PREVENÇÃO DO SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A ATUAÇÃO ESTRATÉGICA DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

SUICIDE PREVENTION IN ADOLESCENCE WITHIN PRIMARY HEALTH CARE: THE STRATEGIC ROLE OF THE FAMILY AND COMMUNITY PHYSICIAN

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: EL PAPEL ESTRATÉGICO DEL MÉDICO DE FAMILIA Y COMUNIDAD

10.56238/IIMedCientifica-124

Ana Clara Biajoni Quintas
Graduanda em Medicina
Instituição: Afya Universidade Unigranrio – Campus Barra da Tijuca
E-mail: acbquintas@gmail.com

Maria Esther Silveira Gulberti
Graduanda em Medicina
Instituição: Afya Universidade Unigranrio – Campus Barra da Tijuca
E-mail: mariagulberti@unigranrio.br

Mônica Ferreira Santos
Graduanda em Medicina
Instituição: Afya Universidade Unigranrio – Campus Barra da Tijuca
E-mail: monicasantosmed@gmail.com

Orientadora: Veronica Nunes da Silva Cardoso
Mestra em Enfermagem pela EEAN/UFRJ. Professora Afya Unigranrio
E-mail: prof.veronicanunes@gmail.com

RESUMO
O suicídio na adolescência constitui um relevante problema de saúde pública de natureza multifatorial, atravessado por vulnerabilidades socioeconômicas, familiares e territoriais. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família apresentam-se como espaços privilegiados para a prevenção e o acolhimento do sofrimento psíquico. Analisar, com base na literatura científica, como os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde fundamentam a atuação do Médico de Família e Comunidade na prevenção do suicídio na adolescência, identificando potencialidades e desafios no cotidiano assistencial. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa, norteada pelas recomendações do protocolo PRISMA 2020. As buscas foram conduzidas nas bases Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde, selecionando-se publicações em português e inglês compreendidas entre 2015 e 2024. A análise do corpus evidenciou que o comportamento suicida

expressa dores existenciais e ético-políticas indissociáveis dos determinantes sociais. A prática do Médico de Família e Comunidade enfrenta barreiras como sobrecarga laboral, insegurança técnica, reprodução do modelo biomédico e medicalizador, culpabilização do núcleo familiar e uso do encaminhamento burocrático como exoneração de responsabilidade. Em contrapartida, os atributos de longitudinalidade, vínculo e adscrição territorial revelam-se potências centrais para a detecção precoce e para o manejo da crise no próprio território. A efetivação do cuidado integral depende do fortalecimento de dispositivos de corresponsabilização, como o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular e a articulação intersetorial com a educação e a assistência social. A prevenção do suicídio na adolescência exige superar abordagens puramente prescritivas ou automatizadas por algoritmos de risco. A Medicina de Família e Comunidade e a Atenção Primária à Saúde reafirmam sua capacidade resolutiva ao operar sob a perspectiva da Clínica Ampliada, consolidando a Unidade Básica de Saúde como espaço vivo de acolhimento da singularidade e de defesa da vida da juventude no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Prevenção do Suicídio. Adolescência. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Medicina de Família e Comunidade.

ABSTRACT

Suicide in adolescence constitutes a relevant public health problem of multifactorial nature, crossed by socioeconomic, family and territorial vulnerabilities. In this scenario, Primary Health Care and the Family Health Strategy present themselves as privileged spaces for the prevention and reception of psychological suffering. To analyze, based on scientific literature, how the principles and attributes of Primary Health Care support the action of the Family and Community Physician in suicide prevention in adolescence, identifying potential and challenges in everyday assistance. This is an integrative literature review, with a qualitative approach, guided by the recommendations of the PRISMA 2020 protocol. Searches were conducted in the Scielo and Virtual Health Library databases, selecting publications in Portuguese and English between 2015 and 2024. The analysis of the corpus showed that suicidal behavior expresses existential and ethical-political pains inseparable from social determinants. The practice of the Family and Community Physician faces barriers such as work overload, technical insecurity, reproduction of the biomedical and medicalizing model, blame of the family unit and use of bureaucratic referral as exemption from responsibility. In contrast, the attributes of longitudinality, bonding and territorial allocation prove to be central powers for early detection and crisis management in the territory itself. The realization of comprehensive care depends on the strengthening of co-responsibility devices, such as Matrix Support, the Singular Therapeutic Project and intersectoral articulation with education and social assistance. Suicide prevention in adolescence requires overcoming purely prescriptive approaches or those automated by risk algorithms. Family and Community Medicine and Primary Health Care reaffirm their problem-solving capacity by operating from the perspective of Extended Clinic, consolidating the Basic Health Unit as a living space for welcoming singularity and defending the life of youth in the Unified Health System.

Keywords: Suicide Prevention. Adolescence. Mental Health. Primary Health Care. Family and Community Medicine.

RESUMEN

El suicidio en la adolescencia constituye un problema de salud pública relevante de naturaleza multifactorial, atravesado por vulnerabilidades socioeconómicas, familiares y territoriales. En este

escenario, la Atención Primaria de Salud y la Estrategia de Salud Familiar se presentan como espacios privilegiados para la prevención y acogida del sufrimiento psicológico. Analizar, sobre la base de la literatura científica, cómo los principios y atributos de la Atención Primaria de Salud fundamentan la actuación del Médico de Familia y Comunidad en la prevención del suicidio en la adolescencia, identificando potencialidades y desafíos en la asistencia cotidiana. Se trata de una revisión integradora de la literatura, con enfoque cualitativo, guiada por las recomendaciones del protocolo PRISMA 2020. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos Scielo y Biblioteca Virtual en Salud, seleccionando publicaciones en portugués e inglés entre 2015 y 2024. El análisis del corpus mostró que el comportamiento suicida expresa dolores existenciales y ético-políticos inseparables de los determinantes sociales. La práctica del Médico de Familia y Comunidad enfrenta barreras como sobrecarga laboral, inseguridad técnica, reproducción del modelo biomédico y medicalizador, culpabilización de la unidad familiar y uso de la derivación burocrática como exención de responsabilidad. En contraste, los atributos de longitudinalidad, vinculación y adscripción territorial resultan ser poderes centrales para la detección precoz y el manejo de crisis en el territorio mismo. La realización de la atención integral depende del fortalecimiento de dispositivos de corresponsabilidad, como el Apoyo Matricial, el Proyecto Terapéutico Singular y la articulación intersectorial con la educación y la asistencia social. La prevención del suicidio en la adolescencia requiere superar enfoques puramente prescriptivos o automatizados por algoritmos de riesgo. La Medicina de Familia y Comunidad y la Atención Primaria de Salud reafirman su capacidad de resolución al operar desde la perspectiva de la Clínica Ampliada, consolidando la Unidad Básica de Salud como un espacio vivo para acoger la singularidad y defender la vida de los jóvenes en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Prevención del Suicidio. Adolescencia. Salud Mental. Atención Primaria de Salud. Medicina de Familia y Comunidad.

1 INTRODUÇÃO

A adolescência constitui um período marcado por intensas transformações biológicas, psíquicas, sociais e relacionais, sendo atravessada por experiências singulares e coletivas que influenciam diretamente os modos de produção da identidade e do sofrimento psíquico . Distanciando-se de uma compreensão estritamente naturalizante do desenvolvimento humano, a adolescência pode ser entendida como uma construção histórica e social, produzida a partir das relações estabelecidas em determinado contexto cultural e político . Nesse sentido, aspectos relacionados aos vínculos familiares, às condições de vida, às desigualdades sociais e às experiências de violência atravessam significativamente o modo como adolescentes vivenciam o sofrimento mental .

Entre as expressões desse sofrimento, o comportamento suicida destaca-se como um importante fenômeno contemporâneo no campo da saúde mental. O comportamento suicida compreende ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado, envolvendo pensamentos e atos autoinfligidos relacionados a experiências intensas de sofrimento psíquico . Estudos apontam que fatores como conflitos familiares, violência, fragilidade das redes de apoio, sofrimento emocional, uso de substâncias psicoativas e vulnerabilidades sociais relacionam-se diretamente ao aumento do risco de suicídio entre adolescentes .

A compreensão do suicídio na adolescência demanda, portanto, perspectivas de cuidado que ultrapassem abordagens exclusivamente biomédicas e individualizantes, considerando os sujeitos em sua integralidade e em relação aos contextos familiares, sociais e territoriais nos quais estão inseridos. Nessa direção, a Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta-se como espaço estratégico para ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado em saúde mental, especialmente por seus princípios de territorialização, vínculo, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

No Brasil, a organização da APS consolidou-se por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2006 e revisada em 2011 e 2017, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário de organização do cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A proximidade das equipes com os territórios e com as famílias possibilita maior reconhecimento das condições de vida dos usuários, favorecendo práticas de cuidado longitudinal e acompanhamento contínuo de situações de sofrimento psíquico.

Nesse contexto, o médico de família e comunidade ocupa papel estratégico no desenvolvimento do cuidado integral em saúde mental. Diferentemente de uma prática centrada exclusivamente no diagnóstico e na doença, a Medicina de Família e Comunidade fundamenta-se em uma perspectiva

ampliada de saúde, considerando os sujeitos em suas dimensões biológicas, psíquicas, familiares, sociais e territoriais. Sua atuação caracteriza-se pelo acompanhamento longitudinal dos usuários, pela construção de vínculo, pela escuta qualificada e pela coordenação do cuidado junto à rede de atenção à saúde .

No cuidado a adolescentes em sofrimento psíquico, o médico de família e comunidade possui potencialidade para identificar precocemente situações de vulnerabilidade e risco, acolher demandas relacionadas à saúde mental e articular estratégias de cuidado junto às equipes multiprofissionais, à família e aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A inserção territorial desse profissional favorece o conhecimento das dinâmicas familiares, comunitárias e sociais que atravessam o sofrimento dos adolescentes, possibilitando intervenções que ultrapassem práticas exclusivamente medicalizantes ou centradas na crise .

Além disso, estudos no campo da atenção psicossocial apontam que práticas pautadas no acolhimento, na escuta qualificada, no fortalecimento de vínculos e na articulação intersetorial apresentam importantes contribuições para o cuidado em saúde mental infanto-juvenil . Nesse sentido, o médico de família e comunidade pode atuar como importante articulador do cuidado, contribuindo para a continuidade do acompanhamento e para a construção de estratégias preventivas no território .

Ademais, a instituição da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, por meio da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, reforçou a necessidade de desenvolvimento de estratégias preventivas articuladas entre saúde, educação e assistência social, bem como a importância da notificação compulsória dos casos de violência autoprovocada . Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas à prevenção do suicídio e à organização da APS no SUS, ainda se observam desafios relacionados ao cuidado em saúde mental de adolescentes, especialmente no que se refere à atuação do médico de família e comunidade nesse contexto. Nesse cenário, pergunta-se: de que modo a prática do médico de família e comunidade tem conseguido sustentar um cuidado pautado na integralidade, para além do modelo biomédico e prescritivo? Qual é a distância entre as diretrizes da Política Nacional e a realidade concreta das equipes da APS na prevenção do suicído?

Diante desse cenário, esta pesquisa toma como objeto de estudo os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto fundamentação para a atuação do médico de família e comunidade na prevenção do suicídio em adolescentes. Dessa forma, o objetivo geral é analisar, com base na literatura científica, como os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde fundamentam a atuação do Médico de Família e Comunidade na prevenção do suicídio na adolescência, identificando

potencialidades e desafios no cotidiano assistencial. Para tanto, busca-se primeiramente descrever o suicídio na adolescência sob uma perspectiva ampliada de saúde e sofrimento psíquico, para em seguida identificar as contribuições dos princípios da APS no cuidado integral em saúde mental dos adolescentes e, por fim, analisar as potencialidades e os desafios vivenciados pelo médico de família e comunidade na prevenção do suicídio nessa etapa da vida.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico deste trabalho ancora-se na articulação entre a saúde coletiva, a medicina de família e comunidade e a atenção psicossocial, visando sustentar a análise do cuidado ao adolescente em risco de suicídio na Atenção Primária à Saúde (APS) .

2.1 A ADOLESCÊNCIA COMO CONSTRUÇÃO HISTÓRICO-SOCIAL E A PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Para compreender o comportamento suicida na adolescência, faz-se necessário afastar-se de visões puramente biologizantes ou naturalizantes do desenvolvimento humano, que tendem a conceber esse período apenas como uma fase de “tempestades hormonais” ou imaturidade neurobiológica ,. Sob a perspectiva da psicologia socio-histórica e da Saúde Coletiva, a adolescência é apreendida como uma construção social, cultural e histórica, cujas vivências são diretamente produzidas pelas condições concretas de vida e pelos modos contemporâneos de produção de subjetividade .

O sofrimento psíquico, longe de ser um fenômeno puramente endógeno ou restrito a um transtorno psiquiátrico individual, emerge na intersecção entre a singularidade do sujeito e as vulnerabilidades do território ,,. Determinantes sociais da saúde - como a precarização socioeconômica, as desigualdades de classe, gênero e raça, as violências estruturais e intrafamiliares, e o enfraquecimento dos laços comunitários e de suporte social - atuam como potentes vetores no agravamento do desamparo emocional dos jovens ,,.

O comportamento suicida (que abrange a ideação, a tentativa e o ato consumado) e a automutilação sem intenção letal expressam formas de dor existencial e ética que não encontram canais de elaboração ou acolhimento na rede relacional do adolescente ,,. Portanto, a abordagem desse agravo exige estratégias clínicas que reconheçam o jovem como sujeito de direitos, desconstruindo estigmas e superando a tendência de enquadrar o sofrimento em categorias patologizantes estáticas ,.

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: ATRIBUTOS E A CLÍNICA AMPLIADA

A Atenção Primária à Saúde (APS) consolida-se como a porta de entrada preferencial, a ordenadora do cuidado e a coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) –. Estruturada prioritariamente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a APS não se caracteriza como um nível assistencial de baixa complexidade técnica, mas sim de elevada densidade tecnológica relacional, cuja prática é norteada por atributos essenciais e derivados que redefinem a produção da saúde –.

Entre os atributos essenciais, destaca-se primeiramente a Atenção ao Primeiro Contato, que assegura a acessibilidade e a utilização do serviço a cada novo problema ou episódio de saúde, estabelecendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) como um espaço aberto e desburocratizado –. A Longitudinalidade pressupõe a existência de um aporte contínuo de cuidado ao longo do tempo, construindo uma relação interpessoal duradoura e baseada na confiança mútua entre os usuários e a equipe ,. A Integralidade exige que os serviços reconheçam a amplitude das necessidades de saúde da população, ofertando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em dimensões biológicas, psicológicas e sociais, sem fragmentar o sujeito em sistemas orgânicos ,. A Coordenação do Cuidado, por sua vez, refere-se à capacidade da APS de integrar e harmonizar a atenção recebida pelo usuário nos diversos pontos da rede assistencial ,. Soma-se a esses os atributos derivados: a Centralidade na Família (compreensão do indivíduo no seu núcleo relacional), a Orientação Comunitária (reconhecimento do contexto socioambiental) e a Competência Cultural –.

No cenário da ESF, a atuação do Médico de Família e Comunidade (MFC) e da equipe multiprofissional é balizada pela Clínica Ampliada - referencial ético, político e epistemológico desenvolvido no âmbito da Saúde Coletiva e da Política Nacional de Humanização . A Clínica Ampliada emerge como um contraponto crítico à clínica médica tradicional, hegemonizada pela racionalidade biomédica, positivista e farmacocêntrica, a qual reduz o processo saúde-doença à identificação nosológica de patologias orgânicas e à aplicação de condutas lineares do tipo “queixa-conduta” .

A ampliação da clínica opera-se pelo deslocamento do foco do diagnóstico de uma doença isolada para a singularidade do sujeito em sofrimento, apreendido em sua totalidade existencial, familiar e territorial . Estruturalmente, a Clínica Ampliada sustenta-se sobre cinco diretrizes fundamentais: Compreensão ampliada do processo saúde-doença: incorporação dos determinantes

sociais, subjetivos e culturais na gênese e no manejo do adoecimento ; Construção compartilhada do diagnóstico e da terapêutica: substituição do saber tutelar prescritivo por processos de negociação e tomada de decisão pactuada com o usuário (*shared decision-making*), respeitando sua autonomia e protagonismo ; Ampliação do objeto de intervenção: o foco deixa de ser apenas a mitigação do sintoma orgânico e passa a contemplar a produção de vida, o fortalecimento de recursos comunitários e a redução de vulnerabilidades ; Transformação dos meios de trabalho e suporte aos profissionais: uso de arranjos como o Apoio Matricial para garantir o suporte de retaguarda e a educação permanente das equipes ,; Aumento da responsabilidade dos profissionais sobre o afeto e a dor do outro: compromisso ético-político com a escuta qualificada e a despatologização do cotidiano .

No âmbito da atenção à saúde mental infantojuvenil, a articulação entre os atributos da APS e as premissas da Clínica Ampliada oferece o aporte teórico e metodológico necessário para a abordagem do comportamento suicida e das lesões autoprovocadas em adolescentes ,. Diante de um público cuja demanda raras vezes se expressa por meio de pedidos diretos de ajuda psiquiátrica, a *longitudinalidade* e o *vínculo territorial* funcionam como tecnologias leves decisivas ,. Elas permitem ao médico de família identificar sinais precoces e indiretos de sofrimento psíquico grave - tais como queixas somáticas inespecíficas, dores crônicas sem etiologia esclarecida, alterações súbitas de rendimento escolar e isolamento afetivo - durante atendimentos de rotina ou consultas de acompanhamento geral .

A imersão comunitária promovida pela territorialização favorece, ademais, o mapeamento realista dos recursos relacionais e das vulnerabilidades do jovem ,. Em lugar de adotar discursos moralizantes ou esquemas reducionistas de estigmatização da dinâmica familiar - traduzidos frequentemente no rótulo genérico e culpabilizante de “família desestruturada” -, a Clínica Ampliada instrumentaliza o médico a acolher a complexidade dos arranjos familiares contemporâneos e os atravessamentos socioeconômicos que sobrecarregam os cuidadores . Dessa forma, a intervenção médica na APS afasta-se da mera renovação mecânica de prescrições ou da transferência apressada de responsabilidade via encaminhamento burocrático, firmando-se como uma prática de escuta qualificada, gestão de risco no território, pactuação de planos de segurança e corresponsabilização ética na defesa da vida do adolescente , .

2.3 REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, INTERSETORIALIDADE E A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

A prevenção do suicídio e das lesões autoprovocadas na adolescência exige a superação definitiva de intervenções isoladas, pontuais e desarticuladas, impondo a consolidação de uma práxis pautada pelo cuidado em rede ,,. No Brasil, a atenção à saúde mental estrutura-se por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que visa promover a integração e a articulação de serviços em diferentes níveis de complexidade assistencial, sob a lógica da atenção comunitária e territorial . Nesse arranjo, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) figuram como os pilares de sustentação da atenção à infância e à adolescência, exercendo papel estratégico na ordenação do fluxo assistencial e na promoção de vínculos protetivos no território .

Contudo, a articulação entre os diferentes pontos da RAPS enfrenta obstáculos históricos decorrentes da persistência do modelo ambulatorial tradicional, no qual prevalece a lógica da transferência de responsabilidade clínica ,. Para evitar a fragmentação da assistência e neutralizar o mero "encaminhamento burocrático" - processo no qual a equipe da atenção básica repassa passivamente o usuário ao serviço especializado sem garantir a continuidade do acompanhamento -, o campo da Saúde Coletiva produziu arranjos metodológicos e organizacionais essenciais para a gestão do trabalho interdisciplinar: o Apoio Matricial e o Projeto Terapêutico Singular (PTS) .

O Apoio Matricial configura-se como um suporte técnico-pedagógico e assistencial prestado por equipes especializadas - tais como as equipes dos CAPSi ou das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti) - às equipes de referência da Estratégia Saúde da Família . Distanciando-se do modelo tradicional de parecer ou consultoria verticalizada, o matriciamento institui um espaço de diálogo horizontal, troca de saberes e cogestão de casos clínicos complexos . Essa metodologia amplia a capacidade resolutiva do Médico de Família e Comunidade e dos demais profissionais da UBS, fortalecendo a retaguarda especializada sem retirar da equipe territorial a coordenação do cuidado nem a responsabilidade sanitária sobre o usuário .

Como desdobramento direto dessa pactuação horizontal, destaca-se a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), definido como um conjunto articulado de propostas e ações terapêuticas construído coletivamente a partir das necessidades, desejos, fragilidades e recursos do sujeito em sofrimento . No contexto da prevenção do suicídio na adolescência, a formulação do PTS afasta o cuidado de algoritmos rígidos ou condutas uniformizadas, permitindo que a equipe de saúde, o adolescente, seus familiares e sua rede de suporte pactuem intervenções personalizadas . O PTS abarca

desde estratégias imediatas de mitigação de risco e elaboração de planos de segurança (*safety plans*) até pactuações de acompanhamento contínuo no território e articulações comunitárias .

Ademais, dada a complexidade multidimensional do sofrimento psíquico na juventude, o cuidado não pode ser restrito ou monopolizado exclusivamente pelo setor saúde . A promulgação da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, representou um importante marco jurídico e institucional ao ratificar a obrigatoriedade do desenvolvimento de estratégias preventivas integradas e da notificação compulsória dos casos de violência autoprovocada . Essa legislação reforça a intersetorialidade como diretriz indispensável, convocando a atuação sinérgica entre a saúde, a educação (por meio do ambiente escolar), a assistência social (CRAS e CREAS) e o Sistema de Garantia de Direitos (com destaque para os Conselhos Tutelares) . A articulação intersetorial viabiliza que o acolhimento ao adolescente ultrapasse o ato prescritivo e alcance ações de proteção social ampla, redução de vulnerabilidades socioeconômicas, fortalecimento de redes comunitárias e promoção da cidadania .

Em síntese, o referencial teórico aqui delineado demonstra que a prevenção do suicídio na adolescência no âmbito da Atenção Primária à Saúde não se esgota na aplicação de protocolos diagnósticos ou no cumprimento mecânico de trâmites burocráticos. Pelo contrário, fundamenta-se na articulação entre a dimensão socio-histórica da adolescência, os atributos constitutivos da APS e a operatividade da Clínica Ampliada na Medicina de Família e Comunidade „. Quando alicerçada nos dispositivos da RAPS, no Apoio Matricial e na pactuação intersetorial, a atuação do médico de família e comunidade resgata sua potência ética, técnica e política, afirmando a UBS como um espaço vivo de acolhimento da singularidade, produção de vínculo e defesa intransigente da vida da juventude no SUS.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo teórico-conceitual, desenvolvido por meio de revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter exploratório, voltado à análise da produção científica acerca da prevenção do suicídio na adolescência no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), com enfoque na atuação do médico de família e comunidade.

A abordagem qualitativa mostra-se adequada ao estudo por considerar que os fenômenos relacionados ao sofrimento psíquico e ao comportamento suicida na adolescência não podem ser compreendidos exclusivamente por meio de indicadores quantitativos, uma vez que envolvem

dimensões subjetivas, sociais, familiares, culturais e territoriais. Conforme Minayo , a pesquisa qualitativa busca compreender significados, valores, crenças, relações e processos sociais, permitindo interpretar fenômenos humanos em sua complexidade.

A revisão integrativa foi escolhida por possibilitar a reunião, organização e síntese crítica de diferentes produções científicas relacionadas ao fenômeno estudado, favorecendo uma compreensão ampla e aprofundada da temática. Esse método permite integrar evidências provenientes de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, contribuindo para a construção do conhecimento e para a identificação de lacunas na literatura. Além disso, caracteriza-se por um processo sistematizado de elaboração da pergunta de pesquisa, definição dos critérios de inclusão e exclusão, busca nas bases de dados, seleção, análise e síntese dos estudos, conferindo maior rigor metodológico e transparência ao percurso da pesquisa, sem perder a possibilidade de uma interpretação crítica dos achados à luz de referenciais teóricos, documentos normativos e políticas públicas pertinentes ao objeto investigado .

A questão norteadora da pesquisa foi estruturada a partir da estratégia PCC, considerando: P (População): adolescentes; C (Conceito): prevenção do suicídio e atuação do médico de família e comunidade; C (Contexto): Atenção Primária à Saúde. A partir dessa estrutura, formulou-se a seguinte questão: como os princípios da Atenção Primária à Saúde orientam a atuação do médico de família e comunidade na prevenção do suicídio em adolescentes?

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionadas por sua relevância para a produção científica em saúde e Saúde Coletiva e por possibilitarem o acesso a estudos nacionais e internacionais relacionados à temática.

A estratégia de busca foi construída a partir de descritores identificados nos vocabulários Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), contemplando os seguintes eixos temáticos: adolescência, suicídio e comportamento suicida, saúde mental, Atenção Primária à Saúde e Medicina de Família e Comunidade/Estratégia Saúde da Família. Os termos foram combinados por meio dos operadores booleanos *AND*/E e *OR/OU*, conforme as especificidades de cada base de dados.

Entre os termos considerados na estratégia de busca, destacaram-se: “prevenção do suicídio”, “suicídio”, “comportamento suicida”, “adolescência”, “adolescente”, “saúde mental”, “Atenção Primária à Saúde”, “medicina de família e comunidade” e “Estratégia Saúde da Família”. As

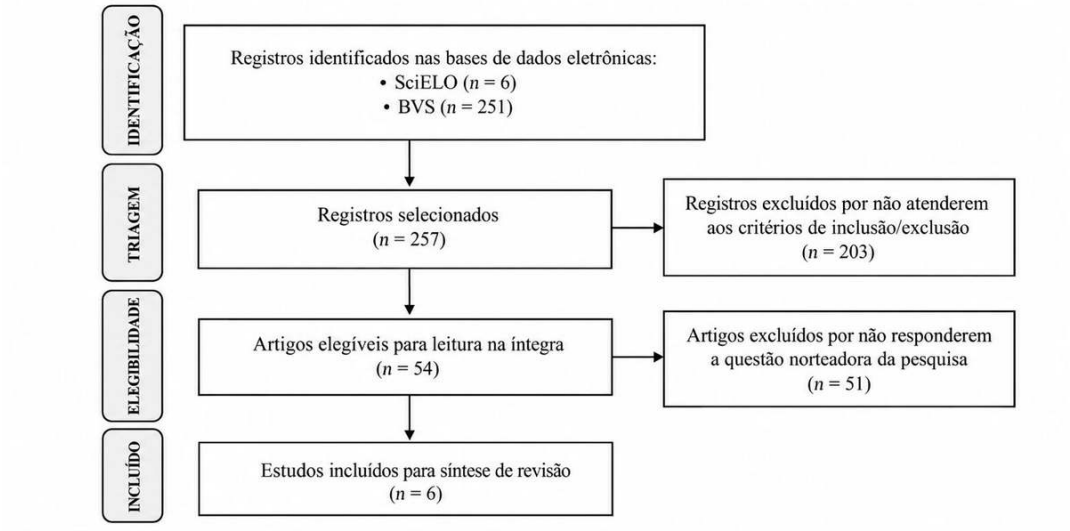
combinações foram ajustadas conforme os resultados obtidos e as particularidades das bases consultadas.

A delimitação temporal foi estabelecida como critério metodológico para priorizar evidências científicas recentes e contextualizadas às configurações contemporâneas da Atenção Primária à Saúde, da atenção à saúde mental de adolescentes e da Rede de Atenção Psicossocial. Considerando as transformações ocorridas, ao longo do período, nas políticas públicas, na organização dos serviços de saúde e nas estratégias de prevenção do suicídio, foram priorizados artigos científicos publicados nos últimos dez anos, compreendidos, predominantemente, entre 2016 e o período de realização da busca em 2026.

O recorte temporal foi aplicado aos artigos que constituíram o corpus principal da revisão. Não foi utilizado de forma absoluta para referenciais teóricos clássicos, documentos normativos, legislações, políticas públicas, diretrizes e manuais considerados relevantes para a fundamentação conceitual e contextual do estudo. Essa distinção foi adotada porque determinadas produções anteriores ao período delimitado permanecem fundamentais para a compreensão de conceitos como Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade, clínica ampliada, apoio matricial e cuidado em saúde mental.

O percurso de identificação, triagem e seleção dos estudos foi organizado de maneira a conferir maior transparência à revisão, tomando como referência as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão apresentadas nas recomendações do PRISMA 2020, sem caracterizar o presente estudo como uma revisão sistemática.

Figura 1. Prisma



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026

Foram considerados como critérios de inclusão artigos científicos publicados entre 2016 e 2026, admitindo-se pontualmente estudo anterior ao recorte caso apresentasse estrita e inequívoca centralidade na atuação do médico de família e comunidade na prevenção do suicídio; publicações nos idiomas português e inglês; estudos de campo e pesquisas empíricas; estudos que abordassem adolescentes e/ou a população infantojuvenil, com pertinência para a adolescência; estudos relacionados à prevenção do suicídio, comportamento suicida, autolesão ou saúde mental; pesquisas desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde; estudos que abordassem a atuação do médico de família e comunidade ou de equipes da Estratégia Saúde da Família que incluíssem a participação médica; publicações disponíveis em texto completo.

Ademais, foram excluídos desta pesquisa os estudos exclusivamente direcionados à população adulta ou idosa; estudos sem relação com a Atenção Primária à Saúde; estudos que não abordassem prevenção do suicídio, comportamento suicida, autolesão ou saúde mental; estudos que não apresentassem relação com a atuação do médico de família e comunidade ou com equipes da Estratégia Saúde da Família com participação médica; artigos de revisão, considerando a opção metodológica de priorizar estudos de campo e pesquisas empíricas; artigos duplicados entre as bases consultadas; publicações sem acesso ao texto completo.

Referenciais teóricos, documentos normativos, políticas públicas, legislações, diretrizes e manuais não foram considerados parte do corpus de artigos submetidos aos critérios de inclusão e

exclusão mencionados acima. Esses materiais foram utilizados de maneira complementar para fundamentar conceitos e contextualizar a discussão desenvolvida a partir dos estudos selecionados.

Após a realização das buscas nas bases de dados, os resultados foram organizados para identificação de estudos potencialmente pertinentes à questão de pesquisa. Inicialmente, foram identificados e eliminados os registros duplicados. Em seguida, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

Os estudos potencialmente elegíveis foram posteriormente submetidos à leitura do texto completo, etapa em que foram verificadas sua pertinência ao objeto da pesquisa, sua relação com a Atenção Primária à Saúde e a presença de elementos relacionados à atuação médica no cuidado e na prevenção do suicídio entre adolescentes. Observa-se que o critério de exclusão que mais prevaleceu foram pesquisas que não faziam menção à atuação do médico de família e comunidade, o que por si é um resultado encontrado já na fase da pesquisa.

Excepcionalmente, incluiu-se no corpus da revisão um estudo empírico publicado em 2015, excedendo pontualmente o recorte temporal estabelecido (2016-2026). Essa flexibilização deu-se em razão da sua singularidade e estrita aderência ao objeto central desta pesquisa - nominalmente, a atuação direta do médico de família e comunidade na prevenção do suicídio. Diante da escassez na literatura recente de produções empíricas que abordem essa especificidade profissional de forma isolada, em detrimento de abordagens genéricas sobre a equipe multiprofissional, a manutenção do referido artigo justificou-se por sua densidade temática e relevância técnico-científica para o cumprimento dos objetivos do estudo.

O processo de seleção foi organizado em quatro etapas: identificação dos estudos, triagem, avaliação de elegibilidade e inclusão na análise final. A quantidade de estudos identificados, excluídos e incluídos será apresentada em fluxograma elaborado com base no modelo PRISMA 2020, utilizando-se os números efetivamente obtidos durante a busca bibliográfica.

Os estudos selecionados foram submetidos inicialmente à leitura exploratória, com o objetivo de verificar sua pertinência em relação à questão norteadora e aos objetivos da pesquisa. Posteriormente, realizou-se leitura analítica e crítica, buscando identificar, em cada publicação, informações referentes à autoria, ano de publicação, objetivo, metodologia, contexto do estudo, participantes, principais resultados e conclusões.

As informações foram sistematizadas em fichamentos e quadros comparativos, possibilitando a organização dos achados segundo categorias temáticas relacionadas aos objetivos da pesquisa. A

análise temática considerou os seguintes eixos: compreensão do suicídio na adolescência a partir de uma perspectiva ampliada de saúde e sofrimento psíquico; princípios da Atenção Primária à Saúde e suas contribuições para o cuidado integral em saúde mental de adolescentes; atuação do médico de família e comunidade na prevenção do suicídio na adolescência; potencialidades da Atenção Primária à Saúde na prevenção do suicídio entre adolescentes; desafios e limites da atuação do médico de família e comunidade no cuidado em saúde mental; articulação em rede, intersetorialidade e estratégias de cuidado compartilhado.

A análise foi conduzida por meio da comparação entre os estudos selecionados, buscando identificar convergências, divergências e lacunas na literatura acerca da prevenção do suicídio na adolescência no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Os achados foram interpretados de forma integrada, considerando dimensões clínicas, subjetivas, familiares, territoriais e sociopolíticas relacionadas ao cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde.

Por se tratar de uma revisão narrativa de abordagem qualitativa, não foram realizadas técnicas estatísticas de síntese dos resultados. Dados quantitativos presentes nos estudos selecionados foram utilizados de forma complementar, quando pertinentes à compreensão do fenômeno investigado.

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, sem coleta de dados diretamente com seres humanos, o estudo não envolveu participantes de pesquisa nem intervenção ou contato direto com indivíduos. Dessa forma, não foram identificados riscos físicos, psíquicos, morais, sociais ou culturais decorrentes da participação de sujeitos.

Os possíveis riscos relacionam-se principalmente a vieses de seleção, interpretação ou análise da literatura. Buscou-se minimizar esses riscos por meio da definição prévia da questão de pesquisa, dos critérios de inclusão e exclusão, da sistematização do processo de seleção e da análise crítica e comparativa dos estudos encontrados.

Como benefício, espera-se que o estudo contribua para ampliar a compreensão acerca das potencialidades e dos desafios da Atenção Primária à Saúde na prevenção do suicídio entre adolescentes, com especial atenção à atuação do médico de família e comunidade. Pretende-se, ainda, contribuir para reflexões sobre práticas de cuidado integral, longitudinal, territorializado e articulado em rede no âmbito do Sistema Único de Saúde.

5 RESULTADOS

A busca e a seleção nas bases de dados resultaram na inclusão de seis publicações científicas que constituem o *corpus* analítico deste estudo. A amostra é composta por pesquisas empíricas e estudos de abordagem qualitativa, uma reflexão analítica e um ensaio teórico-conceitual sobre a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre os estudos selecionados, a pesquisa de Gomes *et al.* analisa os discursos de médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF), identificando a prevalência do modelo biomédico pautado na lógica da "queixa-conduta", a culpabilização do núcleo familiar e a tendência ao encaminhamento fragmentado como forma de transferência de responsabilidade ao especialista. Em consonância com essa discussão, Gasparetto *et al.* problematizam a adolescência enquanto construção histórico-social, ressaltando a urgência do cuidado em rede e territorializado para superar abordagens meramente medicadas diante das vulnerabilidades juvenis.

Aprofundando a percepção dos profissionais da atenção básica, Fernandes *et al.* destacam que o acolhimento, o vínculo e a longitudinalidade constitutivos da Atenção Primária à Saúde (APS) funcionam como potências centrais na identificação precoce do sofrimento psíquico infantojuvenil, defendendo o fortalecimento do cuidado compartilhado. Por sua vez, Escobar *et al.* investigam o olhar dos profissionais da rede intersetorial diante do comportamento suicida e autolesivo em adolescentes, evidenciando que o manejo efetivo da crise requer intervenções dinâmicas - como a elaboração de Planos de Segurança e a pactuação familiar -, além de fluxos pactuados de comunicação que extrapolam a simples notificação compulsória.

Ao examinar as barreiras do cotidiano assistencial, Pimenta *et al.* revelam a insegurança das equipes multiprofissionais da APS no manejo do risco de suicídio, apontando a sobrecarga de trabalho, a escassez de tempo em consulta e a articulação frágil da rede como entraves diretos à oferta de uma escuta qualificada. Por fim, para fundamentar as alternativas metodológicas a esses limites, o ensaio de Campos e Domitti conceitua os arranjos do Apoio Matricial e da Equipe de Referência, sustentando a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como estratégia indispensável para assegurar a corresponsabilização clínica e romper com a fragmentação do cuidado no SUS.

A análise integrada desse conjunto de dados permitiu agrupar os achados em três eixos temáticos centrais. O primeiro eixo aborda a compreensão do sofrimento e das vulnerabilidades na adolescência, revelando convergência entre os autores ao afirmarem que o comportamento suicida e

as autolesões não se reduzem a quadros psiquiátricos isolados, mas refletem fraturas nos laços familiares, desigualdades socioeconômicas e insuficiência nos suportes comunitários do território ,,.

O segundo eixo reúne as barreiras, os limites clínicos e as marcas do discurso profissional na APS. Os achados indicam uma marcante insegurança técnica dos médicos generalistas no manejo da crise, atravessada por condições de sobrecarga laboral que favorecem a manutenção de práticas prescritivas e medicalizantes, a responsabilização unilateral das famílias pelo adoecimento do jovem e a utilização do encaminhamento burocrático como mecanismo de exoneração da responsabilidade sanitária da equipe ,.

Por fim, o terceiro eixo destaca as potencialidades da Atenção Primária e os dispositivos para a corresponsabilização do cuidado. As evidências ratificam que atributos como a adscrição territorial, a longitudinalidade e o vínculo tornam a Unidade Básica de Saúde o espaço mais estratégico para a detecção precoce do risco e para a execução de intervenções imediatas de baixo custo e alta resolutividade ,. Ademais, a literatura reforça que a efetivação da clínica ampliada nesse nível de atenção depende diretamente da consolidação do Apoio Matricial e da pactuação de Projetos Terapêuticos Singulares, garantindo que o cuidado ao adolescente permaneça ancorado no território e compartilhado em rede ,.

6 DISCUSSÃO

6.1 O SOFRIMENTO PSÍQUICO E O COMPORTAMENTO SUICIDA NA ADOLESCÊNCIA: DETERMINANTES HISTÓRICO-SOCIAIS E A PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADE

A compreensão da saúde mental na infância e na adolescência exige um rompimento definitivo com visões puramente biológicas, inatistas e naturalistas que, historicamente, buscaram patologizar as fases de transição do desenvolvimento humano . Observa-se que foram construídos padrões normativos de crescimento e, por conseguinte, as vivências que divergiam dessa norma passaram a ser rotuladas como patológicas .

A adolescência deve ser apreendida como uma categoria fundamentalmente histórica e social, cujas manifestações de sofrimento - longe de se reduzirem a crises endógenas ou universais - relacionam-se de forma íntima com as condições concretas de existência, com os modos de produção de subjetividade contemporâneos e com o tecido sociocultural no qual o sujeito está inserido . Portanto, mais do que a uma condição puramente orgânica, o sofrimento está atrelado ao contexto em que o indivíduo se desenvolve e com o qual interage .

Esse questionamento evoca a reflexão de que, quando fenômenos agudos e complexos como o comportamento suicida, a ideação de morte e as práticas autolesivas emergem na história de vida de jovens, eles não podem ser reduzidos a sintomas isolados de um transtorno psiquiátrico individual . Pelo contrário, essas manifestações sinalizam uma dolorosa linha de fratura na interface entre a vulnerabilidade psicossocial emergente e a insuficiência estrutural dos suportes institucionais, familiares e comunitários destinados a garantir o acolhimento da alteridade .

No contexto brasileiro, a violência estrutural, as desigualdades socioeconômicas e a precariedade das redes de proteção social atuam como potentes vetores na exacerbação do sofrimento ético-político de jovens das classes populares . A vulnerabilidade social agudiza o sentimento de desamparo, minando as possibilidades de construção de projetos de futuro viáveis . Como apontam os dados globais da Organização Mundial da Saúde, o suicídio consolidou-se como uma das principais causas de mortalidade entre a população jovem mundial, o que convoca, de maneira inadiável, os sistemas de saúde pública a estruturarem estratégias precoces e sensíveis de detecção e intervenção .

Diante dessa urgência epidemiológica e social, o arcabouço normativo brasileiro buscou construir caminhos para o enfrentamento do problema . O principal marco jurídico recente dessa mobilização institucional traduziu-se na promulgação da Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio . Esta legislação estabeleceu a obrigatoriedade da notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados por parte dos estabelecimentos de saúde, educação e assistência social, sublinhando a necessidade de articulação de redes vivas e intersetoriais para o manejo desse agravo .

A formulação de tais políticas representa um avanço institucional indispensável . Contudo, a transposição da norma jurídica para o cotidiano dos serviços esbarra na persistência de um modelo biomédico hegemônico focado na lógica restrita da “queixa-conduta” . A tendência à compartimentalização do cuidado faz com que as dimensões subjetiva, social e cultural do sofrimento sejam frequentemente silenciadas por processos de farmacologização, onde se projeta na intervenção medicamentosa a resolução mecânica de dores que são, fundamentalmente, relacionais e existenciais . Essa tendência de converter problemas de ordem humana em circunstâncias puramente médicas amortece a singularidade, descontextualiza a dor do sujeito e reduz o sofrimento do adolescente a um transtorno isolado .

Sob essa racionalidade técnica, o adolescente corre o risco de ser destituído de sua própria história . Ao operar sob a premissa homogeneizante de que as trajetórias são simétricas, o sistema de

saúde muitas vezes apaga a biografia concreta do jovem, transformando-o em uma figura abstrata e genérica . Substitui-se o olhar atento ao indivíduo por rótulos diagnósticos engessados ou por culpabilizações morais dirigidas à sua rede de apoio, utilizando, por exemplo, o conceito de "família desestruturada" de forma irrefletida para estigmatizar arranjos familiares vulnerabilizados . Contrapor-se a essa dinâmica exige a consolidação do conceito ampliado de saúde, compreendendo que o comportamento suicida emerge como um fenômeno complexo, indissociável das condições socioeconômicas e dos modos de produção de subjetividade contemporâneos .

Nesse sentido, o manejo e a compreensão do risco de suicídio na adolescência demandam estratégias que acompanhem a própria fluidez desse período . A ideação suicida e os pensamentos autolesivos nessa etapa assumem contornos essencialmente dinâmicos, variando significativamente ao longo do tempo . Portanto, o risco de suicídio não deve ser tratado como uma sentença fixa ou uma identidade patológica rígida, mas sim como um estado de sofrimento agudo que requer monitoramento contínuo, sensível e contextualizado .

Por essa razão, ferramentas automatizadas de rastreamento ou triagens padronizadas mostram-se insuficientes se utilizadas de forma isolada . Para que o cuidado de fato se centre no sujeito e escape da armadilha da patologização mecânica, qualquer avaliação de risco deve ser sucedida por um julgamento clínico individualizado e por processos de tomada de decisão compartilhada (*shared decision-making*) entre a equipe . O plano terapêutico deve se alinhar aos valores culturais, às preferências e às necessidades específicas de cada adolescente e de sua família, preservando a autonomia do sujeito frente à engrenagem tecnocrática do cuidado . É nessa costura entre a escuta sensível da singularidade e o respeito ao contexto sociocultural que a linha de cuidado se afasta da mera intervenção tutelar, aproximando-se de uma autêntica prática de acolhimento e emancipação .

6.2 A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E O MANEJO CLÍNICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde, estruturada e operacionalizada no Brasil prioritariamente por meio da Estratégia Saúde da Família, detém a atribuição doutrinária e técnico-assistencial de atuar como a coordenadora do cuidado e a principal ordenadora das ações e serviços de saúde no território . Para compreender a potência desse nível de atenção no manejo do sofrimento psíquico, faz-se necessário resgatar as diretrizes e os princípios fundamentais que regem a APS, tais como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a territorialização e a longitudinalidade do cuidado .

A universalidade e o primeiro contato garantem que a Unidade Básica de Saúde (UBS) seja uma porta de entrada aberta, inclusiva e desburocratizada, apta a acolher os adolescentes em suas primeiras manifestações de angústia . Já a integralidade propõe uma não fragmentação do sujeito em sistemas orgânicos isolados, mas compreenda o comportamento suicida na intersecção entre o biológico, o psicológico e o social . Ademais, a APS não opera sobre um vazio geográfico; ela se ancora na territorialização e na adscrição de clientela, mapeando as redes vivas e as vulnerabilidades socioculturais onde os sujeitos concretamente produzem suas existências .

É a partir desse desenho territorial que a ESF estabelece o vínculo e a longitudinalidade, acompanhando o desenvolvimento do jovem ao longo do tempo . Essa proximidade física, afetiva e cotidiana com a rotina das famílias confere às equipes - com especial destaque para a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - a capacidade única de testemunhar sutis alterações comportamentais, o isolamento progressivo e os sinais precoces de sofrimento psíquico antes mesmo que a crise se agudiza . Assim, as UBSs configuram-se como os espaços mais estratégicos para a identificação precoce, o acompanhamento contínuo e a mitigação dos riscos associados ao comportamento suicida na população infantojuvenil .

No entanto, o exame da literatura especializada demonstra que o manejo prático dessas demandas no nível primário é atravessado por tensões, oscilando entre o desejo de acolhimento e a escassez de ferramentas institucionais e formativas . Essa fragilidade é aprofundada por uma racionalidade biomédica persistentemente enraizada que ainda coloniza o cotidiano assistencial da ESF . A atuação clínica diante do sofrimento infantojuvenil frequentemente esbarra em processos de compartimentalização, nos quais a complexidade das demandas subjetivas é reduzida através de uma lógica linear de “queixa-conduta” . Em vez de se disparar uma escuta integral, opera-se rotineiramente sob discursos normativos que transferem a causalidade do sofrimento para a categoria abstrata da “família desestruturada”, centralizando na figura materna a culpabilização pelo adoecimento do jovem . Essa postura negligencia os determinantes socioeconômicos e territoriais da saúde mental, desvirtuando a diretriz de centralidade na família e transformando o ato do encaminhamento para o especialista em uma via de exoneração de responsabilidade clínica da equipe .

A complexidade desse cenário exige que a Estratégia Saúde da Família (ESF) não atue de forma isolada, mas como o eixo articulador de uma rede de cuidado, estabelecendo diálogo permanente com os diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial por meio do encaminhamento responsável, do apoio matricial e da construção compartilhada do cuidado . Nessa perspectiva, o encaminhamento

deixa de representar uma transferência burocrática de responsabilidade para os serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis, e passa a constituir uma estratégia de corresponsabilização entre equipes, na qual a Atenção Primária permanece como referência para o adolescente e sua família.

O apoio matricial configura-se como um arranjo organizacional e uma metodologia de trabalho interdisciplinar em que equipes especializadas oferecem suporte técnico-pedagógico às equipes de referência da APS. Mais do que discutir casos clínicos ou orientar condutas, o matriciamento promove a troca de saberes, amplia a capacidade resolutiva da equipe da ESF e favorece a construção compartilhada de estratégias de cuidado, preservando o protagonismo da Atenção Primária no acompanhamento longitudinal dos usuários . Dessa forma, busca-se romper com a lógica tradicional de concentração do conhecimento em serviços especializados, fortalecendo a atuação dos profissionais no próprio território e qualificando o manejo de demandas complexas em saúde mental.

Um dos principais instrumentos produzidos nesse processo é o Projeto Terapêutico Singular, entendido como um plano de cuidado construído coletivamente, a partir das necessidades, potencialidades e desejos do usuário, envolvendo diferentes profissionais, o próprio adolescente e sua família . Diferentemente de condutas padronizadas ou protocolos rígidos, o PTS é dinâmico e continuamente reavaliado, articulando objetivos terapêuticos, responsabilidades entre os membros da equipe, estratégias de intervenção e formas de acompanhamento . No contexto da prevenção do suicídio na adolescência, o PTS possibilita que o cuidado seja organizado de maneira integral, contemplando não apenas o manejo do risco iminente, mas também ações voltadas ao fortalecimento dos vínculos familiares, ao acompanhamento da saúde mental, à articulação com a escola, com a assistência social e com outros recursos existentes no território .

Assim, o apoio matricial e o Projeto Terapêutico Singular constituem dispositivos fundamentais para a efetivação da clínica ampliada na Atenção Primária à Saúde . Ao promoverem o compartilhamento de saberes e responsabilidades, fortalecem a coordenação do cuidado pela ESF, evitam encaminhamentos desnecessários, reduzem a fragmentação da assistência e ampliam as possibilidades de construção de respostas singulares diante da complexidade do comportamento suicida na adolescência .

Apesar dos entraves estruturais, evidências empíricas demonstram o impacto positivo de intervenções estruturadas de rastreamento de saúde mental conduzidas dentro da rotina da atenção básica . Ao analisar os processos de triagem e seguimento de risco de suicídio em adolescentes no

âmbito da atenção primária, a literatura evidencia a maleabilidade e o alcance das intervenções clínicas desencadeadas a partir de um achado positivo de ideação ou comportamento autolesivo, conforme sintetizado na revisão de Escobar e colaboradores:

> "The specific interventions implemented in clinical practice varied widely and were tailored to clinicians' judgment and symptom severity. Over half (54.6%) of adolescents with a positive screen received an immediate referral to a mental health specialist, while 44.1% had a safety plan developed during their visit. Other common interventions included providing educational materials or resources (31.1%), consulting with a parent or guardian (28.3%), and adjusting medication dosages or initiating pharmacological treatment (18.1%)."

Essa diversidade de condutas ilustra que a identificação precoce na APS não se esgota no encaminhamento burocrático, mas abre um leque de possibilidades assistenciais imediatas - como a coconstrução de planos de segurança e o envolvimento corresponsável dos cuidadores - que funcionam como fatores protetivos urgentes . Todavia, a eficácia desse modelo reside justamente na recusa a algoritmos rígidos ou automatizados . A variação justificada nas condutas - que engloba inclusive casos em que o rastreamento positivo não gerou uma intervenção imediata por já haver um acompanhamento em curso - resgata a soberania do julgamento clínico e valida a essência do PTS. O rastreamento instrumental, portanto, não substitui o encontro clínico; ele o subsidia .

A introdução de instrumentos validados e sistemáticos, tais como o *Patient Health Questionnaire-9 Modified for Teenagers* (PHQ-9M), tem o potencial de conferir visibilidade a sintomas depressivos severos e pensamentos de morte que, de outro modo, passariam despercebidos em consultas focadas exclusivamente em queixas biológicas ou rotinas de puericultura tardia . O rastreamento atua, assim, como um disparador de cuidado integral, forçando o serviço a olhar para além do corpo orgânico .

A sustentabilidade e a eficácia a longo prazo do monitoramento e do cuidado em saúde mental pela equipe da atenção primária são confirmadas pela evolução clínica dos usuários submetidos a esse modelo de vigilância ativa . A longitudinalidade, atributo essencial da APS, consolida-se como um elemento terapêutico por si só, capaz de produzir melhora nos indicadores psicossociais ao longo do tempo . Dados de acompanhamento de doze meses evidenciam uma redução estatisticamente significativa tanto nos escores médios do PHQ-9M quanto na proporção de jovens que relatam ideação ou comportamento suicida ativo .

Esses indicadores demonstram que, quando a atenção básica assume a sua responsabilidade na condução dos casos de sofrimento psíquico infantojuvenil, ela é capaz de operar transformações no

prognóstico e na redução do risco de suicídio . A redução dos sintomas valida a tese de que a clínica da APS, quando qualificada, humanizada e permanente, possui resolutividade diagnóstica e terapêutica para lidar com quadros de sofrimento psíquico de forma preventiva e promotora, fortalecendo a rede de cuidados e otimizando os níveis secundário e terciário de atenção .

6.3 DESAFIOS, BARREIRAS E O DISCURSO PROFISSIONAL: ENTRE A LÓGICA MEDICALIZADORA E A FRAGMENTAÇÃO INTERSETORIAL

A prevenção do suicídio na adolescência pressupõe o reconhecimento de que o comportamento suicida não emerge como um evento isolado, mas como expressão de um processo complexo, multifatorial e dinâmico . Nesse contexto, a APS ocupa posição estratégica por constituir o nível de atenção mais próximo da vida cotidiana dos adolescentes e de suas famílias, possibilitando o reconhecimento precoce de mudanças comportamentais e do sofrimento psíquico antes que estes evoluam para crises de maior gravidade .

Entre as potencialidades da APS, destaca-se a possibilidade de realização do rastreamento sistemático do risco de suicídio durante atendimentos de rotina e consultas por outras demandas . Diferentemente de serviços especializados, nos quais frequentemente o adolescente já chega em situação de crise, a Medicina de Família e Comunidade dispõe da longitudinalidade do cuidado como ferramenta clínica privilegiada para reconhecer alterações graduais do comportamento, do humor e das relações familiares .

Entretanto, a literatura demonstra que a utilização de instrumentos padronizados de rastreamento deve ser compreendida como uma etapa inicial do cuidado, e não como mecanismo suficiente para orientar decisões clínicas . Os instrumentos utilizados identificam adolescentes potencialmente vulneráveis, porém não substituem a avaliação clínica individualizada . Uma triagem positiva não corresponde, necessariamente, à presença de risco iminente, exigindo que o médico considere aspectos como intensidade da ideação, história prévia de tentativas, fatores de proteção e suporte social antes da definição das condutas terapêuticas .

Esse achado desloca a compreensão do rastreamento de uma lógica protocolar para uma perspectiva clínica ampliada . Mais do que produzir classificações de risco, os instrumentos funcionam como dispositivos que inauguram uma conversa qualificada sobre sofrimento, possibilitando que questões frequentemente silenciadas sejam nomeadas e acolhidas durante a consulta . Nesse sentido, a

tecnologia mais importante da APS reside na capacidade do profissional de transformar os resultados em oportunidades de escuta, vínculo e construção compartilhada do cuidado .

A literatura também evidencia que protocolos clínicos, embora fundamentais para qualificar a prática assistencial e reduzir falhas na identificação do risco, não eliminam a necessidade do julgamento clínico . Adolescentes classificados de maneira semelhante pelos instrumentos apresentam necessidades terapêuticas distintas, reforçando que decisões relativas ao acompanhamento ambulatorial, elaboração de planos de segurança ou necessidade de hospitalização dependem da análise contextualizada realizada pelo profissional . O sofrimento psíquico não pode ser reduzido a um conjunto de sintomas isolados, mas deve ser compreendido à luz das relações familiares, das vivências de violência, discriminação e exclusão social .

Sob essa perspectiva, o rastreamento assume caráter relacional e territorial . A consulta torna-se espaço de reconhecimento da singularidade do adolescente, permitindo compreender como esse sofrimento vem sendo produzido e sustentado em seu cotidiano . Trata-se de deslocar o foco da patologia para a produção do cuidado, reconhecendo que a prevenção exige intervenções que ultrapassem a classificação diagnóstica .

Além disso, os estudos analisados demonstram que a eficácia do rastreamento depende da existência de fluxos assistenciais capazes de garantir a continuidade do cuidado . A identificação do risco, quando não acompanhada de seguimento clínico e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, tende a produzir respostas fragmentadas e centradas no encaminhamento automático . Em contrapartida, quando inserido em uma rede articulada, o rastreamento fortalece o papel coordenador da APS, permitindo que o médico acompanhe a evolução clínica e acione outros dispositivos conforme as necessidades .

A longitudinalidade e a coordenação do cuidado constituem eixos centrais da Medicina de Família e Comunidade . Ao contrário dos serviços especializados, que atendem os adolescentes em momentos de crise de forma pontual, a APS acompanha o desenvolvimento desses sujeitos ao longo do tempo . Esta proximidade permite o reconhecimento de demandas ocultas; muitos adolescentes procuram a Unidade Básica de Saúde por queixas clínicas inespecíficas, alterações do sono ou dores persistentes, utilizando-as como portas de entrada indiretas para expressar o sofrimento emocional .

A escuta qualificada desponta, assim, como o principal instrumento terapêutico disponível . Contudo, a literatura evidencia que essa potencialidade encontra limites severos nas condições concretas de funcionamento do SUS . A sobrecarga assistencial, agendas excessivamente produtivistas,

escassez de recursos humanos e alta rotatividade profissional comprometem diretamente a construção de vínculos duradouros . Consultas breves tendem a restringir a escuta e induzem ao encaminhamento precoce .

A fragilidade na articulação com a RAPS e a insuficiência de espaços permanentes de discussão clínica produzem insegurança nos médicos generalistas diante do manejo do sofrimento psíquico grave . Nessas circunstâncias, a inclusão efetiva de adolescentes na agenda prioritária de saúde mental esbarra em barreiras históricas de exclusão discursiva e assistencial . O sofrimento emocional é frequentemente tratado como um objeto estranho ao núcleo de saber da medicina geral, operando uma lógica de desresponsabilização onde o encaminhamento fragmenta a atenção :

> “Verificou-se que os médicos tendem a não se implicar no acompanhamento e tratamento dos casos, delegando aos especialistas a responsabilidade pelo cuidado. O discurso profissional sinaliza para a desresponsabilização e o isolamento na condução dos casos, operando uma lógica de encaminhamento que fragmenta a atenção.”

Essa ausência de implicação clínica faz com que o usuário entre em um fluxo errático de peregrinação por consultas especializadas na rede secundária, que costuma apresentar longas filas de espera, deixando o jovem desassistido no período de maior iminência de crise .

Aprofundando a análise dos discursos profissionais, detecta-se também uma tendência à culpabilização do núcleo familiar e à idealização de modelos normativos de família como justificativas causais para o surgimento do sofrimento psíquico nos filhos . Esse reducionismo isola a família das pressões econômicas, de gênero e de raça às quais está submetida :

> “A 'família desestruturada' e a figura materna surgem nos discursos como as grandes vilãs ou as únicas responsáveis pelo sofrimento psíquico da criança. Os médicos depositam na mãe a expectativa de uma dedicação exclusiva e idealizada, desconsiderando as condições concretas de vida dessas mulheres e as vulnerabilidades socioeconômicas que atravessam o território.”

Essa responsabilização unilateral mascara a insuficiência das políticas públicas intersetoriais e exime o serviço de saúde de construir estratégias de suporte direcionadas aos próprios cuidadores. Outro achado crítico diz respeito à prevalência de uma cultura farmacocêntrica, na qual impera a medicalização de conflitos cotidianos e sociais. Diante da escassez de tempo para a escuta, o medicamento surge como uma resposta imediatista :

> “Evidenciou-se forte apelo à medicalização do sofrimento, traduzido no discurso médico pela busca imediata das 'pílulas coloridas' como solução para os problemas de comportamento e aprendizagem, em detrimento de espaços de escuta qualificada e de articulação em rede.”

No caso de adolescentes com comportamento suicida, o uso exclusivo de psicofármacos, sem o suporte de intervenções comunitárias e territoriais, mostra-se insuficiente, uma vez que não aborda os determinantes existenciais que deflagraram a crise . Além dessas amarras ideológicas, a atuação do médico é tensionada por barreiras estruturais globais, incluindo a percepção de uma rede de contrarreferência falha, onde o especialista raramente devolve as informações do caso à equipe territorial .

Soma-se a isso um complexo fenômeno clínico: a divergência nas respostas de rastreamento. Evidências empíricas indicam que uma parcela significativa de adolescentes que acusam risco ativo de suicídio em questionários escritos acaba por negar verbalmente esses mesmos sintomas durante a consulta face a face, muitas vezes por medo do estigma ou da hospitalização . Esse cenário exige do profissional um refinamento técnico que ultrapasse a aplicação burocrática de protocolos; uma aceitação acrítica dessa negação verbal pode resultar no fechamento negligente de um caso de alta vulnerabilidade, cujo perfil epidemiológico é majoritariamente feminino e fortemente marcado por vulnerabilidades socioeconômicas .

Por outro lado, é precisamente na maleabilidade do escopo de práticas da Medicina de Família e Comunidade que residem as maiores possibilidades de subversão desse modelo puramente ambulatorial e tutelar . Longe de se reduzir a uma engrenagem automatizada regulada por algoritmos rígidos de risco, o médico detém a prerrogativa do julgamento clínico individualizado e da decisão compartilhada . A literatura aponta alta viabilidade na implementação de intervenções imediatas no próprio dia da identificação do sofrimento, tais como a coconstrução de Planos de Segurança (*Safety Plans*), o manejo integrado de rotinas e o engajamento ético dos cuidadores na corresponsabilização do cuidado .

Essa potência resolutiva se consolida através do monitoramento contínuo e territorializado pela equipe de saúde da família, que demonstra eficácia na regressão dos quadros de ideação ativa ao longo do tempo . Assim, a territorialização da crise esvazia a lógica da patologização estéril e reposiciona a UBS como um espaço vivo de produção de cuidado e redução de danos .

6.4 MEDICALIZAÇÃO, ENCAMINHAMENTO E CORRESPONSABILIZAÇÃO: DESAFIOS PARA UMA CLÍNICA AMPLIADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O cuidado em saúde mental na APS é permanentemente atravessado por uma tensão entre duas racionalidades distintas. De um lado, persiste a influência do modelo biomédico, centrado na identificação de sintomas e no diagnóstico nosológico . De outro, a Medicina de Família e Comunidade propõe uma clínica ampliada, fundamentada na integralidade do cuidado, na compreensão dos determinantes sociais da saúde e na construção compartilhada de projetos terapêuticos . A prevenção do suicídio na adolescência insere-se nesse campo de disputas, exigindo do médico de família um exercício permanente de análise crítica .

Os estudos analisados demonstram que, embora os médicos reconheçam a complexidade do sofrimento psíquico infantojuvenil, suas práticas permanecem condicionadas por modelos assistenciais fragmentados . Dificuldades na formação em saúde mental, insegurança clínica e escassez de espaços de educação permanente favorecem a reprodução de abordagens centradas no diagnóstico e na medicalização. Nesses contextos, o sofrimento relacionado às experiências cotidianas tende a ser traduzido prioritariamente como doença individual .

Essa dinâmica aparece de maneira evidente na análise das concepções de médicos da Estratégia Saúde da Família. Muitos profissionais reconhecem as limitações da centralidade atribuída aos medicamentos e defendem maior participação da família. Entretanto, paradoxalmente, a principal resposta oferecida continua sendo o encaminhamento ao especialista e a renovação mecânica de prescrições previamente instituídas. Dessa forma, poucos profissionais assumiam protagonismo na condução clínica compartilhada dos casos, perpetuando uma lógica de dependência do cuidado especializado .

A medicalização, portanto, não pode ser compreendida apenas como o excesso de prescrição de fármacos, mas como um modo específico de organização do cuidado, no qual questões sociais, familiares e escolares passam a ser interpretadas majoritariamente por categorias biomédicas. Problemas de aprendizagem ou conflitos relacionais são deslocados para explicações centradas em transtornos neuropsiquiátricos, criando processos de patologização que obscurecem os determinantes sociais do sofrimento .

No contexto da prevenção do suicídio, esse fenômeno apresenta implicações críticas. A ideação suicida pode constituir expressão de experiências marcadas por violência, pobreza ou fragilidade dos vínculos comunitários . Quando essas experiências são reduzidas exclusivamente a diagnósticos

psiquiátricos, corre-se o risco de restringir as possibilidades terapêuticas à abordagem farmacológica, deixando em segundo plano intervenções voltadas ao fortalecimento das redes de apoio e à transformação das condições de vida .

Entretanto, reconhecer os limites da medicalização não significa negar a importância dos psicofármacos ou da atenção especializada, recursos que são fundamentais diante de quadros graves e persistentes . O desafio colocado para a Medicina de Família e Comunidade consiste em evitar que tais recursos se convertam na única resposta possível. A clínica ampliada propõe expandir o repertório terapêutico, articulando intervenções farmacológicas ao acompanhamento longitudinal, à construção de planos de segurança, à articulação comunitária e ao trabalho em rede .

Nesse sentido, torna-se central o conceito de corresponsabilização . Diferentemente da lógica tradicional de referência e contrarreferência, na qual o encaminhamento representa a transferência definitiva do caso, a APS compreende o cuidado como responsabilidade compartilhada. O médico de família permanece como referência para o adolescente, acompanhando a evolução clínica, reavaliando condutas e monitorando fatores de risco, mesmo quando outros especialistas passam a integrar o tratamento .

Essa perspectiva encontra respaldo nas evidências de que adolescentes identificados em risco para suicídio, quando mantidos vinculados à atenção primária durante todo o processo terapêutico - realizando consultas de seguimento e revisões periódicas dos planos de segurança -, apresentam melhores desfechos clínicos . Esses resultados reforçam que o encaminhamento não interrompe a responsabilidade sanitária da APS, mas amplia a rede de profissionais comprometidos com o cuidado .

A corresponsabilização também exige que o médico de família desenvolva uma postura ativa na comunicação intersetorial. A literatura evidencia que encaminhamentos burocráticos ou comunicações mediadas exclusivamente pelos familiares resultam em perda de informações relevantes e descontinuidade do acompanhamento . Em contrapartida, estratégias como a discussão compartilhada de casos, reuniões de rede, apoio matricial e a construção conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares favorecem a integração entre os diferentes pontos e fortalecem a continuidade da assistência .

A consolidação do cuidado intersetorial, contudo, ainda ocorre majoritariamente por meio de relatórios formais rígidos ou comunicações informais entregues pelos próprios familiares, evidenciando a ausência de espaços institucionais permanentes de diálogo horizontal . Para superar

este cenário de invisibilidade e fragmentação, faz-se urgente o fortalecimento e a revitalização de arranjos organizacionais consagrados na Saúde Coletiva, tais como o Apoio Matricial .

O matriciamento, ao promover o encontro entre as equipes generalistas da atenção primária e os profissionais especialistas das Equipes Multiprofissionais (eMulti) ou dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, atua como um potente dispositivo de educação permanente em saúde . Esse arranjo desmancha a lógica do encaminhamento cego, instrumentaliza as equipes de referência para o manejo da crise no próprio território e assegura que a corresponsabilização clínica seja a tônica do cuidado integral a adolescentes em situação de sofrimento psicossocial grave .

A superação da lógica medicalizante, em suma, não depende apenas da redução quantitativa de receitas, mas da transformação do próprio modo de compreender a dor psíquica . A prevenção do suicídio na adolescência demanda uma clínica que reconheça os jovens como sujeitos de direitos inseridos em territórios vivos, produzindo intervenções capazes de articular de forma indissociável as dimensões biológicas, psicológicas e sociais . Nessa perspectiva, a Medicina de Família e Comunidade reafirma sua potência ao deslocar o foco do diagnóstico isolado para a produção compartilhada do cuidado e a defesa da vida .

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão de literatura ao mapear, analisar e tensionar as evidências científicas acerca da prevenção do suicídio na adolescência no âmbito da Atenção Primária à Saúde nos lançou luz sobre as complexas tramas que envolvem a atuação do Médico de Família e Comunidade nesse cenário. Ao resgatar os objetivos delineados para este estudo, identificou-se com clareza que o manejo do sofrimento psíquico infantojuvenil na atenção básica se equilibra em uma linha tênue entre limites estruturais severos e potencialidades clínicas e éticas profundamente potentes.

Os achados evidenciam que a atuação do MFC é diretamente impactada pelas condições concretas de trabalho no Sistema Único de Saúde. Processos crônicos de precarização laboral, sobrecarga assistencial e a imposição de metas produtivistas quantitativas atuam como barreiras que restringem o tempo de consulta e, frequentemente, sufocam a escuta qualificada da singularidade. Ademais, a fragilidade na articulação das redes de atenção, a desarticulação com a Rede de Atenção Psicossocial e a escassez de canais fluidos de comunicação intersetorial - especialmente com o ambiente escolar e a assistência social - tendem a isolar o profissional generalista no território. Esse isolamento, alimentado por lacunas na formação inicial e continuada em saúde mental, favorece a

perpetuação de um modelo biomédico e farmacocêntrico. Nele, o sofrimento existencial, ético-político e socioeconômico do adolescente corre o risco de ser reduzido à resposta paliativa e individualizante das "pílulas coloridas", ou ao encaminhamento burocrático e acrítico que exonera a responsabilidade clínica da equipe de referência.

Por outro lado, este estudo também descortina que a dimensão relacional, territorial e longitudinal, intrínseca à Medicina de Família e Comunidade, constitui a ferramenta mais promissora para a subversão dessa lógica tutelar e medicalizante. Quando instrumentalizado por arranjos metodológicos horizontais, como o Apoio Matricial e a construção compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares, o médico de família resgata sua prerrogativa de exercer um julgamento clínico ético, sensível e individualizado. Intervenções territoriais imediatas - baseadas na coconstrução de planos de segurança, no manejo de determinantes gerais de rotina e no engajamento corresponsável dos cuidadores - demonstram que a crise subjetiva na adolescência responde de forma altamente favorável ao monitoramento contínuo na Unidade Básica de Saúde, esvaziando a lógica da patologização estéril e da institucionalização desnecessária.

Além das competências técnicas e relacionais exigidas para o cuidado em saúde mental, este estudo evidencia que a atuação do Médico de Família e Comunidade é profundamente condicionada pelas condições concretas de organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde. A elevada demanda assistencial, o tempo reduzido das consultas, a insuficiência de recursos humanos e estruturais, a fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial e as dificuldades de acesso aos serviços especializados fazem com que esse profissional, muitas vezes, assuma responsabilidades que extrapolam sua capacidade operacional, tornando-se responsável por suprir lacunas deixadas pelos demais pontos da rede. Soma-se a isso a persistência de uma compreensão restrita acerca do papel da Medicina de Família e Comunidade, frequentemente reduzida à renovação de receitas, ao atendimento de demandas imediatas e ao encaminhamento de usuários, em detrimento de atributos essenciais como a construção de vínculo, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a atuação territorial.

Nesse cenário, a sobrecarga de trabalho e a lógica produtivista dos serviços comprometem justamente as ferramentas que tornam a APS um espaço privilegiado para a prevenção do suicídio na adolescência: a escuta qualificada, o acompanhamento contínuo, a articulação em rede e a construção compartilhada de projetos terapêuticos. Assim, fortalecer a atuação do Médico de Família e Comunidade exige não apenas investimentos em formação e educação permanente, mas também

condições institucionais e políticas que assegurem tempo, estrutura e equipes suficientes para que os princípios da Atenção Primária à Saúde possam se concretizar no cotidiano dos serviços.

Como limitação deste estudo, reconhece-se o caráter dinâmico da literatura especializada e a premente necessidade de maiores investigações empíricas nacionais que acompanhem o impacto real das recentes reformulações nas políticas públicas, bem como dos novos arranjos de equipes multiprofissionais (como a implementação das eMulti), no cotidiano dos serviços territoriais.

Em suma, espera-se que as reflexões aqui reunidas possam subsidiar a formulação de práticas de cuidado mais integrais, territorializadas e humanizadas na atenção primária. A prevenção do suicídio na adolescência não deve ser tratada como um protocolo algorítmico rígido ou isolado da prática médica corrente, mas sim como uma convocação ética para o fortalecimento do SUS, para a valorização do trabalho em saúde e para a consolidação de redes vivas e intersetoriais que defendam, fundamentalmente, a dignidade, a produção de subjetividades autônomas e a vida da juventude brasileira.

AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui é compreender que nenhuma conquista é construída sozinha. Este trabalho representa não apenas a conclusão de uma etapa acadêmica, mas também o encontro de três histórias que, em diferentes momentos e por diferentes caminhos, chegaram à Medicina e, felizmente, também chegaram umas às outras.

Agradecemos, primeiramente, a Deus, por ter nos sustentado ao longo de toda essa caminhada. Nos dias de certeza e, principalmente, nos dias de dúvida; nos momentos de alegria e também naqueles em que pensamos que não conseguiríamos continuar. Agradecemos pela força para permanecer, pela sabedoria para aprender com cada experiência e pelas pessoas que colocou em nosso caminho.

Às nossas famílias e aos nossos amigos, nosso mais profundo agradecimento. Obrigada por acreditarem em nós, por compreenderem nossas ausências, nossos cansaços e nossas preocupações, e por celebrarem conosco cada pequena vitória ao longo dessa caminhada. Sabemos que esta formação também exigiu renúncias daqueles que amamos.

Aos nossos professores, preceptores e todos os profissionais e pacientes que passaram por nosso caminho, nossa sincera gratidão. À nossa orientadora, professora Verônica, obrigada por nos acolher, por acreditar que conseguiríamos e por, com tanta dedicação, paciência e didática, transformar aquilo que parecia confuso em algo possível. À professora Hedi Marinho de Melo Guedes de Oliveira, nossa

gratidão por também ter feito parte desse percurso, contribuindo com seu conhecimento, sua orientação para que este trabalho pudesse chegar até aqui.

Um agradecimento muito especial também à Clínica da Família Helena Besserman Vianna e todas as experiências que atravessaram nossa formação e que, de alguma maneira, nos conduziram até este trabalho.

Escolher falar sobre a prevenção do suicídio na adolescência na Atenção Primária à Saúde também foi escolher olhar para um cenário que, muitas vezes, permanece invisível. Este trabalho representa, para nós, a escolha de zelar pela vida, de estar presente e não permitir que as pessoas atravessem seus momentos mais difíceis sem serem vistas.

A jornada na Medicina não foi fácil para nenhuma de nós. Começar foi difícil. Permanecer foi, muitas vezes, ainda mais. Cada uma carregou suas próprias dúvidas, dificuldades, renúncias e batalhas silenciosas. Houve momentos em que continuar exigiu muito mais do que conhecimento: exigiu coragem.

Hoje encerramos uma etapa.

Mas levamos conosco tudo aquilo que nos trouxe até aqui.

Que a Medicina nunca nos faça esquecer das pessoas.

Que o conhecimento nunca seja maior que a humanidade.

Que nunca nos esqueçamos do que nos fez começar, de tudo o que nos fez permanecer e, principalmente, de tudo o que nos fez chegar até aqui.

Porque nós conseguimos.

E conseguimos juntas.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

2. Bock AMB. A adolescência como construção social e histórica. In: Ozella S, org. *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez; 2007.

3. Zinn A, Huntley E, Keating D. Resilience, social support and adolescent mental health. *J Adolesc.* 2020;80:1-10

4. Sousa G, *et al.* Fatores associados ao comportamento suicida em adolescentes: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(suppl 1):1-9.

5. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União.* 24 out 2011.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 22 set 2017.

8. Gomes FMA, *et al.* Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saude Soc.* 2015;24(1):244-258. doi:10.1590/S0104-12902015000100019

9. Couto MCV, Delgado PGG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin.* 2015;27(1):17-40.

10. Brasil. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. *Diário Oficial da União.* 29 abr 2019.

11. CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

12. Fernandes ADSA, *et al.* A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. *Cad Bras Ter Ocup.* 2022;30:e3102. doi:10.1590/2526-8910.ctoAO23473102

13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2004. (13)

14. Lima TCS, Mioto RCT. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Rev Katálysis.* 2007;10(spe):37-45. (14)

15. Gasparetto A, *et al.* Adolescência, vulnerabilidade e saúde mental: reflexões para o cuidado em rede. *Rev Saude Publica.* 2020;54:1-10.

16. Escobar AMPR, Arruda MFA, Sobrinho JEL. Cuidado aos adolescentes com comportamentos suicidas e autolesivos: o olhar dos profissionais de uma rede de serviços intersetoriais. *Physis (Rio J).* 2024;34:e34032. doi:10.1590/S0103-7331202434032pt

17. Pimenta LFA, *et al.* Prevenção ao suicídio na Atenção Primária, na percepção de profissionais de saúde. *Physis (Rio J).* 2024;34:e34091. doi:10.1590/S0103-7331202434091pt

18. World Health Organization. *Suicide*. Geneva: WHO; 2018.