

Ações Envolvidas no Cuidado às Pessoas em Comportamento Suicida no Contexto do Sistema Único de Saúde: Uma Revisão Integrativa

Raísa Catherine Cagliari Costa^{1,*}

Orcid.org/0009-0005-8800-2047

Simone Aparecida Souza da Silva²

Orcid.org/0009-0008-8640-9806

Alexandra Iglesias¹

Orcid.org/0000-0001-7188-9650

¹Programa de Pós-graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

²Curso de Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

Resumo

O comportamento suicida é um fenômeno multifatorial influenciado por uma interação de determinantes genéticos, culturais, socioeconômicos e da história singular de cada indivíduo. Conhecer os elementos que possibilitam uma atenção adequada e contínua é fundamental para a superação de crises e para o aprimoramento das estratégias de prevenção. O objetivo deste artigo consiste em identificar as ações de cuidado às pessoas com histórico de comportamento suicida, no contexto do Sistema Único de Saúde, publicadas na literatura nacional. Foi feita uma revisão integrativa de literatura por intermédio da seleção de oito artigos. Utilizou-se a Análise de Conteúdo, conforme método sistematizado por Bardin, após confirmação de confiabilidade dos dados por pares. Duas categorias foram geradas: Práticas, estratégias metodológicas e organização do cuidado na Rede; e Obstáculos ao Cuidado. Dentre os elementos registrados na primeira categoria, foram citados, por exemplo, os encaminhamentos, o acolhimento e a articulação entre equipes. Quanto aos desafios, destacam-se as precárias condições de trabalho, a alta demanda e a falta de profissionais com melhor capacitação. Conclui-se que, apesar das dificuldades presentes nos serviços, ainda foi possível apreender a articulação de equipes e parcerias com a comunidade no cuidado prestado às pessoas em comportamento suicida.

Palavras-chave: Suicídio, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, serviços de saúde mental, assistência hospitalar.

* Correspondência: Macal, 765, Apto. 201, Jardim da Penha, Vitória-ES, Brasil. Tel.: 27 9 9629 7529. Email: raisa.cacosta@gmail.com

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo (FAPES), nº FAPES 063/2024.

Actions Involved in Caring for People with Suicidal Behavior in the Context of the Unified Health System: An Integrative Review

Abstract

Suicidal behavior is a multifactorial phenomenon influenced by an interplay of genetic, cultural, and socioeconomic factors, as well as each individual's unique history. Understanding the elements that enable appropriate and continuous care is essential for overcoming crises and improving prevention strategies. The objective of this article is to identify care interventions for individuals with a history of suicidal behavior within the context of the Unified Health System, as published in the national literature. An integrative literature review was conducted based on the selection of eight articles. Content analysis was employed, following the method systematized by Bardin, after peer-verification of data reliability. Two categories were generated: Practices, methodological strategies, and organization of care within the Network; and Barriers to Care. Among the elements recorded in the first category were, for example, referrals, intake, and coordination among teams. Regarding challenges, the following stand out: precarious working conditions, high demand, and a shortage of professionals and training. It is concluded that, despite the difficulties present in the services, it was still possible to observe team coordination and partnerships with the community in the care provided to individuals exhibiting suicidal behavior.

Keywords: Suicide, Unified Health System, Primary Health Care, mental health services, hospital care.

Acciones Relacionadas con la Atención a Personas con Comportamiento Suicida en el Contexto del Sistema Único de Salud: Una Revisión Integradora

Resumen

El comportamiento suicida es un fenómeno multifactorial influenciado por la interacción de factores genéticos, culturales y socioeconómicos, así como por la historia personal de cada individuo. Conocer los elementos que permiten una atención adecuada y continua es fundamental para superar las crisis y mejorar las estrategias de prevención. El objetivo de este artículo consiste en identificar las acciones de atención a las personas con antecedentes de comportamiento suicida, en el contexto del Sistema Único de Salud, publicadas en la literatura nacional. Se realizó una revisión integrativa de la literatura a partir de la selección de ocho artículos. Se utilizó el análisis de contenido, según el método sistematizado por Bardin, tras la confirmación de la fiabilidad de los datos por pares. Se generaron dos categorías: Prácticas, estrategias metodológicas y organización de la atención en la Red; y Obstáculos a la atención. Entre los elementos registrados en la primera categoría, se mencionaron, por ejemplo, las derivaciones, la acogida y la articulación entre equipos. En cuanto a los desafíos, se destacan las precarias condiciones de trabajo, la alta demanda y la falta de profesionales y de capacitación. Se concluye que, a pesar de las dificultades presentes en los servicios, aún fue posible apreciar la coordinación de los equipos y colaboraciones con la comunidad en la atención prestada a las personas con comportamiento suicida.

Palabras clave: Suicidio, Sistema Único de Salud, Atención Primaria de Salud, servicios de salud mental, asistencia hospitalaria.

O comportamento suicida abrange um espectro de ações com intenção autolesiva, incluindo ideações, planejamentos, tentativas e o suicídio consumado (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002). Trata-se de um fenômeno multifatorial, influenciado por uma interação de determinantes genéticos, culturais, socioeconômicos e da história singular de cada indivíduo (Botega, 2023). A sua magnitude é alarmante. Globalmente, estima-se que mais de 700.000 pessoas morram por suicídio a cada ano (OMS, 2023). No Brasil, o cenário não é menos preocupante, com um crescimento médio anual de 1,4% nas taxas de suicídio entre 2000 e 2018 e o registro de mais de 15.000 mortes por esta causa apenas em 2021 (Brasil, Ministério da Saúde [MS], 2024).

Além dos óbitos, as tentativas de suicídio representam um impacto social e econômico significativo, superando em até dez vezes o número de mortes e constituindo a segunda maior causa de internações nos serviços de emergência do Sistema Único de Saúde – SUS (Freitas & Botega, 2002; Vidal et al., 2013). As ideações suicidas, por sua vez, representam um contínuo de pensamentos sobre a morte que, por sua natureza ambivalente, abrem uma janela de oportunidade para a prevenção e o cuidado, possibilitando o acionamento de redes de proteção e o fortalecimento dos vínculos com a vida (Botega, 2023; J. Santos et al., 2022).

Diante da relevância epidemiológica, o Ministério da Saúde (MS) instituiu, em 2006, a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio por meio da Portaria nº 1.876, que estabeleceu diretrizes nacionais para o manejo e cuidado desses casos (MS, 2006). Em 2014, o MS definiu a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, incluindo a violência autoprovocada (MS, 2014). Essas iniciativas se inserem em um movimento mais amplo de transformação da saúde mental no país, impulsionado pela Reforma Psiquiátrica e pela consequente implementação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Tais polí-

ticas promoveram uma mudança de paradigma, deslocando o foco do modelo hospitalocêntrico para uma assistência de base comunitária e territorial, organizada em rede (MS, 2022). O cuidado às pessoas em risco de suicídio, portanto, passou a ser pensado dentro dessa lógica capilarizada, que visa à integralidade e à continuidade da atenção.

Mesmo com os avanços normativos e a estruturação de políticas públicas, o Brasil enfrenta um aumento contínuo nas taxas de comportamento suicida (Sebastião, 2024). Se por um lado esse aumento pode decorrer da maior visibilidade proporcionada pela notificação compulsória da violência autoprovocada, por outro, levanta questões acerca de como o cuidado tem sido de fato ofertado no cotidiano dos serviços de saúde. Aparentemente, configura-se uma lacuna significativa nesse quesito nas produções científicas nacionais, visto que o foco dos estudos tem se concentrado predominantemente em levantamentos epidemiológicos, na identificação de fatores de risco ou no estudo de populações específicas (Gomes et al., 2019; Hering et al., 2021; Vidal et al., 2013). Há uma notável escassez de pesquisas que se debruçam sobre a natureza e a qualidade das práticas e ofertas de cuidado direcionadas a essa população no âmbito do SUS (Gomes et al., 2019; Marcolan & Silva, 2019; Melo et al., 2019; Teixeira et al., 2018).

Conhecer os elementos que possibilitam uma atenção adequada e contínua é fundamental para a superação de crises e para o aprimoramento das estratégias de prevenção (M. L. Ferreira et al., 2018; Teixeira et al., 2018). Diante do exposto, o objetivo deste artigo consiste em identificar as ações envolvidas no cuidado às pessoas com histórico de comportamento suicida, no contexto do Sistema Único de Saúde, publicadas na literatura nacional.

Objetivo

O objetivo deste artigo consiste em identificar as ações envolvidas no cuidado às pessoas com histórico de comportamento suicida, no

contexto do Sistema Único de Saúde, publicadas na literatura nacional de fácil acesso.

Método

A revisão integrativa da literatura foi escolhida como método por permitir a síntese de resultados de estudos com diferentes delineamentos, tanto experimentais quanto não experimentais, teóricos e empíricos, aprofundando a compreensão sobre o tema (Whittemore & Knafl, 2005). A execução seguiu as seis etapas propostas por esta revisão: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e apresentação da revisão (Souza et al., 2010).

A pergunta de pesquisa foi estruturada com o auxílio da estratégia SPIDER (Cooke et al., 2012), que organiza os componentes da investigação. O grupo de interesse (Sample) foi composto por pessoas com histórico de comportamento suicida; o fenômeno de interesse (Phenomenon of Interest) fez referência ao cuidado prestado a elas no SUS; o desenho

(Design) correspondeu à busca por publicações *on-line*; a avaliação (Evaluation) direcionou atenção para as ações e estratégias de cuidado; e o tipo de pesquisa (Research Type) foi qualitativo. Assim, a pergunta orientadora definiu-se como: “Quais são as ações envolvidas nos cuidados ofertados pelos profissionais às pessoas com histórico de comportamento suicida, no contexto do Sistema Único de Saúde?”.

A estratégia de busca, realizada em novembro de 2024, envolveu a consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para definir os termos de pesquisa, que incluíram “suicídio”, “tentativa de suicídio”, “ideação suicida” e descritores relacionados aos serviços do SUS (“Sistema Único de Saúde”; “atenção primária à saúde”; “modelos de assistência à saúde”; “serviços de saúde mental”; “assistência hospitalar”). As buscas foram conduzidas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando combinações dos descritores com operadores booleanos, como mostrado na Tabela 1.

Tabela 1

Estratégias de Busca nas Bases de Dados

Base de dados	Combinação de descritores
SciELO	(“suicídio” or “tentativa de suicídio” or “ideação suicida”) and (“Sistema Único de Saúde” or “atenção primária à saúde” or “modelos de assistência à saúde” or “serviços de saúde mental” or “assistência hospitalar”)
Pepsic	(“tentativa de suicídio” or suicídio or “ideação suicida”) and (“serviços de saúde mental” or “assistência hospitalar” or “modelos de assistência à saúde”) or “Sistema Único de Saúde” or “Atenção Primária à saúde”)
BVS	(“suicídio” or “tentativa de suicídio” or “ideação suicida”) and (“Sistema Único de Saúde” or “atenção primária à saúde” or “modelos de assistência à saúde” or “serviços de saúde mental” or “assistência hospitalar”)

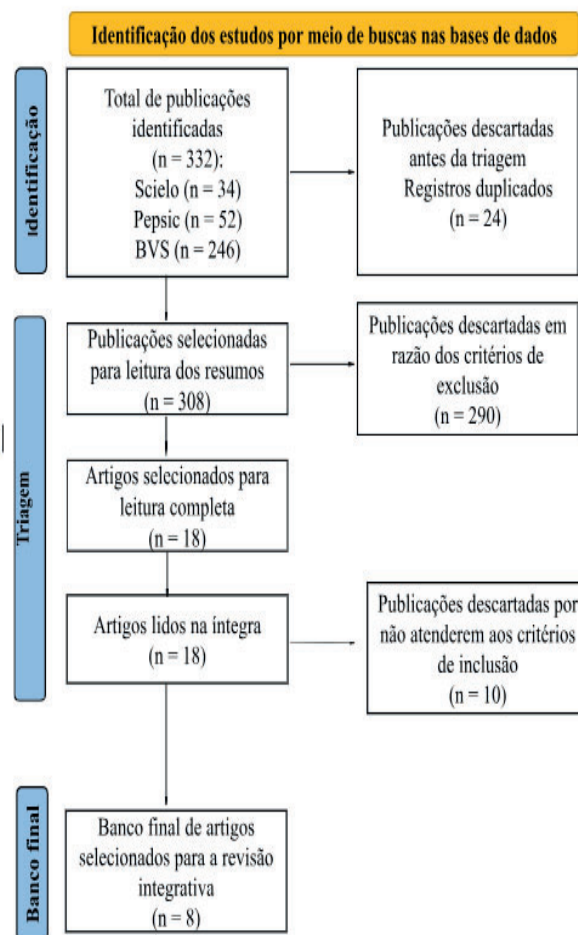
Os critérios de inclusão foram: artigos científicos disponíveis *on-line* na íntegra, publicados em português, inglês ou espanhol a partir de 2006, sem delimitação de método utilizado, podendo ser qualitativos, quantitativos ou mistos. O marco temporal de 2006 justifica-se pela vigência da Portaria nº 1.876, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (MS, 2006). Foram excluídos estudos em que o cuidado ao comportamento suicida não era o tema central e artigos sobre práticas ligadas aos projetos de estágio, extensão ou residência,

para evitar resultados de contextos específicos e pouco generalizáveis. Teses e dissertações foram excluídas também, dada a proposta do estudo de analisar apenas artigos sobre o tema, publicados em periódicos científicos e indexados em bases de dados de fácil acesso.

A busca inicial resultou em 332 estudos (34 no SciELO, 52 no Pepsic e 246 na BVS). Após a aplicação dos critérios, a leitura de resumos e textos completos, foram selecionados oito artigos para análise e descartados os demais estudos que não atendiam aos critérios de seleção pré-definidos, como mostra a Figura 1.

Figura 1

Fluxograma de Identificação de Artigos Selecionados para a Revisão Integrativa



Nota. Fonte: Adaptado do Fluxograma PRISMA 2020 (Page et al., 2022).

Tabela 2*Artigos Incluídos na Revisão Integrativa*

Identificação do artigo	Base de dados	Objetivo geral do estudo	Metodologia	Ponto(s) de atenção abordado(s)
Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas (Pessoa et al., 2020)	SciELO	Compreender como se dá a assistência à saúde prestada pelos enfermeiros na atenção primária aos adolescentes com ideações suicidas	Estudo de campo	Atenção primária (Unidades Básicas de Saúde)
Itinerários Terapêuticos Percorridos por Pessoas que tentaram suicídio (L. A. Santos & Kind, 2022)	SciELO	Compreender os itinerários terapêuticos de usuários que tentaram suicídio no que tange aos cuidados recebidos, procurados e demandados.	Estudo de campo	Atenção secundária (Centro de Atenção Psicossocial) e Atenção terciária (Hospital de Urgência e Emergência)
Cuidado de enfermagem em urgência/emergência às pessoas que tentam suicídio (Fontão et al., 2020)	Pepsic	Caracterizar o cuidado de Enfermagem em urgência/emergência às pessoas que tentam suicídio.	Pesquisa bibliográfica	Atenção terciária (Urgência e Emergência)
Importância do atendimento qualificado destinado aos indígenas com tentativa de suicídio: relato de experiência (M. N. Almeida et al., 2020)	Pepsic	Relatar a experiência de atendimento de uma psicóloga, no cuidado destinado aos indígenas Karajás, acolhidos em um Centro de Atenção Psicossocial por histórico de tentativa de suicídio	Relato de experiência	Atenção secundária (Centro de Atenção Psicossocial)

Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: Revisão sistemática (Stoppa et al., 2020)	BVS	Realizar uma revisão sistemática da produção de artigos empíricos referentes aos profissionais de saúde no atendimento aos indivíduos com comportamento suicida, no âmbito dos serviços públicos de saúde no Brasil.	Pesquisa bibliográfica	Atenção primária (Unidades Básicas de Saúde), secundária (Centro de Atenção Psicossocial) e terciária (Urgência e Emergência)
Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial (Cescon et al., 2018)	BVS	Investigar a atenção ao suicídio de um serviço de atenção psicossocial em um município de São Paulo.	Metodologia mista	Atenção secundária (Centro de Atenção Psicossocial)
Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde (Kohlrausch et al., 2009)	BVS	Analisar as concepções das enfermeiras sobre o atendimento prestado aos usuários com comportamento suicida nas unidades básicas de saúde, destacando as ações desenvolvidas com esses usuários.	Estudo de campo	Atenção primária (Unidades Básicas de Saúde)
O cuidado de usuários em situação de risco de suicídio na perspectiva dos trabalhadores da estratégia de saúde da família (A. M. Silva et al., 2017)	BVS	Conhecer o modo como os profissionais das equipes de estratégia de saúde da família lidam com os usuários em situação de risco de suicídio e as ações de prevenção por eles desenvolvidas no município de Venâncio Aires.	Estudo de campo	Atenção primária (Estratégia Saúde da Família)

Os dados dos artigos selecionados foram tratados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (1977), uma técnica para análise de comunicações que organiza a interpretação em três fases: pré-análise (leitura e organização do *corpus*), exploração do material (codificação e categorização) e tratamento dos resultados (inferência e interpretação). O processo de categorização seguiu critérios de qualidade metodológica apontados por Cardoso et al. (2021), como exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e produtividade. O *software* Atlas.ti foi utilizado como ferramenta de apoio para organizar os dados.

Para garantir a objetividade e a confiabilidade da análise (Cardoso et al., 2021), realizou-se um procedimento de validação por pares. A pesquisadora identificou 214 segmentos de texto relevantes nos artigos, denominados “unidades de registro”. Uma amostra aleatória e representativa de 50 dessas unidades foi submetida a dois juízes independentes (Neuendorf, 2002; Riffe et al., 2014). Utilizando uma abordagem de Análise de Conteúdo pré-estruturada, cada juiz classificou as unidades de registro em duas categorias pré-definidas: “Obstáculos ao cuidado” (código 0) ou “Práticas, estratégias metodológicas e organização do cuidado na Rede” (código 1).

A concordância entre as classificações dos juízes foi quantificada pelo coeficiente alfa de Krippendorff, uma medida estatística robusta para avaliar a confiabilidade da codificação (Marzi et al., 2024). O cálculo, realizado em uma ferramenta *on-line*, resultou em um valor de $\alpha = 0,893$. Tendo em vista que valores acima de 0,800 indicam uma concordância confiável (Lima, 2013), o resultado validou a consistência do processo de codificação. Com a confiabilidade da codificação confirmada, a pesquisadora procedeu a análise do conjunto completo das 214 unidades de registro.

Resultados

Caracterização dos Estudos Selecionados

O *corpus* de análise foi composto por uma diversidade de delineamentos metodológicos. Incluiu duas pesquisas bibliográficas, sendo uma revisão sistemática e uma integrativa (Fontão et al., 2020; Stoppa et al., 2020); quatro estudos de campo qualitativos (Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; A. M. Silva et al., 2017); um relato de experiência profissional (M. N. Almeida et al., 2020); e um estudo de método misto que combinou análise de prontuários, entrevistas, observação participante e proposições coletivas em contexto institucional (Cescon et al., 2018).

As pesquisas de campo foram realizadas em três diferentes regiões do Brasil (Sul, Sudeste e Nordeste) e tiveram como cenário principal os serviços da Atenção Básica (AB), como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e da atenção especializada, notadamente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O relato de experiência também ocorreu em uma UBS, ao passo que o estudo misto foi conduzido em um CAPS. A revisão sistemática abrangeu os três níveis de atenção à saúde, ao passo que a revisão integrativa focou no nível terciário.

A entrevista semiestruturada foi a técnica de coleta de dados predominante, utilizada em cinco dos oito estudos para investigar as perspectivas de profissionais e usuários (Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022). Os profissionais de enfermagem constituíram a categoria mais representada entre os participantes das pesquisas de campo (Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; A. M. Silva et al., 2017), sendo também mencionados como importantes agentes do cuidado nos estudos de revisão (Fontão et al., 2020; Stoppa et al., 2020).

Profissionais da psicologia também foram destacados como operadores do cuidado

em cinco estudos (M. N. Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020). Além dos profissionais, usuários dos serviços com histórico de comportamento suicida participaram diretamente de dois estudos, somando treze entrevistados (M. N. Almeida et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022).

Análise das Categorias Temáticas

1. Práticas, estratégias metodológicas e organização do cuidado na Rede: esta categoria agrupou 89 unidades de registro e abrange as diversas ações de cuidado direto com os usuários e rede de apoio. Inclui técnicas de intervenção padronizadas, protocolares, inventivas e singularizadas, que consideram a complexidade da vida do usuário, sua rede de apoio e seu sofrimento (Pinheiro & Guizardi, 2008), assim como diretrizes metodológicas orientadoras das ações técnicas; estratégias de organização da rede e qualificação do cuidado.
2. Obstáculos ao Cuidado: esta categoria, com 121 unidades de registro, foi a mais proeminente nos dados. Ela compreende um conjunto de barreiras estruturais, organizacionais e relacionais que atravessam os diferentes níveis de atenção e impactam negativamente a qualidade e a efetividade das práticas de cuidado.

Categoria 1: Práticas, Estratégias Metodológicas e Organização do Cuidado na Rede

As ações envolvidas no cuidado identificadas na literatura foram diversas (19 tipos), variando entre procedimentos técnicos, estratégias metodológicas como a construção de vínculo e a atenção à singularidade, e ações de organização do cuidado na Rede, tal como exibido na Tabela 3.

A maior parte das estratégias de cuidado mencionadas fez referência às ações técnicas, frequentemente descritas sem detalhamento so-

bre sua execução. A principal ação reportada para organização da oferta por diferentes serviços foi o encaminhamento de usuários entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde. Foram documentados fluxos como o encaminhamento da AB para os CAPS e para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); dos hospitais gerais para os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs); e dos CAPS para hospitais gerais (Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020).

Os artigos também citaram atendimentos e acompanhamentos por especialidades específicas. Foram comuns os encaminhamentos para consulta psiquiátrica, solicitada pela AB, CAPS e serviços de urgência, assim como atendimentos com profissionais da enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, majoritariamente dentro dos próprios serviços de origem ou em parceria com outras instituições, como serviços-escola (Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020).

Outras ações envolvidas no cuidado incluíram a prescrição de medicamentos, a realização de busca ativa e visitas domiciliares, como também a identificação de fatores de risco e histórico de comportamento suicida, práticas executadas tanto pela AB quanto pelos CAPS (M. N. Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020).

Para além do restrito encaminhamento, alguns estudos explicitaram a relevância da articulação efetiva dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O matriciamento, a comunicação entre equipes para estudo de casos e trabalho conjunto, bem como a qualificação/formação compartilhada entre profissionais da AB e da atenção especializada foram identificadas nos estudos como ações envolvidas no cuidado (M. N. Almeida et al., 2020; Kohlrausch et al., 2009; L. A. Santos & Kind, 2022; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020). Foram registradas parcerias com a comunidade e

Tabela 3*Ações Envolvidas no Cuidado Identificadas nos Estudos Analisados*

Práticas, estratégias metodológicas e organização do cuidado na Rede	Estudos
Encaminhamento	Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020.
Articulação da RAPS: solicitação de apoio de equipes de especialidades; comunicação entre as equipes; estudos de casos; trabalho conjunto; parcerias entre serviços e comunidade; cuidado planejado com usuário rede de apoio	M. N. Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020.
Qualificação/Formação conjunta de profissionais	M. N. Almeida et al., 2020.
Prescrição de medicamentos	M. N. Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; A. M. Silva et al., 2017.
Busca ativa e visitas domiciliares	Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020.
Identificação de fatores de risco para o suicídio	Kohlrausch et al., 2009; Stoppa et al., 2020.
Acolhimento	Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020.
Grupos terapêuticos	Kohlrausch et al., 2009; A. M. Silva et al., 2017.
Valorização da singularidade	M. N. Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020.
Escuta qualificada	Cescon et al., 2018; A. M. Silva et al., 2017.
Apoio matricial	L. A. Santos & Kind, 2022.
Fortalecimento de vínculo	M. N. Almeida et al., 2020.
Uso de desenho	M. N. Almeida et al., 2020.

o planejamento de estratégias que englobam a rede de apoio do usuário (M. N. Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; A. M. Silva et al., 2017).

Em contraponto às abordagens estritamente biomédicas, diversos estudos realçam ações focadas na subjetividade e na construção de vínculo. O acolhimento foi apontado, tanto na AB quanto nos CAPS, como uma ferramenta potente para a produção do cuidado, facilitando a adesão ao tratamento (Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020). De acordo com o que foi salientado, “o bom acolhimento realizado pela rede surgiu . . . como um fator facilitador do cuidado ao usuário que tenta suicídio, ajudando . . . na adesão ao tratamento” (L. A. Santos & Kind, 2022, p. 6). A oferta de grupos terapêuticos na AB, tanto para usuários quanto para familiares, também emergiu como um espaço de acolhimento e apoio mútuo, que “contribui com o tratamento e o acompanhamento dos usuários ao proporcionar um espaço de acolhimento das diversas formas de viver” (A. M. Silva et al., 2017, p. 45).

Determinados estudos mencionaram como as ações de cuidado foram desenvolvidas e colocadas em prática. A valorização da singularidade dos usuários foi referida como o modo orientador do trabalho com essa população nos CAPS (Cescon et al., 2018; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020) e nas UBS (M. N. Almeida et al., 2020), guiando a criação de estratégias de cuidado que transcendem o conhecimento técnico padronizado. Essa abordagem estimula o conhecimento da realidade do usuário, sua história de vida e seu contexto comunitário para adequar a intervenção (M. N. Almeida et al., 2020; Fontão et al., 2020; Kohlrausch et al., 2009; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020). Um profissional de um CAPS descreveu essa prática como um esforço para que “o usuário não abandone sua família, que reconstrua seus laços psicossociais, para que possa construir uma trajetória de vida” (L. A. Santos & Kind, 2022, p. 5).

Estratégias específicas, como a oferta de um tempo maior de escuta qualificada durante a tria-

gem, foram citadas como forma de humanizar o cuidado: “Eu fico um tempo mais na triagem, tentando escutar o caso, não é só o médico que vai resolver, né?” (Cescon et al., 2018, p. 196). O exemplo mais detalhado de cuidado singularizado foi relatado por M. N. Almeida et al. (2020), no atendimento a um usuário indígena no CAPS. A profissional (psicóloga) fortaleceu o vínculo ao validar a cultura do usuário, incentivando-o a continuar o tratamento com o pajé concomitante ao acompanhamento psicológico. Diante da resistência à fala, o desenho foi introduzido como um meio de comunicação e vínculo: “enquanto desenhava, psicóloga e usuário iam conversando e aos poucos se conhecendo” (M. N. Almeida et al., 2020, p. 223). Essa ferramenta permitiu não apenas estabelecer o vínculo, mas também acessar e trabalhar o sofrimento do usuário, que “passou a desenhar e a pedir que a psicóloga desenhasse junto com ele” (M. N. Almeida et al., 2020, p. 223).

Categoria 2: Os Obstáculos ao Cuidado

Todos os artigos analisados ressaltaram um conjunto significativo de dificuldades que comprometem a qualidade do cuidado prestado. A análise das unidades de registro gerou 12 obstáculos ao cuidado, sintetizados na Tabela 4.

A precariedade da estrutura física foi uma queixa recorrente em todos os níveis de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (AB, CAPS e Urgência e Emergência), com menção à escassez de espaços adequados para realização da escuta qualificada e para ofertas de cuidado distintas de consultas individuais (Cescon et al., 2018; Fontão et al., 2020; Kohlrausch et al., 2009; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020). Aliadas a isso, a insuficiência de profissionais e a carência de farmácias e medicamentos nos serviços da AB e dos CAPS foram enfatizadas como fatores que geram sobrecarga nas equipes, reduzem a qualidade do atendimento e fragilizam o trabalho em rede (Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020).

Além dos problemas de recursos, foram identificadas falhas na organização dos servi-

Tabela 4*Obstáculos ao Cuidado Identificados nos Estudos Analisados*

Obstáculo ao cuidado	Estudo
Falta de estrutura: precariedade da estrutura física, sem espaço adequado para realização da escuta	Cescon et al., 2018; Fontão et al., 2020; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020.
Insuficiência de profissionais	Kohlrausch et al., 2009; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020.
Carência de farmácias e de medicamentos	Kohlrausch et al., 2009; Stoppa et al., 2020.
Carência de planejamento estratégico	M. N. Almeida et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022.
Demora ou ausência de marcação de atendimentos	M. N. Almeida et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022
Acúmulo de encaminhamentos	Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022.
Responsabilização restritiva de algumas categorias profissionais	M. N. Almeida et al., 2020; A. M. Silva et al., 2017.
Ausência de capacitação técnica e emocional dos profissionais: despreparo para lidar com o tema, desconhecimento da rede de saúde; atitudes de preconceito e discriminação	Cescon et al., 2018; Fontão et al., 2020; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020.

ços. Os estudos salientam a carência de planejamento estratégico para lidar com os casos de comportamento suicida, resultando em demora ou ausência na marcação de atendimentos tanto na AB quanto nos CAPS (M. N. Almeida et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022). Observou-se um acúmulo de encaminhamentos para os serviços especializados dos CAPS e para categorias profissionais específicas, como psiquiatras e psicólogos (Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022).

Os estudos especificam que psiquiatras e psicólogos são vistos como responsáveis pelas demandas em saúde mental, ou seja, a demanda caberia a estas categorias profissionais e não ao serviço de saúde como um todo (M. N. Almeida et al., 2020; A. M. Silva et al., 2017). Um relato ilustra essa delegação da responsabilidade: quando a psicóloga de referência não estava na unidade, outro profissional ligou para ela dizendo “Seus índios estão aqui. . . . Você tem que avisar”, demonstrando que o cuidado havia se tornado uma responsabilidade pessoal da

profissional, e não institucional do serviço (M. N. Almeida et al., 2020, p. 5).

Outra barreira ao cuidado citada foi a ausência de capacitação técnica e emocional dos profissionais para lidar com a temática do suicídio. Segundo os estudos, o despreparo presente nos três níveis de atenção é manifestado no desconhecimento sobre a RAPS e no manejo inadequado, por vezes marcado por atitudes de preconceito e discriminação para com os usuários (Cescon et al., 2018; Fontão et al., 2020; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020). Essa dificuldade gera intenso sofrimento nos próprios profissionais, que relatam vivenciar angústia e estresse, o que não apenas prejudica a resolução do cuidado, mas também provoca o adoecimento dos trabalhadores da saúde (Fontão et al., 2020; Kohlrausch et al., 2009; Stoppa et al., 2020).

A análise dos resultados desta revisão integrativa revela que, embora existam diversas ações envolvidas no cuidado, elas coexistem com obstáculos estruturais, organizacionais e formativos que frequentemente as superam em proeminência, dificultando a efetivação de uma atenção integral e humanizada. Esta discussão aprofunda a análise dessas tensões, partindo das práticas concretas observadas nos estudos para refletir sobre os modelos de saúde subjacentes e as políticas públicas necessárias para transformá-los.

Discussão

Serão explicitadas nessa discussão as seguintes categorias empíricas decorrentes da interpretação dos dados:

1. Ambivalência dos encaminhamentos: ferramenta de organização do cuidado ou mecanismo de exclusão?
2. Construindo uma alternativa: gestão participativa, Clínica Ampliada e matriciamento.
3. Para além dos procedimentos: a centralidade do “Como” se Cuida; e,
4. Contextualizando a prática profissional: para além da culpabilização.

Ambivalência dos Encaminhamentos: Ferramenta de Organização do Cuidado ou Mecanismo de Exclusão?

O encaminhamento para serviços e especialidades foi a ação de cuidados citada com mais frequência nos artigos analisados (Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; Pessoa et al., 2020; A. M. Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020). Em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o encaminhamento é uma estratégia legítima e potente, desde que operado na perspectiva do compartilhamento de casos e da articulação em rede (MS, 2012; S. L. Silva & Kohlrausch, 2016). Contudo, a análise sugere que, na prática, essa ferramenta é frequentemente desvirtuada de tal propósito.

Quando o encaminhamento ocorre sem a devida corresponsabilização, ele se transforma em um mero ato de transferência de responsabilidade, podendo intensificar o sofrimento do usuário (T. B. Franco & Magalhães, 2004). O resultado é a conhecida “peregrinação” da pessoa pelos serviços, um processo que a obriga a recontar sua história de dor e violência autoprovocada repetidas vezes, gerando revitimização, desgaste e desesperança em relação ao cuidado (Distrito Federal, Secretaria de Estado da Saúde [SES/DF], 2009). Os estudos analisados revelaram evidências desse fenômeno, com encaminhamentos excessivos e desarticulados que podem ser interpretados como uma forma de esquiva dos profissionais e dos serviços diante da complexidade do comportamento suicida (M. N. Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; Pessoa et al., 2020; A. M. Silva et al., 2017). A prática referida direciona massivamente os casos para os serviços especializados, como os CAPS, sobrecarregando-os e fragmentando a atenção (Onocko-Campos et al., 2013).

Essa lógica de transferência também se manifesta na delegação da responsabilidade a categorias profissionais específicas – como psicólogos, psiquiatras e enfermeiros – contrariando a premissa de um cuidado produzido por equipes multiprofissionais. Tais ações se afastam do conceito de produção de saúde aqui defendido, que se baseia em ações conjuntas, implicadas

e capazes de gerar transformações nos sujeitos e em seus contextos de vida (T. B. Franco & Magalhães, 2004; Pinheiro & Guizardi, 2008).

O excesso de encaminhamentos para outras áreas reflete a predominância do modelo biomédico nos serviços de saúde, no qual o cuidado se organiza prioritariamente em consultas individuais e encaminhamentos a especialistas. Essa lógica limita as possibilidades de atuação das próprias equipes e a atenção às condições de vida dos usuários, reduzindo o sofrimento psíquico a um problema individual e descontextualizado (Guerin, 2017; Menezes et al., 2017).

Uma perspectiva crítica, no entanto, exige olhar para além dos sintomas. Deve-se compreender que o modelo de sociedade ocidental capitalista, estruturado na desigualdade, é um potente produtor de violências e está intrinsecamente ligado ao adoecimento psíquico (Araújo, 2022; Viapiana et al., 2018). Estar em um contexto de violência, seja ela física (como a sexual) ou simbólica (como a institucional), correlaciona-se diretamente com o risco de comportamento suicida (Araújo, 2022). Focar a atenção exclusivamente nos sintomas, sem atuar sobre os fatores que os geram, é privar o usuário de um cuidado que faça sentido e que possa, de fato, promover vida.

Construindo uma Alternativa: Gestão Participativa, Clínica Ampliada e Matriciamento

A superação do modelo individualizante de cuidado requer uma transformação na organização do trabalho em saúde, ao passo que os gestores desempenham um papel importante nesse processo. Sua função não se limita a administrar recursos, mas a propiciar condições para a prática de uma clínica que amplie as formas de cuidado (Paiva et al., 2018). Isso significa afirmar a cogestão como um modo de trabalho em saúde, operando a indissociabilidade entre atenção e gestão, segundo preconiza a Política Nacional de Humanização ([PNH], MS, 2010). A PNH propõe a transversalização das relações entre gestores, trabalhadores e usuários como caminho para um serviço verdadeiramente integrado (MS, 2009).

O cuidado integral às pessoas em comportamento suicida exige situar o sujeito no centro do processo, articulando os diferentes dispositivos de saúde com o território. O território, aqui, é compreendido não apenas como um espaço geográfico, mas como uma trama de subjetividades, relações e necessidades de cada indivíduo (Carnut, 2017; Guattari & Rolnik, 2005). A produção de cuidado deve ser um ato conjunto, unindo gestão, equipe, território e usuário de forma compartilhada, com atenção especial aos contextos de vida e aos marcadores sociais que atravessam cada existência (Carlos & Gallassi, 2024; Dahl & Dias, 2022; Pinheiro & Guizardi, 2008; Reisdorfer et al., 2015).

Certos estudos ressaltaram as práticas alinhadas com essa perspectiva, como a articulação da rede por meio de apoio entre serviços, a comunicação entre equipes, o estudo de casos e o planejamento conjunto de estratégias envolvendo o usuário e sua rede de apoio (Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; Kohlrausch et al., 2009; Silva et al., 2017; Stoppa et al., 2020). Essas ações, ao integrarem diferentes visões sobre o processo de sofrimento, ampliam as possibilidades de cuidado e exigem das equipes a criação de novas formas de trabalho baseadas no vínculo e na apreensão das singularidades (Fagundes et al., 2021).

Nesse sentido de trocas, parcerias e Clínica Ampliada, é oportuno mencionar que apenas um estudo refere, brevemente, o matriciamento como uma estratégia de cuidado – ferramenta estratégica aparentemente subutilizada para os casos de pessoas em comportamento suicida. Trata-se de um arranjo organizacional que promove um encontro produtivo entre equipes de diferentes níveis de atenção, permitindo que compartilhem saberes e atuem conjuntamente no cuidado (Iglesias & Avellar, 2017).

A ausência dessa estratégia é um achado preocupante. O matriciamento é particularmente relevante para o cuidado voltado às pessoas em comportamento suicida, pois permite uma atenção conjunta e a inclusão do próprio usuário na construção de seu Projeto Terapêutico Singular, partindo de sua realidade vivida (MS,

2011). É uma ferramenta eficaz para reduzir encaminhamentos desnecessários e a consequente revitimização do sujeito (MS, 2011; Fagundes et al., 2021).

A falta de investimento nessa prática reitera a persistência de hierarquias entre especialidades e de um modelo de gestão pouco afetivo à democratização das relações, o que favorece práticas esvaziadas de corresponsabilização ainda mais necessárias para esses casos de comportamento suicida (Alves et al., 2024; Dimenstein et al., 2009). O matriciamento tem a potência de transformar modelos hierárquicos em espaços de produção conjunta, fortalecendo equipes e ampliando as possibilidades de cuidado (MS, 2011).

A subutilização do matriciamento e outras falhas no cuidado se configuram como fatores de risco ao suicídio e podem ser diretamente associadas com as barreiras de acesso ao sistema de saúde como escassez de profissionais e infraestrutura, e também por um obstáculo importante citado nos estudos: a falta de capacitação dos profissionais para lidar com o comportamento suicida e com a saúde mental em geral (Branco et al., 2025). O tema do suicídio permanece um tabu pouco explorado tanto na formação inicial, em universidades e cursos técnicos, quanto nos espaços de trabalho (Oliveira et al., 2016; Storino et al., 2018). A própria escassez de estudos sobre as práticas de cuidado nesta área, que motivou esta revisão, confirma o espaço reduzido que o tema ocupa no debate acadêmico.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) que, desde 2004, propõe a formação contínua dos trabalhadores a partir da análise coletiva da realidade local, parece não ter efetividade prática na maioria dos serviços, tal como sugerem os achados (Almeida et al., 2022; MS, 2018). Na ausência de estratégias de Educação Permanente, a capacitação dos profissionais acaba sendo modelada pela experiência do dia a dia que, embora seja enriquecedora, é insuficiente para dar conta da complexidade do fenômeno (Siqueira et al., 2019).

A precariedade na formação reforça a busca por respostas unicamente em especialidades e

viabiliza atendimentos marcados por preconceito e estigma – como a noção de que usuários em comportamento suicida precisam de orientação espiritual (Fontão et al., 2020) – e promove angústia, estresse e adoecimento nos próprios profissionais, que não se sentem aptos para lidar com a demanda. Esse sofrimento profissional, por sua vez, alimenta a esQUIVA e o ciclo de transferência de responsabilidade (Oliveira et al., 2016). Paradoxalmente, o matriciamento poderia funcionar como um espaço de Educação Permanente, de troca de saberes e de suporte emocional para as equipes, permitindo a expressão de angústias e o fortalecimento para a invenção de modos de cuidar (Bispo & Moreira, 2017; MS, 2011; Iglesias & Avellar, 2017).

Para Além dos Procedimentos: a Centralidade do “Como” se Cuida

Outras ações envolvidas no cuidado referidas nos estudos analisados são as buscas ativas, a visita domiciliar e a oferta de grupos terapêuticos (GT). Para que os GT aconteçam de forma efetiva, é preciso que os profissionais conheçam o território em que atuam e suas particularidades, compreendendo as realidades sociais colocadas e as potencialidades do território: se existem praças, se já existem grupos formados, e quais as ofertas de lazer disponíveis (Ferreira et al., 2017). Outrossim, os grupos precisam de profissionais capacitados para conduzir os encontros integrando os participantes sem comprometer a heterogeneidade, como orientado pelo Ministério da Saúde (MS, 2012).

Um ponto crítico levantado por esta análise é que, por vezes, os estudos se limitam a citar a existência dessas ofertas, sem detalhar como elas são conduzidas. A ausência de descrição do modo como o cuidado é produzido impede a análise de como os trabalhadores articulam as orientações técnicas com as particularidades de cada caso (Menezes et al., 2017). É no modo como a atividade é realizada – na tensão entre o protocolo e o encontro singular com o usuário – que o cuidado de fato se define (Araújo & Bassalo, 2019; Schwartz, 1998). Inúmeros estudos romperam essa lógica em momentos

específicos da descrição das práticas dos serviços, compartilhando relatos de experiência que destacam o “como”. O exemplo de Almeida et al. (2020), que descreve o uso do desenho e a valorização da cultura do usuário para construir o vínculo, é emblemático como técnicas lúdicas e uma postura de abertura pode ampliar o acesso a um cuidado efetivo.

Tal prática nos leva à discussão sobre a “valorização da singularidade”, um discurso presente em alguns estudos analisados. Esse discurso suscita a reflexão sobre o que seria a singularidade e como seria possível agir e articular a partir dela, nas ofertas de cuidado ao usuário. A singularidade não é uma essência interior, mas algo formado nas relações sociais que estruturam a existência de cada um (T. B. Araújo, 2022). Um cuidado singular é, necessariamente, um cuidado contextualizado. A criação de Linhas de Cuidado, que organizam ações assistenciais em torno das demandas do usuário ao longo de todo o seu percurso na rede, incluindo dispositivos interseccionais, figura como uma estratégia promissora para superar a fragmentação do cuidado (Cecilio & Merhy, 2003; C. M. Franco & Franco, 2012; Malta & Merhy, 2010; Zago et al., 2019).

A linha de cuidados para pessoas em comportamento suicida começa no primeiro contato do usuário com qualquer serviço de saúde, orientando as ações assistenciais às suas necessidades específicas e reduzindo a transferência de responsabilidades entre profissionais e serviços (Malta & Merhy, 2010). A referida articulação entre os serviços englobando estratégias intra e intersetoriais é uma forma de se pensar a produção de cuidado integral à pessoa em comportamento suicida, pautada na corresponsabilização de todos os envolvidos nesse processo (Zago et al., 2019).

Essa discussão de cuidado contextualizado convoca o debate sobre os determinantes sociais. Atualmente, os grupos mais vulnerabilizados ao suicídio são aqueles historicamente marginalizados – como negros, indígenas, população LGBTQIA+ e o público infantojuvenil –, reflexo direto de sua exposição contínua às violências do modelo socioeconômico vigente (MS, 2018;

Chinazzo et al., 2021; D. L. Silva et al., 2019). A invisibilidade social é, em si, uma forma de violência estrutural (Dolgan, 2022). Um exemplo contundente disso na própria pesquisa acadêmica é a ausência, nesta revisão, de estudos de campo nas regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, que abrigam grandes populações indígenas com taxas de suicídio alarmantes, quase três vezes maiores que a média nacional (MS, 2024). Essa lacuna no conhecimento científico espelha e perpetua a invisibilização desses grupos, dificultando a formulação de políticas públicas adequadas (D. L. Silva et al., 2019).

No cuidado descontextualizado, o adoecimento costuma ser associado com os desequilíbrios biológicos e com as causas orgânicas que, portanto, deveriam ser diagnosticadas e tratadas com medicamentos (Guerin, 2017). Compreende-se que a terapia medicamentosa tem grande relevância no alívio dos sintomas dos usuários e no fortalecimento, entretanto, a simples dispensação de medicamentos não é o suficiente para um cuidado integral do indivíduo na situação que busca os serviços de saúde.

Assim como as outras estratégias de cuidado referidas pelos estudos, a terapia medicamentosa também necessita englobar o contexto determinante do comportamento suicida na sua formulação. Precisa ainda surgir de uma oferta coletiva de saúde, pensada e pactuada em conjunto entre equipes e também com o usuário, para que ele compreenda o cuidado que será ofertado. Todavia, os estudos frequentemente retratam a dispensação de medicamentos sem a devida articulação, monitorização ou participação do usuário no processo (M. N. Almeida et al., 2020; Cescon et al., 2018; A. M. Silva et al., 2017). Essa prática é arriscada, pois alguns fármacos podem intensificar a ideação suicida no início do tratamento (Pompili et al., 2010).

Mais profundamente, quando o cuidado se restringe ao diagnóstico e à medicação, ele reforça a ideia de que o sofrimento tem uma origem puramente orgânica e individual. Isso suscita uma reflexão crítica sobre qual saúde se busca produzir: uma que promova uma vida digna de ser vivida ou uma que apenas garanta a funcio-

nalidade e a capacidade produtiva do indivíduo em contextos insuportáveis? (Guerin, 2017).

Contextualizando a Prática Profissional: Para Além da culpabilização

Finalmente, é oportuno contextualizar as críticas às práticas profissionais. Os estudos analisados citam, além da falta de capacitação, a carência de profissionais e a precariedade da infraestrutura como obstáculos fundamentais ao cuidado (Cescon et al., 2018; Fontão et al., 2020; Kohlrausch et al., 2009; Onocko-Campos et al., 2013; Pessoa et al., 2020; L. A. Santos & Kind, 2022; Stoppa et al., 2020). Com equipes reduzidas, ações essenciais como o acolhimento, as reuniões de matriciamento, a busca ativa e a visita domiciliar – todas importantes para a prevenção do suicídio e para a ação sobre os determinantes do comportamento suicida – ficam em segundo plano diante da alta demanda diária (Botega, 2023; Dahl & Dias, 2022). Essa rotina intensa leva ao adoecimento dos profissionais, que se sentem impotentes e sobrecarregados (Siqueira et al., 2019).

A falta de medicamentos, de espaço físico e de materiais básicos afeta diretamente a qualidade do que pode ser ofertado. Mesmo que a literatura mostre falhas nas condutas, as críticas não podem ser feitas sem ponderar o cenário adverso em que os profissionais atuam (Carlos & Gallassi, 2024; T. B. Franco & Magalhães, 2004; Oliveira et al., 2016; S. L. Silva & Kohlrausch, 2016). É preciso levar em conta a alta demanda, os baixos salários e a falta de respaldo institucional ao avaliar a qualidade do serviço, deslocando o foco da culpabilização individual para a análise das condições estruturais de trabalho (Siqueira et al., 2019).

Todos os problemas discutidos dificultam o trabalho em rede e, consequentemente, diminuem os efeitos dos cuidados ofertados. Os desafios ao cuidado destinado às pessoas em comportamento suicida superaram as ações relacionadas ao cuidado nos estudos analisados, o que fez com que também fossem incluídos na análise, mesmo não respondendo diretamente ao objetivo central desta pesquisa. Em cada

ação identificada nos estudos, existiam diversos fatores dificultadores que precisavam ser administrados pelos profissionais para garantir o atendimento de qualidade, ou pelo menos no que era possível de ser feito para os usuários.

Considerações Finais

Por meio da análise dos estudos levantados, conclui-se que, apesar das dificuldades impostas aos serviços – como infraestrutura e falta de recursos –, ainda se verifica a articulação de equipes e parcerias com a comunidade, citadas nos estudos. Todavia, os desafios à oferta de um cuidado integral, que compreende o indivíduo no contexto estruturado por determinantes sociais como raça, gênero, sexualidade e classe, por exemplo, superaram as ações envolvidas em cuidados às pessoas em comportamento suicida citadas e discutidas nos estudos analisados.

A maior quantidade de obstáculos ao cuidado encontrada nos estudos demonstra a escassez de conteúdo que trata das ofertas propriamente ditas. Publicações sobre estratégias de cuidado que mostram como o trabalho foi feito, os acertos e erros das equipes, bem como relatos de experiências podem ser importantes instrumentos para contribuir com os processos de trabalho de equipes nos serviços. Assim, são imprescindíveis mais estudos que abordem essa temática.

Dentre as ações envolvidas nos cuidados às pessoas em comportamento suicida, foram citados, por exemplo, acolhimento, produção de vínculo, busca ativa, visita domiciliar, dispensação de medicamentos, atendimentos individuais, encaminhamentos e articulação entre equipes. Destaca-se a pouca presença do matriciamento nos estudos analisados como estratégia efetiva de cuidado a pessoas em comportamento suicida, visto que o dinamismo possível nessa forma de trabalho pode proporcionar a produção de um projeto singularizado para o usuário, envolvendo seus contextos e compreendendo os determinantes sociais envolvidos no seu sofrimento. A pouca ocorrência dessa estratégia de cuidado pode exprimir uma lógica de trabalho

individualizante e biologicista, que restringe ao âmbito individual problemas que são coletivos.

Do conteúdo dos desafios, salientam-se as condições de trabalho que contam com uma infraestrutura muitas vezes precária, com a alta demanda, com a falta de profissionais e de capacitação. Ao se discutir o cuidado destinado às pessoas em comportamento suicida nos serviços do SUS, conclui-se não ser razoável fazer uma relação de opostos, entre bons funcionários que executam suas tarefas e maus profissionais que repassam as demandas ou atendem mal os usuários. É preciso compreender que a realidade dos serviços é composta por situações de trabalho complexas, exigentes de preparo, que impactam na possibilidade e qualidade da execução, assim como de cenários que fragilizam a saúde dos profissionais, que estão sujeitos aos atravessamentos que as demandas em comportamento suicida originam.

No que tange à formulação de cuidados para os usuários, é necessário ter em mente que todo indivíduo é um ser social e, portanto, seus determinantes sociais de sofrimento precisam ser analisados ao se pensar na formulação de estratégias de cuidado. É preciso questionar que saúde está sendo elaborada e a quem ela atende. Tem-se a necessidade de mais abrangência regional de estudos que tratem dessa temática, tendo em vista as diferenças locais e regionais do fenômeno do comportamento suicida e seus cuidados, bem como suas ocorrências em grupos vulnerabilizados.

Para que um cuidado integral possa acontecer, é preciso que as estratégias sejam formuladas coletivamente, podendo ser por meio do matriciamento, quando necessário, assim como durante toda a passagem do usuário pelos serviços de saúde, em uma perspectiva de linha de cuidados. Assim, o usuário será colocado no centro da formulação de cuidados na busca da integralidade.

A escassez de literatura específica sobre o tema representou uma limitação neste estudo, por restringir a diversidade de perspectivas analisadas. Sugere-se que pesquisas futuras sobre a temática busquem por dados quantitativos para

complementar as análises qualitativas realizadas e aprimorar as possibilidades e abrangência do cuidado à pessoa em comportamento suicida.

Contribuição dos autores

Raísa Catherine Cagliari Costa: conceitualização, curadoria de dados, metodologia, análise e produção da discussão dos resultados, redação do rascunho, redação da revisão final e edição, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Simone Aparecida Souza da Silva: curadoria de dados.

Alexandra Iglesias: conceitualização, curadoria de dados, metodologia, redação da revisão final e edição, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Conflitos de interesse

As pessoas responsáveis pela autoria do manuscrito declaram não haver conflito de interesses relacionado à publicação deste manuscrito.

Referências

- Almeida, J. R. S., Bizerril, D. O., Saldanha, K. G. H., Forte, F. D. S., & Almeida, M. E. L. (2022). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e sua relação com a odontologia. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 30(4), 507–516. <https://doi.org/10.1590/1414462X202230040398>
- Almeida, M. N., Silva, N. S., & Caixeta, C. C. (2020). Importância do atendimento qualificado a indígenas com tentativa de suicídio: Relato de experiência. *Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 12(3), 217–231. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.n%C2%BA03rex.36>
- Alves, S. V., Farias, I. C., Ribeiro, F. N. L., & Vieira, C. A. L. (2024). Uma revisão narrativa do apoio matricial em saúde mental entre as equipes CAPS-ESF no cenário brasileiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 34, 1–22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434008pt>
- Araújo, L. S., & Bassalo, J. F. (2019). Modos de cuidado e saúde mental: Apontamentos para uma prática psicossocial. *Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 11(3),

- 137–153. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n3/a09.pdf>
- Araújo, T. B. (2022). Suicídio, política e sociedade: Elementos para uma Suicidologia crítica. In L. Lima & P. V. P. Navasconi (Orgs.), *(Re)pensando o suicídio: Subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriepistêmicos* (pp. 67–93). EDUFBA. <https://doi.org/10.7476/9786556304991>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Bispo, J. P., Júnior, & Moreira, D. C. (2017). Educação permanente e apoio matricial: Formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), e00108116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00108116>
- Botega, N. J. (2023). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Artmed.
- Branco, Y. R., Conceição, P. W. R. da, Coêlho, D. E. M., Costa, R. da S., Nunes, D. de S., Ferreira, N. M. G., Bezerra, M. dos S., Santos, M. C. M. P. e, Santos, K. S., Silva, I. M. da, & Nascimento, E. F. do. (2025). Barreiras de acesso enfrentadas por populações em situação de vulnerabilidade social aos serviços de saúde mental. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 18(7), 1–14. <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.7-089>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. HumanizaSUS: Gestão participativa e cogestão* (Série B. Textos Básicos de Saúde). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: Orientação para gestores e profissionais de saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2022). *Instrutivo técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Boletim epidemiológico: Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>
- Cardoso, M. R. G., Oliveira, G. S., & Ghelli, K. G. M. (2021). Análise de conteúdo: Uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*, 20(43), 98–111. <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347>
- Carlos, M. M., & Gallassi, A. D. (2024). Práticas de articulação de rede na atenção psicossocial: Quais desafios enfrentam os profissionais para matricular, reunir-se e encaminhar? *Interface (Botucatu)*, 28, e230651 <https://doi.org/10.1590/interface.230651>
- Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: Articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*, 41(115), 1177–1186. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>
- Cecilio, L. C., & Merhy, E. E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar In R.

- Pinheiro & R. Mattos (Orgs.), *Construção da integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 197–210). IMS ABRASCO. <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>
- Cescon, L. F., Capazzolo, A. A., & Lima, L. C. (2018). Aproximações e distanciamentos ao suicídio: Analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde Sociedade*, 27(1), 185–200. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170376>
- Chinazzo, I. R., Lobato, M. I. R., Nardi, H. C., Koller, S. H., Saadeh, A., & Costa, A. B. (2021). Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 5045–5056. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.23242021>
- Cooke, A., Smith, D., & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435–1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Dahl, C. M., & Dias, M. K. (2022). Suicídio, prevenção e promoção à saúde. In M. K. Dias (Org.), *Políticas de saúde mental: Desafios no Brasil pós-pandemia*. CRV.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em unidades de Saúde da Família: Experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1), 63–74. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000100007>
- Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. (2009). *Manual para atendimento às vítimas de violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal*. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_vitimas_violencia_saude_publica_DF.pdf
- Dolgan, A. (2022, 19 de abril). *Ensaio: Invisibilidade social*. Elos. <https://elos.sites.uepg.br/destaques/ensaio-invisibilidade-social/#>
- Fagundes, G. S., Campos, M. R., & Fortes, S. L. C. L. (2021). Matriciamento em Saúde Mental: Análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(6), 2311–2322. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.20032019>
- Ferreira, M. L., Vargas, M. A. O., Rodrigues, J., Trentin, D., Brehmer, L. C. F., & Lino, M. M. (2018). Comportamento suicida e atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco*, 9(4), 50–54. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1803>
- Ferreira, T. P. S., Sampaio, J., Souza, A. C. N., Oliveira, D. L., & Gomes, L. B. (2017). Care production in Mental Health: The challenges beyond institutional walls. *Interface (Botucatu)*, 21(61), 373–384. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
- Fontão, M. C., Rodrigues, J., Lino, M. M., & Lino, M. M. (2020). Nursing care in Urgency/Urgency/Emergency to people who attempt suicide. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(4), 122–132. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.152045>
- Franco, C. M., & Franco, T. B. (2012). *Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde*. Secretaria de Estado de Saúde do RS. http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.Pdf
- Franco, T. B., & Magalhães, H. M., Júnior. (2004). Integralidade na assistência à saúde: A organização das linhas do cuidado. In E. E. Merhy, H. M. Magalhães Jr., J. Rimoli, T. B. Franco, & W. S. Bueno (Orgs.), *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (2. ed.). HUCITEC.
- Freitas, G. V. S. D., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3), 245–249. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302002000300039>
- Gomes, E. R., Iglesias, A., & Constatinidis, T. C. (2019). Revisão integrativa de produções científicas da Psicologia sobre comportamento suicida. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 35–53. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>
- Guattari F., & Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: Cartografias do desejo* (7. ed.). Vozes.
- Guerin, B. (2017). *How to rethink mental illness: The human contexts behind the labels*. Routledge.
- Hering, M. J. Z., Broering, C. P., Ribeiro, R. C., Cunha, A. D., & Nunes, C. R. de O. (2021). Melhorias

- às práticas terapêuticas preventivas ao suicídio no Sistema Único de Saúde – SUS. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 21531–21551. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-240>
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2017). O matriciamento em saúde mental na perspectiva dos gestores. *Mental*, 11(20), 63–90. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v11n20/v11n20a05.pdf>
- Kohlrausch, E., Lima, M. A. D. S., Abreu, K. P., & Soares, J. S. F. (2009). Atendimento ao comportamento suicida: Concepções de enfermeiras de unidades de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(4), 468–475. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v7i4.6628>
- Lima, J. A. (2013). Por uma Análise de Conteúdo mais fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 7–29. https://doi.org/10.14195/1647-8614_47-1_1
- Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2010). O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 593–606. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>
- Marcolan, J. F., & Silva, D. A. (2019). O comportamento suicida na realidade brasileira: Aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M*, 4(7), 31–44. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2019.v4i7.31-44>
- Marzi, G., Balzano, M., & Marchiori, D. (2024). K-Alpha Calculator-Krippendorff's Alpha Calculator: A user-friendly tool for computing Krippendorff's Alpha inter-rater reliability coefficient. *MethodsX*, 12(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2023.102545>
- Melo, M., Nespoli, B. dos R., Santana, R. da S., Fontes, F. L. de L., Junior, J. G. A. L., Carvalho, F. R. de, Milanêz, A. L. de O., Duarte, J. M., Santos, T. A. D. dos, Porto, J. da S., Mendes, M. M. P., Viana, V. M. O., Viana, V. A. O., Sousa, N. R. da S. de, & Carvalho, A. D. T. (2019). Percepções da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial sobre as motivações que levam o sujeito ao comportamento suicida. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (24), 1–7. <https://doi.org/10.25248/reas.e529.2019>
- Menezes, E. L. C., Scherer, M. D. A., Verdi, M. I., & Pires, D. P. (2017). Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 888–903. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170497>
- Neuendorf, K. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Sage.
- Oliveira, C. T., Collares, L. A., Noal, M. H. O., & Dias, A. C. G. (2016). Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 9(1), 78–89. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n1/v9n1a07.pdf>
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. de L., Santos, D. V. D. dos, Stefanello, S., Gonçalves, L. L. M., Andrade, P. M., & Borges, L. R. (2013). A Gestão Autônoma da Medicação: Uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889–2898. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Minimum Graphics. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2022). A declaração PRISMA 2020: Uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(2). <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v31n2/2237-9622-ess-31-02-e2022107.pdf>
- Paiva, R. A., Randow, R., Diniz, L. P., & Guerra, V. A. (2018). O papel do gestor de serviços de saúde: Revisão de literatura. *Revista Médica de Minas Gerais*, 28(5), e-S280523. <https://hdl.handle.net/1843/52932>
- Pessoa, D. M. S., Freitas, R. J. M., Melo, J. A. L., Barreto, F. A., Melo, K. C. O., & Dias, E. C. S. (2020). Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*, 24, e-1290. <https://www.>

- revenf.bvs.br/pdf/reme/v24/1415-2762-reme-24-e1290.pdf
- Pinheiro, R., & Guizardi, F. L. (2008). Cuidado e integralidade: Por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In R. Pinheiro & R. A. de Mattos (Orgs.), *Cuidado: As fronteiras da integralidade* (pp. 23–38). CEPESC/UERJ; IMS ABRASCO. <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/livro-do-cuidado-3A-EDICAO.pdf>
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Ambrosi, E., Giordano, G., Girardi, P., Tatarelli, R., & Lester, D. (2010). Antidepressants and suicide risk: A comprehensive overview. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)*, 3(9), 2861–2883. <https://doi.org/10.3390/ph3092861>
- Reisdorfer, N., Araujo, G. M., Hildebrandt, L. M., Gewehr, T. R., Nardino, J., & Leite M. T. (2015). Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 5(2), 295–304. <https://doi.org/10.5902/2179769216790>
- Riffe, D., Lacy, S., & Fico, F. (2014). *Analyzing media messages: Using Quantitative Content Analysis in research*. Routledge.
- Santos, J., Pimentel, F. O., Méa, C. P. D., & Patias, N. D. (2022). Ideação suicida na adolescência e fatores associados. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 74(1), 1–20. <http://doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP-2022v74.19801>
- Santos, L. A., & Kind, L. (2022). Itinerários terapêuticos percorridos por pessoas que tentaram suicídio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 38. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38412.pt>
- Schwartz, Y. (1998). Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, 19(65). <https://doi.org/10.1590/S0101-73301998000400004>
- Sebastião, M. (2024). *Estudo aponta que taxas de suicídio e autolesões aumentam no Brasil*. <https://portal.fiocruz.br/noticia/2024/02/estudo-aponta-que-taxas-de-suicidio-e-autolesoes-aumentam-no-brasil>
- Silva, A. M., Cruz, C. W., & Simoni, A. C. R. (2017). O cuidado de usuários em situação de risco de suicídio na perspectiva dos trabalhadores da estratégia de saúde da família. *Boletim da Saúde*, 26(1), 39–49. <https://docs.bvsalud.org/biblioreference/2020/10/1121922/39-49.pdf>
- Silva, D. L., Palha, A. P., Junior, & Feitosa, M. Z. F. (2019). Juventude indígena e suicídio: Diálogos transdisciplinares, campos de possibilidades e superação de vulnerabilidades. *Psicologia Política*, 19(46), 556–569. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v19n46/v19n46a13.pdf>
- Silva, S. L., & Kohlrausch, E. R. (2016). Atendimento pré-hospitalar ao indivíduo com comportamento suicida: Uma revisão integrativa. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 12(2), 108–115. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i2p108-115>
- Siqueira, A. B. R., Ferreira, C. S., Veríssimo, L. P., Cecelotti, A. C., Santeiro, T. V., Oliveira, M. C., & Ferreira, C. B. (2019). Oficinas grupais para promoção de saúde: Experiência com trabalhadoras da atenção primária. *Vínculo: Revista do Neme*, 16(2), 1–22. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v16n2/v16n2a02.pdf>
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102–106. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>
- Stoppa, R. G., Wanderbroocke, A. C. N. S., & Azevêdo, A. V. S. (2020). Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil. Uma revisão sistemática. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 65–80. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.1065>
- Storino, B. D., Campos, C. F., Chicata, L. C. de O., Campos, M. de A., Matos, M. S. da C., Nunes, R. M. C. M., & Vida C. E. L. (2018). Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(4), 369–377. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040191>
- Teixeira, S. M. O., Souza, L. E. C., & Viana, L. M. M. (2018). O suicídio como questão de saúde pública. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 31(3), 1–3. <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8565>
- Viapiana, V. N., Gomes, R. M., & Albuquerque, G. S. C. (2018). Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: Notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. *Saúde e Debate*, 42(4), 175–186. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: Fatores

prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 175–187. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Update methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>

Zago, K. S. A., Paiva, J. T., Arantes, A., & Cardoso, V. B. (2019). (Des)atando nós: Construindo

linha de cuidados/saúde mental a partir de um hospital. *Revista NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity*, 11(2), 196–207. 10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02rex32

Editor Executivo: Jean Von Hohendorff

Recebido: 10/11/2025

1ª revisão: 08/04/2026

Aceite final: 12/04/2026



O(s) autor(es), 2026. Acesso aberto. Este artigo está distribuído nos termos da Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite o uso, distribuição e reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(ais) e à fonte, fornecer um link para a licença Creative Commons e indicar se as alterações foram feitas.