

## Prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde: uma análise dos âmbitos de atuação profissional

### Suicide prevention in Primary Health Care: an analysis on the spheres of professional activity

Eduardo Sousa Gotti<sup>1</sup>, Marcele Camila Gomes<sup>1</sup>, João Gabriel Ferreira Argondizzi<sup>1</sup>, Elimar Adriana de Oliveira<sup>1</sup>, Nayara Machado de Sousa<sup>1</sup>

[1] Universidade Federal do Triângulo Mineiro | **Título abreviado:** Prevenção do suicídio na Atenção Primária | **Endereço para correspondência:** | **Email:** | **doi:** doi.org/10.18761/PAC000738.out21

**Resumo:** Resumo: O suicídio é um problema de saúde pública que tem ganhado maiores dimensões nas últimas décadas. Entretanto, o Brasil conta com uma política de prevenção ainda recente. O presente trabalho consiste em uma análise conceitual sobre a prevenção do suicídio a partir das produções nacionais sobre as ações preventivas ao suicídio desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde, considerando o período de 2010 a 2020. Buscou-se, baseado nesta análise, programar as ações preventivas em uma perspectiva comportamentalista. Para tanto, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde a partir dos unitermos: «Suicídio»; «Atenção Primária»; «Prevenção». Foram recuperados 12 artigos e eles foram lidos na íntegra. Dos artigos foram inventariadas as ações descritas e, na sequência, foram analisadas as ações a partir dos âmbitos de atuação profissional. Conclui-se que, em mais da metade (23) das ações analisadas (n = 38), o conceito «prevenção» designa ações correspondentes a outros âmbitos de atuação profissional. As ações identificadas, quando abrangem o âmbito preventivo, apresentam descrições pouco operacionais, dificultando a sua implementação prática. A obra que subsidia o presente estudo tem potencial para contribuir na delimitação de práticas preventivas, no delineamento de mudanças de práticas culturais e nas propostas de políticas públicas de prevenção.

**Palavras-chave:** Suicídio; Prevenção; Atenção Primária; Saúde Mental.

**Abstract:** Suicide is a public health problem that has gained greater dimensions in recent decades. However, Brazil has a prevention policy that is still recent. The present work consists of a conceptual analysis on suicide prevention based on national productions on suicide preventive actions developed in the context of Primary Health Care, considering the period from 2010 to 2020. Based on this analysis, an attempt was made to program preventive actions in a behavioral perspective. For this purpose, a search was carried out in the Virtual Health Library using the keywords: “Suicide”; “Primary attention”; “Prevention”. Twelve articles were retrieved and they were read in full. From the articles, the actions described were inventoried and, subsequently, the actions were analyzed from the scope of professional activity. It is concluded that, in more than half (23) of the actions analyzed (n = 38), the concept “prevention” designates actions corresponding to other areas of professional activity. The actions identified, when they cover the preventive scope, have little operational descriptions, making their practical implementation difficult. The work that supports this study has the potential to contribute to the delimitation of preventive practices, to the delineation of changes in cultural practices and to proposals for public prevention policies.

**Keywords:** Suicide; Prevention; Primary Care; Mental Health.

O suicídio é um fenômeno multifacetado e complexo, influenciado por diferentes fatores em interação e, por essa razão, não existe um manejo único para esse problema de saúde pública. Os comportamentos suicidas são aqueles no qual o sujeito age para tirar a própria vida (Banaco, 2001). Esses comportamentos abrangem uma variedade de graus de intensidade: ideações de morte, ideações suicidas (com planejamento de meios) e as tentativas de suicídio (Botega, 2015; Cliquet et al., 2021). Essas tentativas, e não o suicídio propriamente dito (óbito auto provocado) (Sidman, 1989/1995), são comportamentos operantes e, desse modo, sensíveis aos controles das consequências que produzem.

As ideações suicidas podem ser mantidas por consequências reforçadoras negativas, ao ter uma função de esquiva de demandas aversivas (sociais e/ou laborais) (Cliquet et al., 2021). Elas podem ser rumações com topografia insólitas e fazerem parte de um padrão de comportamento passivo, uma vez que não agem no ambiente para a suspensão da fonte de estimulação aversiva (Abreu & Abreu, 2020). Podem ser mantidas por reforço social de ouvintes. Quando essas ideações são relatadas, podem ter funções de pedidos indiretos, na forma de mandos disfarçados (Banaco, 2001; Comtois & Landes, 2020; Cliquet et al., 2021). Bem como podem ocorrer como um padrão problemático de regulação emocional, mantido por reforçadores negativos (Leonardi & Josua, 2021), além do papel do controle verbal e das auto-regras no histórico de pessoas que aprenderam, em função de seus ambientes coercitivos, que uma forma de se livrarem de aversivos incontrolláveis seria por meio da morte (Dougher & Hackbert, 1994).

Enquanto um operante, uma das dimensões do comportamento suicida é a frequência. Sabe-se que a cada suicídio efetivado, há uma estimativa de dez a vinte tentativas (Dallalana et al., 2019), mas que 56% dessa população que tenta suicídio já morrem na primeira tentativa (Ribeiro et al., 2016). As contingências instauradoras e mantenedoras do comportamento suicida são diversas, dificultando lidar com esse problema de sensível gravidade. Essas contingências podem estar relacionadas ao declínio de situação econômica, rupturas de relacionamentos afetivos como separação, divórcio, viuvez, problemas relacionados a grandes centros urbanos, como

o isolamento social, pobreza, áreas de criminalidade, sobrecargas de trabalho, dentre outras condições que são contextos individuais, socioculturais e situacionais) (Organização Mundial da Saúde 2012).

O suicídio é a principal causa de morte de pessoas que apresentam transtornos mentais (Zortea et al., 2020) e é uma preocupação global, haja vista que por ano cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio (Pessoa et al., 2020). O número de casos de suicídio tem crescido nas últimas décadas mas, a despeito desse cenário, poucos países têm desenvolvido políticas para preveni-lo (Antoniassi et al., 2019) e no Brasil, a sua Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS) é recente, sancionada em 2019 a partir da Lei n. 13819 (Cruz et al., 2021). Há uma necessidade de encarar esse fenômeno de forma multidimensional, considerando o papel das variações culturais onde ele ocorre, que podem influenciar desde suas possíveis motivações até os meios empregados (Rosa et al., 2017).

Considerando que o nível de organização voltado à promoção da saúde e prevenção de doenças é a Atenção Primária à Saúde (doravante APS), é importante observar as práticas desenvolvidas nesse nível. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2014), a APS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que objetiva atenção integral, de forma a impactar nas condições de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes das coletividades. Para tanto, ocorre em nível individual e coletivo, abrangendo promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

Nesse nível de atenção à saúde preconiza-se a proximidade com a comunidade e a resolutividade das demandas. Nele é que se dá o acesso a outros serviços de saúde disponíveis em outros níveis organizacionais. Esses outros níveis organizacionais são o Secundário e o Terciário, nos quais, respectivamente, as ações em saúde mental teriam por referência os dispositivos de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial e o Hospital (Ribeiro et al., 2021). Os três níveis e os dispositivos de saúde que neles operam, a partir de ações de referenciamento, compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS). As redes foram concebidas a partir das diretrizes dispostas pela por-

taria nº 4.279/2010. Essas redes são caracterizadas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2014, p. 9).

No nível da APS é proposto a continuidade dos cuidados, de maneira a garantir um acompanhamento longitudinal da saúde da comunidade. Nela as práticas de saúde são executadas de forma multiprofissional (Gusso & Machado, 2019). Essas características organizacionais, potencialmente, possibilitariam a promoção de ações preventivas ao suicídio, o que se justificaria pela dimensão do problema, visto que o suicídio está entre as dez maiores razões de morte em todos os países e, uma das três maiores causas, quando é analisada a faixa etária dos 15 aos 35 anos (Pessoa et al., 2020).

Uma revisão da literatura nacional sobre manejo de comportamentos suicidas na APS, abrangendo artigos de 2016-2021, apontou que apesar de características favoráveis da APS (e.g., facilitação de criação de vínculos, acolhimento, identificação avaliação, acompanhamento regular dos indivíduos com comportamento suicida e dos fatores de risco, acesso facilitado por meio de visitas domiciliares e acesso a fatores protetivos dos usuários das unidades de saúde), os profissionais desse nível de atenção à saúde demonstram-se incapazes e desamparados para exercer os manejos. Ressaltam ainda que os profissionais demandam por capacitação que possibilite ações preventivas.

Somado a essas dificuldades, a taxa de pessoas que buscam a APS apresentando comportamento suicida é alta (Ferreira et al., 2018). Dados de pesquisa na Inglaterra apontaram que 91% das pessoas que tentaram suicídio consultaram um profissional da APS ao menos uma vez no ano anterior ao suicídio; 50% destes tiveram sua última consulta no mês anterior e 1/6 na semana antecedente à morte por suicídio (Linhares et al., 2019).

Estudos de rastreamento de risco do comportamento suicida em triagens na população usuária da APS se mostraram insuficientes e com um limitado alcance preditivo. Apesar de apontarem um risco aumentado de comportamento suicida em adultos, os rastreios são menos precisos em relação à população mais velha (O'Connor et al., 2013). Revisões

sistemáticas e ensaios clínicos randomizados sobre prevenção e manejo de comportamento suicida apontaram para o emprego de terapêuticas não farmacológicas, como as terapias cognitivas comportamentais e dialéticas comportamentais, sendo estas mais eficazes do que comparadas às terapias usuais. Em outro estudo, também foi apontado sobre intervenções farmacológicas como a prescrição de quetamina e lítio para pessoas com transtorno de humor unipolar e bipolar (D'Anci et al., 2019).

As terapias usuais disponíveis para pessoas que tentam o suicídio, de maneira geral, ocorrem em contexto de emergência, são pontuais e breves, e chamadas de “acolhimento”. Entretanto, a maneira como o acolhimento é feito nem sempre é de forma adequada (quando os profissionais da saúde agem de forma hostil ou com desaprovação) (Vidal & Gontijo, 2013). Faltam aos profissionais capacitações para abordar e manejar casos com comportamento suicida (Ribeiro et al., 2021), o que estabelece contexto para sentimentos negativos e atitudes desfavoráveis por parte dos profissionais em relação a esse tipo de demanda (irritabilidade, insegurança). Sentimentos e atitudes esses que são reduzidos a partir de capacitações, conforme avaliado por meio do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QACS) aplicado em Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no estudo de Medeiros et al. (2020).

O acolhimento de casos de comportamento suicida na APS é composto de quatro etapas, que são: 1) Identificação de casos; 2) Avaliação prévia de risco; 3) Manejo dos casos de baixo risco; 4) Encaminhamento para rede de saúde mental (ABP, 2014). Em parte, essas dificuldades de abordar e manejar o comportamento suicida ocorrem em função da inespecificidade do termo acolher. Faz-se necessário treinamentos para abordar e manejar os casos com comportamento suicida (Ribeiro et al., 2021) e que dê ênfase a aspectos pragmáticos (serviços de referências e contrarreferência na rede, planos de crises) e compassivos (habilidades empáticas, reflexivas) (Medeiros et al., 2020), capazes de possibilitar uma contexto de audiência não punitiva (Cliquet et al., 2021), capazes de proporcionar alívio, acolhimento, valorização e fortalecimento de aliança terapêutica (ABP, 2014).

Apreende-se disso que o “acolhimento” diz respeito a um sentimento experimentado pelo usuário do sistema de saúde quando está em contato com uma contingência não punitiva para os seus relatos. Contingência essa estabelecida a partir dos comportamentos do profissional da saúde ao abordar e manejar o caso por meio de ações que podem ser desde a avaliação de risco, tomadas de decisão sobre o risco, construção de um plano de crise, decisões sobre segurança dos meios, dentre outros (Comtois & Landes, 2020). Contudo, essas intervenções são estratégias empregadas quando o comportamento suicida já está instalado. Se essas intervenções descritas acima são reconhecidas como prevenção, há um problema em torno da concepção do que significa essa palavra e que precisa ser melhor avaliado, haja vista seu potencial efeito pernicioso nas práticas de saúde.

O conceito de prevenção difundido nas áreas da Saúde é fortemente influenciado pelo modelo de Leavell e Clark (1976), e concebe níveis, conforme proposto por Chaves (1980) citado por Botomé e Stédile (2015), que são: 1) Prevenção Primária; 2) Prevenção Secundária e 3) Prevenção Terciária. Botomé e Stédile (2015) apontaram para falta de precisão que essa concepção dispõe, destacando sérias implicações sociais, profissionais, científicas e educacionais. Os autores (Botomé & Stédile, 2015) avaliaram este modelo como dificultador da discriminação de práticas que comportam diferentes âmbitos de ação e que, por essa razão, estão implicadas em diferentes cenários de atuação, bem como requerem condições específicas de treinamento profissional. As críticas a esses três níveis de prevenção se sustentam no fato de que na prevenção secundária e terciária, o problema a ser prevenido (e.g., o comportamento suicida) já está instalado – o que descaracterizaria o próprio conceito de prevenção (Botomé & Stédile, 2015).

Botomé e Stédile (2015) consideram que classificar as práticas profissionais designadas para cada um dos três níveis de atuação como “prevenção” (ainda que primária, secundária e terciária) compromete a percepção dos profissionais a respeito do trabalho em seu campo de atuação. Tendo em vista que os profissionais podem praticar ações classificadas como preventivas quando a rigor não estão atuando genuinamente de forma preventiva, o que

assim seria considerado no que tange à denominada prevenção primária.

Uma concepção de prevenção alternativa a de Leavell e Clark (1976) foi proposta por Gordon (1983), estabelecendo uma classificação dos níveis de prevenção que pudesse abranger uma concepção multifatorial do processo saúde-doença. Essa concepção se desvencilha do paradigma biomédico mecanicista anterior, que se estabelecia sobre a identificação biológica da etiologia das doenças. Além disso, essa proposta tem a vantagem de descrever qualitativamente o público alvo das estratégias de prevenção, e não uma descrição ordinal que pode sugerir prioridades entre os níveis. Ações preventivas em saúde seriam aquelas feitas antes da condição de adoecimento, buscando evitá-lo. Os níveis de prevenção propostos por Gordon (1983) são: universal, seletivo e indicado.

A prevenção universal consiste em ações recomendadas ao público em geral. Dentre as ações correspondentes a esse nível estão as políticas de saúde mental, educação e conscientização sobre saúde mental, acesso a cuidados de saúde, políticas de diminuição do uso prejudicial do álcool, informação responsável da mídia, restrição do acesso a meios letais (Cruz et al., 2021, Sakashita & Oyama, 2019). As ações de prevenção seletiva são aquelas recomendadas apenas a membros de um subgrupo da população, distintos por estarem mais propensos à exposição de vulnerabilidades e riscos acima da média (e.g., não apesar do risco aumentado não apresentam comportamento suicida). As ações características desse nível são: rastreamento de indivíduos em risco, canais de suporte como serviço telefônico, intervenções para grupos em vulnerabilidade (Cruz et al., 2021). Quanto às ações preventivas indicadas, estas são focadas em pessoas que estão expostas a um risco mais acentuado, e que no esquema clássico, foram abordadas a partir da prevenção secundária (Gordon, 1983). Destacam-se algumas ações indicadas: suporte da comunidade, acompanhamento psicossocial, avaliação e manejo de transtornos associados aos comportamentos suicidas (Cruz et al., 2021, Sakashita & Oyama, 2019).

Ademais, na prática profissional, o comportamento suicida pode ser compreendido pelo menos de duas maneiras, e a distinção destas ajuda a conduzir duas diferentes estratégias de cuidado que são

manejo e tratamento (Comtois & Landes, 2020). Essas diferentes concepções sobre o comportamento suicida são: 1) como uma variação comportamental drástica em uma contingência depressora; 2) comportamento-alvo independente.

Na primeira concepção, o comportamento suicida, apesar de sua drástica topografia, é um padrão de comportamento problemático dentre outros apresentados por uma pessoa sob contingências depressoras (Dougher & Hackbert, 1994), que são contextos nos quais repertórios de resolução de problemas são comprometidos, há pouca disponibilidade de reforço para interações sociais adequadas e grave empobrecimento de fontes de reforçadores naturais. A partir dessa concepção é possível intervir sobre as condições clínicas na forma de tratamento, com o objetivo de que o comportamento suicida seja resolvido na medida em que a condição clínica geral seja resolvida. Na segunda concepção, o comportamento suicida é considerado a parte da condição clínica geral, de maneira com que o comportamento suicida possa ser abordado de forma pontual, prioritária, independente e imediata. Atendida essa emergência, as demais condições clínicas, sejam elas relacionadas à depressão, uso de substâncias ou outros diagnósticos, poderão ser abordadas no tratamento (Comtois & Landes, 2020).

Conforme apontado, diferentes maneiras de abordar o suicídio implicam em diferentes maneiras de disponibilizar ações de cuidado. A mesma concepção que apreende o suicídio como o resultado de um contexto depressor e que orientam ações terapêuticas, pode orientar ações preventivas, isto é, agir sobre as contingências antes que os comportamentos problemáticos se desenvolvam e evoluam para topografias drásticas como o suicídio. As ações de prevenção primária, conforme a descrição clássica, ou as universais e seletivas, conforme a descrição de Gordon (1983), podem contribuir no sentido de agir sobre as contingências de maneira a se tornar menos provável o aparecimento de problemas de saúde mental. Isso seria o que poderia ser visto como efetivamente uma ação preventiva segundo Botomé e Stédile (2015). Contudo, se o suicídio é um “patamar de risco” a ser evitado e isso poderia ser feito em níveis secundários ou seletivos e indicados, essas ações já não podem ser encaradas com preventivas, uma vez que as condições proble-

máticas já foram instaladas.

A visão de prevenção apresentada por Botomé e Stédile (2015) é rigorosa quanto a delimitar a ela a especificidade do sentido de “agir antes do problema”, e não de mitigá-lo ou retardar a sua evolução. Nesse sentido, mesmo a proposta de prevenção de Gordon (1983) ainda encontra problemas quando analisadas a partir dos múltiplos âmbitos de ação. A concepção de prevenção apresentada por Botomé e Stédile (2015, p. 37) pode ser sintetizada em três tópicos: 1) “Prevenir o avanço ou o desenvolvimento de algo não é a mesma coisa que prevenir a ocorrência desse ‘algo’”; 2) “Para atuar preventivamente é preciso agir em relação aos fatores que determinam os problemas e não em relação às características ou sintomas já existente.” Desse modo, isso “Significa que o objeto de atuação profissional não é um problema existente e sim a probabilidade de sua ocorrência, possibilitando uma atuação para que o problema, objeto da intervenção, não ocorra” e 3) “O que importa é sempre atuar antes que o problema ocorra e de uma forma que ele nunca venha a ocorrer”.

Considerando que confusões conceituais podem implicar em prejuízos nas práticas profissionais e que, conforme declarado por Botomé e Stédile (2015), qualquer trabalho na sociedade pode ser examinado a partir da perspectiva dos âmbitos de atuação profissional (e.g., como em outras temáticas de saúde, segundo Rebelatto e Botomé, 1987) é que esse trabalho se justifica. Nesse sentido, a presente pesquisa tem por escopo fazer uma análise conceitual sobre a prevenção do suicídio, a partir das produções nacionais relatadas em artigos nos últimos dez anos, sobre as ações de prevenção no contexto da APS. A partir dessa análise, objetiva-se destacar as ações, descritas na literatura, que seriam genuinamente preventivas, de acordo com Botomé e Stédile (2015), e como estas poderiam ser programadas a partir de uma perspectiva comportamentalista.

## Metodologia da revisão

O presente trabalho fez um levantamento das atividades de prevenção do suicídio desenvolvidas na APS e publicadas em periódicos científicos. Para tanto, foi realizada uma revisão dos artigos

**Tabela 1 – Tipos de atuação (classes de comportamento) profissional possíveis de realizar no campo profissional da Saúde (Rebelatto & Botomé, 1987)**

Tipos ou classes de comportamentos profissionais	Caracterização dos processos comportamentais a serem apresentados por profissionais diante dos diferentes tipos de problemas com os quais se defrontam na sociedade
Atenuar	Atenuar sofrimento produzido por danos definitivos nas condições de vida dos organismos, no ambiente ou nos problemas sociais
Compensar	Compensar danos irreversíveis nas condições de vida dos organismos, no ambiente ou nos problemas sociais existentes
Reabilitar	Reabilitar (limitar, reduzir) danos produzidos nas condições de vida (organismos lesados) ou nas condições sociais ou ambientais existentes
Recuperar	Recuperar (eliminar) danos produzidos na qualidade das condições de vida dos organismos ou do ambiente em que vivem
PREVENIR	Impedir a ocorrência de danos nas características das condições de vida dos organismos, na sociedade ou no ambiente em que vivem tais organismos
Manter	Manter características adequadas nas condições de vida dos organismos, do ambiente ou da sociedade em que eles vivem
Promover	Promover melhores condições de vida existentes nos organismos ou melhores condições para a vida no ambiente, físico ou social, com que se relacionam.

indexados na *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS) nos últimos dez anos (2010 – 2020). Período este que abrange desde a concepção das RAS no final de 2010 (Brasil, 2014). Até a presente data (25/05/2021) em que foi realizada a busca pelas produções indexadas na BVS sobre o tema *suicídio* foram encontradas 63458 produções. Ao especificar a busca com o termo “*prevenção*”, esse número diminuiu para 12796. Especificando ainda mais a partir do termo “*atenção primária*”, obteve-se 315 artigos. Nos últimos dez anos (2010 – 2020), seguindo os critérios de inclusão (artigos completos em português e focados na APS) esse número resultou em 15 artigos. A revisão incluiu apenas artigos em português, haja vista o interesse em delimitar o escopo de produções em nível nacional. Foram utilizados os unitermos: *suicídio*; *prevenção*; *atenção primária*. Apenas os textos que estavam completamente disponíveis na plataforma de pesquisa foram utilizados. Dos 15 artigos encontrados, que foram lidos na íntegra, somente 12 artigos integraram a

revisão<sup>1</sup>, posto que um deles referia-se a ações no contexto hospitalar (nível Terciário de Atenção em Saúde) e outros dois foram publicados fora do período que a revisão abrange (2006, 2008).

Essas atividades foram analisadas segundo os múltiplos âmbitos de atuação profissional discutidas por Botomé e Stédile (2015) que elencaram sete âmbitos de atuação profissional caracterizados pelas ações: *Atenuar*; *Compensar*; *Reabilitar*; *Recuperar*; *Prevenir*; *Manter*; e *Promover*. As definições de cada uma delas foram elencadas por Rebelatto e Botomé (1987) e estão resumidas e reproduzidas na Tabela 1. Os títulos foram simplificados com a finalidade de adequar o texto à formatação da tabela.

1 Os artigos que são utilizados nessa revisão, por tratar-se da base documental para a análise conceitual da presente pesquisa, estão destacados na referência a partir do asterisco (\*). Isso facilitará o leitor identificar os artigos científicos analisados.

As ações identificadas nos artigos foram agrupadas em categorias de acordo com funcionalidades comuns, de maneira que as variações nas formas das descrições foram desprezadas. Depois, essas ações foram organizadas segundo os âmbitos de atuação profissional exposto por Botomé e Stédile (2015).

## Resultados e discussão

Conforme apontando, seguindo os critérios de exclusão, restaram apenas 12 artigos. Isso revela uma escassez nas produções sobre a prevenção do suicídio na APS. O número de artigos nacionais voltados à prevenção na Atenção Primária nos últimos 10 anos representam apenas 0,017% de toda a produção científica sobre o tema suicídio disponível nessa plataforma.

**Tabela 2. Categorias de ações desenvolvidas na Atenção Primária e os âmbitos de atuação correspondente**

Ações	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Prevenção</b>												
Treinamento/preventivo			x	x	x		x	x			x	
Referenciamento			x	x				x				
Participação social						x						
Promoção de educação							x					
Articulação dos serviços de saúde								x				
Conscientização							x					
Identificação de vulnerabilidades											x	
Investimento em ciência									x			
<b>Recuperação</b>												
Projeto terapêutico singular			x	x				x				
Acolhimento	x		x				x	x		x	x	
Mecanismos de apoio											x	
Encaminhamento para o CAPS/NASF <sup>2</sup>								x				x
<b>Reabilitação</b>												
Controle de vendas de medicamentos e acessos a substâncias químicas	x											
<b>Atenuação</b>												
Avaliação e classificação de risco			x	x			x				x	
Treinamento/manejo			x							x		
Manejo de comportamento suicida										x		
Rastreamento de não aderentes			x									
Monitoramento			x									
Contrato de não suicídio							x					

Nota. 1) Rosa et al. (2015); 2) Rosa et al. (2017); 3) Silva et al. (2017); 4) Silva et al. (2017); 5) Ferreira et al. (2018); 6) Ribeiro et al. (2018); 7) Silva et al. (2018); 8) Sousa et al. (2019); 9) Antonassi et al. (2019); 10) Linhares et al. (2019); 11) Medeiros et al. (2020); 12) Pessoa et al. (2020).

2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).



Os dados extraídos desse material estão representados na Tabela 2, que está organizada da seguinte maneira: nas linhas estão representadas as ações encontradas nos artigos selecionados, em cada uma das atividades elencadas por Rebelatto e Botomé (1987). As colunas numeradas contêm os dados encontrados em cada artigo lido, e a numeração respeita a data de publicação de cada um deles, em ordem crescente, do mais antigo para o mais atual. A lista dos artigos está reproduzida na nota da Tabela, que apresenta a qual artigo o número da coluna se refere. Quando foi encontrada uma das ações em cada artigo, um “X” foi marcado na célula correspondente à linha da ação com a coluna do artigo.

## As ações e os âmbitos de atuação profissional: a dificuldade em desenvolver prevenção

Analisando as produções sobre a prevenção de suicídio na APS nos últimos 10 anos (2010-2020), observa-se que elas aparecem a partir da última metade da década. Há uma média de um artigo por ano, sendo 2018 e 2019 os anos em que mais foram publicados artigos a respeito do tema. De 12 artigos recuperados na presente revisão, conseguiu-se extrair 38 ações das seções de resultados e discussões, que foram analisadas conforme os âmbitos de atuação (Botomé & Stédile, 2015). Desse valor, 15 ações (40,54%) abrangem ações categorizadas no âmbito de *Prevenção* e a outra parte (59,46%) correspondeu a atividades desenvolvidas em outros âmbitos de ação profissional (*Recuperação* = 12; *Reabilitação* = 1; *Atenuação* = 10).

As 15 ações de *Prevenção* elencadas podem ser organizadas em subgrupos de ações como: *Treinamento, Capacitação e Educação Permanente* (6<sup>3</sup>); *Vínculo profissional e referenciamento* (3); *Participação social, assistência e ações coletivas* (1); *Promoção de educação* (1); *Articulação dos serviços de saúde* (1); *Conscientização da comunidade sobre o suicídio e fatores de risco* (1); *Identificação de vulnerabilidades ao comportamento suicida* (1); *Investimento em ciência* (1).

3 O número entre parênteses indica a quantidade de ações por subgrupo em cada tipo de ação identificada nos artigos analisados no período de 2010-2020.

As 12 ações de *Recuperação* elencadas podem ser organizadas em subgrupos de ações como: *Acolhimento e audiência não punitiva* (6); *Projeto terapêutico singular* (3); *Mecanismos de apoio e tratamento* (1); *Encaminhamentos para o CAPS/NASF* (2). Em ações de *Reabilitação* destaca-se apenas um subgrupo, que compreende ação de *Controle de vendas de medicamentos e acesso a substâncias químicas* (1).

As 10 ações de *Atenuação* são descritas a partir dos subgrupos: *Avaliação e classificação de risco do comportamento suicida* (4); *Capacitação para a abordagem do usuário com comportamento suicida* (2); *Manejo de comportamento suicida* (1); *Busca ativa para rastreamento de amostra comunitária que não recorre aos serviços de saúde* (1); *Monitoramento de usuários com comportamentos suicidas* (1); *Contrato de não suicídio* (1). Não foram identificadas ações nos âmbitos de *Manutenção* e *Promoção*.

As categorias de ação que estiveram mais presentes ao longo dos últimos dez anos foram: *Treinamento/preventivo*; e *Acolhimento, Avaliação e classificação de risco*, sendo seis ações identificadas em cada subgrupo. Ressalta-se que apesar do *Treinamento/preventivo* ter sido uma das ações mais mencionadas nos trabalhos, essa categoria foi apresentada nos artigos de maneira geral como uma demanda na APS e não uma ação desenvolvida. Os autores foram unânimes em apontar para a necessidade de promover capacitações/treinamento de habilidades preventivas na Educação Permanente. Sejam essas capacitações de cunho pragmático (com orientações sobre referenciamento na rede) ou compassivo (sobre como abordar os usuários que apresentam comportamento suicida) (Medeiros et al., 2020). As poucas ações desenvolvidas para instrumentalizar os profissionais da APS sobre o suicídio são feitas como *Treinamento para manejo*, e não para prevenção (Medeiros et al., 2020).

As ações de *Avaliação e classificação de risco* foram identificadas em dois dos 12 artigos analisados (Linhares et al., 2019; Silva et al., 2018). Ainda nessa categoria, destaca-se que os membros da equipe da APS e Estratégia de Saúde da Família (ESF) tinham dificuldades em estabelecer o grau de risco do comportamento suicida (Silva et al., 2018). Instrumentos têm sido desenvolvidos para a assistência dos profissionais na APS (Linhares et al.,

2019), contudo, isso esbarra na dificuldade de delimitar o âmbito de atuação da APS. Outro problema em torno das ações de classificação de risco é que elas são de *Atenuação* e, a respeito delas, a literatura tem apontado que não há ferramentas de rastreamento efetivo e ainda não foi possível determinar os benefícios e malefícios do rastreamento de comportamento suicida em pacientes sem problemas psiquiátricos (LeFreve, 2014; O'Connor et al., 2013).

As ações de *Acolhimento* são aquelas que, mais do que mencionadas, são as mais executadas segundo a literatura analisada (Rosa et al., 2015; Silva et al., 2017; Linhares et al., 2019; Medeiros et al., 2020). Porém, elas têm sido praticadas sob condições problemáticas: 1) como *Atenuação*; e 2) majoritariamente abordadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que apesar do maior contato com os usuários da APS, são os com menor capacitação (Medeiros et al., 2020; Silva et al., 2018). Há uma falta de clareza técnica na expressão “acolher”, apesar de seu amplo emprego nas ações em saúde (Brasil, 2010), incluindo em cartilhas sobre suicídio (ABP, 2014). É possível que essa expressão esteja sendo empregada nas práticas profissionais com a mesma generalização e ambiguidade que o termo “prevenção”.

Em alguns artigos que buscam estabelecer alguma definição do que seria “acolher”, aponta-se para não ter preconceitos e atitudes discriminatórias diante de pessoas com comportamento suicida (Rosa et al., 2015). Essa definição é frágil, pois não especifica os comportamentos adequados diante de pessoas com comportamento suicida. Ainda assim, esse tipo de ação não pode ser vista como genuinamente preventiva, posto que o comportamento suicida já está instalado. Em intervenções comportamentais é comum evitar essas descrições de “não comportamentos”, pois não é possível identificar os processos comportamentais neles envolvidos (Nery & Fonseca, 2018). Especificados os comportamentos adequados na abordagem de pessoas com comportamentos suicidas, é possível arranjar condições favoráveis para treiná-los.

O principal problema da ênfase dada em ações voltadas ao *Acolhimento* na APS, diz respeito ao caráter pontual dessas ações ao agir sobre estados emocionais. Essa ação é importante para a regulação emocional, desenvolvimento de aliança tera-

pêutica, identificação de fatores protetores, identificação de recursos para resolução de problemas e no atuar sobre a motivação do usuário na busca por intervenções de *Recuperação* e *Reabilitação*, gerando esperança. Entretanto, ela não age sobre as variáveis ambientais que promovem os contextos onde o comportamento suicida aparece, de maneira a evitar a sua ocorrência. O acolhimento é, conforme dito anteriormente, um estado emocional experimentado na relação terapêutica. A APS agindo a partir de um âmbito preventivo, deve promover ações que modifiquem os contextos coercivos de onde surgem os comportamentos/sentimentos de desespero e desesperança característicos das crises suicida, e não reduzir as suas estratégias de ações a um exercício supressor desses estados emocionais negativos. Os esforços da APS precisam ser investidos na mudança desses ambientes, tornando-os mais “nutritivos” (Biglan et al., 2012) e não na capacitação para estacar o problema já instalado.

Ao serem analisadas as ações desenvolvidas na APS a partir dos múltiplos âmbitos de ação (Botomé & Stédile, 2015), verifica-se que mais da metade destas ações correspondem à *Recuperação*, *Reabilitação* e *Atenuação*. Além disso, muitas das ações, de maneira geral, são descritas de forma genérica e ampla (e.g., “acolher”, “manejar”). Assim sendo, a APS não apenas tem descaracterizada a sua função preventiva no sistema de saúde, como também a falta de descrição clara de procedimentos a serem adotados pelos profissionais estabelece um cenário para ações pouco claras sobre sua efetividade, ou na pior das hipóteses, pouco efetivas em suas ações.

Adiante analisaremos outras ações em conformidade aos seus âmbitos e o problema de serem praticadas no nível da APS.

## Ações de Reabilitação

A venda fracionada de medicamentos e/ou controle restritivo de acesso a agentes químicos (Rosa et al., 2015) não pode ser encarada como uma ação preventiva ao suicídio. Isto porque se a estratégia para lidar com um problema de saúde é medicamentosa, isto implica dizer que novamente o problema de

saúde já foi instalado<sup>4</sup>. A própria cultura de medicalização da saúde e de automedicação são ações que colocam as pessoas sob riscos de intoxicações (Rosa et al., 2015). Isso não significa que essa ação deva ser abandonada, mas sim encarada no âmbito de *Reabilitação*, exercida de forma controlada, o que pode dificultar o acesso aos meios de suicídio.

Contudo, dificultar acesso aos meios, a rigor, não é prevenir o suicídio, mas sim aumentar o custo de resposta de suicidar. As contingências dos comportamentos suicidas permanecem intactas, e estas são variadas e multifacetadas, podendo ter a presença de reforçadores sociais positivos, reforçadores negativos na esquia de demandas, esquivas experienciais, dentre outras, segundo Cliquet, et al. (2020).

Essas ações que aumentam o custo de resposta, mas não alteram as contingências, podem modificar a motivação para recorrer àquele meio de suicídio. Entretanto, podem também induzir a uma variação comportamental para recorrer a outros meios, levando a uma mudança no perfil epidemiológico de suicídio (e.g., aprovação de medidas de desarmamento no Brasil correlacionado ao aumento de intoxicações e enforcamento) (Rosa et al., 2017), embora seja difícil de demonstrar estatisticamente essa mudança de perfil em uma população (Daigle, 2005).

Dificultar acesso a meios mais letais não resolverá o problema do suicídio, apenas poderá aumentar as chances de sobrevivência a ele, posto que os indivíduos que tentaram, recorreram a meios menos letais. Ainda que tais mudanças de métodos sejam pouco comuns, dada a preferência das pessoas com comportamento suicida por métodos específicos e que as crises suicidas, caracterizadas por sentimentos de ambivalência e impulsividade, são de curta duração (Daigle, 2005). Mas ainda assim, essa ação, mesmo que seja considerada universal em função de sua abrangência (Cruz, et al., 2021), ela é uma ação de *Atenuação*, que aumenta as chances de *Reabilitar e Recuperar*, mas não de prevenir.

Incluir o controle de medicamentos nas estratégias preventivas ao suicídio na APS é um equívoco que reduz esse nível de organização do sistema a

uma função de controle de receitas. Dessa maneira, a Unidade Básica de Saúde (UBS) seria transformada em um espaço de estratégias *Recuperadoras, Reabilitadoras e Atenuadoras* para problemas já instalados e que já circularam na atenção Secundária e Terciária. Nesse cenário, a lógica de referência/contrarreferência se restringe a um circuito fechado, cronificando problemas de saúde. O sistema de saúde está organizado de maneira a perpetuar um problema originado sob condições socioculturais perniciosas que permanecem intactas ao invés de promover melhores condições de saúde.

## Ações de Recuperação

Algumas ações foram agrupadas sob a categoria de *Projeto Terapêutico Singular* (PTS) (Silva et al., 2017). O PTS é um conceito que designa uma ferramenta de organização e gestão do cuidado, contribuindo na transformação do modelo assistencial biomédico para o modelo de determinação social do processo saúde-doença. Partindo deste conceito, compartilham-se conhecimentos e responsabilidades entre os profissionais da APS, acompanhando os casos de forma longitudinal, baseados nas necessidades identificadas por uma equipe multiprofissional (Jorge et al., 2015). Contudo, se o acompanhamento de casos será baseado em problemas de saúde já instalados, isso destoa da concepção da APS com foco na prevenção. Destaca-se que ao monitorar pressão ou índices glicêmicos em ações continuadas nos programas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, indicadas a partir de um PTS, essa ação não é preventiva das doenças, visto que os danos já estão instalados, mas atenua os danos e agravos em cardiopatias e diabetes. Ainda que seja desenvolvida em grupo, isso não significa ser preventiva.

Da mesma forma, um grupo terapêutico para deprimidos, por exemplo, não é o mesmo que agir em âmbito coletivo prevenindo a depressão, ainda que intervenções recuperadoras e atenuantes possam evitar agravos como comportamentos suicidas. Monitorar a saúde mental de deprimidos por meio de uso de escalas com bons indicadores psicométricos para o rastreamento da presença e gravidade de sintomas de depressão não é uma ação preven-

4 A respeito do problema da medicalização nas práticas de saúde ver Starling (2001).

tiva. Assim, o PTS apesar de fazer parte da rotina da APS não tem sido empregado como um recurso preventivo (Jorge et al., 2015). Conforme destacam Botomé e Stédile (2015), mesmo que a atuação preventiva ocorra em relação a um indivíduo, o controle das variáveis (especialmente as ambientais) determinantes da condição de vida ou saúde, tende a atingir todas as pessoas sob a influência daquelas variáveis, seja de forma direta ou indireta. Nesse sentido, o PTS precisaria ser repensado como um *Projeto Preventivo Coletivo* (PPC).

Esse é um problema de organização das ações em saúde, e tanto mais claro ele fica quando avaliamos a maneira com que são abordados e encaminhados os casos na APS. Silva et al. (2017) destacam que a APS tem sido limitada a viabilizar acesso à atenção especializada (CAPS), sem, contudo, exercer uma função de referência territorial, contribuindo para a cronificação do problema de sucessivas idas e voltas do usuário na rede de atenção em saúde. Essa tem sido a principal estratégia para casos suicidas na APS. Tal ação perpetua uma concepção hierárquica no sistema de saúde, na qual a APS é compreendida como o nível mais básico e os demais níveis como de maior complexidade, especialização e competência técnica. Assim, as ações potencialmente preventivas da APS reduzem-se ao simples encaminhamento (Silva et al., 2017). Adiante, serão apresentados possíveis manejos baseados no encaminhamento e territorialidade, e podem ser empregados de forma preventiva.

Ressalta-se que a APS deve reportar casos de suicídio ao nível secundário, afinal, é nesse nível que caberão as ações de *Atenuação, Recuperação e Reabilitação*. Se as ações da APS sobre suicídio são restritas ao encaminhamento para níveis “mais especializados”, isso mantém inócuas as ações *Preventivas*. Sobretudo, porque ao partir da noção de menor complexidade tecnológica, o suicídio será regularmente reportado a níveis “superiores”, onde se espera que com “maiores recursos” possam lidar com a gravidade do problema. Ao considerar o nível terciário como o mais tecnicamente robusto e resolutivo para os problemas de saúde, os níveis de organização são confundidos com âmbitos de ação. Esse equívoco é perigoso, principalmente em ocorrências de suicídio, nas quais muitas vezes o desfecho é a morte em hospitais (Rosa et al., 2017).

A concepção de hierarquia de complexidade e tecnologia dos níveis de Atenção em Saúde, onde o nível Primário seria o menor e mais simples, é um problema de graves consequências práticas. As ações preventivas que têm no nível Primário o seu espaço de implementação, são “um tipo de atuação que exige preparação e tecnologias muito elaboradas e específicas, envolvendo várias áreas de conhecimento, e, geralmente, mais de um campo de atuação profissional.” (Botomé e Stédile, 2015, p. 37). Algumas ações requerem uma ampla aparelhagem tecnológica comportamental na Rede de Atenção em Saúde (RAS) (Bonagamba et al., 2020), tais como: 1) organizar serviços de saúde de forma a rastrear condições de risco para o desenvolvimento de determinados comportamentos problemáticos ou patologias; 2) identificar fatores protetores; 3) desenvolver indicadores de mudanças (aumento de comportamentos positivos ou aspectos do ambiente que enfraqueçam a probabilidade de resultados negativos ou aumentem a possibilidade de resultados positivos (Silveira et al., 2003); e 4) manter as pessoas engajadas em prevenção.

Reconhece-se, portanto, que a distinção entre os âmbitos de atuação profissional não se dá de forma hierárquica, sequencial, de superioridade ou inferioridade, mas sim a partir de critérios dos benefícios sociais e de funcionalidade em relação ao tipo de acontecimento que é alvo da intervenção ou ao que é mais apropriado em uma outra etapa de um processo de trabalho (Botomé & Stédile, 2015). Além disso, os âmbitos de ação desenvolvidos nos níveis secundários e terciários de saúde são de *Atenuação, Compensação, Reabilitação e Recuperação*, e como fazem notar Botomé e Stédile (2015, p. 34), o “custo em uma população doente ou em ambientes, processos, instrumentos ou instalações é muito alto e não elimina o problema já existente nem o impede de acontecer ou de continuar ocorrendo”. As intervenções dadas nesses âmbitos seriam consideradas precárias, uma vez que agem sobre o problema ou situação existentes, buscando eliminá-los de forma pontual, mas não agem sobre a probabilidade de ocorrência do fenômeno indesejável, da maneira abrangente, coletiva e duradoura (Botomé & Stédile, 2015).

Os custos sociais e financeiros nos âmbitos mencionados acima são altos (Costa et al., 2015)

e a generalização das ações para múltiplos indivíduos, organizações, instituições, processos de trabalho, convivência e lazer são restritos. Somado a isso, o risco de futuras tentativas de suicídio é aumentado em 16,3% para indivíduos que buscaram serviços de emergência para tratamento após tentativa de suicídio, e o risco de morrer por suicídio em 5 anos aumenta em 3,9% (Zortea et al., 2020). Não há evidências empíricas que corroborem com a tomada de decisão pela hospitalização (Comtois & Landes, 2020), em contraposição ao claro apoio empírico que sugere que intervenções psicossociais ambulatoriais (Atenção Secundária) são mais eficazes na redução de ideação, tentativas e mortes por suicídio (Brown & Green, 2014). Mas nesses casos, os profissionais têm se dedicado a uma supressão de impactos de problemas já instalados (Botomé & Stédile, 2015). Quando passam a chamar esse tipo de ação pelo nome de “prevenção” não estão apenas deturpando um conceito e promovendo ações que mantêm inalteradas as condições instaladoras do comportamento suicida, mas também dificultando a implementação de ações efetivamente coerentes com o âmbito preventivo.

Dentre as ações descritas equivocadamente como prevenção está conhecer sobre os determinantes sociais, econômicos, biológicos e culturais relacionados ao suicídio com finalidade de amenizar o sofrimento psicológico (Rosa et al., 2015). Nesse sentido, é necessário diferenciar conhecimento de variáveis determinantes para promover ações antes do problema acontecer (e.g., saber que o treinamento de pais e modelos parentais positivos são protetivos ao desenvolvimento de transtornos mentais – prevenção primária, universal e seletiva) e o conhecimento das variáveis determinantes para promover ações depois do problema (e.g., saber que o reforço social contingente a relatos de ideação suicida pode levar a um aumento desses comportamentos). Outro exemplo dessa diferença de conhecimento das variáveis para atuação de *Atenuação*, *Reabilitação* e *Recuperação* e do conhecimento das variáveis para a *Prevenção* pode ser observado no estado da arte nacional dos estudos de prevenção em saúde mental. Abreu e Murta (2016) apontam que o número de estudos de descrição de prevalência de transtornos mentais e identificação dos fatores de risco é superior aos de estudos pilotos de programas de prevenção.

Quando é apontando que o conhecimento dessas variáveis tem a finalidade de amenizar (Rosa et al., 2015), ao delimitar um objetivo de *amenizar*, isso implica em dizer que a ação está no âmbito de *Atenuação* (palavra que lhe serve de sinônimo). Conhecer sobre os determinantes do comportamento suicida é um ponto importante para lidar com a probabilidade de sua ocorrência e articular ações que possam preveni-la (Banaco, 2001), mas outra coisa bem diferente é agir de forma a fazer uma *posvenção*. O termo *posvenção*, cunhado por Shneidman (1973), descreve uma forma direta de prevenção de futuros suicídios, propondo ações voltadas para os sobreviventes, enlutados pelo suicídio e profissionais que lidam com a morte por suicídio (Antoniassi et al., 2019). Contudo, se o suicídio já ocorreu e ações não foram feitas para evitar a evolução de comportamentos problemáticos que culminaram na tentativa ou na morte consumada, o que está sendo proposto não é uma prática preventiva, diferente do que propõe Shneidman (1973), mas sim uma prática de *Atenuação*. Esse termo apresenta a mesma lógica de prevenção secundária e terciária de Leavell e Clark (1976) criticada por Botomé e Stédile (2015). *Posvenção* é um termo que descreve mais ações de cunho de *Atenuação*, *Compensação*, *Reabilitação* e *Recuperação*.

As ações desenvolvidas em níveis primários, secundários, terciários ou universais, seletivos e indicados podem ser feitas em paralelo e complementar, abordando em múltiplos níveis onde o comportamento suicida possa ser trabalhado por diferentes dispositivos de saúde e diferentes profissionais. Conforme destacado por Botomé e Stédile (2015, p. 59) o processo de “controlar variáveis que compõem e determinam diversos graus nas condições de vida dos indivíduos abrange um conjunto de ações profissionais em vários âmbitos do sistema de relações entre fenômenos e processos que constituem o ambiente, os organismos, as relações entre eles”.

Ações feitas em multiníveis podem ampliar os cuidados oferecidos (Sakashita & Oyama, 2019) e podem evitar desfechos trágicos. Contudo, é preciso analisar criticamente se essas ações ao serem propostas como preventivas estão de fato agindo no âmbito de evitar com que o problema ocorra (*Prevenção*), ou se estão retardando a evolução/agravo do problema já presente (*Atenuação*), ou

se estão buscando mitigar efeitos prejudiciais do problema (*Reabilitação*), ou se estão contrapondo os danos instalados a partir de algum recurso (*Compensação*), ou ainda se estão agindo de forma a tratar o problema já instalado (*Recuperação*). A partir de Botomé e Stédile (2015), grande parte das ações descritas no nível secundário, terciário e também do nível indicado (Cruz et al., 2021; Sakashita & Oyama, 2019) não podem ser vistos como preventivos.

A guisa de exemplo ilustrativo, considerando um caso de uma adolescente que apresenta comportamentos automutilatórios de se cortar e relata ideação suicida. Ações no âmbito de *Atenuação* podem evitar com que outros comportamentos suicidas se desenvolvam. O manejo para o comportamento suicida (Comtois & Landes, 2020) pode ser um estratégia indicada, e adiante ela pode dar início a um acompanhamento terapêutico para tratamento do quadro depressivo que ela apresenta (*Recuperação*). Ela poderá até mesmo fazer exercícios de fisioterapia, pois as lesões autoinfligidas comprometeram o seu movimento das mãos (*Reabilitação*). Mas nenhuma dessas ações, por mais que evitem possíveis comportamentos suicidas, podem ser entendidas como preventivas, segundo a perspectiva de Botomé e Stédile (2015). O referenciamento não funciona como prevenção quando o problema já está instalado, ainda que ele possa evitar novas crises suicidas. “Atuar a partir da probabilidade de ocorrência de um problema é essencialmente diferente de atuar nesse problema quando ele já ocorreu” (Botomé & Stédile, 2015, p. 61). Além disso, considerando os níveis de organização do sistema de saúde, seria mais adequado que fossem abordados em dispositivos de nível secundário. Ações como treino de pais, treino de habilidades sociais (Abreu & Murta, 2016), treino de resolução de problemas ou outras ações focadas em aumentar fatores protetivos e diminuir fatores de risco, poderiam ter sido empregados antes da condição depressiva e dos comportamentos suicidas aparecerem, e por essa razão, é que seriam então consideradas ações preventivas e estar entre as ações da APS.

Ainda a respeito dessa questão, destaca-se a diferença entre prevenir e recuperar: impedir ou retardar a evolução de um problema já instalado não é agir preventivamente. Ademais, a prevenção

é sobre os fatores determinantes do problema e não sobre características/sintomas do problema já instalado e menos ainda de seus agravos. Os objetivos da atuação preventiva são as probabilidades de ocorrência e não o problema em si. Age-se antes do problema e não depois. Dessa maneira, agir para evitar agravos implica em ações de outra natureza que não é preventiva e, qualificá-la como tal, seria uma incoerência com danosas consequências (Botomé & Stédile, 2015).

Apesar de programas de capacitação para lidar preventivamente com o suicídio serem identificados como demandas comuns em todos os artigos que integraram a revisão, de maneira geral, não abordam de forma detalhada como essas capacitações poderiam ser feitas, tal como na revisão sistemática de Ribeiro et al. (2021) que também não aborda. Portanto, carece de maior operacionalização para que as classes de comportamentos que fazem parte do âmbito preventivo possam ser treinadas. Uma vez especificados os comportamentos que são considerados preventivos (isto é, aqueles que agem sobre os fatores protetores e fatores de risco, alterando a probabilidade do comportamento suicida), facilita-se escolher os procedimentos empregados no treino dessas competências em saúde e saber quando o ensino foi atingido. Avançar nesse aspecto favorece a programação de capacitações mais efetivas, subsidiando intervenções preventivas (Linhares et al., 2019).

Mapear as ações profissionais na APS, estabelecendo medidas válidas e confiáveis para identificação de competências é um fator relevante para a construção de diretrizes e organização da RAS (Linhares et al., 2019). Entretanto, quando analisadas as ações na revisão, é encontrado o desenvolvimento de instrumentos no contexto da APS para lidar com o suicídio, não em âmbito de *Prevenção*, e sim de *Atenuação* (e.g., Instrumento de Avaliação da Assistência Profissional às Pessoas com Comportamentos Suicidas - IAAP-PCS) (Linhares et al., 2019). Apesar de promissora, essa ferramenta de avaliação das lacunas nas políticas de saúde mental, de aspectos frágeis da assistência e das ações implementadas, está direcionada para quando o problema já está instalado.

Avaliar as habilidades dos profissionais da APS no que tange ao manejo do comportamento suíci-

da, revela um problema mais básico na organização dos serviços de saúde. Afinal, está sendo avaliada uma competência de um profissional a qual não faz parte de seu âmbito de atuação, posto que nesse nível de atenção à saúde deveriam ser desenvolvidas ações para evitar o problema e não para mitigá-lo, retardar a sua progressão ou trata-lo. Em uma comparação, é como avaliar um engenheiro de trânsito em suas habilidades cirúrgicas para traumatismo craniano de acidentados. Não importa o quão habilidoso seja um profissional que exerce uma ação, esta feita se configura em desvio de função; ele simplesmente deveria estar fazendo o que lhe compete no seu âmbito de ação. A interdisciplinaridade na APS não pode ser assumida como uma fusão ou homogeneidade das ações. As ações nos níveis de organização em Saúde devem ser ordenadas e sincronizadas, de maneira com que cada nível atue, independente e compassadamente, nas variáveis dos âmbitos de sua competência. Assim, o produto dos comportamentos dos profissionais em um nível é insumo do outro, mas a relação estabelecida se dá pela interface produto/insumo, isto é, pela sua ordenação, e não pela indissociação ou pela hierarquia das intervenções (Starling, 2001).

Desse modo, uma proposta aos profissionais da APS seria capacitá-los para lidarem com uma complexa rede de relações entre variáveis que influenciam “múltiplos graus de cada uma das condições de vida das pessoas” (Botomé e Stédile, 2015, p. 61). Sobre esse ponto, as ESF tem muito a contribuir uma vez que age a partir do conhecimento do território adstrito a UBS (Brasil, 2013; Brasil, 2014; Cruz et al., 2021). Promover ações na comunidade antes que os problemas ocorram, acompanhar indicadores de qualidade de vida da população e fazê-lo a partir dos ciclos de pesquisas de prevenção em saúde mental é uma necessidade urgente (Abreu & Murta, 2016).

Outra categoria de ação recuperadora é apontada como *Mecanismo de apoio* (Medeiros et al., 2020), contudo essa descrição também é pouca específica. Como parte desses mecanismos poderia estar os serviços disponibilizados em teleatendimento de emergência (e.g., Centro de Valorização da Vida - CVV), como apresentado pelo comitê de prevenção e posvenção do suicídio em Antoniassi et al. (2019). Contudo, conforme ressaltado, a fal-

ta de descrição clara das ações dificulta delinear os componentes estratégicos de atuação, seus âmbitos correspondentes e seu nível na RAS.

## Ações de Atenuação

Dentre as ações de *Atenuação* está a capacitação para abordar as pessoas com comportamento suicida. Conforme apontado a partir de Botomé e Stédile (2015), atenuar não é prevenir. Tais capacitações são dissonantes ao âmbito profissional em que estão, contribuindo na desarticulação da RAS. Evidentemente é preciso receber esta demanda e encaminhá-la aos serviços especializados, posto que a APS é o nível com maior proximidade à comunidade e porta de entrada do sistema de saúde. Contudo, considerado o nível da APS, é necessário priorizar a capacitação para agir sobre os determinantes do comportamento suicida para evitá-lo e não para manejá-lo quando já presente. Avaliar, classificar riscos, monitorar casos e fazer busca ativa para rastreamento de amostras comunitárias de menor adesão aos serviços de saúde, são ações que estão longe de atuar de forma preventiva.

Ademais, avaliar e classificar riscos não são boas ferramentas para rastreamento e previsão do comportamento suicida, oferecendo uma estimativa não maior do que aquelas dadas ao acaso (O'Connor et al., 2013; Zortea et al., 2020). Alguma organização do serviço a esse público alvo pode ocorrer a partir da distinção entre ideação suicida, exposição a modelos suicidas (conhecer pessoas que tentaram ou morreram por suicídio), ou ainda as tentativas suicidas propriamente ditas. Contudo, ainda assim, o nível de Atenção em Saúde para lidar com essa ação seria o secundário.

Assim como ações de capacitação de manejo, o manejo em si já é pertinente ao nível secundário. Rastrear amostras não aderentes aos serviços de saúde pode ser uma importante ação atenuante, pois muitas tentativas de suicídio e comportamentos de automutilação não chegam ao conhecimento dos profissionais da saúde. Conforme descreve Zortea et al. (2020), o modelo *iceberg* de mortes por suicídio mostra a preponderância de registros subnotificados de lesões autoprovocadas, (e.g., em um hospital da Inglaterra, esse índice chega a aproximadamen-

te 60% de subnotificação). Monitorar os casos com comportamento suicida via teleatendimento<sup>5</sup> está associado a uma redução de futuras entradas hospitalares por autolesão, especialmente nos primeiros seis meses posteriores a alta de pronto-socorro por tentativa de suicídio (Zortea et al., 2020).

Um dos manejos tem sido o estabelecimento de contratos de não suicídio (Silva et al., 2018). Essa ação é orientada pela ABP (2014), constando de uma cartilha informativa produzida por profissionais desta entidade. Contudo, há meta-análises apontando para o problema de procedimentos baseados em contratos, destacando que essa ferramenta clínica não tem sustentação empírica em pesquisas quantitativas. Além disso, as pesquisas qualitativas apontaram contraindicações tanto por parte de usuários quanto de profissionais da saúde (McMyler & Prymachuk, 2008). Os efeitos dessa ação, se não inócuos, podem ser prejudiciais, desde prejuízos tais como na relação terapêutica, por muitas vezes servir mais como uma medida litigiosos profissionais do que benefícios terapêuticos aos usuários, até a indução de suicídios em casos com transtorno de personalidade limítrofe (Drew, 2001). Como alternativa a essa ação, um manejo atenuante do comportamento suicida é possível a partir da condução de planejamento de segurança que objetivam explorar os sentimentos do sujeito propenso a ter um comportamento suicida, mitigar a impulsividade associada ao comportamento suicida, além de considerar alternativas a esse comportamento (McMyler & Prymachuk, 2008). Uma avaliação clínica que aborde alternativas e explore os gatilhos e as condições protetivas ao indivíduo é preferível a uma avaliação de risco (Zortea et al., 2020) (e.g., *Plano Geral para Crises* em Abreu & Abreu, 2020).

## Ações de Prevenção

A seguir, as ações descritas são aquelas que atuam genuinamente no âmbito preventivo, uma vez que agem sobre as variáveis ambientais antes da instalação do problema (comportamento suicida) (Botomé & Stédile, 2015). Descrevemos as ações identificadas na literatura e como elas podem ser programadas a partir de perspectivas comportamentalistas.

A maioria das ações de capacitação e estratégias instrutivas como a Educação Permanente e a Educação em Saúde, quer seja em âmbito profissional ou dos usuários, tem focado em dimensões biológicas (e.g., gravidez, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, hipertensão, controle glicêmico). A saúde mental tem sido pouco abordada (Pessoa et al., 2020). Mas é preciso abordá-la do ponto de vista preventivo, focando em ampliar interações saudáveis do ponto de vista físico e comportamental, reduzindo as chances de desenvolver problemas fisiológicos, comportamentais e sociais.

Dentre as ações protetivas ao suicídio, como a de outras formas de violência, estão aquelas apontadas nas categorias de *Participação social* e *Promoção de Educação*. A primeira categoria abrange participações coletivas, relações de confiança entre vizinhos, apoio social, controle social informal e trabalho voluntário. Conforme apontam Ribeiro et al. (2018), a participação em associações/sindicatos se associa à ausência de violência psicológica, física, verbal, sexual e tentativa de suicídio. A presença de ações ligadas a esportes e artes está associada à ausência de violência verbal e sexual. Assim, prevenções à violência urbana podem ser incorporadas como estratégias de articulação intersetorial para a prevenção do suicídio. Dentre essas atividades comunitárias, destaca-se o papel de atividades religiosas, que na amostra de Ribeiro et al. (2018) representou 76,1% das pessoas envolvidas nas atividades em grupo nos últimos 12 meses. O suporte religioso<sup>6</sup>, na forma de enfrentamento religioso po-

5 O teleatendimento oferecido aqui como “Contato de acompanhamento” (Zortea et al., 2020) ou monitoramento é diferente do teleatendimento dado de forma emergencial e disponibilizado por agências como o CVV.

6 Deve-se atentar para a possibilidade da religião poder representar um fator de risco para minorias sociais como a comunidade LGBTQIA+ (Shearer et al., 2018). Portanto, práticas de saúde (como as de prevenção ao suicídio) precisam ser planejadas contemplando especificidades de grupos minoritários da sociedade.



sitivo, pode ser otimizado como recurso comunitário para a prevenção do suicídio, além de práticas de cooperação dentro da comunidade (O'Connor & Sheehy, 2000).

Na segunda categoria, o acesso à educação formal pode garantir melhores condições: para o cuidado da saúde, de acesso a trabalho, e, por sua vez, repercute sobre a qualidade de vida das pessoas de maneira geral, reduzindo os riscos ao suicídio. Além disso, ações dentro da própria escola podem ser desenvolvidas para promover cooperação social e consistir em fator protetivo ao suicídio.

Haja vista a importância de outros atores sociais na promoção de uma cultura mais sadia, é que se pensa na *Articulação dos serviços de saúde* com outros setores da sociedade. É possível delinear intervenções comunitárias (Sella & Schoeber, 2015) e em ambientes organizacionais (Holland, 2016) para promover comportamentos saudáveis que levem a melhores condições de saúde. O *Referenciamento* na APS não precisa ser restrito aos níveis da Atenção em Saúde (CAPS, Hospital), mas abranger toda sorte de aparelhos sociais (escolas, empresas, comércio local, associações de bairro, centros sociais urbanos, academias, projetos de voluntariado) capazes de promover ações que favoreçam a qualidade de vida da população adstrita ao território das UBS.

No que tange a outras ações, como identificar vulnerabilidade, conscientização e investimento em ciência, Antonassi et al. (2019) seguem a tendência de descrições genéricas comuns na literatura em saúde. Todavia, considerando uma prática pautada em prevenção, a identificação *de vulnerabilidades* pode ser feita em conjunto com a *identificação de fatores protetivos* dentro da comunidade. Mapear os recursos e monitorar de forma ativa por meio de manejo de contingências, aumentando a adesão das pessoas a esses espaços e serviços, são exemplos de ações possíveis. A *conscientização* não seria focada apenas em sinais e sintomas do suicídio, como geralmente ocorre, - explicitando a dificuldade em prevenir até no aspecto mais básico das ações - mas nos recursos comunitários disponíveis para promover os comportamentos adequados, considerando o interjogo entre vulnerabilidades e recursos de proteção. Assim, poderiam ser desenvolvidos: 1) índices de conhecimento sobre os aparelhos comunitários em uma micro área coberta por ACS; 2)

índices de adesão às ações propostas nesses aparelhos; e 3) avaliação de satisfação com os serviços usufruídos, dentre outras propostas.

Além disso, os profissionais da APS poderiam desenvolver programas a partir de fatores de proteção como os elencados pela Organização Mundial de Saúde (2012): 1) Fortes conexões com a família e apoio da comunidade (Treino de pais, Treino de Habilidades Sociais, conforme apontado na revisão de Abreu e Murta, 2016); 2) Aptidões na solução de problemas, solução de conflitos e tratamento não violento de disputas (Treino de Solução de Problemas); 3) Crenças pessoais, sociais, culturais e religiosas que desincentivam o suicídio e apoiam a autopreservação (Intervenções comunitárias baseadas em valores; Intervenções focadas Cooperação Social); 4) Buscar ajuda e acesso fácil à assistência de qualidade para doenças mentais e físicas (Intervenções de modificação do comportamento na comunidade – como as mencionadas por Keller (1983) ou de Caixas de Ferramentas Comunitárias (Fawcett et al., 2000) mencionadas por Sella & Schoeber (2015).

Ao buscar novos parâmetros avaliativos de intervenções preventivas (Abreu & Murta, 2016), uma vez que não são medidos os problemas de saúde (e.g., número de diagnósticos; escores de inventários de depressão), é preciso avaliar o aumento nos fatores protetivos e diminuição nos fatores de risco (e.g., cooperação social, educação, segurança, dentre outros) (Botomé & Stédile, 2015). Para tanto, mensurar empiricamente as ações preventivas requer *investimento em ciência* e mudança de paradigma, de maneira a estabelecer as condições adequadas para treinar os profissionais da saúde em prevenção com base em evidências científicas. Isso é possível ser feito diante de investimentos em pesquisas em prevenção em seus diferentes níveis de organização: Identificação de problema e prevalência; localização de fatores de risco e proteção; teste piloto da intervenção preventiva; teste de eficácia; teste de efetividade e difusão. Além disso, o desenvolvimento de redes entre pesquisadores sobre prevenção em saúde mental tem o potencial de oferecer uma cobertura de diferentes variáveis, possibilitando abordar de forma multiprofissional e interdisciplinar a prevenção (Abreu e Murta, 2021).

As considerações comportamentalistas têm valiosa contribuição para delinear estratégias de ação em âmbito genuinamente preventivo, estruturar políticas públicas e mudar práticas culturais que visem o bem-estar social (Carrara, 2020, Smith & Meyers, 2000, Biglan et al., 2012; Mattaini & Thyer, 1996). Uma dessas contribuições está na própria discussão sobre os múltiplos âmbitos de atuação profissional (Botomé & Stédile, 2015) e como esses âmbitos podem ser considerados como contrapontos críticos às perspectivas de prevenção tradicionais (primária, secundária e terciária) e as prevenções universais, seletivas e indicadas.

## Considerações finais

Conclui-se que apesar do suicídio ser um problema de saúde pública que tem ganhado maiores dimensões nas últimas décadas, as produções sobre sua prevenção no nível da APS são escassas. As ações chamadas de preventivas nos últimos dez anos, em sua maioria, correspondem a ações em outros âmbitos de atuação profissional. As ações, quando abrangem a prevenção, apresentam descrições pouco operacionais, dificultando implementá-las na prática. Isso implica em preocupante situação sobre o campo. As análises dos âmbitos de atuação subsidiadas por Botomé e Stédile (2015) contribuem na apreciação crítica da produção de conhecimento em Saúde, além de oferecer bases para melhor preparação profissional objetivando lidar com o suicídio e avançar o desenvolvimento da recente política pública voltada à sua prevenção no Brasil.

Dentre as potenciais contribuições do estudo no contexto do ensino, diz respeito à identificação das ações que atuam sobre os fatores protetores e reduzem os fatores de risco, impedindo-lhe a instalação do problema de saúde (comportamento suicida) e que essas ações devem ser comportamentos-alvo em treinamentos profissionais. No contexto das pesquisas, novos estudos podem ser realizados, buscando avaliar a efetividade de ações de âmbito preventivo ao suicídio sobre indicadores de qualidade de vida da comunidade e redução de taxas de suicídio.

Quanto às políticas públicas, estas sendo orientadas a partir desses dados, podem ser mais efetivas e reverter a tendência de crescimento dos

casos de suicídio. Essas são contribuições do presente estudo e que podem ser exploradas em novas pesquisas. Destaca-se que uma das limitações do trabalho foi o número de publicações a partir do qual a análise foi feita e que, portanto, mais produções que discutam sobre os âmbitos de atuação e ações preventivas sobre o suicídio precisam ser incentivadas. Nesse sentido, analisar as publicações futuras sobre as ações preventivas pode contribuir para identificar a partir de quais âmbitos de atuação elas ocorrem.

## Referências

- Abreu, P. R. & Abreu, J. S. S. (2020). *Ativação comportamental na depressão*. Manole.
- Abreu, S. & Murta, S. G. (2016). O estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil: uma revisão sistemática. *Interação em Psicologia*, 20 (1), 101 – 111. <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/34790/29648>
- \*Antoniassi, R. P. N., Rodacoski, G. C. & Figel, F. C. (2019). Propostas de ações do comitê de prevenção e posvenção do suicídio em uma secretaria municipal de saúde. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2 (2) 11- 25. <https://doi.org/10.32811/25954482-2019v2supl2p11>
- Associação Brasileira de Psiquiatria, ABP (2014). *Suicídio: informando para prevenir*. Conselho Federal de Medicina, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. Brasília. [https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha\\_suicidio.pdf](https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/cartilha_suicidio.pdf).
- Banaco, R. A. (2001). Um levantamento de fatores que podem induzir ao suicídio. In: Guilhardi, H. J., Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P. & Scoz, M. C. (Orgs.). *Sobre comportamento e cognição*. Volume 8. (pp. 210- 217). ESETEC.
- Biglan, A., Flaym B. R., Embry, D. D. & Sandler, I. N. (2012). The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *American Psychological Association*, 67 (4) 257 – 271. <https://doi.org/10.1037/a0026796>
- Bonagamba, C., Figel, F. C. & Fonseca, J. (2020). A análise do comportamento na rede de atenção à saúde mental. In: Bolsoni-Silva, A. T., Zilio,

- D., Gusso, H. L., Almeida, J. H. & Mayer, P. C. M. (Orgs.). *Comportamento em foco. Clínica e saúde. Volume 10.* (pp. 166 – 183). ABPMC.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo.* Artmed.
- Botomé, S. P. & Stédile, N. L. R. (2015). *Múltiplos âmbitos de atuação profissional: além da prevenção dos problemas.* Centro Paradigma Ciência do Comportamento.
- Brasil. Ministério da Saúde (2010). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.* Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília – DF. [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Saúde mental. Cadernos da Atenção Básica, n. 34.* Brasília - DF. [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. (2014). *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.* Brasília. [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)
- Brown, G. K., & Green, K. L. (2014). A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: where do we go from here? *American Journal of Preventive Medicine, 47* (2). 343 – 352. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.06.006>
- Carrara, K. (2020). *Contingencialismo, comportamento e políticas públicas.* Chiado Books.
- Cliquet, G. B., Fidalgo, A. P. & Corchs, F. (2021). Suicídio segundo a perspectiva behaviorista radical. Em: Damiano, R. F., Luciano, A. C., Cruz, I. D. G. & Tavares, H. (Orgs.). *Compreendendo o suicídio.* (pp. 270 – 279). Manole.
- Comtois, K. A. & Landes, S. J. (2020). Tratamento e manejo de crises suicidas por uma perspectiva comportamental. Em: Hayes, S. C. & Hayes, S. G. (Orgs.). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas.* (pp. 327 – 345). Artmed.
- Costa, S. P., Chavaglia, S. R. R., Amaral, E. M. S. & Silveira, R. E. (2015). Internações e gastos relacionados ao suicídio em um hospital público de ensino. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, 4* (2) 20-32. <https://doi.org/10.18554/>
- Cruz, I. D. G., Leite, R. M. & Damiano, R. F. (2021). Estratégias na prevenção do suicídio. Em: Damiano, R. F., Luciano, A. C., Cruz, I. D. G. & Tavares, H. (Orgs.). *Compreendendo o suicídio.* (pp. 164 – 175). Manole.
- Daigle, M. S. (2005). Suicide prevention through means restriction: Assessing the risk of substitution: A critical review and synthesis. *Accidents Analysis & Prevention, 37,* (4) 625 – 632. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2005.03.004>
- D’Anci, K. E., Uhl, S., Giradi, G. & Martin, C. (2019). Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. *Annals of Internal Medicine, 3* (171) 334 -342. <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- Dallalana, C., Caribé, A. C. & Miranda-Scippa, A. (2019). Suicídio. Em: Quevedo, J., Nardi, A. E. & Silva, A. G. (Eds.). *Depressão: teoria e clínica.* (pp. 123 – 132). Artmed.
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-base procedures. *The Behavior Analyst, 17* (2) , 321 – 334. <https://dx.doi.org/10.1007%2FBFB03392679>
- Drew, B. L. (2001) Self-harm behaviour and no-suicide contracting in psychiatric inpatient settings. *Archives of Psychiatric Nursing 15,* 99–106. <https://doi.org/10.1053/apnu.2001.23748>
- Fawcett, S. B., Francisco, V. T., Schultz, J. A., Berkowitz, B., Wolff, T. J. & Nagy, G. (2000). The community tool box: a web-based resource for building healthier communities. *Public Health Reports, 115* (2) 274 – 278. [https://www.researchgate.net/publication/12352880\\_The\\_Community\\_Tool\\_Box\\_a\\_Web-based\\_resource\\_for\\_building\\_healthier\\_communities](https://www.researchgate.net/publication/12352880_The_Community_Tool_Box_a_Web-based_resource_for_building_healthier_communities)
- \*Ferreira, M. L., Vargas, M. A. O., Rodrigues, J., Trentin, D., Brehmer, L. C. F. & Lino, M. M. (2018). Comportamento suicida e atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco, 9*(4) 50-54. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1803>
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports, 98* (2), 107 – 109. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6856733/>

- Gusso, G. & Machado, L. B. M. (2019). Atenção primária à saúde. Em: G. Gusso, J. M. C., Lopes & L. C., Dias (Orgs.). *Tratado de medicina da família. Volume I & II*. 2ª edição. (pp. 172 – 196). Artmed.
- Holland, J. G. (2016). Análise do comportamento e valores humanos positivos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18 (esp) 19 – 26. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i0.841>
- Jorge, M. S. B., Diniz, A. M., Lima, L. L. & Penha, J. C. (2015). Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção de cuidado em saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 24 (1) 112 - 120. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002430013>
- Keller, F. S. (1983). *Aprendendo a ensinar. Memórias de um professor universitário*. Edicon.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1976). *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil e Rio de Janeiro: Sarvier.
- LeFevre, M. L. (2014). Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U. S. Preventive Service Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 160 (10) 719 – 726. <https://www.acp-journals.org/doi/10.7326/M14-0589>
- Leonardi, J. L. & Josua, D. (2021). Terapia comportamental dialética no comportamento suicida. Em: Damiano, R. F., Luciano, A. C., Cruz, I. D. G. & Tavares, H. (Orgs.). *Compreendendo o suicídio*. (pp. 288 – 297). Manole.
- \*Linhares, L. M. S., Kawakame, P. M. G., Tsuha, D. H., Souza, A. S. & Barbieri, A. R. (2019). Construção e validação de instrumento para avaliação da assistência ao comportamento suicida. *Revista de Saúde Pública*, 53 (48) 1-14. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000888>.
- Mattaini, M. A. & Thyer, B. A. (1996). *Finding solutions to social problems: behavioral strategies for change*. American Psychological Association.
- McMyler, C. & Pryjmachuk, S. (2008). Do ‘no-suicide’ contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 512-522. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1365-2850.2008.01286.x>
- \*Medeiros, B. G., Medeiros, N. S. B. & Pinto, T. R. (2020). Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos agentes comunitários de saúde. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2) 1-16. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082020000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200011)
- Nery, L. B. & Fonseca, F. N. (2018). Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. Em: De-Farias, A. K., Fonseca, F. N. & Nery, L. B. (Org.). *Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica*. Artmed.
- O’Connor, E., Gynes, B. N., Burda, B. U., Soh, C. & Whitlock, E. P. (2013). Screening for and treatment of suicide risk relevant to primary care: a systematic review for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 158 (10) 741 – 754. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642>
- O’Connor, R. & Sheehy, N. (2000). *Understanding suicidal behaviour*. British Psychological Society.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Ação para a prevenção de suicídio: uma estrutura*. <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>
- \*Pessoa, D. M. S., Freitas, R. J. M., Melo, J. A. L., Barreto, F. A., Melo, K. C. O. & Dias, E. C. S. (2020) Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideias suicidas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24(1290), 1-9. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200019>
- Rebelatto, J. R. & Botomé, S. P. (1987). *Fisioterapia no Brasil*. Editora Manole.
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K.R., Bentley, K. H., Kleiman, E.M., Chang, B. P. & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46 (2), 225-236. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001804>
- \*Ribeiro, M. M. R., Tavares, R., Melo, E. M., Bonolo, P. F. & Melo, V. H. (2018). Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*, 42, 43-54. <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-9ZCNZU>

- Ribeiro, P. L., Oliveira, M. T. V., Oliveira, M. F. & Cupertino, M. C. (2021). Manejo da prevenção do comportamento suicida dos usuários da Atenção Primária à Saúde: revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 10 (1) 1 – 14. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18547>
- \*Rosa, N. M., Campos, A. P., Guedes, M. R. J., Sales, C. C. F., Mathias, T. A. F. & Oliveira, M. L. F. (2015). Intoxicações associadas às tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes, *Revista de Enfermagem UFPE OnLine*, 9 (2) 661 – 668. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i-2a10385p661-668-2015>
- \*Rosa, N. M., Oliveira, R. R., Arruda, G. O. & Mathias, A. F. (2017). Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 66 (2) 73 – 82. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1590/0047-2085000000153>
- Sakashita, T. & Oyama, H. (2019). Developing a hypothetical model for suicide progression in older adults with universal, selective, and indicated prevention strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 161, 1 – 8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00161>
- Sella, A. C. & Schoeber, D. (2015). Usando a análise do comportamento no trabalho junto à comunidade. Em: C. S. M. Bandini, L. M. M., Postali, L. M. M., Araújo, L. P. & Bandini, H. H. M. (Orgs.). *Compreendendo a prática do analista do comportamento*. (pp. 123 – 148). EdUSCAR.
- Shearer, A., Russon, J., Herres, J., Wong, A., Jacobs, C., Diamond, G. M. & Diamond, G. S. (2018). Religion, sexual orientation, and suicide attempts among a sample of suicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 48 (4) 431-437. <https://doi.org/10.1111/sltb.12372>
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. Wiley.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. Editora Psy. Trabalho originalmente publicado em 1989.
- \*Silva, A. M., Cruz, C. W. & Simoni, A. C. R. (2017). O cuidado de usuários em situação de risco de suicídio na perspectiva dos trabalhadores da estratégia de saúde da família. *Boletim da Saúde*, 26 (1) 39 – 49. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1121922>
- \*Silva, N. K. N., Carvalho, C. M. S., Magalhães, J. M., Júnior, J. A. M. C., Sousa, B. V. S. & Moreira, W. C. (2017). Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 13(2) 71-77. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77>
- \*Silva, P. F., Nóbrega, M. P. S., & Oliveira, E. (2018). Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida. *Revista de Enfermagem UFPE OnLine*, 12 (1) 112- 117. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i01a23511p112-117-2018>.
- Silveira, J. M., Silvaes, E. F. de M., S. A. (2003). Programas preventivos de comportamentos anti-sociais: dificuldades na pesquisa e na implementação. *Revista Estudos de Psicologia*, 20 (3) 59 -67. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2003000300005>
- Smith, J. E. & Meyers, R.J. (2000). CRA: the community reinforcement approach for treating alcohol problems. Em: M.J. Dougher (Ed.) *Clinical behavior analysis*. Chapter 9(pp. 207-230). Reno: Context Press.
- \*Sousa, J. F., Sousa, V. C., Carvalho, C. M. S., Amorim, F. C. M., Fernandes, M. A., Coelho, M. C. V. S. & Silva, J. S. (2019). Prevenção ao suicídio na atenção básica: concepção de enfermeiros. *Revista Cuidarte*, 10(2) 1-15. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.609>.
- Starling R. R. (2001). Análise funcional da enfermidade: um quadro conceitual analítico-comportamental para orientar a intervenção psicológica em contextos médicos. Em: Guilhardi, H. J., Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P. & Scoz, M. C. (Org.). *Sobre comportamento e cognição*. Volume 8. (pp. 262 -294). ESETEC.
- Vidal, C. E. L. & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Caderno de Saúde Coletiva*, 21 (2) 108 – 114. <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVy6hjVYchTXBWc4z9R/abstract/?lang=pt>
- Zortea, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K. & O'Connor, R. C. (2020). Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin*, 1 – 12. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa013>

### **Declaração de adesão aos padrões éticos**

Declaramos que a presente pesquisa obedece aos padrões éticos na produção científica e está em conformidade e observância com a Lei Número 9610 de fevereiro de 1998 que determina as normas sobre o uso e reconhecimento de propriedade intelectual.

#### **Informações do Artigo**

##### **Histórico do artigo:**

Submetido em: 29/07/2021

Aceito em: 25/10/2021

Editor Associado: Alessandra T. Bolsoni-Silva