de um instrumento que, em sua primeira versão, continha 34 itens divididos em quatro domínios: “identificação profissional”, “percepção profissional”, “conhecimento/habilidade profissional” e “organização da rede de atenção”. O conteúdo foi validado pela técnica Delphi. A análise semântica foi realizada por profissionais de nível superior de maior e menor habilidades da atenção primária à saúde. Para a análise da consistência interna, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach.		
<b>Síntese dos resultados</b>		
Após quatro rodadas Delphi, o instrumento foi validado com 50 itens, divididos em cinco domínios: “identificação profissional”, “percepção profissional”, “experiência profissional”, “conhecimento/habilidade profissional” e “organização da rede de atenção”. Os últimos quatro domínios foram inseridos em escala Likert de cinco pontos. A análise semântica apresentou 93,6% de avaliações “bom” e “muito bom”. O alfa de Cronbach geral do instrumento foi de 0,90. O instrumento final mostrou-se capaz de avaliar o que se propõe. Pode auxiliar em pesquisas epidemiológicas e no planejamento de ações. A avaliação da abordagem profissional ao comportamento suicida é crucial para a organização		

dos serviços na atenção primária à saúde e para a integração dos diferentes pontos assistenciais de atenção.

<b>Título do artigo</b>		
3. Suicide screening: How to recognize and treat at-risk adults		
<b>Autores</b>		
Meredith L C Williamson, Grady Hogue, Jill Cotter, Susan Roberman, Gabriel Neal, Brandon Williamson		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2019	Behavioral health consult	Estados Unidos
<b>Objetivo</b>		
Descrever processo de triagem de suicídio em um estudo de caso		
<b>Delineamento</b>		
<p>Estudo de caso. Mulher de 30 anos, visitou seu médico de cuidados primários como acompanhamento para reavaliar sua tristeza pela perda de seu pai um ano antes. Emily era a cuidadora principal de seu pai e ainda vivia sozinha em sua casa. Emily tinha um histórico de dor crônica e transtorno depressivo grave e expressou sentimentos de inutilidade e desesperança sobre seu futuro desde a morte de seu pai. Além de sua resposta contínua de luto, ela relatou que se sentia pior na maioria dos dias. Ela completou o Patient Health Questionnaire-9, e os resultados indicaram anedonia, humor deprimido, retardo psicomotor, hipersonia, diminuição do apetite, diminuição da concentração e pensamentos de que ela estaria melhor morta.</p>		
<b>Síntese dos resultados</b>		
<p>Com base nos resultados preocupantes do item de suicídio do PHQ-9, o médico de Emily conduziu uma avaliação abrangente do risco de suicídio usando a entrevista clínica e o C-SSRS. Emily relatou que vivia diariamente ideações suicidas devido à falta de apoio social e ao desejo de estar com o pai falecido. Ela não havia tentado suicídio anteriormente e não tinha nenhuma intenção iminente de cometer suicídio. Emily tinha um plano de overdose de medicamentos opioides que ela vinha coletando há muitos meses. O médico determinou risco moderado de suicídio e consultou o consultor de saúde comportamental da clínica, um psicólogo, para confirmar um plano de tratamento. Emily e seu médico desenvolveram em colaboração um plano de segurança incluindo redução de meios. Emily concordou que seu</p>		

médico contatasse uma amiga para ajudá-la no planejamento de segurança e ela levou seus medicamentos opioides para a clínica de cuidados primários para descarte. As consultas de acompanhamento foram agendadas com o médico a cada duas semanas. O psicólogo estava disponível no momento da primeira consulta quinzenal. Após várias semanas de consultas quinzenais com o prestador de cuidados primários e a psicóloga, Emily não relatava mais ideação suicida e estava pronta para se engajar em estratégias de enfrentamento para lidar com o luto e sintomas depressivos.

### **Título do artigo**

4. Health Coaching to Enhance Psychological Well-being Among Veterans with Suicidal Ideation: a Pilot Study

**Ano**

**Periódico**

**Local do estudo**

2019

Journal of General Internal  
Medicine

Estados Unidos

### **Objetivo**

Determinar a viabilidade e a aceitabilidade de uma intervenção de coaching de saúde por telefone entre veteranos com ideação suicida

### **Delineamento**

Estudo piloto de método misto, de braço único. Sem grupo controle 22 veteranos do pós-11 de setembro com pelo menos uma consulta de cuidados primários do ano anterior e uma ideação suicida recente (3 meses anteriores) no programa de Coaching de Saúde para Ideação Suicida (WHC-SI) Os participantes completaram até oito sessões semanais de treinamento em saúde (30 a 60 minutos cada) por telefone com um técnico experiente em ambientes de atenção primária Os participantes completaram as avaliações no início e às 4, 8 e 16 semanas pós-linha de base As avaliações continham as escalas de bem-estar psicológico de Ryff. testes t de amostras pareadas. Após a intervenção, os participantes completaram o Questionário de Satisfação do Cliente 8 (CSQ8).

### **Síntese dos resultados**

Os participantes relataram experiências de programa positivas e descreveram aumentos nos

aspectos de bem-estar psicológico. Este estudo fornece evidências de que o WHC-SI poderia ser uma abordagem promissora centrada em soluções e centrada no paciente para apoiar os esforços de prevenção do suicídio entre veteranos com ideação suicida.

### **Título do artigo**

5. Stakeholder views regarding a planned primary care office-based interactive multimedia suicide prevention tool

### **Ano**

2019

### **Periódico**

Patient Education and  
Counseling.

### **Local do estudo**

Estados Unidos

### **Objetivo**

Estudo qualitativo usando entrevistas semi-estruturadas para solicitar as visões das partes interessadas na prevenção do suicídio na base da atenção primária. desenvolvimento de um programa multimídia personalizado para ativar homens de meia-idade com pensamentos suicidas para se envolverem com médico de cuidados primários PCCs.

### **Delineamento**

44 adultos auto-identificados como: sobrevivente de tentativa de suicídio; membro da família / ente querido de pessoa (s) que tentou ou morreu por suicídio; PCC; pessoal de escritório não-PCC; administrador de saúde; e / ou defensor da prevenção. s transcrições das entrevistas e notas de campo foram importadas para a versão 7 do ATLAS.ti (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH). Em seguida, empregamos uma abordagem indutiva de múltiplos estágios para codificação – triangulação.

### **Síntese dos resultados**

Um grupo temático relacionou-se à estrutura e à entrega do programa, abrangendo a crença dos temas de que a MAPS poderia ajudar na prevenção do suicídio. O segundo grupo temático relacionou-se com o conteúdo informativo e motivacional da MAPS, contendo os temas relacionados com a preparação do PCC para engajar efetivamente e cuidar de homens com pensamentos suicidas; o medo de revelar pensamentos suicidas a um clínico



requer hospitalização psiquiátrica ; a influência da identidade masculina (como os homens “se apresentam”) no cuidado em busca de pensamentos suicidas ; e a influência da masculinidade(qualidades tradicionalmente associadas aos homens) na interpretação dos pensamentos suicidas. Nossas análises revelaram uma barreira não relatada à divulgação de pensamentos de suicídio a um CAPS: o medo de que isso resulte em hospitalização psiquiátrica imediata. Alguns outros temas que observamos foram relatados anteriormente, mais notavelmente preocupações sobre o treinamento e habilidades do PCC em cuidar de pacientes com pensamentos suicidas, e as fortes influências da identidade masculina e masculinidade na busca de cuidados relacionados a pensamentos suicidas. Alguns PCCs se preocuparam com a possibilidade de revelar a necessidade de tratamento e recursos não facilmente acessíveis em seus escritórios. Entrevistados de várias categorias acreditavam que perguntar sobre a intenção de suicídio na MAPS poderia reduzir a disposição do paciente em discutir pensamentos suicidas com um clínico, e poderia exacerbar a tendência suicida.

**Título do artigo**

6. Suicide Screening and Intervention Among Adolescents In The Primary Care Setting...SAHM Annual Meeting, Psychological Well-Being: International Transcultural Perspectives, March 6-9, 2019, Washington, DC, USA

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2019	Journal of Adolescent Health	Estados Unidos

**Objetivo**

Identificar os adolescentes que relatam ideação suicida na atenção primária e avaliar os diagnósticos de comorbidades, manejo de medicamentos e outras intervenções que ocorreram antes, durante e após o evento de suicídio relatado

**Delineamento**

Estudo quantitativo. 113 adolescentes selecionados positivos para suicídio. As informações foram coletadas em clínicas de cuidados primários em uma metrópole do Meio-Oeste que presta atendimento a pacientes adolescentes e utiliza um computer decision support system

(CDSS). Revisões de prontuários foram conduzidas em adolescentes que triagem positiva para risco de suicídio.

### **Síntese dos resultados**

Entre 83 pacientes atendidos na consulta de atenção primária pós-incidente, 56 (67%) foram considerados de baixo risco de suicídio, 12 (14%) foram considerados de alto risco de suicídio e 15 (18%) que endossaram risco de suicídio não foram avaliados e o risco de suicídio era desconhecido. a identificação e o gerenciamento de jovens que endossam o suicídio são um importante resultado para a saúde pública. Os resultados atuais destacam claramente a necessidade de continuar monitorando e avaliando os jovens que se encontram em alto risco de suicídio. Além disso, é evidente que os jovens com quaisquer pensamentos ou tentativas suicidas prévias também garantem a avaliação contínua do risco em visitas subsequentes à atenção primária.

### **Título do artigo**

7. Decoloniality as a Framework for Indigenous Youth Suicide Prevention Pedagogy: Promoting Community Conversations About Research to End Suicide

**Ano**

**Periódico**

**Local do estudo**

2018

Am J Community Psychol

Estados Unidos

### **Objetivo**

Este artigo monitora as respostas da comunidade ao primeiro círculo de aprendizagem, realizado em 10 aldeias do Noroeste do Alasca, para avaliar a aceitabilidade do modelo PC CARES em contextos locais e até que ponto o modelo é mobilizado especificamente como um processo decolonial.

### **Delineamento**

A região participante é rural e remota, abrangendo 11 aldeias com população de 90 a 1.200 habitantes, distribuídas em aproximadamente 40.000 milhas quadradas.

### **Síntese dos resultados**

As comunidades participantes promoveram a ideia de que o suicídio de jovens indígenas não é apenas uma questão de indivíduos aflitos, mas de uma história complexa refletida no ato social fundamental do suicídio - e que intervenções eficazes requerem mudança no nível da comunidade. Em todas as aldeias, os participantes expressaram apreço pelo processo de se unirem para tomar ações coletivas e pelo fato de que as pessoas locais estavam liderando o esforço de uma maneira que respeitasse a cultura local e atendessem às necessidades locais. Reunindo-se como uma comunidade em torno da questão, os participantes desenvolveram um senso de aptidão e responsabilidade coletiva, a fim de mobilizar e coordenar entre os setores da comunidade. uma atividade pessoal e participativa, utilizando teorias de engajamento, interdependência e participação ativa para apoiar a aprendizagem como pessoal, significativa e experiencial.

<b>Título do artigo</b>		
8. Evaluation of a Clinical Pharmacist-Led Multidisciplinary Antidepressant Telemonitoring Service in the Primary Care Setting		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2018	Population Health Management	Estados Unidos
<b>Objetivo</b>		
Descrever a eficácia do telemonitoramento multidisciplinar de antidepressivos como um recurso da atenção primária.		
<b>Delineamento</b>		
Estudo de coorte retrospectivo observacional foi realizado de 3 de maio de 2016 a 19 de outubro de 2016 para avaliar a viabilidade da implementação de um serviço de telemonitoramento multidisciplinar de antidepressivos liderado por farmacêuticos clínicos, avaliar possíveis oportunidades de intervenção clínica farmacêutica e identificar quais pacientes com MDD seriam com maior probabilidade de se beneficiar deste serviço na atenção primária. 380 pacientes. A análise estatística descritiva foi realizada para analisar as características básicas do paciente e os resultados de adesão, efeitos adversos, ideações suicidas e intervenções farmacêuticas.		

**Síntese dos resultados**

O telemonitoramento é um recurso possível na atenção primária e pode monitorar os pacientes que precisam de intervenções precoces após o início ou atualização do antidepressivo para otimizar a adesão, mitigar os efeitos adversos e minimizar os riscos de suicídio. Das chamadas de acompanhamento fornecidas dentro de 2 semanas de iniciação ou atualização antidepressiva, os farmacêuticos clínicos identificaram a não adesão à medicação em 19%, observaram ideação suicida em 4% e forneceram intervenções em 42% das chamadas.

**Título do artigo**

9. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2018	Cad. Saúde Colet.,	Brasil

**Objetivo**

Verificar as atitudes de profissionais da atenção básica diante do comportamento suicida (n = 228)

**Delineamento**

Estudo transversal, com aplicação do Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida aos profissionais da atenção básica. O instrumento utilizado foi o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (Suicide Behavior Attitude Questionnaire - SBAQ) Análise de Variância (ANOVA) e pelo Teste de Tukey., TEST T. construídas tabelas para distribuição de frequências, médias, medianas e desvio padrão (DP) para cada variável.

**Síntese dos resultados**

Os técnicos de enfermagem e os agentes de saúde apresentaram atitudes mais negativas em relação aos demais profissionais. Com relação ao atendimento ou conhecimento de pessoas que tentaram suicídio, pouco mais de um quarto da amostra (25,9%) referiu que algum parente ou pessoa próxima tivesse morrido por essa causa e 69,7% já haviam tido contato

ou atendido pessoas que tentaram se matar. “Sentimentos em relação ao paciente”, “Capacidade para lidar com situações que envolvem o comportamento suicida” e concepções sobre o “Direito ao suicídio”. A formação dos profissionais deve contemplar habilidades cognitivas e mudanças nas atitudes que possam favorecer a empatia e a compreensão desses comportamentos, priorizando a capacitação dos agentes comunitários de saúde.

### **Título do artigo**

10. Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde / Health promotion, participation in collective actions and situation of violence among users of Primary Health Care

### **Ano**

### **Periódico**

### **Local do estudo**

2018

Saúde debate

Brasil

### **Objetivo**

Analisar a relação entre a promoção de saúde, mensurada por meio da participação em ações coletivas, e a violência entre usuários das unidades de saúde da atenção primária, no município de Ribeirão das Neves (MG).

### **Delineamento**

Estudo transversal de abordagem quantitativa, cuja metodologia consiste de entrevistas semiestruturadas com usuários da atenção primária. A análise estatística foi baseada em tabelas de frequências absolutas e percentuais para as distribuições uni e bivariada, destacando-se o perfil sociodemográficos. As associações e suas significâncias estatísticas foram avaliadas por meio do teste Qui-quadrado e da análise de correspondência. Foram entrevistados 628 usuários de 58 Unidades Básicas de Saúde

### **Síntese dos resultados**

As violências mais frequentes foram: verbal, psicológica e tentativa de suicídio. O desenvolvimento de ações de prevenção à violência na atenção primária é baixo. a baixa frequência de ações coletivas se associou fortemente à presença de violência e à tentativa

de suicídio. a participação em associações/ sindicatos se associa à ausência de violência psicológica, física e tentativa de suicídio. Religião = menor distribuição de tentativas de suicídio entre os participantes de cultos e atividades religiosas, e vice-versa, especialmente quando tais atividades foram relatadas por 76,1% da população.

### **Título do artigo**

11. Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida / Knowledge of the dolesc team and community dolesc on suicide behavior

**Ano**

**Periódico**

**Local do estudo**

2018

Rev enferm UFPE on line

Brasil

### **Objetivo**

Identificar o conhecimento e as estratégias de atenção que enfermeiros, equipe e agentes comunitários de saúde destinam à pessoa com comportamento suicida.

### **Delineamento**

Estudo quantitativo, descritivo realizado com enfermeiros, equipe de Enfermagem e agentes comunitários de saúde. 72 profissionais.

### **Síntese dos resultados**

76,4% dos profissionais demonstraram desconhecimento quanto à classificação de risco de suicídio. Acredita-se que ACS podem vir a identificar e atuar efetivamente na prevenção do comportamento suicida, contudo, neste estudo, detectou-se que parte das trabalhadoras não está suficientemente capacitada para a abordagem dessa questão. Neste estudo, salienta-se que enfermeiros, equipe de Enfermagem e ACS carecem de maior sustentação teórica para constituir ações concretas diante desse fenômeno. Nessa lógica, entende-se que a necessidade de capacitação é premente, uma vez que os enfermeiros e a equipe contribuem na atuação do ACS. sistema de comunicação entre os diferentes profissionais dos serviços  
Limitação do estudo é o tamanho da amostra, portanto, os resultados encontrados não podem ser generalizados a todos os serviços de saúde da ESF.

<b>Título do artigo</b>		
12. Suicide Screening in Primary Care: Use of an Electronic Screener to Assess Suicidality and Improve Provider Follow-Up for Adolescents.		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2018	Journal of Adolescent Health	Estados Unidos
<b>Objetivo</b>		
Avaliar a viabilidade do uso de um sistema existente de suporte à decisão por computador para monitorar pacientes adolescentes quanto à probabilidade de suicídio e fornecer orientação de acompanhamento aos médicos em um ambiente de atenção primária.		
<b>Delineamento</b>		
<p>Estudo de coorte prospectivo que examinou pacientes adolescentes quanto à probabilidade de suicídio e forneceu recomendações de acompanhamento aos profissionais. A intervenção foi implementada para pacientes com idades entre 12 e 20 anos em duas clínicas de cuidados primários em Indianápolis, Indiana. 2.134 Adolescentes com idades entre 12 e 20 anos que se apresentaram ao seu serviço de cuidados primários. O risco de suicídio foi avaliado no PSF, PHQ-2 e PHQ-9 ESTATÍSTICA DESCRITIVA calculamos a prevalência de suicídio e descrevemos as práticas de tratamento de acompanhamento do provedor. Os testes exatos de Fisher.</p>		
<b>Síntese dos resultados</b>		
<p>A taxa de suicidalidade adolescente no presente estudo (6%) foi semelhante às taxas de estudos anteriores, sugerindo que os procedimentos de triagem de suicídio neste estudo foram eficazes na identificação de adolescentes com histórico de suicídio. a triagem eletrônica de pacientes seguida por ações de alerta para os profissionais de saúde é viável e bem utilizada. Os profissionais de saúde documentaram o acompanhamento de 83% dos pacientes adolescentes que endossaram a probabilidade de suicídio. O presente estudo identificou a depressão como um forte preditor de suicídio. No entanto, nossos resultados sugerem que o risco de suicídio e a depressão nem sempre coocorrem. De fato, 24% dos adolescentes que endossaram a suicidalidade não relataram sintomas depressivos e um desses adolescentes foi considerado suicida por seu provedor. Assim, o uso de sintomas depressivos como critério de seleção para triagem de suicídio é geralmente garantido, mas</p>		

pode resultar em oportunidades perdidas de identificação, intervenção e tratamento da tendência suicida. Os prestadores de cuidados primários devem considerar rastreios universais e independentes para a depressão e a probabilidade de suicídio.

### **Título do artigo**

13. The Perspective of Older Men With Depression on Suicide and Its Prevention in Primary Care.

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2018	Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention	México

### **Objetivo**

Descrever: (a) o que os prestadores de cuidados primários (PCPs) podem fazer para prevenir o suicídio no final da vida adulta e (b) as atitudes dos homens mais velhos para discutir o suicídio com um PCP.

### **Delineamento**

Nossos dados vieram do Men's Health and Aging Study (MeHAS), um estudo transversal observacional de homens de baixa renda de origem mexicana e brancos que procuram cuidados de saúde na região do Vale Central da Califórnia. 77 participantes com depressão maior. Todos os homens participaram de uma entrevista qualitativa individual e aprofundada que durou de 1 a 2 horas e cobriu vários domínios, incluindo o tópico do suicídio.

### **Síntese dos resultados**

Três abordagens para prevenir o suicídio surgiram: conversando com eles sobre depressão, falando sobre o impacto de seu suicídio sobre os outros, e incentivando-os a serem ativos. Nosso estudo sugere que homens mais velhos provavelmente estarão abertos a discutir o suicídio com seu PCP, mas a minoria aborda o tema espontaneamente. Dificuldades em agir sobre o comportamento suicida envolvem os seguintes aspectos: religião (contradiz os benefícios do suicídio e propósito/significado da vida); conflito com identidade



(autoimagem pessoal e normas sociais mais amplas); Preocupações sobre o impacto nos outros (preocupação com a dor e a angústia que o suicídio causaria a outras pessoas, particularmente a suas esposas e filhos ou imaginaram como seria para os membros da família descobri-los mortos e a aflição que os causaria); papéis sociais significativos (refletiam sobre a perda de significado em sua vida à medida que envelheciam e referiam-se a seus papéis como pais, maridos, amigos e pacientes como protetores do suicídio); Falta de Capacidade Física ou Psicológica (falta de meios no momento da crise suicida e medo e da falta de coragem para tirar a própria vida); Medicação como parte do tratamento (a perspectiva da medicação entre esses participantes foi amplamente positiva, muitas vezes vista como tratamento protetor e salvador de vidas.

<b>Título do artigo</b>		
14. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio / Nursing actions in primary care to prevent suicide / Acciones de la 55dolescent em la atención primaria para preveccion del suicídio		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog	Brasil
<b>Objetivo</b>		
Descrever as ações realizadas pelo enfermeiro da atenção básica para prevenção do suicídio e discutir o processo de trabalho voltado para prevenção.		
<b>Delineamento</b>		
Exploratório-descritiva, de natureza qualitativa. 6 enfermeiras A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, à luz do referencial teórico de Minayo.		
<b>Síntese dos resultados</b>		
Embora enfermeiros percebam a necessidade de planejamento de intervenções quanto a essa problemática, considerando a gravidade de tal fato, ainda não se verificam ações		

organizadas e executadas homoganeamente entre as agendas de trabalho dos profissionais. a falta de identificação profissional com a área e inabilidade para enfrentar essa questão à falta de recursos, por meio de treinamento e capacitação sobre o suicídio, que possibilitem ao enfermeiro desenvolver habilidade e competência técnica para lidar e intervir nesse problema. Nas falas das participantes a seguir foi possível identificar a falta de preparo para lidar diretamente com questões ligadas ao suicídio. As falas ainda revelam possíveis motivos pelos quais ações no sentido da prevenção do suicídio não têm sido postas em prática, sendo unanimidade a ausência de treinamentos voltados para essa problemática.

<b>Título do artigo</b>		
15. Can brief behavioral health interventions reduce suicidal and self-harm ideation in primary care patients?		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	Families, Systems, & Health	Estados Unidos
<b>Objetivo</b>		
Examinar se as visitas breves de consultas de saúde comportamental reduziram a ideação suicida e auto agressiva em pacientes de cuidados primários.		
<b>Delineamento</b>		
Estudo retrospectivo foi realizado em uma clínica de cuidados primários que faz parte de um centro de saúde federalmente qualificado no centro-sul. Revisou-se os prontuários de 31 pacientes (amostra final) adolescentes e adultos consecutivos atendidos por serviços de saúde comportamental durante um período de 1 ano (janeiro a dezembro de 2016) para coletar dados para o presente estudo. Destes doentes, 42% (n = 102) relataram sentir pelo menos alguma ideação suicida na sua consulta inicial. Dados de intervenção foram obtidos a partir de registros de pacientes mantidos por BHCs. Os dados dos resultados foram obtidos a partir de um questionário aplicado em todas as consultas de saúde comportamental como parte do tratamento padrão. O questionário incluiu dois itens derivados do item 9 no Questionário de Saúde do Paciente-9 avaliando a frequência de ideação suicida e autoagressiva.		

### **Síntese dos resultados**

Os resultados fornecem evidências preliminares de que níveis leves a moderados de risco de suicídio (isto é, ideação suicida de intensidade e duração limitadas, planos ou preparo não resolvidos, poucos outros fatores de risco) podem potencialmente ser gerenciados na atenção primária através da integração de consultores de saúde comportamental na equipe de atenção primária. Melhorias foram vistas logo na segunda visita e geralmente foram mantidas entre as terceira e quarta visitas. Dada as visitas foram espaçadas aproximadamente 2 semanas de intervalo, isso sugere intervenções breves efeitos podem persistir por mais de um mês. Fornecer estas intervenções na atenção primária tem o potencial de aliviar os pacientes suicidas de vários ônus associados à busca de tratamento em contextos especiais de atenção à saúde mental (por exemplo, alto custo financeiro, longos tempos de espera). Direcionar diretamente o risco de suicídio em visitas de saúde comportamental pode ser mais eficaz na redução da ideação suicida e autoprovocada do que gerenciar a ideação indiretamente através do tratamento de transtornos psiquiátricos subjacentes, especialmente quando se trabalha com pacientes com maior risco.

### **Título do artigo**

16. Comprehensive Screening for Suicide Risk in Primary Care

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	Am J Prev Med.	Estados Unidos

### **Objetivo**

Identificar perfis de comportamentos de risco e estresse social associados a ideação e comportamento suicida, utilizando o Health Screen Behavioral

### **Delineamento**

Dez centros de atenção primária em áreas rurais e semi-urbanas no nordeste da Pensilvânia administraram a BHS como parte do atendimento clínico a 2.513 jovens (61,2% mulheres e 38,7% homens), com idade entre 14 e 24 anos.

Para abordar a necessidade de uma ferramenta de triagem validada, viável e abrangente, os

autores desenvolveram o BHS baseado na web. A BHS avalia todos os domínios recomendados para uma visita bem para pacientes com idade entre 12 e 24 anos. Teste da razão de verossimilhança de Vuong-Lo-Mendell-Rubin, SPSS, Análises de regressão logística.

### **Síntese dos resultados**

A BHS parece ser uma ferramenta de rastreamento promissora para ajudar os provedores de cuidados primários a avaliar com eficiência uma ampla gama de fatores de risco e identificar jovens em risco de suicídio. A BHS pode fornecer todas as informações necessárias a partir do autorrelato do paciente antes da entrevista clínica. Os resultados aqui sugerem que alguns fatores colocam os pacientes em uma categoria de maior risco, auxiliando assim o PCP na tomada de decisões críticas de triagem. Mesmo que o suicídio não seja relatado, outros problemas como depressão, uso de substâncias, uso de álcool, abuso físico e comportamento de risco sexual podem ser avaliados; todas as áreas recomendadas para avaliação em uma visita bem. Conseguiu rastrear os fatores de risco e encontrou 2 grupos O primeiro grupo teve baixa probabilidade de endossar esses fatores de risco. Este grupo estava em baixo risco de suicídio. O segundo grupo tinha uma alta probabilidade de endossar esses fatores de risco e este grupo tinha 11 vezes mais probabilidade de endossar uma tentativa anterior de suicídio, cinco vezes mais probabilidade de relatar alguma vez ter tido ideação suicida e três vezes mais probabilidade de relatar ideação suicida. O segundo grupo também foi mais provavelmente composto por participantes do sexo feminino e idosos.

### **Título do artigo**

17. 'Don't push me aside, Doctor': Suicide attempters talk about their support needs, service delivery and suicide prevention in South Africa.

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	Health Psychology Open	Africa do Sul

### **Objetivo**

Explorar as necessidades de apoio expressas de tentativas de suicídio em países em

desenvolvimento
<b>Delineamento</b>
Entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 80 pacientes adultos (46 mulheres e 34 homens) admitidos em um hospital urbano, após uma tentativa de suicídio. Os participantes tinham entre 18 e 67 anos. As entrevistas duraram entre 45 e 90 minutos e foram conduzidas pelo autor, que é psicólogo. Os dados foram analisados independentemente por dois pesquisadores utilizando análise de conteúdo temática.
<b>Síntese dos resultados</b>
as necessidades de apoio expressas pelos pacientes, a saber: (1) alívio de sintomas psiquiátricos e somáticos; (2) acesso a atendimento psicológico integrado em nível de atenção primária à saúde, (3) ajudar a estabelecer conectividade e pertença, (4) assistência com conflitos interpessoais e familiares e (5) ajuda prática para resolver problemas situacionais. os resultados destacam o contexto interpessoal, social e econômico em que ocorrem tentativas de suicídio, bem como problemas sistêmicos com a organização do cuidado dentro do sistema de saúde que impedem a prevenção do suicídio. Do ponto de vista dos participantes deste estudo, as abordagens multiníveis e a colaboração intersetorial parecem ser componentes importantes de um programa nacional de prevenção do suicídio na África do Sul. Parece, no entanto, haver uma série de problemas com a estrutura e a prestação de cuidados de saúde que impedem a realização desses ideais.

<b>Título do artigo</b>		
18. Development of a Suicidal Ideation Detection Tool for Primary Healthcare Settings: Using Open Access Online Psychosocial Data		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	Telemedicine and e-Health	Austrália
<b>Objetivo</b>		
Descrever o desenvolvimento de uma ferramenta de detecção de SI com base em dados computadorizados de autoavaliação, projetados para pacientes entre 18 e 64 anos que		

apresentam sofrimento psíquico em um centro médico.

### **Delineamento**

Em 158 participantes usou-se, para avaliar a capacidade diagnóstica do e-PASS, uma entrevista clínica estruturada servindo como padrão-ouro. O e-PASS foi completado 16.703 vezes entre outubro de 2009 e junho de 2013 por clientes com idade entre 18 e 64 anos. Ele foi completado por 15.605 indivíduos separados, com 94,5% dessas pessoas completando o e-PASS apenas uma vez, 4,4% completando duas vezes, 0,7% completando três vezes e 0,4% completando mais de três vezes com um máximo de sete vezes.

### **Síntese dos resultados**

A análise identificou onze fatores além do Kessler-6 para inclusão no modelo utilizado para prever a probabilidade de SI recente. O modelo teve um bom desempenho entre os sexos e grupos etários 18-64 (AUR 0,834, IC 95% 0,828-0,841, N = 16 703). Profissionais de saúde foram entrevistados; eles recomendaram que a ferramenta fosse incorporada aos sistemas de software médico existentes e que recursos adicionais fossem fornecidos, adaptados ao nível de risco identificado.

### **Título do artigo**

19. Using new and emerging technologies to identify and respond to suicidality among help-seeking young people: A cross-sectional study

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	J Med Internet Res	Austrália

### **Objetivo**

Examinar o uso de um protocolo de escalada suicida para responder à tendência de suicídio entre jovens em busca de ajuda.

### **Delineamento**

Os participantes (N=232) deste estudo incluíram jovens entre 16 e 25 anos que tinham acesso à Internet e estavam buscando ajuda através dos serviços primários de saúde mental

(headspace) ou on-line na comunidade pela primeira vez. O sofrimento psicológico atual foi avaliado usando o questionário Kessler-10 (K10). Sintomas semelhantes à hipomania nos últimos 12 meses foram avaliados usando um rastreador derivado da escala de autoclassificação de Altman. Sintomas semelhantes à psicose nos últimos 12 meses foram avaliados por meio de um rastreador derivado da escala Avaliação de Experiências Psicóticas - Sintomas Positivos da Comunidade, Escala de Atributos de Ideação Suicida (SIDAS), SPSS, Teste Kruskal-Wallis H para variáveis contínuas e o teste qui-quadrado.

### **Síntese dos resultados**

O uso do protocolo de escalada de suicídio do Synergy Online System como um complemento aos serviços primários de saúde mental tradicionais auxiliou a tomada de decisão clínica sobre o risco de suicídio e a necessidade de cuidados entre os jovens que relataram níveis mais altos de suicidalidade. Dos jovens na atenção primária, 13,5% (27/200) tiveram seu caso escalado para revisão clínica por um clínico ou equipe clínica antes de sua entrada em tratamento. É importante ressaltar que nenhum desses jovens foi encaminhado para serviços de crise, mas teve sua entrada em cuidados facilitada devido a uma maior necessidade clinicamente percebida de atendimento imediato. Esse processo de escalonamento garantiu que os indivíduos que se apresentassem aos serviços de atenção primária com maior suicidalidade não fossem atrasados por uma lista de espera de serviço, o que comumente decorre de um descompasso entre demanda de serviço e capacidade. O uso de tecnologias novas e emergentes é crítico para alcançar o alto número de jovens em risco na comunidade que não estão se apresentando aos serviços tradicionais. É importante ressaltar que, com o rápido aumento de tecnologias novas e emergentes para os cuidados com a saúde mental, há uma necessidade significativa de protocolos eficazes de escalada suicida que possam gerenciar de maneira adequada e eficiente os riscos. Este estudo demonstra o uso de tecnologias novas e emergentes para facilitar a avaliação sistemática e a detecção de jovens em busca de ajuda que apresentem tendências suicidas. Este protocolo capacitou o jovem, sugerindo caminhos para o cuidado que foram baseados em suas necessidades atuais. O protocolo também possibilitou uma resposta apropriada e oportuna dos provedores de serviços para jovens que relatavam alta probabilidade de suicídio, associada a outras comorbidades, incluindo sintomas semelhantes aos da psicose, e uma história de planos e tentativas de suicídio.

<b>Título do artigo</b>		
20. The failure of suicide prevention in primary care: Family and GP perspectives - a qualitative study		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	BMC Psychiatry	Reino Unido
<b>Objetivo</b>		
Examinar as barreiras para a identificação e o manejo eficazes de pacientes suicidas nos cuidados primários a partir das perspectivas dos médicos de clínica geral e familiares enlutados.		
<b>Delineamento</b>		
Estudo qualitativo de 72 familiares ou amigos íntimos enlutados pelo suicídio e 19 clínicos gerais que sofreram o suicídio de pacientes. examinar as barreiras para a identificação e o manejo eficazes de pacientes suicidas nos cuidados primários a partir das perspectivas dos médicos de clínica geral e familiares enlutados.		
<b>Síntese dos resultados</b>		
Parentes destacam falhas na detecção de sintomas e mudanças comportamentais e a incapacidade dos GPs de compreender as necessidades dos pacientes e seus contextos sociais. Uma percepção excessiva do tratamento antidepressivo é uma das principais fontes de críticas dos membros da família. Os GPs tendem a não ter confiança no reconhecimento e tratamento de pacientes suicidas e relatam inadequações estruturais na prestação de serviços.		

<b>Título do artigo</b>		
21. A Longitudinal Study of Health Care Resources, Family Support, and Mental Health Outcomes Among Suicidal Adolescents		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	Analyses of Social Issues and	Estados Unidos



	Public Policy	
<b>Objetivo</b>		
<p>Examinar as relações longitudinais entre quatro recursos (seguro público, serviços de atenção primária, tratamento de saúde mental baseado na escola e apoio familiar) e depressão e suicídio em uma amostra nacionalmente representativa de adolescentes suicidas.</p>		
<b>Delineamento</b>		
<p>O presente estudo utiliza um arcabouço conceitual que combina construtos de Andersen - Behavioral Model of Health Service Use and the Children's Network Episode Model (C-NEM). Análises longitudinais secundárias utilizando dados de uma subamostra de jovens suicidas do National Longitudinal Study of Adolescent to Adult Health (Add Health). A amostra incluiu todos os entrevistados que relataram durante a Onda I que “pensaram seriamente em cometer suicídio” no ano anterior e que tinham dados válidos para todas as variáveis do estudo n=1355. Para testar modelos longitudinais para os desfechos de interesse (depressão, ideação suicida e tentativas de suicídio na idade adulta), equações generalizadas de estimativa (GEE).</p>		
<b>Síntese dos resultados</b>		
<p>Em primeiro lugar, estes resultados indicam que os adolescentes suicidas continuam a ter um risco perturbadoramente elevado de pensamentos e comportamentos suicidas quando entram na idade adulta jovem. Em termos dos recursos habilitantes, apenas o apoio da família teve uma associação significativa ao longo do tempo com qualquer um dos resultados. Surpreendentemente, no entanto, o apoio da família não foi significativamente associado a nenhum dos resultados específicos do suicídio. Potenciais pontos de intervenção para políticas de prevenção do suicídio incluem protocolos de triagem e intervenção nos níveis estadual e nacional, bem como em áreas como educação, assistência médica e agências de serviços sociais e de saúde. As políticas nessas áreas devem incluir um foco mais forte na importância dos membros da família em relação à prevenção e intervenção, bem como o risco relativamente alto de suicídio e depressão entre os jovens que são socioeconomicamente desfavorecidos.</p>		

<b>Título do artigo</b>		
22. Use of an Electronic Screener to Assess Adolescent Suicide Risk and Provider Follow-Up in a Primary Care Setting		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2017	Journal of Adolescent Health	Estados Unidos
<b>Objetivo</b>		
<p>Descrever a utilização de um sistema informatizado de apoio à decisão clínica (CDSS) para rastrear o risco de suicídio entre adolescentes que se apresentam para cuidados primários e para solicitar que os prestadores implementem os serviços recomendados.</p>		
<b>Delineamento</b>		
<p>Os dados foram coletados a partir de um estudo maior sobre a implementação de um CDSS em dois centros de saúde urbanos qualificados no meio urbano. Os dados foram coletados a partir de um estudo maior sobre a implementação de um CDSS em dois centros de saúde urbanos qualificados no meio urbano.</p>		
<b>Síntese dos resultados</b>		
<p>O uso de um self-screener eletrônico proporcionou a oportunidade de rastrear um grande número de adolescentes para o risco de suicídio como parte dos cuidados primários de rotina. Os resultados demonstram que a depressão e o risco de suicídio não co-ocorrem consistentemente; portanto, a triagem para depressão pode não identificar efetivamente todos os adolescentes em risco de suicídio. O sexo feminino e o uso de substâncias no passado surgiram como preditores positivos do risco de suicídio. Dos 2134 adolescentes, 109 adolescentes (5%) foram positivos ao risco de suicídio. A depressão foi uma ocorrência comum em 82 adolescentes (4%) que relataram risco de suicídio e depressão.</p>		

<b>Título do artigo</b>
23. Suicide risk linked with clinical consultation frequency, psychiatric diagnoses and psychotropic medication prescribing in a national study of primary-care patients

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2016	Psychological Medicine	Inglaterra
<b>Objetivo</b>		
Analisar o risco de suicídio em relação aos padrões de consulta clínica, prescrição de medicamentos psicotrópicos e diagnósticos psiquiátricos		
<b>Delineamento</b>		
Estudo de caso-controle. Indivíduos com idade maior ou igual a 16 anos foram incluídos no estudo. Para maximizar o poder estatístico e precisão cada um dos 2384 suicídios foi combinado com até 20 controles vivos (46 899 no total) por gênero, idade em anos e prática registrada. Regressão logística condicional, estimamos os riscos relativos como <i>odds ratio</i> (OR).		
<b>Síntese dos resultados</b>		
A consulta de alta frequência, a prescrição de vários tipos de drogas psicotrópicas e a presença de múltiplas categorias de diagnóstico psiquiátrico, são marcadores úteis de risco elevado de suicídio em ambientes de cuidados primários. Há tendências claras de porcentagens crescentes de encaminhamento para serviços especializados com uma frequência de consulta número de tipos de drogas psicotrópicas prescritas no ano anterior ao suicídio e com o número de categorias de diagnósticos psiquiátricos já atribuídos. Não obstante, mais de três quartos das pessoas que morreram suicídio nos subgrupos de maior risco (ou seja, 512 consultas ou 53 tipos de medicamentos psicotrópicos prescritos no ano anterior ao suicídio, ou 53 categorias psiquiátricas já atribuídas) não foram encaminhadas.		

<b>Título do artigo</b>		
24. General practitioners' perspectives on primary care consultations for suicidal patients		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2016	Health and Social Care	Inglaterra
<b>Objetivo</b>		

Explorar as interpretações dos clínicos gerais sobre a comunicação e o tratamento dos pacientes na atenção primária que levaram ao suicídio e investigar os pontos de vista dos GPs sobre a relação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental antes do suicídio do paciente.

### **Delineamento**

39 clínicos gerais (GPs) foram entrevistados. Entrevistas presenciais semiestruturadas. Os GPs e o entrevistador tiveram acesso aos registros médicos do paciente durante as entrevistas. Entrevistas foram realizadas para explorar as interpretações dos GPs de consultas de pacientes na atenção primária, examinando (i) a maneira pela qual o sofrimento emocional do indivíduo foi interpretado pelos GPs; (ii) respostas dos GPs aos pacientes; e (iii) as relações e comunicação entre GPs e serviços de saúde mental antes do suicídio de um paciente. Os médicos gerais pediram informações sobre seus pacientes que haviam morrido por suicídio - estes incluíam detalhes dos problemas de saúde física e mental relatados em todas as consultas e tratamentos oferecidos no ano anterior à morte, especificamente a consulta final. Os GPs também foram questionados sobre suas preocupações com o paciente, os fatores que contribuem para a morte, a prevenção do suicídio, suas experiências com os serviços locais de saúde mental, especificamente no contexto de pacientes com ideação suicida e autoflagelação. Análise temática - Braun e Clarke.

### **Síntese dos resultados**

Os resultados são descritos conforme as seguintes vertentes: Interpretações dos GPs sobre tentativas de suicídio ou autoflagelação; Isolamento profissional – responsabilidade de esclarecer aos pacientes que algumas intervenções estavam indisponíveis devido restrições de recursos/subfinanciamento; a dicotomia entre Responsabilidades do GP versus autonomia do paciente; descontinuidade do cuidado.

### **Título do artigo**

25. Treatment of veterans with mental health symptoms in VA primary care prior to suicide

**Ano**

**Periódico**

**Local do estudo**

2016	General Hospital Psychiatry	Estados Unidos
<b>Objetivo</b>		
<p>Descrever os cuidados primários de veteranos de guerra (VA) recebidos com sintomas de saúde mental no ano anterior ao suicídio para identificar oportunidades de melhorar o atendimento</p>		
<b>Delineamento</b>		
<p>CASO-CONTROLE. Usaram dados de atestados de óbito de 11 estados que continham informações sobre indivíduos determinados a morrer por suicídio. Incluímos veteranos de 11 estados que morreram por suicídio em 2009 e que tiveram contato (por telefone ou pessoalmente) com um veterinário da VA (médico, enfermeiro, médico assistente) em um ambiente de atenção primária no ano anterior ao suicídio. resultando em uma amostra de 297 casos com 594 controles pareados. Amostra final de 118 pares combinados, testes qui-quadrado e teste t.</p>		
<b>Síntese dos resultados</b>		
<p>Os casos e controles receberam acompanhamento e tratamento de médicos de atenção primária semelhantes para sintomas de saúde mental. Os casos foram menos propensos do que os controles para preencher 90 ou mais dias totais de um antidepressivo durante o ano (<math>P=.02</math>), apesar de não haver diferenças nos pedidos de prescrição dos médicos (<math>P=.05</math>). Os casos e controles foram igualmente propensos a preencher 90 ou mais dias consecutivos de um antidepressivo (<math>P=.47</math>). Em ambos os grupos, 48% (<math>n=113</math>) receberam avaliação para ideação suicida na atenção primária. Identificaram, portanto, duas áreas para melhorar a atenção primária para veteranos em risco de suicídio: monitorar a adesão ao tratamento antidepressivo e melhorar a avaliação ideação suicida e acompanhamento para os veteranos com sintomas de saúde mental.</p>		

<b>Título do artigo</b>
26. Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: A qualitative study in the UK

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2016	BMJ Open	Reino Unido
<b>Objetivo</b>		
<p>Explorar as visões de médicos de clínica geral (GP) e experiências de avaliação, comunicação e gestão de jovens suicidas com o objetivo de coproduzir uma intervenção educacional sobre a prevenção do suicídio de jovens adaptada às necessidades percebidas dos GPs.</p>		
<b>Delineamento</b>		
<p>Estudo qualitativo em grupo focal utilizando análise de framework. Definição de 5 práticas gerais no centro da cidade em Nottingham. Participantes 28 GPs participaram (9 homens) com média de idade de 37 anos, 15 eram mulheres. A mediana do número de anos de experiência profissional foi de 13. Os participantes foram recrutados por meio de amostragem de conveniência com base na acessibilidade, interesse no estudo e disposição para participar.</p>		
<b>Síntese dos resultados</b>		
<p>3 temas emergiram dos dados em relação às atitudes e crenças do GP em relação ao suicídio; os desafios que os médicos de clínica geral experimentam quando se trata da avaliação e gestão do risco de suicídio em jovens; e formas ótimas de abordar alguns desses desafios por meio do fornecimento de educação especializada e treinamento visando o conhecimento e as habilidades clínicas dos GPs nesse campo. Os GPs destacaram a importância da comunicação aberta e do questionamento direto sobre o suicídio como forma de facilitar a divulgação e combater o estigma relacionado ao suicídio. No entanto, a maioria dos médicos expressou preocupação sobre a maneira ideal de se comunicar abertamente com os jovens durante as consultas. A falta de procura de ajuda e uma falta de vontade de revelar a verdadeira extensão do sofrimento e das intenções suicidas identificadas como as questões mais significativas, também identificaram que o envolvimento dos cuidadores nas consultas às vezes pode ser contraproducente. Dificuldades no acesso a serviços de saúde mental secundários, vias de encaminhamento disfuncionais e falta de comunicação com provedores de saúde mental foram identificadas pelos GP como obstáculos significativos para o gerenciamento efetivo de jovens suicidas,</p>		

tempo de espera; falta de comunicação com as equipes de crise, principalmente devido à falta de clareza sobre os níveis de gravidade de risco exigidos para encaminhamento. é indicativo de má ligação entre os profissionais da atenção primária e da saúde mental; Restrições práticas, como consultas limitadas no tempo e uma carga de trabalho pesada, foram percebidas pelos GPs como barreiras significativas para a realização de uma avaliação completa do risco de suicídio). O aprimoramento das habilidades terapêuticas dos GPs foi um tema recorrente nos dados. Estes apoiaram o uso de uma ferramenta de tomada de decisão guiada que facilitaria uma maneira padronizada de registrar o histórico de riscos, circunstâncias sociais em andamento e informar a decisão clínica sobre as opções de gerenciamento).

<b>Título do artigo</b>		
27. Integrating a suicide prevention program into the primary health care network: A field trial study in Iran		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2015	BioMed Research International	Irã
<b>Objetivo</b>		
Descrever e avaliar a viabilidade da integração de um programa de prevenção do suicídio com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) na redução da lacuna de acesso nos serviços de saúde mental.		
<b>Delineamento</b>		
Estudo quase experimental a comunidade que foi exposta à intervenção versus a comunidade que não foi exposta. Locais de estudo consistem em dois condados em Lorestan, uma província localizada no oeste do Irã. Características socioculturais semelhantes. Treinamento de 49 GPs, 180 técnicos de saúde e 120 Behvarzes no local de intervenção foi baseado no modelo Waterfall. A implementação da fase de intervenção durou um ano. SPSS.		
<b>Síntese dos resultados</b>		

Após um ano de intervenção, a taxa de conclusão de suicídio foi de 6,3 por 100.000 em Khorramabad (a região de intervenção) e 18,9 por 100.000 em Khoohdasht (a região de controle). A taxa de conclusão de suicídio na região de intervenção foi reduzida de 12,5 pessoas por 100.000 em 2007 para 6,3 em 2008, perto da taxa média em todo o país. A região de controle, no entanto, experimentou menores reduções, de 19,3 pessoas por 100.000 em 2007 para 18,9 em 2008. Durante o período do estudo, 1293 indivíduos tentaram o suicídio nas duas cidades (Khorramabad = 1060, Khoohdasht = 233). Isso se traduziu em 203 casos no local de intervenção e 110 no site de controle por 100.000. 538 indivíduos com transtornos depressivos foram identificados; 525 (97,6%) pacientes vieram do local de intervenção e 13 (2,4%) do local de controle. Nossos resultados indicam que a integração de um programa de prevenção do suicídio à rede de APS melhorou a funcionalidade dos serviços PHCs -Primary Health Care- existentes, aumentando a capacidade de vigilância da depressão e do suicídio na APS e reduzindo o número de suicídios, especialmente nas áreas rurais. Os achados também sugerem que a melhoria da capacidade da rede de APS de selecionar, identificar e tratar pacientes deprimidos é parcialmente viável. Também demonstram que investir em uma abordagem integrada que envolva acadêmicos, provedores e sistemas de saúde pode melhorar a qualidade do programa e facilitar sua implementação.

### **Título do artigo**

28. Attempted and completed suicide in primary care: Not what we expected?

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2015	Journal of Affective Disorders	França

### **Objetivo**

Comparar as características de indivíduos que tentam suicídio para aqueles que completam o suicídio em um mesmo ambiente de cuidados primários

### **Delineamento**

Estudou-se pacientes “suicidas” da French Sentinel general practice Network (FSN) de 2009 a 2013. N= 639. Os dados foram coletados prospectivamente com perguntas



padronizadas por meio de uma pesquisa online. Testes qui-quadrado, testes exatos de Fisher para características categóricas e teste t de Student. Testes para covariáveis contínuas e *Odds Ratios*.

### **Síntese dos resultados**

No ano anterior ao evento suicida, os GPs identificaram depressão em cerca de metade dos pacientes suicidas e dificuldades psicológicas em dois terços, sem diferenças entre tentativa de suicídio (SA) e suicídio consumado (SC). Nos três meses que antecederam o evento, os GPs deram suporte psicológico com maior frequência à AS (43,7%) do que ao SC (32,2%),  $p < 0,05$ . Não houve outra diferença significativa na gestão de SC e SA: GPs prescritos antidepressivos para cerca de quatro em cada dez pacientes e encaminharam um paciente em quatro para um psiquiatra. Em termos de manejo dos GPs, eles apresentam características mais comuns: não há diferença na identificação de dificuldades psicológicas no ano anterior ao ato e nos cuidados colaborativos de manejo primário / especializado nos três meses precedentes, exceto no que diz respeito às solicitações psicológicas mais frequentes. Os GPs demonstram dificuldade de lidar com pacientes suicidas e que o CS pode desviar a atenção dos clínicos.

### **Título do artigo**

29. Integration of suicide prevention program into primary health care network: A field clinical trial in Iran

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2015	Medical Journal of the Islamic Republic of Iran	Irã

### **Objetivo**

Avaliar a viabilidade da integração às redes de APS e examinar os efeitos de um programa na taxa de suicídio e tentativa de suicídio.

### **Delineamento**

Estudo de intervenção comunitária sem um grupo de controle - caso controle. Esta pesquisa

foi realizada simultaneamente nas cidades de Nahavand e Savojbolagh, localizadas nas províncias de Hamedan (oeste) e Alborz (centro). Assim, a população alvo era toda a população de Nahavand com 180'658 e Savojbolagh com 238'081 pessoas. O estudo foi realizado durante 18 meses de outubro de 2009 a março de 2011 e a intervenção administrada durante 12 meses de abril de 2010 a março de 2011. Para fornecer uma ferramenta de triagem, os seguintes passos foram tomados: 1) fornecer uma lista de verificação primária para sintomas depressivos composta de 41 itens retirados dos critérios do DSM-IV; 2) validade de conteúdo foi aprovada por dois psiquiatras e dois psicólogos trabalhando nos serviços de saúde mental; 3) preenchendo a lista de verificação por um psicólogo para 70 indivíduos, 35 casos com depressão maior (de acordo com os critérios do DSM-IV) e 35 sem transtornos mentais. A consistência interna foi avaliada pelo cálculo do coeficiente de Cronbach.

### **Síntese dos resultados**

Após um ano de intervenção, a taxa de suicídio tornou-se de 4,98 e 3,36 por cem mil habitantes em Nahavand e Savojbolagh, respectivamente (16 e 1,6 por 100.000 no ano anterior à intervenção, respectivamente, 2009-2010). A proporção entre mulheres e homens de cometer suicídio foi de 2: 1 em Nahavand e 1: 1 em Savojbolagh. Este estudo aprovou a viabilidade e eficácia da integração do programa de prevenção do suicídio na APS. O aumento da taxa de suicídio em Savojbolagh pode estar relacionado à baixa taxa de rastreamento e falta de instalações de tratamento (hospitalização e eletroconvulsoterapia (ECT) e psiquiatra em meio período. O aumento das capacidades de APS pode melhorar a eficiência da rede de saúde para identificar e gerenciar depressão. e em risco de suicídio. As seguintes sugestões poderiam melhorar a qualidade da implementação de tais programas: 1. Os principais gerentes de saúde devem estar bem treinados para apoiar e monitorar o projeto; 2. Fornecendo ferramentas de triagem mais eficazes; 3. Reduzir o burnout de Behvarzes no período de triagem por meio da contratação de entrevistadores treinados / ampliando o tempo de execução do estudo; 4. Reduzir o estigma de suicídio e depressão através do aumento da conscientização pública; 5. Fornecimento de instalações de saúde mental disponíveis para sobreviventes e suas famílias; 6. Fornecer instalações acessíveis de tratamento e consulta para sobreviventes.

<b>Título do artigo</b>		
30. A qualitative study on primary health care professionals' perceptions of mental health, suicidal problems and help-seeking among young people in Nicaragua		
<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2014	BMC Fam Pract.	Nicarágua
<b>Objetivo</b>		
Explorar como os profissionais de atenção primária à saúde na Nicarágua percebem os problemas de saúde mental, os problemas suicidas e o comportamento de busca de ajuda dos jovens		
<b>Delineamento</b>		
Estudo foi realizado em três centros de atenção primária à saúde (PHCC) em León, Nicarágua. Desenho qualitativo. Análise temática.		
<b>Síntese dos resultados</b>		
<p>Este estudo revelou uma série de barreiras na prestação de cuidados adequados aos jovens com problemas de saúde mental na APS na Nicarágua. Ao mesmo tempo, os profissionais da APS entrevistados sugeriram diferentes maneiras de melhorar o tratamento e reconheceram que não tinham conhecimento. Os enfermeiros refletiram que não tinham treinamento suficiente para cuidar dos problemas de saúde mental. Normalmente, uma enfermeira encaminhava o paciente para um médico (médico geral) que, por sua vez, encaminhava o paciente para um psicólogo ou psiquiatra com o mesmo argumento. Nem todos os informantes compartilharam essa visão; alguns deles foram mais flexíveis com o tempo durante suas consultas e reconheceram que os pacientes com sintomas somáticos devem ter um exame mais detalhado que também examine os problemas sociais e familiares. Tempo limitado, recursos econômicos e humanos insuficientes e falta de privacidade na sala de consulta foram alguns fatores descritos como barreiras para ajudar jovens com comportamento suicida. Dificuldade de comunicação com os jovens. A falta de conhecimento sobre como gerenciar esses pacientes foi destacada como um aspecto fundamental. Os médicos e enfermeiros pediram um programa intensivo para que eles pudessem saber como lidar com pacientes em diferentes níveis de risco. Eles também sugeriram que os adolescentes precisavam de um lugar para se encontrar e compartilhar</p>		

seus problemas, e fazer reuniões regulares no centro de APS faria os jovens sentirem que a APS é o lugar certo para ir quando eles têm problemas de saúde mental.

### **Título do artigo**

31. The effect of targeted and tailored patient depression engagement interventions on patient-physician discussion of suicidal thoughts: A randomized control trial.

### **Ano**

2014

### **Periódico**

J Gen Intern Med

### **Local do estudo**

Estados Unidos

### **Objetivo**

Determinar se um vídeo de anúncio de serviço público/ public service announcement (PSA) de depressão direcionada ou um programa de computador multimídia interativa adaptado individualmente/interactive multimedia computer program (IMCP) leva ao aumento da discussão sobre pensamentos suicidas em pacientes com alto risco de depressão clínica quando comparada a uma atenção ao controle.

### **Delineamento**

Ensaio clínico randomizado. Estudo foi multicêntrico, estratificado, grupo paralelo randomizado controlado, comparando os efeitos de uma intervenção do paciente alvo, uma intervenção do paciente sob medida e um controle sobre o paciente e encontrar comportamentos relacionados e resultados. N=867. Pacientes e médicos de cuidados primários. Os pacientes foram selecionados usando o PHQ-8 (usado em vez de PHQ-9 para triagem telefônica). Estatísticas descritivas e inferenciais análise de regressão logística.

### **Síntese dos resultados**

Entre os pacientes com escore PHQ-9  $\geq 10$ , a discussão do Provedor de Atenção Básica – PCP – sobre pensamentos suicidas foi significativamente maior no grupo do programa de computador multimídia interativo – IMCP – do que no grupo controle (razão de chances ajustada = 2,33, intervalo de confiança de 95% = 1,5, 5,10, p = 0,03). Não houve efeitos significativos de qualquer intervenção na discussão PCP de pensamentos suicidas entre pacientes com escore PHQ-9 < 9. Concluíram que a intervenção atua na disposição dos

pacientes de iniciar e participar de discussões relacionadas à depressão, tornando o clínico mais à vontade para investigar pensamentos suicidas em seus pacientes.

### **Título do artigo**

32. Impact of “+contigo” training on the knowledge and attitudes of health care professionals about suicide

**Ano**

**Periódico**

**Local do estudo**

2014

Revista Latino-Americana de Enfermagem

Portugal

### **Objetivo**

Avaliar os resultados da formação “+Contigo”, desenvolvida por enfermeiros e dirigida a 66 profissionais de saúde das equipes de saúde escolar integrados nos Cuidados de Saúde Primários

### **Delineamento**

Estudo quase-experimental, sem grupo de controle. Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida

Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida. Teste t de Student. A formação foi ministrada em três cursos de formação de 21 horas cada, destinados a profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e profissionais das equipes de saúde escolar.

### **Síntese dos resultados**

A formação foi eficaz em promover mudanças desejadas nos participantes, tanto do ponto de vista dos conhecimentos em prevenção do suicídio como da mudança de atitudes. Acredita-se que as mudanças ocorridas contribuem para a detecção precoce de pessoas em risco de suicídio e para melhorar a sua referenciarão para tratamento/acompanhamento adequados. A formação e treinos formais deveriam ser disponibilizados a todos os profissionais de saúde envolvidos na prevenção do suicídio e no tratamento de pessoas com esse tipo de comportamento. Os enfermeiros detêm conhecimentos científicos e

pedagógicos que os colocam em posição privilegiada nas equipes de saúde, para desenvolverem essa formação.

**Título do artigo**

33. Primary care clinician responses to positive suicidal ideation risk assessments in veterans of Iraq and Afghanistan.

<b>Ano</b>	<b>Periódico</b>	<b>Local do estudo</b>
2014	General Hospital Psychiatry	Estados Unidos

**Objetivo**

Examinar as ações do clínico geral após avaliações positivas de risco de suicídio administradas aos veteranos da Operação Liberdade Duradoura / Operação Liberdade do Iraque (OEF / OIF). Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF)

**Delineamento**

Estudo quantitativo – prontuários 157

**Síntese dos resultados**

Ações de cuidado: Clínicos de cuidados primários frequentemente documentaram discussões sobre uso de drogas ou álcool ( n = 138; 88%), e recomendações específicas para reduzir ou restringir o uso de álcool ou drogas foram documentadas para 47 dos 138 (34%); discutir problemas ocupacionais (70%) e de relacionamento com parceiros (71%) e problemas de dor (93%). No entanto, clínicos de cuidados primários documentaram discussões sobre o acesso de armas de fogo para apenas 15% dos pacientes, e recomendações específicas para restringir o acesso a armas de fogo foram encontradas para apenas três pacientes. Os resultados sugerem que ainda existem barreiras para os médicos consultarem e aconselharem veteranos em risco de suicídio, incluindo discussões sobre acesso a armas de fogo e estressores psicossociais relevantes para o risco de suicídio. Mulheres com SI podem ter menos probabilidade de receber aconselhamento para reduzir o uso de álcool e drogas.

