



Psicologia: Teoria e Pesquisa

ISSN: 1516-3687

ISSN: 1980-6906

Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília

Baptista, Makilim N.; Cunha, Felipe Augusto; Batista,
Helder Henrique V.; Cremasco, Gabriela da S.
Suicide prevention programs: An integrative literature review
Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 24, núm. 2, ePTPPA14095, 2022
Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília

DOI: <https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPPA14095.en>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193875163011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Programas de prevenção ao suicídio: Revisão integrativa da literatura

**Makilim N. Baptista, Felipe Augusto Cunha, Helder Henrique V. Batista
e Gabriela da S. Cremasco**

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, Universidade São Francisco (USF)

Submissão: 17 nov. 2020.

Aceite: 31 ago. 2021.

Notas dos autores

Makilim N. Baptista  <http://orcid.org/0000-0001-6519-254X>

Felipe Augusto Cunha  <http://orcid.org/0000-0001-7977-9712>

Helder Henrique V. Batista  <http://orcid.org/0000-0001-5588-8682>

Gabriela da S. Cremasco  <http://orcid.org/0000-0003-2075-8049>

Financiamento: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Código de Financiamento 001.

Correspondências referentes a este artigo devem ser enviadas para Helder Henrique V. Batista, Avenida Padre Manoel da Nóbrega, 355, Jardim Garcia, Residencial Vitória, Bloco B 17, Campinas, SP, Brasil. CEP 13061-140. E-mail: helder.hvb@gmail.com

Resumo

Analisaram-se produções científicas internacionais acerca de programas de prevenção ao suicídio nas bases de dados PsycInfo, PubMed e ScienceDirect. Obtiveram-se 89 estudos, e, após a análise dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 26 publicações que foram incluídas na revisão. As publicações foram avaliadas quanto a ano de publicação, autoria, nome do programa de prevenção, formato, duração, público e país de aplicação. Posteriormente, realizou-se uma descrição detalhada das etapas de cada programa, do público-alvo, dos materiais utilizados e dos construtos abordados. De forma geral, os resultados indicaram 18 tipos de programa, com a maior parte deles aplicados nos Estados Unidos, além de todas as intervenções terem sido direcionadas para o contexto escolar. Considerando que o suicídio é um problema de saúde pública, conhecer os programas de prevenção pode auxiliar os profissionais de saúde no aprimoramento das iniciativas em relação ao fenômeno do suicídio.

Palavras-chave: comportamento suicida, revisão, prevenção, serviços de saúde mental, depressão

SUICIDE PREVENTION PROGRAMS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Abstract

International scientific productions about suicide prevention programs were analyzed in the PsycInfo, PubMed, and ScienceDirect databases. Eighty-nine studies were obtained and, after analyzing the inclusion and exclusion criteria, 26 publications remained, which were included in the review. The publications were evaluated according to the year of publication, authorship, name, format, duration, target public, and country of application of the prevention program. Subsequently, a detailed description of the stages of each program, target audience, materials used, and constructs covered was carried out. In general, the results indicated 18 types of programs, most of them applied in the United States, and all interventions were directed to the school context. Considering that suicide is a public health problem, knowing prevention programs can help health professionals to improve initiatives in relation to the phenomenon of suicide.

Keywords: suicidal behavior, review, prevention, mental health services, depression

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: UNA REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Resumen

Las producciones científicas internacionales sobre programas de prevención del suicidio se analizaron en las bases de datos PsycInfo, PubMed y ScienceDirect. Se obtuvieron 89 estudios y, tras analizar los criterios de inclusión y exclusión, quedaron 26 publicaciones que fueron incluidas en la revisión. Las publicaciones se evaluaron según año de publicación, autoría, nombre del programa de prevención, formato, duración, público y país de aplicación. Posteriormente, se realizó una descripción de las etapas de cada programa, público objetivo, materiales utilizados y constructos cubiertos. En general, los resultados indicaron 18 tipos de programas, la mayoría de ellos aplicados en Estados Unidos, además de que

todas las intervenciones fueron dirigidas al contexto escolar. Considerando que el suicidio es un problema de salud pública, conocer los programas de prevención puede ayudar a los profesionales de la salud a mejorar las iniciativas relacionadas con el fenómeno del suicidio.

Palabras clave: conducta suicida, revisión, prevención, servicios de salud mental, depresión

O suicídio é considerado um fenômeno complexo, envolvendo diversos fatores de risco biológicos e psicossociais. Os fatores de risco para ideação suicida podem ainda ser diferentes para as tentativas de suicídio, tornando o fenômeno do comportamento suicida (ideação, tentativa e suicídio) de difícil previsibilidade (Stone et al., 2017). O suicídio é um problema de saúde pública que atinge países desenvolvidos e em desenvolvimento, e o Brasil possui taxas epidemiológicas preocupantes, já que é considerado o oitavo país com maior número de mortes por suicídios, tendo sido registrados 12.495 casos no país em 2017 e 13.467 em 2016. A taxa de mortalidade no Brasil, entre 2010 e 2014, foi de 5,23/100 mil habitantes, chegando a 6/100 mil em 2016, e a prevalência vem aumentando nas últimas décadas (Dantas et al., 2018; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, 2019; Silva et al., 2018). A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2014) vem desenvolvendo várias iniciativas coordenadas entre os países no sentido de prevenir esse fenômeno, e, apesar da redução do número bruto de suicídios no mundo no período de 2000 a 2012 (de 883 mil para 804 mil), no Brasil as taxas continuam aumentando.

Por se tratar de um fenômeno multicausal complexo, com diversos fatores de risco e proteção, as intervenções múltiplas são mais eficazes para a prevenção. Alguns dos objetivos associados à prevenção mundial do fenômeno são a preocupação com o monitoramento e a ampliação de pesquisas científicas; a identificação de grupos vulneráveis; a implementação de avaliação e gerenciamento do comportamento suicida; a promoção de fatores e ambientes protetivos; a ampliação das atitudes da sociedade em relação ao suicídio, no intuito de diminuir o estigma relacionado ao suicídio e aos transtornos mentais; a redução de acesso a meios na tentativa do suicídio; o encorajamento para que os canais de notícias possam adotar políticas e práticas adequadas ao noticiarem o suicídio; e o apoio aos indivíduos enlutados por suicídio de parentes e amigos (Arensman, 2017; WHO, 2014).

Programas de prevenção podem ser realizados em diferentes contextos, como escolas, locais de trabalho e comunidades, com o objetivo de diminuir o risco de incidência de tentativas de suicídio e concretização do ato (Turecki & Brent, 2016). Assim, diversas iniciativas evidenciaram a importância de programas econômicos associados à proteção dos indivíduos (por exemplo, seguro saúde e programas previdenciários), passando por programas direcionados à saúde mental (sistema de saúde especializado em suportar pessoas que apresentem sintomatologia de transtornos mentais e/ou fatores de risco associados ao desencadeamento de problemas relacionados com a saúde mental), programas de engajamento social (por exemplo, aumento de atividades comunitárias e relacionamentos familiares) e programas relacionados ao desenvolvimento de enfrentamento de situações estressoras (treinamento de enfrentamento de problemas e autorregulação emocional) (Stone et al., 2017). Estratégias de prevenção são mais desenvolvidas em países que aderiram ao programa de prevenção da Organização Mundial da Saúde, no entanto há uma grande diferença entre as iniciativas, quando se pensa globalmente ou mesmo somente na América Latina (Mascayano et al., 2015).

Programas de prevenção que incluam a maior quantidade de fatores de risco e proteção são, do ponto de vista das variáveis biológicas e psicossociais, mais relevantes, já que fatores de risco distais (situações que ocorreram no passado com o indivíduo, como violência sexual e traumas) e situacionais (por exemplo, eventos estressantes atuais, como desemprego) são responsáveis por aumentar as chances de ocorrência de tentativas de suicídio e concretização do ato (Malhi et al., 2018). No entanto, para que os programas de prevenção possam ser implementados, diversas situações devem ser levadas em consideração, como os poucos recursos financeiros presentes em países em desenvolvimento, profissionais de saúde sem treinamentos adequados, políticas sociais não prioritárias, além de barreiras culturais, como crenças populares inadequadas (Mascayano et al., 2015).

A existência de programas de prevenção contra o suicídio deve ser seguida de evidências de que esses programas são eficazes na diminuição do fenômeno, no entanto iniciativas diversas são bem-vindas. Por exemplo, alguns programas instituídos em ambientes educacionais podem ser promissores, apesar da heterogeneidade deles (Mann et al., 2005; Zalsman et al., 2016). Diversos programas voltados a alunos ou realizados em instituições de ensino são bem documentados na literatura internacional, contudo não se encontraram, na literatura internacional e na nacional, artigos que relatassem detalhadamente o funcionamento de vários programas diferentes (Cusimano & Sameem, 2011; Katz et al., 2013; Robinson et al., 2013), o que acaba sendo uma lacuna importante na literatura. Com base no exposto, este estudo teve como objetivos realizar um levantamento da literatura internacional acerca dos programas de prevenção do suicídio e descrevê-los.

Método

Estratégias de busca, critérios de elegibilidade e extração dos dados

O levantamento foi realizado em março de 2021, nas bases de dados PsycInfo, PubMed e ScienceDirect, sem restrição de data. Para todas as bases, utilizou-se a expressão de busca “*suicide prevention program*”. Adotou-se o seguinte critério de inclusão: artigos publicados em revistas científicas que descrevessem programas de prevenção de suicídio. Os critérios de exclusão foram publicações em forma de dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso, além de livros, artigos teóricos ou de revisão de literatura.

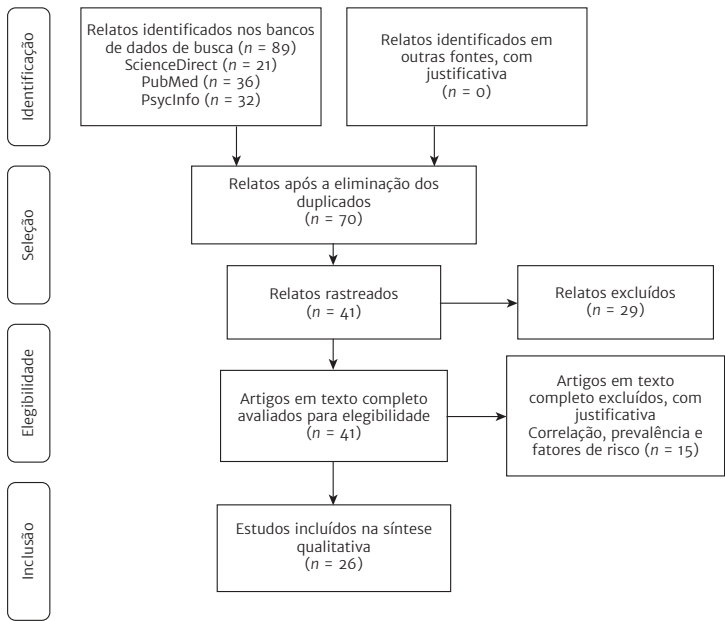
As publicações elegíveis foram avaliadas inicialmente por meio da leitura dos títulos e dos resumos, sendo excluídos aqueles que não cumpriam os critérios de elegibilidade e considerando o modelo PRISMA em sua última atualização (Page et al., 2021). Após a triagem inicial, os demais trabalhos foram lidos na íntegra, sendo novamente excluídos aqueles que não atingiam os critérios (por exemplo, aqueles que tinham o objetivo de verificar a prevalência de sintomas de depressão ou pesquisas correlacionais). Os artigos que compuseram a revisão foram avaliados conforme suas principais características, como ano de publicação, autoria,

nome do programa de prevenção, formato, duração, público e país de aplicação. Posteriormente, realizou-se uma descrição de cada programa interventivo.

Resultados

Obteve-se um total de 89 publicações nas bases de dados (ScienceDirect = 21; Pub-Med = 36; Psyclinfo = 32), e removeram-se 19 por serem duplicatas. Após a leitura dos resumos, com base nos critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se 41 trabalhos. Os textos completos foram recuperados, e, após a leitura na íntegra, excluíram-se mais 15 que apresentavam objetivos distintos do que se pretendia identificar na presente revisão, sendo incluídos 26 artigos para avaliação. Na Figura 1, é apresentado o fluxograma de decisões com base no PRISMA (Page et al., 2021).

Figura 1
Diagrama de fluxo



Fonte. Adaptada de Page et al. (2021).

O ano de publicação, a autoria, o nome do programa preventivo, o formato, a duração, o público-alvo do programa e o país de aplicação foram as características identificadas nos 26 artigos selecionados na presente revisão. Os dados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1

Autores, ano de publicação, nome do programa, formato, duração, público e país de aplicação

	Autores (ano)	Nome do programa de prevenção	Formato	Duração	Público	País de aplicação
1	Kinchin et al. (2019)	safeTALK	Presencial	Não informada	Adolescentes (de 15 a 19 anos)	Austrália
2	Bailey et al. (2017)		Presencial e on-line	4 semanas	Adolescentes (de 15 a 18 anos)	Austrália
3	Zinzow et al. (2020)	Brief Suicide Prevention Training Program for College Campuses	Presencial e on-line (pós-treinamento)	· 90 minutos · Treinamento entre agosto de 2015 e fevereiro de 2017	Alunos, professores e outros funcionários de universidades	Estados Unidos
4	Bustamante et al. (2018)	Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo suicida (RADAR)	Presencial e on-line	Não informada	Adolescentes (de 15 a 18 anos), pais, professores/ administradores, profissionais da saúde e procuradores	Chile
5	Rein et al. (2018)	Kognito	On-line	· 30 minutos de aplicação · Coletas entre abril de 2014 e setembro de 2015	Alunos, professores e funcionários de universidades	Estados Unidos
6	Katsumata et al. (2017)	Não informado	Presencial (plataforma on-line)	4 horas – um único dia	Estudantes (M = 21,3 anos)	Japão
7	Schilling et al. (2016)	Signs of Suicide (SOS)	Presencial	3 meses	Alunos da 9ª série de escolas técnicas	Estados Unidos
8	Schilling et al. (2014)				Alunos do 5º ao 8º ano do ensino fundamental.	
9	Aseltine Jr. et al. (2007)				Alunos de ensino médio	
10	Aseltine Jr. e DeMartino (2004)				Alunos de ensino médio	
11	Johnson e Parsons (2012)	Question Persuade Refer (QPR) Suicide Prevention Program	Presencial e on-line (pós-treinamento)	Média de 2,7 sessões, entre 12 e 16 horas no total	Funcionários de uma escola de ensinos médio e fundamental	Estados Unidos
12	Wyman et al. (2008)	Question Persuade Refer (QPR) Suicide Prevention Program	Presencial	Treinamento de 6 a 8 horas	Funcionários de escolas de ensinos fundamental e médio	Estados Unidos
13	King et al. (2011)	Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program	Presencial	4 sessões de 50 minutos	Alunos de ensino médio	Estados Unidos
14	Wyman et al. (2010)	Sources of Strength	Presencial	Não informada	Alunos de ensino médio	Estados Unidos
15	Ciffone (2007)	SEHS Suicide Prevention Program	Presencial	· Aproximadamente 6 meses · 3 encontros de 50 minutos cada	Alunos de ensino médio	Estados Unidos
16	Orbach e Bar-Joseph (1993)	Questionário (questões abertas)	Presencial	7 reuniões semanais com duração de duas horas cada	Alunos de ensino médio	Israel

Tabela 1

Autores, ano de publicação, nome do programa, formato, duração, público e país de aplicação (continuação)

	Autores (ano)	Nome do programa de prevenção	Formato	Duração	Público	País de aplicação
17	Zachariah et al. (2018)	<i>Support, Appreciate, Listen Team (SALT) Based Suicide Prevention Peer Education Program on Peer Educators</i>	Presencial	Reuniões de 45 minutos por 8 meses	Alunos de 12 a 15 anos e pais	Índia
18	Gijzen et al. (2018)	<i>Multimodal Stepped-Prevention Program</i>	Presencial e on-line	Até 24 meses	Alunos de 11 a 15 anos	Holanda
19	Tsong et al. (2018)	<i>Peer-to-peer and Gatekeeper Suicide Prevention Program</i>	Presencial	Oficinas de 60 a 90 minutos, por 4 semestres	Estudantes de graduação e pós-graduação	Estados Unidos
20	Strunk et al. (2014)	<i>Surviving the Teens® Program</i>	Presencial	4 dias	Alunos de ensino médio	Estados Unidos
21	Tompkins et al. (2010)	<i>Gatekeeper* Suicide Prevention Program</i>	Presencial	3 meses	Funcionários de escola rural	Estados Unidos
22	Tompkins e Witt (2009)	<i>Gatekeeper Training Program</i>	Presencial	Não informada	Alunos universitários	Estados Unidos
23	Portzky e Heeringen (2006)	<i>Psycho-Educational Prevention Program</i>	Presencial	Não informada	Alunos de ensino médio	Bélgica
24	Kalafat e Ryerson (1999)	<i>Adolescent Suicide Awareness Program (ASAP)</i>	Presencial e envio de cartas	Reuniões de 30 a 180 minutos	Alunos de 12 a 17 anos	Estados Unidos
25	Samuolis et al. (2020)	<i>Question Persuade Refer (QPR) Suicide Prevention Program</i>	Presencial	8 encontros	Alunos de graduação	Estados Unidos
26	Ross et al. (2021)	<i>Gatekeeper Training Program</i>	Presencial	Um encontro de 90 minutos	Alunos de graduação e funcionários da universidade	Estados Unidos

Nota. **Gatekeepers* são pessoas que podem reconhecer e encaminhar indivíduos em risco de suicídios (Tompkins et al., 2010).

Conforme apresentado na Tabela 1, foram identificados dois estudos na década de 1990 (7,7%), oito entre 2000 e 2010 (30,8%) e 16 entre 2011 e 2021 (61,5%). A maioria dos programas ($n = 18$; 69,2%) foi aplicada nos Estados Unidos, sendo identificados poucos na Ásia ($n = 3$; 11,5%), Europa ($n = 2$; 7,7%), Oceania ($n = 2$; 7,7%) e América do Sul ($n = 1$; 3,9%).

Em relação ao público-alvo dos programas, destaca-se o fato de todas as propostas serem destinadas ao contexto escolar. A maioria era voltada a alunos do ensino médio ($n = 10$; 38,5%), do ensino fundamental II ($n = 3$; 11,5%), universitários ($n = 5$; 19,2%) e do fundamental II/ensino médio ($n = 2$; 7,7%). Além disso, alguns programas se destinavam a alunos e funcionários de escolas (por exemplo, professores, inspetores, entre outros; $n = 3$; 11,5%), apenas a funcionários de escolas ($n = 2$; 7,7%) e a alunos, pais e funcionários de escolas ($n = 1$; 3,9%).

A variação de programas de prevenção ao suicídio foi grande, ainda que alguns deles tenham sido aplicados em mais de um estudo, como o *Signs of Suicide* ($n = 4$; 15, 4%), o *safe-TALK* ($n = 2$; 7,7%) e o *Question, Persuade, and Refer (QPR) Suicide Prevention Program* ($n = 4$; 15,4%). Em relação ao tempo das intervenções, verificou-se uma grande variação, uma vez que alguns programas tiveram duração de meses, ao passo que outros duraram algumas semanas e outros com encontros mais focais que duravam poucas horas.

Outro destaque é o fato de a maioria dos programas ser realizada no formato presencial ($n = 17$; 65,4%), seguido pelos programas em formatos que mesclavam o presencial e o *on-line* ($n = 7$; 26,9%) e somente *on-line* ($n = 1$; 3,9%). Também foi identificado o trabalho de Kalafat e Ryerson (1999) que inicialmente se utilizou do formato presencial, e, no pós-teste (*follow-up*), realizaram-se avaliações por meio do envio de cartas. É importante ressaltar que se trata de uma publicação da década de 1990, e o uso de cartas se justifica pela ausência de sistemas informatizados evoluídos como os dos dias atuais.

A seguir, a Tabela 2 descreve, de forma mais pormenorizada, as etapas dos programas. Apresentam-se os 18 tipos de intervenção incluídos na síntese final, da seguinte forma: público-alvo (definição dos participantes), materiais (instrumentos utilizados) e habilidades ofertadas (construtos abordados).

Tabela 2*Programa de prevenção e descrição das etapas*

	Nome do programa de prevenção	Etapas
1	safeTALK	Questionário misto que incluía conhecimento, confiança, disposição, probabilidade de procura de ajuda e provisão de ajuda em relação ao suicídio, aplicado em três tempos: 1. antes do treinamento (tempo 1); 2. durante o treinamento (tempo 2); 3. quatro semanas após o treinamento (tempo 3). O treinamento, realizado por instrutor e conselheiros acessíveis que ajudavam os alunos, incluía apresentações, vídeos e discussões sobre o tema. Foi fornecido aos participantes, ao final do treinamento, um cartão de bolso com as etapas de alerta para suicídio (cartão informativo sobre possíveis sinais de ideação suicida).
2		
3	Brief Suicide Prevention Training Program for College Campuses	1) Pré-teste: avaliar o comportamento dos <i>gatekeepers</i> nos últimos três meses; os participantes foram avaliados quanto ao conhecimento e à autoeficácia em suicídio. 2) Intervenção com medidas de autorrelato e componentes didáticos e experimentais. 3) Pós-teste: após três meses, os participantes foram contactados por <i>e-mail</i> para responderem a uma pesquisa. O componente didático consistia em educação da prevalência de suicídio, fatores de risco, sinais de alerta, mitos e recursos do <i>campus</i> . Os facilitadores ofereceram aos participantes educação sobre como fazer perguntas de suicídio e encaminhar os alunos para a obtenção de recursos (informações sobre decisões específicas que poderiam ser tomadas com base em roteiros). Os exercícios experimentais visavam aumentar a empatia e praticar as habilidades de <i>gatekeeper</i> (escuta ativa, coleta de informações sobre sinais de alerta e fatores de risco, e encaminhamento dos alunos).
4	Red para la Atención y Derivación de Adolescentes en Riesgo suicida (RADAR)	1) Treinamento para a comunidade escolar na detecção e no manejo de adolescentes em risco por meio de um <i>gatekeeper</i> . 2) Encaminhamento dos casos detectados a serviços de urgência dentro de 24 horas e a psiquiatras entre um e sete dias, de acordo com uma escala que triava o risco. 3) Aplicação de instrumentos de triagem para avaliar os riscos de suicídio em um período que varia de três a seis meses. 4) Treinamento a profissionais dos serviços de saúde (emergência) em um atendimento com protocolo específico. 5) Coordenação da operação de todos os componentes e monitoramento dos casos detectados por um coordenador-geral da rede. Os adolescentes responderam, de forma <i>on-line</i> , a alguns instrumentos e perguntas livres sobre o suicídio.
5	Kognito	Composto por vários módulos de treinamento <i>on-line</i> separados, projetados para treinar alunos, professores e funcionários por meio de interações animadas com personagens humanos virtuais exibindo sinais de sofrimento psicológico (www.kognito.com). Os usuários desenvolvem habilidades durante o treinamento praticando a comunicação sobre suicídio em cenários realistas de <i>role-play</i> com avatares virtuais. Os módulos são disponíveis na versão para estudantes e outra para professores e funcionários.
6	Não foi informado o nome do programa	O programa possui três seguintes módulos: 1. palestra de prevenção de suicídio; 2. discussão em grupo sobre amizade; 3. treinamento para habilidades de apoio de pares.

Tabela 2*Programa de prevenção e descrição das etapas (continuação)*

	Nome do programa de prevenção	Etapas
7		
8	<i>Signs of Suicide (SOS)</i>	Esse programa contém dois componentes:
9		1) Conjunto de materiais de ensino que incluem um vídeo e um guia de discussão. O vídeo inclui relatos e dramatizações sobre sintomas depressivos e comportamentos suicidas, além de entrevistas com pessoas que conviveram com indivíduos que se suicidaram.
10		2) Instrumentos de triagem para avaliar o potencial risco de depressão e suicídio (pré e pós-intervenção).
11	<i>Question Persuade Refer (QPR) Suicide Prevention Program</i>	1) Treinamento para profissionais do colégio (administradores, professores, assistentes educacionais, equipe de transporte, equipe de custódia e equipe de serviço de alimentação) e fornecimento de guia para colocar o treinamento em prática:
12		• Palestras com informações sobre suicídio e como trabalhar com estudantes potencialmente suicidas. Depois das palestras, os participantes encenavam situações que poderiam surgir no colégio e faziam perguntas. • Foram fornecidos um livreto e um cartão de prevenção de suicídio. O livreto continha informações básicas sobre a prevenção do suicídio, como dados sobre os recursos nacionais para a prevenção do suicídio. O cartão apresentava informações sobre a prevenção e os recursos locais.
		2) Acompanhamento posterior: meses depois do treinamento, os participantes eram convidados a fazer atualizações do treinamento de forma <i>on-line</i> (aproximadamente 30 minutos).
13	<i>Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program</i>	1) Pré-teste: no dia anterior ao treinamento, eram aplicados instrumentos para identificar comportamentos e pensamentos relacionados ao suicídio e à autoeficácia. Aqueles que indicaram ter comportamentos suicidas no período de resposta tinham os pais e responsáveis contatados para as devidas providências e auxílio ao estudante. 2) Intervenção: realizaram-se sessões de 50 minutos para auxiliar os participantes a desenvolver conhecimentos e estratégias em relação a comportamentos e pensamentos suicidas (de si e dos outros). 3) Pós-teste: os mesmos instrumentos aplicados no pré-teste foram aplicados novamente. 4) Acompanhamento: depois da conclusão do programa, os alunos eram acompanhados por três meses em suas respectivas escolas.
14	<i>Sources of Strength</i>	Fase 1: preparação da escola e da comunidade. Treinamento de membros da equipe como conselheiros adultos que orientariam os líderes de pares a conduzir mensagens seguras de prevenção de suicídio, com tempo de quatro a seis horas. Fase 2: treinamento de líderes de pares. Aproximadamente quatro horas de treinamento interativo entre conselheiros adultos, líderes de pares e treinadores certificados. Fase 3: mensagens em toda a escola. Incentivo à disseminação das <i>Sources of Strength</i> * por meio de apresentações, anúncios de serviços públicos, mensagens de vídeo ou texto em sites e redes sociais. Fase 4: pós-teste. Depois de três meses, foi feito um acompanhamento.

Tabela 2*Programa de prevenção e descrição das etapas (continuação)*

	Nome do programa de prevenção	Etapas
15	SEHS Suicide Prevention Program	1) Políticas de intervenção por escrito para todos os alunos. 2) Apresentações de orientação para calouros por um assistente social da escola com estudantes do nono ano, a fim de reduzir barreiras de acesso e estimular referências próprias e de colegas para o mesmo assistente social da escola. 3) Acesso fácil aos assistentes sociais da escola, no local, de setembro a junho, para avaliação, intervenção e encaminhamento. 4) Discussões estruturadas em sala de aula sobre saúde, doença mental e suicídio em todos as séries do ensino médio (divisão de grupo experimental e controle para avaliar a eficácia). 5) Materiais de informação de prevenção para distribuição para todos os alunos (três dias de treinamento com apresentações de vídeos, discussões orientadas e distribuição de informativos). 6) Avaliações formais e informais de prevenção (questionários). 7) Mecanismo de triagem de acompanhamento para alunos com atitudes suicidas. 8) Intervenção com estudantes em risco e componente pós-intervenção a ser usado após qualquer morte estudantil (pós-teste depois de 21 dias).
16	Questionário com questões abertas	1) Inicialmente, foi realizado um treinamento de sete semanas com conselheiros/psicólogos escolares, a fim de explicar o projeto de intervenção, trocar experiências e sentimentos relacionados ao suicídio, além de auxiliar os alunos em suas dificuldades ao conduzirem as oficinas. 2) Uma semana antes de iniciar o programa interventivo, o conselheiro/psicólogo escolar administrou um questionário sociodemográfico e outras escalas (tendência suicida, desesperança, identidade do ego, <i>coping</i>). 3) Nas sete semanas, era oferecido aos alunos um espaço que proporcionasse experiências emocionais, em que os adolescentes pudessem conversar, compartilhar experiências e encontrar formas de buscar ajuda para si e para os demais. 4) Após o período de sete semanas, as escalas foram reavaliadas, além de um questionário de avaliação do projeto.
17	‘Support, Appreciate, Listen Team’ (SALT)-Based Suicide Prevention Peer Education Program on Peer Educators	1) Inicialmente foram treinadas equipes de alunos do ensino médio para realizar as reuniões com os outros alunos. 2) Utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, questionários e rodas de conversas. 3) Trabalharam-se os aspectos sociais, emocionais, cognitivos, comportamentais e atitudinais. 4) As estratégias foram aplicadas em quatro módulos (teoria; papel do educador de pares; autocuidado; escuta ativa e angústia/compreensão dos sentimentos).
18	Multimodal Stepped-Prevention Program	1) Triagem com posterior avaliação clínica e/ou encaminhamento (questionários de depressão e suicídio). 2) Treinamento de <i>gatekeeper</i> (QPR) para mentores. 3) Prevenção universal com foco na redução do estigma (atividades gravadas e passadas no formato <i>on-line</i>). 4) Identificação de adolescentes que apresentam sinais elevados do fator de risco mais importante e comportamentos suicidas (esses alunos participaram de oito atividades baseadas na terapia cognitivo-comportamental – TCC).

Tabela 2*Programa de prevenção e descrição das etapas (continuação)*

	Nome do programa de prevenção	Etapas
19	<i>Peer-to-Peer and Gatekeeper Suicide Prevention Program</i>	1) Treinamento para formar <i>gatekeeper</i> a partir do programa de QPR. Trata-se de um treinamento de <i>gatekeeper</i> cujo propósito é ensinar as pessoas que têm contato próximo com populações em risco a reconhecer sinais de alerta de suicídio, oferecer esperança a um indivíduo suicida e fornecer socorro. 2) Ofertar oficinas para os estudantes que foram rastreados com risco de suicídio a partir de questionários. 3) Conteúdos das oficinas: estatísticas nacionais e específicas do <i>campus</i> sobre suicídio de estudantes universitários; mitos e fatos sobre suicídio; fatores de risco e proteção e sinais de alerta; informações sobre o <i>campus</i> e os recursos locais de saúde mental; e estratégias usadas para questionar, persuadir e encaminhar indivíduos em risco aos serviços apropriados.
20	<i>Surviving the Teens® Program</i>	1) Programa baseado nas crenças de autoeficácia por intermédio de experiências de domínio, experiências vicárias, persuasão social e redução do estresse de reações. 2) Os alunos são ensinados a gerenciar suas emoções e reações de estresse por meio de resolução de problema, reestruturação cognitiva e uso de técnicas de relaxamento. 3) São oferecidas oportunidades aos estudantes para praticar essas habilidades a partir de vários cenários de dramatização ao longo de dois dias do programa. 4) Programa ideal para estudantes em risco de suicídio. 5) Alguns objetivos gerais do programa incluem: aumentar comportamentos de busca de ajuda entre jovens problemáticos e seus pares; ampliar as ligações familiares e escolares; diminuir comportamentos suicidas e outros comportamentos de risco, como uso ilícito de drogas e álcool; e melhorar as habilidades de enfrentamento dos alunos.
21	<i>Gatekeeper Suicide Prevention Program</i>	1) Treinamento para formar <i>gatekeeper</i> a partir do programa de QPR. Trata-se de um treinamento de <i>gatekeeper</i> cujo objetivo é ensinar as pessoas que têm contato próximo com populações em risco a reconhecer sinais de alerta de suicídio, oferecer esperança a um indivíduo suicida e fornecer socorro. 2) O programa oferta oficinas para os estudantes que foram rastreados com risco de suicídio a partir de questionários. 3) Conteúdo das oficinas: estatísticas nacionais e específicas de suicídio de jovens em fase escolar; fatores de risco e proteção e sinais de alerta; informações sobre a escola e os recursos locais de saúde mental; e estratégias usadas para questionar, persuadir e encaminhar indivíduos em risco aos serviços apropriados.
22	<i>Gatekeeper Training Program</i>	1) Treinamento para formar <i>gatekeeper</i> a partir do programa de QPR. Trata-se de um treinamento de <i>gatekeeper</i> cujo objetivo é ensinar as pessoas que têm contato próximo com populações em risco a reconhecer sinais de alerta de suicídio, oferecer esperança a um indivíduo suicida e fornecer socorro. 2) Treinam-se alguns estudantes da universidade para servir como <i>gatekeeper</i> .

Tabela 2*Programa de prevenção e descrição das etapas (continuação)*

	Nome do programa de prevenção	Etapas
23	<i>Psycho-Educational Prevention Program</i>	1) Inicialmente foram aplicados instrumentos para avaliar o risco e o nível de suicídio dos estudantes. 2) O programa de prevenção foi apresentado aos alunos de forma didática por um psicólogo da unidade de pesquisa sobre suicídio. 3) O programa incluiu uma reunião de aproximadamente duas horas. Após a implementação do projeto, havia a possibilidade de fazer questões. 4) Os dois primeiros componentes do programa (psicoeducação) foram desenvolvidos para aumentar o conhecimento e as atitudes adaptativas. A última parte do programa foi projetada para ter um impacto no comportamento de enfrentamento e nos níveis de desesperança. 5) Explicações sobre possíveis causas e fatores de risco para suicídio. 6) Os alunos aprenderam a reconhecer sinais verbais e comportamentais de suicídio e depressão, e foram informados sobre como responder a eles.
24	<i>Adolescent Suicide Awareness Program (ASAP)</i>	1) Treinamento para os funcionários da escola (professores, alunos, funcionários de apoio, funcionários de lanchonetes, motoristas de ônibus etc.) com o conhecimento, as habilidades e os recursos para a identificação dos jovens com problemas de suicídio. 2) Treinamento de alguns pais. 3) Garantir que os membros da comunidade escolar possuam as habilidades necessárias, a estrutura e o apoio para responder efetivamente a jovens em risco ou suicidas. 4) Aumentar a probabilidade de que jovens que entrarem em contato com colegas problemáticos responderão com empatia e procurarão ajuda de adultos. Além disso, os jovens problemáticos provavelmente buscarão a ajuda de adultos. 5) Os adultos da escola estarão mais preparados (terão disposição, conhecimento, habilidades e recursos) para responder adequadamente aos estudantes problemáticos. 6) Serviços comunitários e escolas colaborarão para estabelecer diretrizes para o gerenciamento de jovens com ideação e tentadores de suicídio. 7) Depois de alguns meses, deve-se entrar em contato com o jovem para realizar o <i>follow-up</i> (essa descrição mistura a proposta do programa com resultados e/ou expectativas).

Nota. *O programa *Sources of Strength* apoia-se em uma abordagem de prevenção ao suicídio na escola, projetada para criar influências socioecológicas protetoras nos estudantes.

Alguns projetos de intervenção sobre suicídio concentraram-se em públicos específicos, como alunos, funcionários da escola ou mistos (alunos e funcionários). A maioria das intervenções era proposta para o público misto ($n = 11$; 42,4%), levando em conta a orientação para alunos e funcionários, no sentido de treinar esses profissionais. Por exemplo, o *Question Persuade Refer (QPR) Suicide Prevention Program* tem a intenção de ensinar e treinar todos os profissionais da escola (administradores, professores, assistentes educacionais etc.), além de oferecer palestras educativas para os alunos.

Outros programas de intervenção focaram apenas os alunos ($n = 5$; 27, 8%), como o *Surviving the Teens® Program*, com a intenção de treinar habilidades emocionais nos jovens em fase escolar. E, por fim, poucos focaram apenas os funcionários ($n = 3$; 16,7 %), como o programa *Sources of Strength*, que tem o intuito de preparar apenas os membros profissionais para que possam atuar na prevenção do suicídio da comunidade escolar.

Nessas intervenções, utilizaram-se diversos materiais, instrumentos e técnicas. Uma das estratégias mais usadas foi o treinamento para *gatekeepers* ($n = 7$; 26,9%), que são pessoas treinadas para atuar no reconhecimento daqueles indivíduos em risco de suicídio e, posteriormente, encaminhá-los para um serviço especializado, como citado por Tompkins et al. (2010). Adotaram-se ainda questionários e testes para avaliar o nível de comportamento suicida nos estudantes ($n = 6$; 33,3%). Em algumas publicações, não se explicitaram os instrumentos utilizados para fazer esse tipo de avaliação/triagem. Em diversos programas de prevenção ($n = 6$; 33,3%), utilizaram-se *follow-up* e/ou pós-teste para averiguar se os alunos tiveram uma diminuição nos comportamentos suicidas. Diversas ferramentas foram usadas nesse quesito, como a aplicação de instrumentos psicológicos, questionário de informação ou mesmo acompanhamento por *e-mail*, para observar a melhora do aluno. O uso desse pós-teste foi feito entre 21 e 120 dias após o fim desses programas.

Em todas as intervenções, utilizaram-se conteúdos midiáticos (vídeos, *slides*, filmes etc.) e/ou ministraram-se palestras como treinamento e informação educativa para os profissionais e alunos. Apenas um estudo adotou um programa totalmente *on-line* – *Kognito* –, uma plataforma em que o usuário (aluno ou funcionário da escola) aprende sobre o universo da prevenção do suicídio a partir de módulos audiovisuais gravados.

Com relação aos construtos abordados e às habilidades ensinadas nos programas de intervenção, todos trabalharam com o conteúdo da prevenção do suicídio em interligação com a saúde mental. Algumas intervenções foram além do conteúdo de prevenção e informação do comportamento suicida na população escolar. Mais da metade das intervenções abordou diversos construtos, como desesperança, identidade, *coping*, autoeficácia, relações familiares, suporte social, redes de apoio e auxílio dos pais durante as intervenções. Em dois estudos, ficou evidente o uso de abordagens da psicologia cognitivo-comportamental.

Além das partes teórica e informativa, a técnica de psicoeducação esteve presente em algumas palestras dos programas. Estratégias didáticas (*safeTALK*) também foram implementa-

das em algumas situações. Essas estratégias se baseiam no uso de cartões informativos que os estudantes carregavam consigo. Esses cartões serviam como breves informações e alertas para o aluno perceber os possíveis sinais de risco para o suicídio. Em algumas intervenções mais robustas, ocorria um preparo mais complexo tanto para os alunos quanto para a comunidade escolar, levando em conta a informação e a importância de trabalhar com os pressupostos da prevenção da saúde mental, interligados com diversos construtos, comentados anteriormente.

Discussão

A presente revisão de literatura teve como objetivos realizar um levantamento na literatura e detalhar os programas de prevenção ao suicídio nas bases de dados da PubMed, PsycInfo e ScienceDirect. As principais características avaliadas eram referentes ao ano de publicação, ao nome do programa, ao formato (por exemplo, presencial e *on-line*), à duração, ao público-alvo e ao país de aplicação. Em um segundo momento, o objetivo foi descrever as principais iniciativas e estratégias utilizadas pelos programas. O foco do artigo se deu por dois motivos: 1. porque os autores não encontraram alguma pesquisa internacional com o objetivo de descrever variados programas interventivos (Katz et al., 2013) e 2. porque conhecer os principais programas existentes no mundo pode auxiliar profissionais de saúde, em vários contextos, a desenvolver e aprimorar iniciativas no sentido de prevenir o comportamento suicida, já que o suicídio é, atualmente, um dos principais problemas de saúde pública (Jacob, 2016).

Os resultados demonstram que, com o passar dos anos, houve um crescimento em relação ao número de propostas de programas preventivos, muito em função das iniciativas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) na prevenção do suicídio em diversos países. Outro motivo que pode explicar o aumento de literatura sobre o tema é o fato de os programas preventivos serem eficazes no combate às tentativas de suicídio e concretização do ato (Turecki & Brent, 2016), com impactos positivos em diversos âmbitos da vida das pessoas, como o familiar e social, o econômico, a saúde mental, entre outros (Stone et al., 2017).

A maioria das publicações aconteceu nos Estados Unidos, e apenas uma foi realizada na América do Sul. Nesse sentido, há de se considerar que a implementação de programas de prevenção ao suicídio exige a presença de recursos financeiros, profissionais de saúde capacitados e políticas públicas de saúde bem estabelecidas (Mascayano et al., 2015). Tais características aliadas ao nível de adesão dos países aos programas de prevenção da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) poderiam explicar o fato de os Estados Unidos desenvolverem mais pesquisas que outros países da América do Sul que estão em desenvolvimento.

O formato dos programas também parece ser, em sua maioria, presencial, no entanto a utilização de meios remotos vem crescendo e, provavelmente, após pandemia da *coronavirus disease 2019* (Covid-19), aumentará ainda mais por algumas razões: 1. há uma projeção de aumento de problemas mentais e, conseqüentemente, de elevação das taxas de suicídio pós-pandemia; 2. o isolamento social deverá incentivar o desenvolvimento de plataformas vir-

tuais para prevenção, como aponta Gunnell et al. (2020). Sendo assim, programas totalmente desenvolvidos via *web* já estão sendo testados (van Spijker et al., 2010) e têm demonstrado redução de frequência e intensidade de comportamentos suicidas.

Os programas encontrados por esta pesquisa se mostraram mais específicos para ambientes educacionais, com foco direcionado a alunos e instituições de ensino (Cusimano & Sa-meem, 2011; Katz et al., 2013; Robinson et al., 2013; Zalsman et al., 2016). Todavia, considera-se importante que outras faixas etárias (idosos e adultos) e diferentes contextos, como locais de trabalho (principalmente os ligados à área da saúde) e comunidades (casas de repouso e asilos para idosos), sejam levados em conta no desenvolvimento de programas de prevenção ao suicídio, com vistas a diminuir a incidência do fenômeno de forma mais efetiva (Turecki & Brent, 2016). Como apontam as estatísticas nacionais, os índices de tentativas de suicídio e concretização do ato em idosos, por exemplo, vêm sendo preocupantes, atingindo 8,9 pessoas por 100 mil habitantes, dado bastante superior ao observado na população atualmente 6/100 mil (WHO, 2017).

Observou-se uma ampla variação de programas, desde aqueles com pouca duração e focais (Katsumata et al., 2017) até outros bem mais abrangentes em termos de treinamento de pessoas direta ou indiretamente envolvidas com o problema (por exemplo, motoristas de ônibus de escola) e de duração maior (Kalafat & Ryerson, 1999). Nesse sentido, como aponta a Organização Mundial da Saúde, o suicídio é altamente prevenível, no entanto o desenvolvimento de um programa de prevenção ao suicídio deve envolver diversos atores, além de colaboração multissetorial, multidisciplinaridade, avaliação dos serviços e treinamento contínuo de pessoal, integração de dados e políticas públicas de saúde integradas (WHO, 2014).

Diversos focos foram encontrados, e, em alguns, o objetivo mais presente era a detecção de pessoas com alta autoeficácia em suicídio e presença de fatores de risco e doenças mentais associadas (por exemplo, depressão), com a utilização de questionários construídos e escalas próprias para tal detecção (por exemplo, escalas de depressão, ideação suicida, *coping* e autoeficácia). Outros tinham objetivos bem mais amplos e focos diferenciados, como formação de pessoas para que possam identificar estudantes com perfil para ideação suicida e fornecer apoio a eles, preocupação com a coesão família/escola ou diminuição de estigma (Gijzen et al., 2018; Portzky & Heeringen, 2006). Uma parte importante dos programas investiu na estratégia de treino de alunos, professores e funcionários escolares na detecção de sinais expressos pelos estudantes sobre ideação suicida, uma das principais metodologias desenvolvidas. Os chamados *gatekeepers* parecem ser uma estratégia importante nas escolas, já que, nesse caso, os alunos acabam tendo maior acesso aos seus colegas e podem funcionar como uma referência para pedido de ajuda.

Essa estratégia também pode ser utilizada em outros contextos e parece ser bastante funcional. Por exemplo, o treinamento de enfermeiras na detecção de sinais de ideação suicida em ambientes hospitalares aumentou a detecção de pacientes com essas características e, subsequentemente, o encaminhamento deles aos serviços de aconselhamento (Tsai et al., 2010).

Uma outra vertente bastante usada nos programas foi foco e treinamento nas habilidades socioemocionais, desde treinamento de empatia e grupos de discussão sobre amizades até tutoria de veteranos sobre calouros, no sentido de integração social e suportes social e familiar (Ciffone, 2007; Katsumata et al., 2017; Strunk et al., 2014; Zinzow et al., 2020). Como apontado por Miller et al. (2014), a família e os amigos parecem ser importantes mediadores na prevenção do desenvolvimento de transtornos mentais (por exemplo, depressão) e ideação suicida, além de as habilidades socioemocionais desempenharem um importante papel na prevenção. Por exemplo, Sánchez-Teruel e Robles-Bello (2014) encontraram diversas variáveis socioemocionais cognitivas, afetivas e comportamentais relacionadas à resiliência em suicídio, como autorregulação e flexibilidade cognitiva, autoconceito, estilo de atribuição positiva, autocontrole, gratidão, perseverança, controle de impulsos, capacidade para solicitar ajuda em momentos críticos, expressividade de emoções, senso de humor, empatia e procura por sentido de vida e razões para viver. Da mesma forma, do ponto de vista ecológico, os autores também citam os suportes social e familiar, os sentimentos de pertencimento, o ativismo social e o acesso a serviços de saúde como algumas das mais importantes variáveis.

Várias estratégias didáticas foram adotadas pelos diferentes programas, como desenvolvimento de livretos e cartões guias, discussão da temática via grupos, *role-playing*, psicoeducação, palestras e oficinas (Johnson & Parsons, 2012; Rein et al., 2018). Encontraram-se também treinamentos específicos (por exemplo, persuasão dos *gatekeepers* a fim de facilitar que o indivíduo com ideação procure ajuda) e algumas técnicas (por exemplo, reestruturação cognitiva, resolução de problemas e relaxamento) (Orbach & Bar-Joseph, 1993; Strunk et al., 2014). Outros programas de prevenção de suicídio demonstraram a importância de aconselhadores dentro das escolas, também chamados de conselheiros (Zachariah et al., 2018), cultura escolar que está presente em alguns países.

Os métodos didáticos e as técnicas já bem documentados em termos de eficácia nos comportamentos suicidas podem ser ferramentas úteis nos programas de prevenção ao suicídio. Esses métodos e essas técnicas podem ainda ser utilizados em paralelo às intervenções medicamentosas (Ougrin et al., 2015). O estudo de eficácia dos diferentes programas pode ser um próximo passo no segmento deste estudo, no entanto, como lembram Balaguru et al. (2013), tal comparação parece ser um objetivo bastante difícil e amplo, já que os programas são altamente complexos e trabalham em diferentes níveis de atuação ecológica (por exemplo, pessoal, relacional e microcultural).

É importante lembrar que este estudo teve como objetivo realizar uma análise de literatura em bases de dados internacionais, o que pode mascarar diversas iniciativas que ocorrem não associadas à publicação de literatura científica nessas bases. Além disso, a adoção de outras palavras-chave permitiria identificar iniciativas não elencadas aqui. Como não se consultou a literatura cinzenta, é possível que haja diversas outras iniciativas e outros programas de prevenção nesse tipo de material. Por último, não foi encontrado nenhum artigo de proce-

dência e/ou com dados do Brasil durante a revisão dos artigos. Tal resultado não quer dizer que as iniciativas no país são inexistentes. Logo, seria necessário um próximo esforço (uma nova pesquisa futura) para realizar procedimento similar de busca em bases de dados nacionais, a fim de, em um segundo ou terceiro momentos, levantar tais iniciativas nacionais e/ou realizar a comparação entre os programas internacionais e os nacionais.

Considerações finais

De maneira geral, os resultados da atual pesquisa apontam para algumas conclusões. Entre as principais, destacam-se as seguintes: 1. o número de publicações sobre programas de intervenção na literatura internacional (nas bases avaliadas) vem crescendo cronologicamente, tendo especificamente os Estados Unidos como o país que mais publicou sobre programas de intervenção em suicídio; 2. a maioria dos programas de prevenção adotou um formato híbrido nos processos avaliativos e interventivos, mesclando atividades presenciais e remotas, no entanto já despontam programas completamente remotos, os quais provavelmente serão bastante úteis nessa área, principalmente em época de pandemia; 3. todos os programas encontrados se direcionavam aos ambientes escolares, em vários níveis de educação e faixas etárias, o que demonstra que a escola/universidade pode ser fundamental porque reúne elementos propícios à intervenção (por exemplo, ambiente controlado e com atividades programadas), contudo se percebe também a necessidade de desenvolvimento de programas interventivos direcionados a outros ambientes, contextos e faixas etárias (por exemplo, organizações laborais, ambientes de saúde e idosos); 4. uma ampla variação dos programas quanto à abrangência, aos objetivos, ao foco, à duração e à amplitude, e, por conta disso, os programas variaram de algumas horas a semanas, concentraram-se somente no indivíduo com ideação e/ou no grupo social (escola, funcionários), desenvolveram habilidades específicas no indivíduo com ideação e/ou habilidades de relacionamento entre os alunos, e forneceram informações sobre como e onde procurar ajuda; 5. a utilização de diversas estratégias/técnicas e medidas nos diferentes programas, como vídeos e discussões sobre a temática, *role-playing*, escuta ativa, cartões com informação sobre prevenção de suicídio, treino de apoio por pares, medidas de autorrelatos e fatores de risco associados (autoeficácia para o suicídio, empatia, comunicação, *coping*, desesperança e autorregulação) e entrevistas semiestruturadas, e, em vários programas, foram utilizados os *gatekeepers* como estratégia de detecção e encaminhamento para serviços especializados de estudantes com maiores riscos para o suicídio, bem como programas de fortalecimento de vínculos entre os estudantes (por exemplo, calouros/veteranos).

Referências

- Arensman, E. (2017). Suicide prevention in an international context: Progress and challenges (editorial). *Crisis*, 38(1), 1–6. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000461>
- Aseltine Jr., R. H., & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94(3), 446–451. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.446>
- Aseltine Jr., R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: A replication and extension. *BMC Public Health*, 7(161), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-161>
- Bailey, E., Spittal, M. J., Pirkis, J., Gould, M., & Robinson, J. (2017). Universal suicide prevention in young people. *Crisis*, 38(5), 300–308. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000465>
- Balaguru, V., Sharma, J., & Waheed, W. (2013). Understanding the effectiveness of school-based interventions to prevent suicide: A realist review. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 131–139. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00668.x>
- Bustamante, F., Urquidí, C., Florenzano, R., Barrueto, C., Hoyos, J., Ampuero, K., Terán, L., Figueroa, M. I., Farías, M., Rueda, M. L., & Giacaman, E. (2018). El programa RADAR para la prevención del suicidio en adolescentes de la región de Aysén, Chile: Resultados preliminares. *Revista Chilena de Pediatría*, 89(1), 145–148. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062018000100145>
- Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: An analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work*, 52(1), 41–49. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.41>
- Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: A systematic review. *Injury Prevention*, 17(1), 43–49. <https://doi.org/10.1136/ip.2009.025502>
- Dantas, A. P., Azevedo, U. N., Nunes, A. D., Amador, A. E., Marques, M. V., & Barbosa, I. R. (2018). Analysis of suicide mortality in Brazil: Spatial distribution and socioeconomic context. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(1), 12–18. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2241>
- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. (2019). <http://datasus.saude.gov.br/>
- Gijzen, M. W. M., Creemers, D. H. M., Rasing, S. P. A., Smit, F., & Engels, R. C. M. E. (2018). Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: Design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(124), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1710-2>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Jacob, K. S. (2016). Reducing suicide rates: Need for public health and population interventions. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(6), 510–513. <https://doi.org/10.4103/0253-7176.194915>
- Johnson, L. A., & Parsons, M. E. (2012). Adolescent suicide prevention in a school setting: Use of a gatekeeper program. *NASN School Nurse*, 27(6), 312–317. <https://doi.org/10.1177/1942602X12454459>
- Kalafat, J., & Ryerson, D. M. (1999). The implementation and institutionalization of a School-Based Youth Suicide Prevention Program. *Journal of Primary Prevention*, 19(3), 157–175. <https://doi.org/10.1023/A:1022658826641>

- Katsumata, Y., Narita, T., & Nakagawa, T. (2017). Development of a suicide prevention education program for university students: A single-arm pilot study. *Asian Journal of Psychiatry*, 30, 190–191. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.10.019>
- Katz, C., Bolton, S.-L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and Anxiety*, 30(10), 1030–1045. <https://doi.org/10.1002/da.22114>
- Kinchin, I., Russell, A. M. T., Petrie, D., Mifsud, A., Manning, L., & Doran, C. M. (2019). Program evaluation and decision analytic modelling of universal suicide prevention training (safeTALK) in secondary schools. *Applied Health Economics and Health Policy*, 18(2), 311–324. <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00505-3>
- King, K. A., Strunk, C. M., & Sorter, M. T. (2011). Preliminary effectiveness of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. *Journal of School Health*, 81(9), 581–590. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00630.x>
- Malhi, G. S., Outhred, T., Das, P., Morris, G., Hamilton, A., & Mannie, Z. (2018). Modeling suicide in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 20(4), 334–348. <https://doi.org/10.1111/bdi.12622>
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064–2074. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Mascayano, F., Irrazabal, M., Emilia, W. D., Vaner, S. J., Sapag, J. C., Alvarado, R., Yang, L. H., & Sinah, B. (2015). Suicide in Latin America: A growing public health issue. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 72(4), 295–303. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27107280/>
- Miller, A. B., Adams, L. M., Esposito-Smythers, C., Thompson, R., & Proctor, L. J. (2014). Parents and friendships: A longitudinal examination of interpersonal mediators of the relationship between child maltreatment and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 220(3), 998–1006. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.009>
- Orbach, I., & Bar-Joseph, H. (1993). The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 120–129. <https://psycnet.apa.org/record/1994-03682-001>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97–107.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hofmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., & Moher, D. (2021). Updating guidance for reporting systematic reviews: Development of the PRISMA 2020 statement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 134, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.02.003>
- Portzky, G., & Heeringen, K. V. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(9), 910–918. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01595.x>
- Rein, B. A., McNeil, D. W., Hayes, A. R., Hawkins, T. A., Ng, M., & Yura, C. A. (2018). Evaluation of an avatar-based training program to promote suicide prevention awareness in a college setting. *Journal of American College Health*, 66(5), 401–411. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1432626>

- Robinson J., Cox, G., Malone, A., Williamson, M., Baldwin, G., Fletcher, K., & O'Brien, M. (2013). A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(3), 1–19. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000168>
- Ross, S. G., DeHay, T., & Deiling, M. (2021). The suicide prevention for college student gatekeepers program: A pilot study. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(1), 48–55. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000686>
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 181–192. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2438.pdf>
- Samuolis, J., Harrison, A. J., & Flanagan, K. (2020). Evaluation of a peer-led implementation of a suicide prevention gatekeeper training program for college students. *Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 41(5), 331–336. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000638>
- Schilling, E. A., Aseltine Jr., R. H., & James, A. (2016). The SOS Suicide Prevention Program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention Science*, 17(2), 157–166. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0594-3>
- Schilling, E. A., Lawless, M., Buchanan, L., & Aseltine Jr., R. H. (2014). “Signs of suicide” shows promise as a middle school suicide prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(6), 653–667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12097>
- Silva, B. F. A., Prates, A. A. P., Cardoso, A. A., Castro, N. G. M. B. R., & Rosas, N. (2018). O suicídio no Brasil contemporâneo. *Sociedade e Estado*, 33(2), 565–579. <https://doi.org/10.1590/s0102-699220183302014>
- Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B., Crosby, A. E., Davis, S., & Wilkins, N. (2017). *Preventing suicide: A technical package of policies, programs, and practices*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Strunk, C. M., King, K. A., Vidourek, R. A., & Sorter, M. T. (2014). Effectiveness of the Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An impact evaluation utilizing a comparison group. *Health Education & Behavior*, 41(6), 605–613. <https://doi.org/10.1177/1090198114531774>
- Tompkins, T. L., & Witt, J. (2009). The short-term effectiveness of a suicide prevention gatekeeper training program in a college setting with residence life advisers. *The Journal of Primary Prevention*, 30, 131–149. <https://doi.org/10.1007/s10935-009-0171-2>
- Tompkins, T. L., Witt, J., & Abraibesh, N. (2010). Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 506–515. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.506>
- Tsai, W.-P., Lin, L.-Y., Chang, H.-C., Yu, L.-S., & Chou, M.-C. (2010). The effects of the gatekeeper suicide-awareness program for nursing personnel. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(3), 117–125. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00278.x>
- Tsong, Y., Young, J. T., Killer, J. D., Takemoto, M. A., & Compliment, B. (2018). Suicide prevention program on a diverse college campus: Examining the effectiveness of a Peer-to-Peer Model. *Journal of College Student Psychotherapy*, 33(2), 1–14. <https://doi.org/10.1080/87568225.2018.1434716>
- Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)

- van Spijker, B. A. J., van Straten, A., & Kerkhof, A. J. F. M. (2010). The effectiveness of a web-based self-help intervention to reduce suicidal thoughts: A randomized controlled trial. *Trials*, 11(25), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-25>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide*. <https://apps.who.int/iris/rest/bits-treams/1174021/retrieve>
- World Health Organization. (2017). *Mental health: New understanding, new hope*. <http://www.who.int/whr/2017/en/>
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-Year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 104–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.104>
- Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., Walsh, E., Tu, X., & Wang, W. (2010). An outcome evaluation of the sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1653–1661. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.190025>
- Zachariah, B., Witt, E. E., Bahirat, J. D., Bunders-Aelen, J. F. G., & Regeer, B. J. (2018). What is in it for them? Understanding the impact of a “Support, Appreciate, Listen Team” (SALT)-based suicide prevention peer education program on peer educators. *School Mental Health*, 10(4), 462–476. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9264-5>
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-Year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zinzow, H. M., Thompsom, M. P., Fulmer, C. B., Goree, J., & Evinger, L. (2020). Evaluation of a Brief Suicide Prevention Training Program for College Campuses. *Archives of Suicide Research*, 24(1), 82–95. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509749>

EQUIPE EDITORIAL**Editora-chefe**

Cristiane Silvestre de Paula

Editores associados

Alessandra Gotuzo Seabra
Ana Alexandra Caldas Osório
Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Editores de seção**“Avaliação Psicológica”**

Alexandre Luiz de Oliveira Serpa
André Luiz de Carvalho Braule Pinto
Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Marcos Vinicius de Araújo
Vera Lúcia Esteves Mateus

“Psicologia e Educação”

Alessandra Gotuzo Seabra
Carlo Schmidt
Regina Basso Zanon

“Psicologia Social e Saúde das Populações”

Enzo Banti Bissoli
Marina Xavier Carpena

“Psicologia Clínica”

Carolina Andrea Ziebold Jorquera
Julia Garcia Durand
Natalia Becker

“Desenvolvimento Humano”

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Rosane Lowenthal

Suporte técnico

Camila Fragoso Ribeiro
Giovanna Joly Manssur
Maria Fernanda Liuti Bento da Silva

PRODUÇÃO EDITORIAL**Coordenação editorial**

Ana Cláudia de Mauro

Estagiário editorial

Pietro Menezes

Preparação de originais

Carlos Villarruel

Revisão

Caduá Editorial

Diagramação

Acqua Estúdio Gráfico