

ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS NO CUIDADO EM SAÚDE

Luis Ricardo Teiga Ramalho¹.

¹FAM - Faculdade das Américas, São Paulo, SP.

<https://lattes.cnpq.br/3290481612045733>.

RESUMO: O suicídio exige respostas profissionais capazes de articular prevenção, cuidado continuado e suporte após uma morte. Este estudo analisou desafios e estratégias relacionados à atuação de profissionais de saúde diante do comportamento suicida. Realizou-se pesquisa bibliográfica qualitativa, de caráter descritivo-analítico, com oito estudos nacionais publicados entre 2022 e 2026. O material foi examinado por análise temática, organizada em quatro eixos: condições institucionais do cuidado; identificação e intervenção; formação profissional; e pósvenção. Os resultados indicam que fragmentação da rede, baixa articulação intersetorial, formação insuficiente e predominância do encaminhamento limitam a capacidade de resposta dos serviços. Em contrapartida, vínculo, escuta qualificada, reconhecimento precoce de sinais, acompanhamento longitudinal, educação permanente, simulação e trabalho em rede ampliam a efetividade do cuidado. A literatura também evidencia repercussões emocionais e ocupacionais entre profissionais após o suicídio de pacientes, reforçando a necessidade de supervisão, apoio entre pares e protocolos institucionais de pósvenção. Conclui-se que prevenir o suicídio requer integrar competência técnica, disponibilidade relacional e condições organizacionais que sustentem o profissional antes, durante e depois das situações críticas.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de saúde. Pósvenção. Educação continuada.

PROFESSIONAL PRACTICE IN SUICIDE PREVENTION: CHALLENGES AND STRATEGIES IN HEALTH CARE

ABSTRACT: Suicide requires professional responses capable of integrating prevention, continuity of care, and support after a death. This study analyzed challenges and strategies related to health professionals' practice in the face of suicidal behavior. A qualitative, descriptive-analytical bibliographic study was conducted with eight Brazilian studies published between 2022 and 2026. The material was examined through thematic analysis organized into four axes: institutional conditions of care; identification and intervention; professional education; and postvention. The findings indicate that fragmented networks,

weak intersectoral coordination, insufficient training, and reliance on referrals restrict service responsiveness. Conversely, therapeutic bonds, qualified listening, early recognition of warning signs, longitudinal follow-up, continuing education, simulation, and network-based practice strengthen care. The literature also identifies emotional and occupational repercussions among professionals after a patient's suicide, highlighting the need for supervision, peer support, and institutional postvention protocols. Suicide prevention therefore depends on integrating technical competence, relational availability, and organizational conditions that support professionals before, during, and after critical situations.

KEYWORDS: Health personnel. Postvention. Continuing education.

INTRODUÇÃO

O suicídio constitui fenômeno complexo, atravessado por dimensões psicológicas, sociais, culturais, econômicas e institucionais. Sua prevenção não se esgota na identificação de transtornos mentais nem pode ser reduzida à resposta individual de um profissional diante de uma crise. Ela depende da organização dos serviços, da articulação entre políticas públicas, da continuidade do cuidado e da capacidade das equipes para reconhecer situações de risco sem transformar o encaminhamento em única conduta possível. Dantas e Amorim (2025) situam o problema no campo da saúde coletiva e defendem que respostas efetivas precisam considerar determinantes sociais, desigualdades e características territoriais, superando explicações exclusivamente individualizantes ou biomédicas.

No Brasil, a existência de marcos normativos e campanhas de conscientização não eliminou obstáculos concretos à implementação das políticas preventivas. Carvalho (2024) identifica lacunas entre as normas e sua aplicação, com insuficiência de recursos, fragilidade da rede psicossocial, escassez de profissionais qualificados e baixa coordenação entre Estado, sociedade civil e serviços de saúde. Dantas e Amorim (2025) acrescentam a ausência de uma estratégia nacional coordenada, a subnotificação, o financiamento insuficiente e a desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial. Essas condições alcançam diretamente o trabalho cotidiano, pois delimitam os recursos disponíveis, os fluxos de referência e contrarreferência e a possibilidade de acompanhamento continuado.

A atuação profissional ocupa posição central nesse cenário. Serviços de atenção básica e de saúde mental recebem pessoas em diferentes momentos do comportamento suicida, desde manifestações pouco explícitas de sofrimento até crises agudas e tentativas anteriores. Moll et al. (2023) demonstram que profissionais da Atenção Primária à Saúde reconhecem sinais como desesperança, apatia, retraimento, desejo de morrer e abandono do tratamento. Entretanto, diante de uma pessoa em risco, a resposta específica tende a concentrar-se no encaminhamento para serviços especializados. O dado revela uma tensão: os profissionais conseguem perceber parte do risco, mas nem sempre dispõem de preparação, segurança ou suporte institucional para desenvolver intervenções além da transferência do caso.

As atitudes dos trabalhadores também interferem no cuidado. No estudo de Freitas e Martins-Borges (2022), política pública de atuação, formação acadêmica e capacitação estiveram relacionadas aos sentimentos diante do paciente e à percepção de capacidade profissional. A formação insuficiente pode favorecer desconforto, hesitação, moralização e sentimentos de impotência, com efeitos sobre acolhimento, avaliação de risco e adesão ao tratamento. A atuação preventiva exige conhecimento técnico, porém também requer disponibilidade para escutar o sofrimento sem invalidá-lo e para permanecer implicado no cuidado mesmo quando a resposta não é imediata.

O trabalho profissional não termina quando uma morte ocorre. A pósvenção compreende intervenções posteriores ao suicídio destinadas a reduzir impactos, apoiar pessoas enlutadas e prevenir novos comportamentos suicidas. Os profissionais podem figurar simultaneamente como responsáveis pelo cuidado e como pessoas afetadas pela morte de um paciente. Tassinari, Gonçalves e Carlotto (2026) descrevem culpa, tristeza, medo, vergonha, choque e impotência entre trabalhadores que vivenciaram essa perda. Arilha et al. (2025), por sua vez, mostram que respostas institucionais estruturadas podem acolher equipes, organizar o luto e reduzir riscos adicionais. Examinar a atuação profissional exige, portanto, acompanhar o continuum do cuidado: prevenção, intervenção, acompanhamento e pósvenção.

OBJETIVO

Analisar os desafios e as estratégias identificados na literatura nacional recente para a atuação dos profissionais de saúde na prevenção do suicídio, considerando as condições institucionais do cuidado, a identificação e o manejo do risco, a formação profissional e as ações de pósvenção.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, natureza básica e caráter descritivo-analítico. O estudo amplia levantamento anteriormente realizado nas bases SciELO, PePSIC e Portal de Periódicos CAPES. Ao corpus original foram incorporadas publicações voltadas à formação profissional, às repercussões do suicídio de pacientes e à pósvenção, totalizando oito estudos nacionais publicados entre 2022 e 2026. A seleção considerou a aderência ao objetivo, a disponibilidade do texto integral e a contribuição direta para compreender práticas, atitudes, formação, organização dos serviços ou suporte oferecido aos profissionais.

O corpus reúne dois estudos bibliográficos ou teóricos, dois estudos qualitativos com profissionais, um estudo comparativo com abordagem quantitativa, um estudo piloto com estudantes da saúde, um estudo transversal de avaliação educacional e um relato de experiência em serviço público. Essa heterogeneidade foi mantida porque permite observar

a atuação profissional em níveis complementares, desde políticas e serviços até formação, experiência subjetiva e resposta institucional. A análise foi interpretativa e temática, com leitura integral dos estudos, identificação de convergências, complementaridades e lacunas e organização dos achados em quatro eixos: condições institucionais; identificação e intervenção; formação e atitudes; e pósvenção. Por utilizar exclusivamente documentos científicos de acesso público, sem contato direto com participantes, a pesquisa não demandou submissão a comitê de ética.

Quadro 1: Caracterização do corpus e contribuição para a análise.

Estudo	Delineamento	Contribuição central
Freitas e Martins-Borges (2022)	Estudo comparativo; 80 profissionais do SUS e do SUAS.	Atitudes profissionais, capacitação e articulação entre políticas.
Moll et al. (2023)	Estudo qualitativo; 66 profissionais da APS.	Sinais reconhecidos, práticas preventivas e centralidade do encaminhamento.
Carvalho (2024)	Pesquisa bibliográfica sobre políticas públicas brasileiras.	Lacunas de implementação, recursos, rede e qualificação.
Dantas e Amorim (2025)	Ensaio teórico fundamentado em literatura e documentos oficiais.	Determinantes sociais, intersetorialidade e estratégia nacional.
Lopes, Santos e Magalhães (2025)	Estudo piloto; 70 estudantes de cursos da saúde.	Desconhecimento da pósvenção e necessidade de inserção curricular.
Arilha et al. (2025)	Relato de experiência em serviço municipal de saúde.	Resposta institucional, cuidado às equipes e protocolo de pósvenção.
Pedrollo et al. (2025)	Estudo transversal; 60 profissionais e estudantes.	Telessimulação, satisfação, autoconfiança e debriefing.
Tassinari, Gonçalves e Carlotto (2026)	Estudo qualitativo; 13 profissionais que perderam pacientes.	Impactos emocionais e ocupacionais; fatores de elaboração e apoio.

Fonte: Elaboração própria, com base nos oito estudos que compõem o corpus da pesquisa (2026).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Condições institucionais e organização da rede

A atuação profissional é condicionada pela estrutura em que ocorre. Carvalho (2024) reconhece avanços normativos, entre eles a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, mas observa que a legislação não se converte automaticamente em práticas consistentes. A falta de diretrizes operacionais claras, monitoramento, recursos e profissionais qualificados enfraquece a implementação. Campanhas concentradas em períodos específicos ampliam a visibilidade do tema, porém não substituem ações contínuas nem resolvem a desarticulação entre governo, sociedade civil e serviços.

Dantas e Amorim (2025) aprofundam essa crítica ao situarem a fragmentação como um dos principais limites da prevenção no país. A organização de uma resposta sustentável depende de ações universais, seletivas e indicadas, articuladas segundo os riscos e

necessidades de diferentes grupos. Para os autores, um plano nacional deve combinar vigilância, promoção da saúde mental, restrição de acesso a meios letais, acompanhamento após tentativas, comunicação responsável, intervenções em territórios vulneráveis e integração entre saúde, assistência social, educação e justiça. Nessa perspectiva, o profissional não atua isoladamente: sua capacidade de intervir depende de uma rede com fluxos definidos, comunicação entre serviços e possibilidade de acompanhamento.

A relação entre saúde e assistência social aparece de forma concreta em Freitas e Martins-Borges (2022). Os 80 profissionais avaliados atuavam em unidades básicas, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Centros de Referência de Assistência Social. Embora os grupos tenham apresentado diferenças nas atitudes e na percepção de capacidade, ambos recebem usuários atravessados por sofrimento psíquico, desigualdades e dificuldades de acesso a trabalho, renda e proteção social. A separação rígida entre demandas de saúde e demandas sociais tende a produzir encaminhamentos sucessivos, sobrecarga e perda de continuidade. A articulação intersetorial permite distribuir responsabilidades sem fragmentar a pessoa atendida.

A Atenção Primária à Saúde ocupa lugar estratégico pela capilaridade territorial, pela proximidade com usuários e famílias e pela possibilidade de vínculo longitudinal. Dantas e Amorim (2025) destacam a Estratégia Saúde da Família e as equipes multiprofissionais como dispositivos capazes de reconhecer precocemente situações de risco e articular redes comunitárias. Essa potencialidade convive com sobrecarga, lacunas de apoio matricial e falhas na contrarreferência. Fortalecer a atuação profissional, nesse nível, requer assegurar financiamento, educação permanente, supervisão e acesso oportuno a serviços especializados, sem retirar da equipe de origem a corresponsabilidade pelo cuidado.

Identificação do risco e continuidade do cuidado

O reconhecimento de sinais de risco constitui competência básica, mas não suficiente. Moll et al. (2023) identificaram, entre 66 profissionais da Atenção Primária, a percepção de desesperança, apatia, retraimento, desejo de morrer e abandono do tratamento como sinais associados ao risco suicida. A proximidade territorial e a escuta cotidiana permitem perceber mudanças de comportamento e elementos que poderiam não aparecer em contatos pontuais. O vínculo funciona como tecnologia de cuidado porque favorece a verbalização do sofrimento e permite que informações fragmentadas adquiram sentido ao longo do acompanhamento.

Apesar dessa capacidade de reconhecimento, o encaminhamento para serviços especializados ou para o psicólogo foi a principal medida específica relatada diante do comportamento suicida. Grupos de apoio, palestras e ações de promoção da saúde também foram mencionados, porém como práticas gerais da rotina. O resultado não torna o encaminhamento inadequado; ele evidencia sua insuficiência quando se transforma em transferência integral da responsabilidade. Uma resposta preventiva precisa combinar

proteção imediata, avaliação do risco, construção compartilhada de condutas, mobilização da rede de apoio, redução de acesso a meios letais, acompanhamento após a crise e comunicação entre os pontos da rede (Moll et al., 2023; Dantas; Amorim, 2025).

Essa continuidade é especialmente relevante após tentativas de suicídio, período em que o risco de recorrência permanece elevado. Dantas e Amorim (2025) apontam o acompanhamento ativo por contatos telefônicos, visitas domiciliares e encaminhamento psicossocial como medidas capazes de sustentar o vínculo após o atendimento inicial. O serviço que identifica o risco precisa conhecer o destino do usuário, receber informações sobre a evolução do caso e participar do plano de cuidado. Sem contrarreferência, o encaminhamento pode produzir descontinuidade justamente quando a pessoa necessita de maior estabilidade relacional.

A qualidade do acolhimento também interfere na permanência do usuário no cuidado. Freitas e Martins-Borges (2022) observam que atitudes negativas podem aparecer como afastamento, invalidação do sofrimento ou condutas pouco empáticas. A percepção de incapacidade tende a aumentar frustração e impotência, favorecendo a omissão de perguntas diretas ou a recusa implícita do pedido de ajuda. Competência técnica e postura relacional são inseparáveis: protocolos orientam a avaliação e as condutas, enquanto escuta, vínculo e disponibilidade tornam possível utilizá-los sem reduzir a pessoa a uma classificação de risco.

Formação, atitudes e desenvolvimento de competências

A formação profissional atravessa todos os eixos analisados. No estudo de Freitas e Martins-Borges (2022), aproximadamente 80% dos profissionais da saúde e 83,3% dos profissionais da assistência social nunca haviam recebido capacitação para lidar com suicídio. A capacitação esteve associada a menos sentimentos negativos e maior percepção de capacidade profissional. Participantes capacitados relataram desmistificação do comportamento suicida, maior sensibilidade, mais segurança para realizar anamnese e avaliação de risco e melhores condições para definir condutas e encaminhamentos.

Os achados não autorizam tratar a capacitação como simples transmissão de protocolos. As autoras ressaltam que o conhecimento precisa ser acompanhado por disponibilidade interna para entrar em contato com o paciente e seu sofrimento. Essa dimensão impede que a formação seja confundida com uma lista de procedimentos. Perguntar sobre ideação, plano e acesso a meios exige domínio técnico; sustentar a conversa, tolerar a angústia e construir decisões compartilhadas envolve postura ética, autorreflexão e apoio institucional. A educação permanente deve criar espaços para discussão de casos, revisão de atitudes, supervisão e elaboração dos sentimentos despertados pelo atendimento.

Lopes, Santos e Magalhães (2025) mostram que a lacuna começa durante a graduação. Entre 70 estudantes de cursos da saúde, 89,4% nunca tinham ouvido falar em pós-venção, apesar de o conhecimento sobre a possibilidade de prevenir o suicídio ser elevado. O resultado revela uma formação concentrada no período anterior ao ato, com pouca atenção às pessoas afetadas depois da morte. Os autores propõem disciplinas, grupos de estudo, rodas de conversa, palestras e iniciação científica para ampliar o contato com prevenção, luto por suicídio e pós-venção. Inserir o tema no currículo reduz a dependência de iniciativas individuais buscadas somente após o ingresso no trabalho.

Pedrollo et al. (2025) oferecem uma estratégia formativa aplicada. Em telessimulação sobre cuidado inicial a pessoas enlutadas por suicídio, 60 profissionais e estudantes avaliaram positivamente as práticas educativas, a satisfação, a autoconfiança e o debriefing. A orientação do facilitador apresentou associação com satisfação e autoconfiança, reforçando o valor de uma mediação estruturada. A simulação permite experimentar decisões, comunicação e acolhimento em ambiente protegido, seguida de reflexão sobre raciocínio, sentimentos e alternativas. Ela não substitui prática supervisionada ou formação longitudinal, mas pode preparar o profissional para situações que raramente são treinadas de forma segura.

Em conjunto, os estudos indicam que a formação precisa cobrir um continuum: compreensão multifatorial do suicídio, reconhecimento de sinais, abordagem direta, avaliação e manejo do risco, trabalho em rede, acompanhamento posterior, comunicação com familiares, cuidado aos enlutados e suporte ao próprio profissional. Avaliar somente conhecimento declarativo é limitado. Programas de capacitação devem observar mudanças na autoconfiança, nas atitudes, na capacidade de estabelecer vínculo e na utilização efetiva dos fluxos assistenciais.

Pós-venção e cuidado aos profissionais

A pós-venção amplia a compreensão da prevenção porque reconhece que uma morte por suicídio produz efeitos sobre familiares, colegas, equipes e instituições. Lopes, Santos e Magalhães (2025) ressaltam que apoiar os enlutados também possui função preventiva, uma vez que a exposição ao suicídio pode aumentar vulnerabilidades. No campo profissional, esse cuidado é frequentemente negligenciado pela expectativa de que conhecimento técnico ou papel ocupacional protejam o trabalhador do impacto da perda.

Tassinari, Gonçalves e Carlotto (2026) entrevistaram 13 profissionais que perderam pacientes por suicídio e identificaram tristeza, culpa, impotência, vergonha, medo, choque e saudade. A morte provocou dúvidas sobre a adequação das condutas, insegurança, alterações na prática e questionamentos sobre responsabilidade. Entre os fatores que favoreceram a elaboração estavam conversar com colegas, revisar o caso com supervisores, realizar psicoterapia, refletir sobre o ocorrido e manter contato com familiares. A inexperiência, o isolamento e a ausência de espaços específicos de escuta dificultaram o enfrentamento.

Essas repercussões mostram que o profissional pode tornar-se um sobrevivente enlutado, embora esse luto tenha reconhecimento institucional limitado. Quando a organização responde apenas com investigação burocrática ou busca por culpados, amplia vergonha e defensividade. A revisão técnica do caso é necessária para aprendizagem e segurança, porém precisa ser separada de respostas punitivas automáticas e acompanhada de suporte emocional. Supervisão, discussão multiprofissional e oferta confidencial de cuidado contribuem para que a experiência seja elaborada sem apagar responsabilidades clínicas nem produzir responsabilização individual indevida.

O relato de Arilha et al. (2025) demonstra como a pósvenção pode ser organizada em serviço público. Após o suicídio de uma enfermeira, a Secretaria Municipal de Saúde de Diadema estruturou primeiros cuidados psicológicos, Comitê de Cuidado, rodas de conversa, acolhimento, rituais e escuta continuada durante seis meses. A experiência permitiu trabalhar o luto institucional, identificar pessoas e setores mais expostos e articular trabalhadores e gestores. A partir dela, as autoras propõem componentes para protocolos: resposta emergencial, grupo gestor representativo, espaços coletivos de apoio, identificação e monitoramento de riscos, acesso a atendimento especializado e suporte à própria equipe responsável pelas ações.

A experiência municipal e o estudo com profissionais convergem em um aspecto: pósvenção não deve depender de imprevisto depois da morte. Serviços precisam definir previamente responsabilidades, formas de comunicação, proteção da confidencialidade, apoio aos trabalhadores, contato com familiares e critérios para revisão do caso. A preparação reduz o risco de respostas desorganizadas, exposição indevida e silenciamento. A telessimulação estudada por Pedrollo et al. (2025) pode integrar essa preparação, sobretudo para treinar o acolhimento inicial e o debriefing, desde que vinculada a políticas institucionais e supervisão continuada.

Desse modo, cuidar de quem cuida não constitui medida acessória. O estado emocional do trabalhador interfere na avaliação de novos casos, na tolerância ao risco, na relação com pacientes e na continuidade de sua atuação. Incorporar a pósvenção às políticas de prevenção permite reconhecer impactos ocupacionais, transformar a experiência em aprendizagem responsável e preservar a capacidade assistencial das equipes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura analisada mostra que a atuação profissional na prevenção do suicídio resulta da interação entre preparo individual e condições coletivas de trabalho. Fragmentação da rede, fluxos pouco definidos, baixa articulação entre saúde e assistência social, sobrecarga e formação insuficiente restringem a capacidade de resposta. Nesses contextos, o encaminhamento tende a ocupar o lugar de intervenção principal, com risco de ruptura do vínculo e descontinuidade do cuidado.

As estratégias mais consistentes combinam reconhecimento precoce, escuta qualificada, abordagem direta, avaliação do risco, acompanhamento longitudinal, mobilização de redes, educação permanente e corresponsabilidade entre serviços. A formação precisa desenvolver conhecimento, atitudes e habilidades relacionais, utilizando discussão de casos, supervisão e simulação. O profissional deve estar preparado para agir diante da crise e para sustentar o cuidado depois dela.

A inclusão da pós-venção completa esse percurso. O suicídio de um paciente pode atingir intensamente os profissionais e produzir culpa, medo, impotência e mudanças defensivas na prática. Protocolos institucionais, apoio entre pares, supervisão e acesso a cuidado psicológico permitem elaborar a perda, aprender com o caso e preservar a saúde das equipes. Prevenir o suicídio, portanto, requer uma organização do cuidado capaz de sustentar simultaneamente a pessoa em risco, seus vínculos e os trabalhadores responsáveis pela assistência.

O corpus reduzido e metodologicamente heterogêneo limita generalizações, mas oferece convergência suficiente para indicar prioridades de pesquisa e gestão. Estudos futuros podem avaliar intervenções formativas ao longo do tempo, comparar protocolos institucionais e investigar como prevenção e pós-venção se articulam em diferentes níveis da rede brasileira. A principal implicação prática consiste em retirar a atuação profissional do isolamento, situando-a em redes, políticas e instituições que ofereçam suporte antes, durante e após situações críticas.

REFERÊNCIAS

ARILHA, Margareth; GARBIN, Andréia De Conto; MACHADO, Mônica Guarnieri; NEGRÃO, Ana Iria de Oliveira; OLIVEIRA, Denise Miyamoto de; YASUDA, Nancy. Suicídio e COVID-19: pós-venção em políticas públicas de saúde, uma experiência municipal. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 30, e61701, 2025. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v30i0.61701>.

CARVALHO, Claudia Aparecida Ribeiro de. Prevenção ao suicídio no contexto de políticas públicas. *Brazilian Journal of Biological Sciences*, v. 11, n. 25, p. 1-16, 2024. DOI: <https://doi.org/10.21472/bjbs.v11n25-035>.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira; AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. Prevenção do suicídio no Brasil: análise contemporânea para avanços necessários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, artigo 0390/2025, 2025. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevencao-do-suicidio-no-brasil-analise-contemporanea-para-avancos-necessarios/19866>. Acesso em: 16 set. 2026.

FREITAS, Ana Paula Araújo de; MARTINS-BORGES, Lucienne. Comportamento suicida e políticas públicas: estudo comparativo entre as atitudes dos profissionais da atenção básica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 624-644, 2022. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2022.68640>.

LOPES, Iasmine de Carvalho; SANTOS, João Pedro dos Anjos Domingos; MAGALHÃES, Karla de Souza. Mas, afinal, o que é pós-venção? Desmistificando o tema do suicídio no ambiente universitário. *Revista da SBPH*, v. 28, e002, 2025. DOI: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.528>.

MOLL, Marciana Fernandes; MATOS, Aldo; COSTA, Gabriela Alexia Cardoso; SANGIOVANI, Julia Caxito; CAMARGO, Lorryanne Rocha; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Intervenções para a prevenção do suicídio na atenção primária à saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, Uberaba, v. 11, n. 1, e6421, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v11i1.6421>.

PEDROLLO, Laysa Fernanda Silva; SILVA, Aline Conceição; NEGRI, Elaine Cristina; VEDANA, Kelly Graziani Giaccherro. Telessimulação sobre pós-venção do suicídio: avaliação das práticas educativas, satisfação, autoconfiança e do debriefing. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 46, e20240204, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240204.pt>.

TASSINARI, Monique; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; CARLOTTO, Mary Sandra. Experiências de profissionais de saúde que perderam pacientes por suicídio: um estudo qualitativo. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v. 14, n. 38, p. 1-21, jan./abr. 2026. DOI: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2026.v.14.n.38.1299>.