

SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento
e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXVII

Capítulo 6

PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: ESTRATÉGIAS EFICAZES

ANA FLAVIA LOSI¹
ANTÔNIA D. BANDEIRA¹
EDUARDA F. MERIGO¹
ELISA PATZLAFF¹
HELENA W. WEBER¹
GUSTAVO LUÍS BÉE²
IASMIN K. PEREIRA¹
JULIARA BORGUESAN¹
LUIS HENRIQUE KNAUL¹
RAFAELA DELA JUSTINA¹
RANIERI A. S. JUNIOR²
TAIS C. PALUDO¹
YASMIN MINATTI¹
YASMIN PAES¹
YASMIN R. BRAUN¹

¹ Discente - Medicina - Universidade do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI

² Médico pela Universidade do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI

Palavras-Chaves: Suicídio; Prevenção ao Suicídio; Estratégias em Saúde Mental.

DOI:

10.59290/2920621125

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

O suicídio é uma grave problemática de saúde pública, responsável por cerca de milhares de mortes anuais, afetando todas as faixas etárias e grupos sociais. É um fenômeno carregado de significados, interpretado desde a Grécia antiga em diversas perspectivas: desde um ato moralmente condenável a um extremo de sofrimento psíquico. A maioria dos casos ocorre no contexto de transtornos psiquiátricos, em especial, depressivos, mas há um papel relevante de fatores sociais, econômicos e culturais na determinação de risco (HEGERL, 2016).

A complexidade do comportamento suicida exige abordagens multifacetadas. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o suicídio é uma condição comportamental, uma adversidade clínica que abrange desde o “Transtorno de Comportamento Suicida” (TCS) até a consumação do ato em si (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 5º ed.).

Em consenso internacional, o movimento “Viva a Vida” da Organização mundial da saúde (OMS), propõe quatro pilares de intervenção e prevenção: limitar o acesso aos meios de suicídio, interagir com a mídia para uma cobertura responsável do suicídio, promover habilidades socioemocionais e identificar a pretensão precocemente, apoiando e acompanhando pessoas com comportamentos suicida (OMS, 2025).

No Brasil, o suicídio é a terceira causa de mortalidade entre os jovens, as estratégias de prevenção exigem abordagem integrada, culturais e sensíveis, com restrição ao acesso aos meios letais, campanhas de conscientização como o Setembro Amarelo, políticas públicas interseoriais e criação de complexos psicossociais (CORASSA, *et al*, 2025).

A abordagem do suicídio demanda uma integração intersetorial entre ações clínicas, políticas públicas e o engajamento social, visando reduzir o estigma e ampliando o acesso aos cuidados. Ainda, pessoas com experiência de ideação suicida devem participar da elaboração de estratégias preventivas, contribuindo para um olhar mais integral a essa população (HAWTON, *et al*, 2024).

O objetivo deste estudo foi revisar os principais aspectos relacionados à prevenção do suicídio e colaborar com a implementação dessas medidas nos meios sociais e de saúde pública, de forma eficaz e humanizada.

MÉTODO

Este capítulo trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de setembro a outubro de 2025, por meio de pesquisas nas bases de dados: *PubMed/Medline*, *The Lancet*, *Scielo*, *Journal of American Medical Association* (JAMA) e a plataforma *ResearchGate* para reunir publicações sobre o suicídio e estratégias eficazes de prevenção. Nessa revisão foram utilizados os seguintes descritores: “*suicide*” “*suicide prevention*” “*epidemiology of suicide*” “*universal approaches*” e “*preventive interventions*”. A partir desta busca, foram encontrados 46 artigos e posteriormente submetidos aos critérios de seleção.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2009 a 2025, priorizando os artigos mais atuais dos últimos 5 anos e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo (revisão, meta-análise), disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 22 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: modelos etiológicos do comportamento suicida, estratégias de prevenção global e prevenção no contexto nacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir de uma revisão integrativa, foi possível avaliar que apesar da redução global nos índices de suicídio, o tema mantém-se de elevada relevância e deve ser tratado como uma questão de saúde pública (GBD, 2025). A maior parte dos indivíduos que morreram por suicídio tiveram contato prévio com serviços de saúde, especialmente atenção primária poucos meses prévios ao óbito, o que torna cada contato uma oportunidade crucial para detecção e intervenção (STANLEY, MANN, 2020). O reconhecimento precoce de ideação suicida, avaliação estruturada do risco e implementação de estratégias de manejo, como restrição de meios letais e tratamento de transtornos psiquiátricos, são medidas comprovadas para reduzir a recorrência de tentativas e mortes por suicídio (GBD, 2025). Atualmente, a literatura apresenta diversos conceitos sobre estratégias de prevenção do suicídio, que variam de acordo com fatores culturais, religiosos e econômicos de cada país.

Contexto epidemiológico do suicídio

A OMS estima que, no mundo inteiro, ocorrem quase 1 milhão de mortes por ano devido ao suicídio, sendo a terceira causa de morte em jovens de 15 a 29 anos. E, para cada indivíduo que morre por suicídio, há mais de 20 que fazem uma tentativa sem êxito, e inúmeras outras pessoas que enfrentam ideias intensas de tirar a própria vida (WHO, 2025).

Um caso de suicídio é registrado a cada 40 segundos no mundo e a cada 45 minutos no Brasil, impactando a vida de pelo menos seis outras pessoas (BALDAÇARA *et al.*, 2023). Esse dado reforça a necessidade de novas iniciativas para a contenção de novos casos, bem como a prevenção de tentativas.

O Brasil apresentou uma taxa de suicídio de aproximadamente 6,2 mortes por 100.000 habitantes entre 1990 e 2019, enquanto a média global em 2019 foi de 9,93 por 100.000 habitantes, com tendência de queda em países de alta renda. Entre 2000 e 2019, o Brasil registrou um aumento de 57% nas taxas de suicídio, com crescimento entre adolescentes e indígenas (ROTEJANAPRASET *et al.*, 2025). Em uma perspectiva global, entre 2019 e 2021, ao comparar dados pré e pós-pandêmicos, não houve diferença expressiva na taxa de mortalidade padronizada por idade, com 9,2 mortes por 100.000 em 2019 e 9,0 mortes por 100.000 em 2021 (GBD, 2025).

A OMS recomenda que os países adotem estratégias nacionais integradas e multissetoriais, promovendo a saúde mental em escolas e comunidades, além de aprimorar sistemas de vigilância epidemiológica. Ressalta-se a importância de ações culturalmente sensíveis, especialmente em populações vulneráveis, como jovens e indígenas, com monitoramento rigoroso de resultados (KNIPE *et al.*, 2022).

Fatores de risco e população acometida

Os fatores de risco que levam a um comportamento autodestrutivo, em geral se associam a condições relacionadas a perdas, sejam reais ou simbólicas, (BERTOLOTE; BAKER, 2010) como para desempregados, pessoas com baixa escolaridade e indivíduos recém-libertados do sistema prisional, especialmente nos primeiros meses após a saída. Pessoas solteiras ou separadas, ou com baixa rede de apoio social. Entre os

grupos populacionais com maior risco de suicídio estão pacientes com transtornos psiquiátricos e por uso de substâncias, jovens adultos, especialmente o público feminino, com idade entre 18-25 anos, assim como idosos devido ao contexto de isolamento social, também é mais acometidas a população LGBTQ+, especialmente em contexto de discriminação, abuso ou rejeição familiar, pacientes com histórico de abuso na infância, *bullying*, violência doméstica, ou história de exposição a suicídio de familiares (LEFEVRE, *et al*, 2014; NA *et al.*, 2025; BOMMERSBACH, *et al.*, 2022).

Modelos etiológicos do comportamento suicida

Compreender os modelos etiológicos do comportamento suicida é fundamental para explicar os mecanismos que conduzem um indivíduo do sofrimento psicológico ao ato fatal. A partir desses modelos, é possível construir estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes, baseadas na identificação dos fatores de risco, dos processos cognitivos e emocionais envolvidos e das trajetórias que levam à tentativa ou ao suicídio consumado.

O Modelo Cognitivo, proposto por Wenzel (2010), parte da premissa de que o comportamento suicida resulta de distorções cognitivas e padrões disfuncionais de pensamento. Diante de eventos estressores, o indivíduo ativa esquemas cognitivos negativos sobre si mesmo, o mundo e o futuro, conhecidos como tríade cognitiva depressiva. Esses pensamentos automáticos e crenças centrais rigidamente negativas contribuem para a percepção de desesperança e para a ideia de que o suicídio é a única solução possível para aliviar o sofrimento.

A Teoria Interpessoal do Suicídio, desenvolvida por Joiner (2005), estabelece que o comportamento suicida resulta da interação de três componentes principais: sentimento de não pertencimento, percepção de ser um fardo para

os outros e capacidade adquirida para o suicídio. Segundo o autor, o desejo de morrer surge quando o indivíduo sente-se desconectado de laços sociais significativos e acredita que sua existência prejudica as pessoas ao seu redor. Para que o suicídio ocorra, é necessária a presença da capacidade adquirida, ou seja, redução do medo da morte e aumento da tolerância à dor, geralmente desenvolvidos por meio da exposição repetida a experiências dolorosas.

O Modelo Motivacional-Volitivo Integrado, de O'Connor (2011), estrutura o comportamento suicida em três fases: pré-motivacional, motivacional e volitiva. A fase pré-motivacional envolve fatores contextuais e vulnerabilidades individuais, como genética, história de vida e eventos estressores. A fase motivacional refere-se ao desenvolvimento da ideia suicida, impulsionada por sentimentos de derrota e aprisionamento, mediadas por fatores como falta de apoio social e ausência de senso de pertencimento. Por fim, a fase volitiva explica a transição da ideia para o comportamento suicida, influenciada por impulsividade, exposição a comportamentos suicidas de outros e acesso a meios letais.

Na Teoria das Três Etapas, proposta por Klonsky e May (2015), o comportamento suicida é descrito em três momentos: (1) emergência da dor psicológica e desesperança, gatilhos para pensamentos suicidas; (2) desequilíbrio entre dor e conexão, quando o sofrimento supera os laços de pertencimento e propósito, levando à ideia suicida mais intensa; (3) capacidade para agir, momento em que o indivíduo adquire ou manifesta meios e disposição para tentar o suicídio. Essa teoria integra conceitos de modelos anteriores, enfatizando a dor psicológica e o isolamento social como núcleos centrais da ideia, além de destacar fatores que transformam o pensamento em comportamento.

De modo geral, os modelos etiológicos reconhecem que o comportamento suicida não resulta de um único fator, mas da complexa interação entre aspectos cognitivos, emocionais, interpessoais e contextuais. Embora cada modelo enfatize diferentes mecanismos, todos convergem na compreensão de que o suicídio emerge de um processo gradual, no qual o sofrimento torna-se insuportável e as estratégias de enfrentamento se mostram insuficientes. Essa perspectiva integrativa orienta a elaboração de ações preventivas e interventivas em múltiplos níveis.

Estratégias globais de prevenção do comportamento suicida

As estratégias de prevenção do suicídio têm se diversificado nas últimas décadas, acompanhando o avanço das pesquisas sobre fatores de risco e proteção, bem como o desenvolvimento de modelos teóricos que explicam o processo suicida. Tais estratégias buscam atuar em diferentes níveis, com o objetivo de reduzir a ideação suicida, impedir a passagem ao ato e fortalecer recursos emocionais e sociais. A OMS, através do programa "Viva a Vida", propõe 4 eixos de consenso internacional para a prevenção do suicídio: limitar o acesso aos meios de suicídio, interagir com a mídia para uma cobertura responsável do suicídio, promover habilidades socioemocionais e identificação precoce da pretensão, apoiando e acompanhando pessoas com comportamentos suicida.

A restrição do acesso aos meios letais inclui o controle rigoroso de armas de fogo, o regulamento do uso e da venda de pesticidas, o armazenamento seguro de medicamentos e a instalação de barreiras físicas em locais de risco, como pontes e edifícios elevados. Estudos denotam uma redução significativa das taxas de suicídio, sem aumento compensatório em outros métodos (WHO, 2021; HEGERL *et al.*, 2016).

A forma como o suicídio é noticiado tem um impacto direto sobre o comportamento populacional, fenômeno conhecido como efeito Werther, em que a divulgação ampla e inadequada de um caso pode levar à imitação. Assim, a OMS recomenda evitar a romantização e a descrição detalhada dos métodos utilizados, incentivando, em contrapartida, uma cobertura responsável que valorize a superação e promova a busca por ajuda (WHO, 2019; NIEDERKROTENTHALER *et al.*, 2020).

O desenvolvimento de habilidades socioemocionais constitui o terceiro eixo da prevenção, com foco na promoção da saúde mental desde a infância. Programas educacionais e comunitários que estimulam a empatia, a comunicação, o manejo de emoções e a resolução de conflitos mostram-se eficazes na redução de comportamentos autodestrutivos e fortalecem fatores de proteção psicológica (WHO, 2021; WASSERMAN *et al.*, 2015). Linhas diretas de apoio (helplines) oferecem escuta qualificada, apoio emocional e encaminhamento de pessoas em sofrimento psíquico, geralmente por telefone, mensagens instantâneas ou plataformas digitais. O principal objetivo é oferecer um espaço de acolhimento e conexão humana em momentos de crise, funcionando como uma intervenção imediata capaz de interromper o impulso suicida (HOFFBERG *et al.*, 2020). Estudos apontam que o contato com linhas diretas reduz o isolamento percebido e a desesperança, fatores centrais na manutenção da ideação suicida, além de promover identificação, empatia e redução do estigma, criando um ambiente seguro para o compartilhamento de emoções e para a busca de ajuda (PEARCE *et al.*, 2024).

Por fim, a identificação precoce e o acompanhamento contínuo de pessoas com comportamento suicida são cruciais. Tais medidas envolvem o treinamento de profissionais de saúde

de, educação e assistência social para reconhecer os fatores e sinais de risco, o rastreamento padronizado, o encaminhamento ágil a serviços especializados e o monitoramento pós-crise. Uma das estratégias é o “*follow-up* ativo”, por meio de contato telefônico, visitas ou mensagens após uma tentativa, que traz um impacto positivo na redução de reincidências e mortes subsequentes (WHO, 2021).

Programas de capacitação de “*gatekeepers*”, pessoas estratégicas que, por sua posição social ou profissional, podem identificar sinais de risco e encaminhar o indivíduo a ajuda especializada. Esses programas treinam professores, profissionais de saúde, policiais e líderes comunitários para reconhecer comportamentos de alerta e oferecer apoio inicial. O foco está na detecção precoce e na redução do estigma em torno do suicídio, promovendo comunidades mais vigilantes e solidárias (LIU *et al.*, 2025).

Já o planejamento de segurança (*Safety Planning Intervention* – SPI) é uma intervenção desenvolvida entre o profissional e a pessoa em risco suicida, com o objetivo de identificar estratégias concretas para lidar com crises. O plano inclui o reconhecimento de sinais de alerta pessoais, definição de estratégias de enfrentamento internas, identificação de pessoas e lugares seguros e acesso a recursos profissionais e de emergência. Estudos indicam que o SPI reduz a probabilidade de tentativas subsequentes e melhora o senso de controle e autoeficácia, sendo considerada uma das práticas mais recomendadas em contextos clínicos e hospitalares (NUIJ *et al.*, 2021).

Com o avanço da tecnologia, surgem também intervenções digitais, incluindo aplicativos de saúde mental, plataformas de triagem e monitoramento de risco, chatbots de apoio emocional e terapias online. Tais ferramentas ampliam o acesso à ajuda, especialmente entre jo-

vens e populações em regiões com poucos recursos. Embora não substituam o contato humano, essas soluções têm se mostrado promissoras como suporte complementar, promovendo intervenções precoces e discretas (BURR *et al.*, 2025).

Em consonância, esses quatro pilares estabelecem um modelo de intervenção abrangente, que promove uma abordagem humanizada e integral, considerando o biopsicossocial de cada indivíduo, baseada em evidências.

Em resumo, as intervenções com maior evidência científica para redução das taxas de suicídio são: restrição a meios letais, intervenções psicoterapêuticas baseadas em evidências, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia comportamental dialética, seguimento ativo após alta hospitalar ou crise suicida, intervenções remotas síncronas (D’ANCI *et al.*, 2019), coordenação de cuidados e programas comunitários multicomponentes, como o da Força Aérea dos Estados Unidos, que integra treinamento em saúde mental, facilitação comunitária e distribuição de materiais educativos (**Tabela 6.1**) (VA/DoD, 2024).

Prevenção no contexto nacional

Além das abordagens internacionais, o Brasil tem desenvolvido ações específicas de prevenção ao suicídio, embora ainda enfrente desafios quanto à efetividade e alcance dessas estratégias.

As principais ações incluem campanhas nacionais de conscientização, como o Setembro Amarelo (PEREIRA *et al.*, 2024), organizadas em prol da redução do estigma e do aumento do conhecimento sobre fatores de risco e sinais de alerta, embora sem redução significativa nas taxas de suicídio (DAMIANO *et al.*, 2024). Por outro lado, programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, mostraram associação com redução de 56% na taxa de suicídio en-

tre os beneficiários (IRR = 0,44; IC95%: 0,42–0,45), especialmente entre mulheres e adultos jovens (MACHADO *et al.*, 2022).

O país também investiu na expansão de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem atendimento comunitário em saúde mental, aumentando a cobertura e reduzindo as hospitalizações por tentativa de suicídio e problemas psiquiátricos, embora não tenha sido observado efeito estatisticamente significativo nas taxas de suicídio (MCDONALD *et al.*, 2021). Políticas adicionais, como a restrição ao acesso a armas de fogo e programas voltados ao tratamento de abuso de substâncias, mostraram

relevância na redução das taxas de mortalidade por suicídio (MACHADO *et al.*, 2018).

O Centro de Valorização à Vida (CVV), é mais um programa nacional, que tem como objetivo oferecer atendimento via telefone pelo número “188”, por chat, e-mail e pessoalmente, por 24 horas e sem custo de ligação. Reconhecida como de utilidade pública federal desde 1973, o CVV mantém um acordo de cooperação com o ministério da saúde (MS) desde 2015, atuando diretamente na prevenção de ocorrências por meio das vias de comunicação, e indiretamente por meio da produção de materiais informativos, como manuais e guias para pais e agentes de saúde (CVV).

Tabela 6.1 Comparação entre meio de prevenção e eficácia

Tipo de prevenção	Eficácia
Restrição a meios letais	Mais eficaz, principalmente em populações vulneráveis
Terapia cognitivo comportamental	Redução significativa de ideação suicida, principalmente em adultos e adolescentes
Terapia comportamental dialética	Eficaz em pacientes com transtornos de personalidade e histórico de automutilação
Seguimento ativo	Reduz risco de novas tentativas, aumenta vínculo de cuidado
Coordenação de Cuidado	Redução de até 33% na taxa de suicídio em população alvo
Intervenções remotas (telemedicina)	Redução na tentativa e nas mortes por suicídio

CONCLUSÃO

O suicídio é a terceira causa de morte entre jovens de 15-29 anos no mundo, resultando em uma morte a cada 45 minutos no Brasil. Esse fenômeno complexo e multifatorial reflete a interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais. Fatores de risco predominantes incluem os transtornos psiquiátricos, histórico de tentativas prévias, uso de substâncias e acesso limitado aos serviços de

saúde. No Brasil, métodos letais como enforcamento e intoxicação são os mais frequentes, com diferenças entre os sexos e faixas etárias.

Os modelos etiológicos do suicídio convergem para a compreensão de que o ato resulta de uma interação complexa entre os fatores predisponentes, precipitantes, aspectos biológicos e psicossociais. Enfatizam que o acúmulo de fatores e interação dinâmica ao longo da vida levam ao dano causal, sendo fundamental considerar tanto as vulnerabilidades individuais quanto o contexto social, regional e histórico.

Diversas medidas de prevenção do suicídio, tanto regionais como mundiais, têm sido estudadas e adotadas, gerando um aporte maior de evidências acerca da eficácia dessas estratégias. Consensualmente, a OMS reúne no programa "Viva a Vida" os pilares gerais das estratégias mais eficazes estudadas até o momento, que envolvem a capacitação de profissionais de saúde para identificação precoce de determinantes sociais, restrição de meios letais, políticas públicas e intervenções psicossociais.

Para a aplicação das estratégias de prevenção ao suicídio na sociedade e o desenvolvimento de políticas públicas, é necessário integrar os setores da sociedade, fomentando o conhecimento de qualidade e uma atenção humanizada a essa população vulnerável.

A união entre evidência científica e empatia humana é a ferramenta para redução dos índices de suicídio e para promoção de uma qualidade de vida e de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALDAÇARA, L. *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: hotlines para a prevenção de suicídio: tradução revisada e ampliada. *Debates em Psiquiatria*, v. 14, p. 1–23, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25118/2236-918X-2024-v14-1-23>.
- BERTOLETE, J.M. & BAKER, A. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 3, p. 254-259, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>.
- BOMMERSBACH, T.J. *et al.* National trends of mental health care among US adults who attempted suicide in the past 12 months. *JAMA Psychiatry*, v. 79, n. 4, p. 325-334, 2022. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4186.
- BURR, S.K.; *et al.* Digital interventions for suicide prevention: systematic review and meta-analysis of RCTs examining age, gender, and control-group type. *Crisis*, v. 46, n. 3, p. 176-186, abr. 2025. DOI:10.1027/0227-5910/a000996.
- CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA (CVV). CVV — Centro de Valorização da Vida. Disponível em: <https://cvv.org.br/>. Acesso em: 09 out. 2025.
- D'ANCI, K. E.; *et al.* Treatments for the prevention and management of suicide: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, v. 171, n. 5, p. 334–342, 2019. DOI: <https://doi.org/10.7326/M19-0869>
- DAMIANO, R. F.; *et al.* Associations between a Brazilian suicide awareness campaign and suicide trends from 2000 to 2019: joinpoint and regression discontinuity analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 365, p. 459–465, 2024. DOI: 10.1016/j.jad.2024.08.134.
- GLOBAL, REGIONAL, AND NATIONAL BURDEN OF SUICIDE, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*, 19 fev. 2025. DOI: 10.1016/S2468-2667(25)00012-4.
- HAWTON, K. & PIRKIS, J. Preventing suicide: a call to action. *The Lancet Public Health*, v. 9, n. 10, p. e825-e830, 2024. DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00159-2
- HEGERL, U. *et al.* The “European Alliance Against Depression (EAAD)”: A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *World Psychiatry*, v. 15, n. 3, p. 293–295, 2016.
- HEGERL, U. Prevention of suicidal behavior. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 18, n. 2, p. 183–190, jun. 2016. DOI: 10.31887/DCNS.2016.18.2/uhegerl.
- HOFFBERG, A. S. *et al.* The effectiveness of crisis line services: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, v. 7, art. 399, 2020. DOI: 10.3389/fpubh.2019.00399.
- KNIFE, D. *et al.* Suicide and self-harm. *The Lancet*, v. 399, n. 10338, p. 1903–1916, 2022. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00173-8.
- JOINER, T. Why people die by suicide Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005.
- KLONSKY, E.D. & MAY, A.M. The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, v. 8, n. 2, p. 114-129, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- LEFEVRE, M.L. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, v. 160, n. 10, p. 719-726, 20 mai. 2014. DOI: 10.7326/M14-0589.
- LIU, H. *et al.* Gatekeeper training for suicide prevention: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Public Health*, v. 25, art. 1206, 2025. DOI:10.1186/s12889-025-21736-1.

MACHADO, D.B.; *et al.* Impact of the new mental health services on rates of suicide and hospitalisations by attempted suicide, psychiatric problems, and alcohol problems in Brazil. *Administration and Policy in Mental Health*, v. 45, n. 3, p. 381–391, 2018. DOI: 10.1007/s10488-017-0830-1.

MACHADO, D.B. *et al.* Relationship between the Bolsa Família national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: a quasi-experimental study. *PLoS Medicine*, v. 19, n. 5, e1004000, 2022. DOI: 10.1371/journal.pmed.1004000.

MCDONALD, K.; *et al.* Trends in method-specific suicide in Brazil from 2000 to 2017. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 56, n. 10, p. 1779–1790, 2021. DOI: 10.1007/s00127-021-02060-6.

NA, P.J. *et al.* Social Determinants of Health and Suicide-Related Outcomes: A Review of Meta-Analyses. *JAMA Psychiatry*, v. 82, n. 4, p. 337–346, 2025. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2024.4241.

NIEDERKROTENTHALER, T. *et al.* Association between suicide reporting in the media and suicide: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, v. 368, p. m575, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>

NUIJ, C. *et al.* Intervenções do tipo planejamento de segurança para prevenção do suicídio: meta-análise. *The British Journal of Psychiatry*, v. 219, n. 2, p. 419–426, 2021. DOI: 10.1192/bjp.2021.50.

O'CONNOR, R. C. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, v. 32, n. 6, p. 295, 2011. DOI: 10.1027/0227-5910/a000120

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preventing suicide: A global imperative. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-global-imperative>. Acesso em: 28 out. 2025.

PEARCE, R. *et al.* The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC Medicine*, v. 22, art. 72, 2024. DOI: 10.1186/s12916-024-03260-y.

STANLEY, B. & MANN, J.J. The Need for Innovation in Health Care Systems to Improve Suicide Prevention. *JAMA Psychiatry*, v. 77, n. 1, p. 96, 1 jan. 2020. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2019.2769

U.S. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS; DEPARTMENT OF DEFENSE. VA/DoD clinical practice guideline: assessment and management of patients at risk for suicide work group. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2024.

WASSERMAN, D. *et al.* School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet*, v. 385, n. 9977, p. 1536–1544, 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)

WENZEL, A. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental para pacientes suicidas Porto Alegre, RS: Artmed. 2010.