

LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Alexandra Iglesias¹, Amanda Andreatta Roffes²
Schyrlei Viana da Silva³, Magda Diniz Dimenstein⁴

Destaques: (1) As ofertas de cuidado por mais diversificadas, estão padronizadas para todos casos. (2) O cuidado está pouco sustentado nas necessidades da pessoa em comportamento suicida. (3) Falta registro sobre marcadores de classe, raça e sexualidade e sua relação com cuidado. (4) O sucesso do tratamento está individualizado nos usuários e suas famílias. (5) O modo como a não adesão é entendida pode fortalecer o sujeito ou o vulnerabilizar.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2026.51.17189>

Como citar:

Iglesias A, Roffes AA, da Silva SV, Dimenstein MD. Linhas de cuidado ao comportamento suicida: análise de casos acompanhados em centros de atenção psicossocial. Rev. Contexto & Saúde. 2026;26(51):e17189

¹ Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7188-9650>

² Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, Brasil. <https://orcid.org/0009-0006-4736-9827>

³ Faculdade Multivix Nova Venécia. Nova Venécia/ES, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5613-2075>

⁴ Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5000-2915>

LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

RESUMO

Objetivo: Conhecer a gestão do cuidado a pessoas em comportamento suicida nos Centros de Atenção Psicossocial. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, exploratório-descritiva, realizada em cinco serviços de atenção psicossocial de dois municípios do Sudeste do Brasil. Analisaram-se 12 prontuários de pessoas acompanhadas por comportamento suicida (com desfechos satisfatórios e não satisfatórios) por meio da análise documental e técnica de análise temática de conteúdo. **Resultados:** O município 1 disponibiliza maior diversidade de ações de cuidado. Contudo, com ofertas, aparentemente, pouco sustentadas nas necessidades do público atendido, não se diferenciando entre os casos. Já o município 2 apresenta oferta mais restrita, a qual se diferencia entre os casos, nas articulações intersetoriais e discussões de caso para as situações com desfecho satisfatório. A classificação dos casos por seu desfecho sustenta-se principalmente na adesão ou não de usuários e famílias às prescrições das equipes, em um processo de individualização da questão e responsabilização dessas pessoas pelo sucesso ou não do tratamento. **Conclusão:** Estes resultados destacam a necessidade de espaços institucionais nesses serviços de debate sobre a produção de sofrimento psíquico na atualidade, o impacto das iniquidades sociais nos comportamentos suicidas, a existência de vidas precarizadas e a racialização do suicídio no país.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde; Tentativa de Suicídio, Serviços de Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida, entendido como um processo que abrange desde ideias suicidas, tentativas de suicídio e suicídio propriamente dito, emerge frequentemente como a expressão mais extrema do sofrimento psíquico e do desamparo subjetivo¹. O suicídio apresenta níveis crescentes em todo o mundo, é uma das principais causas de morte, constituindo um grave problema de saúde pública que afeta mais de 700 mil pessoas anualmente em todo o mundo, o que representou 1,3% de todos os óbitos globais no ano de 2019². No Brasil, a situação é igualmente preocupante, com o aumento progressivo dos índices — que saltou de 9.454 no início da década para 13.523 ocorrências em 2019 —, particularmente entre populações jovens, indígenas e pessoas em contextos de vulnerabilidade socioeconômica^{3,4}.

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

No contexto brasileiro de Reforma Psiquiátrica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham um papel importante e estratégico no acolhimento, cuidado e acompanhamento dessas situações. São corresponsáveis por fornecer suporte especializado a pessoas em risco, prevenindo desfechos trágicos por meio do manejo longitudinal e territorial do risco. As intervenções incluem desde o acolhimento imediato até o planejamento de cuidados em longo prazo com a construção conjunta pelo usuário, seus familiares e equipe multiprofissional de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que deve considerar as particularidades de cada caso e os elementos importantes da história do sujeito⁵.

No entanto, apesar do avanço significativo que os CAPS representam no campo da saúde mental, as equipes que atuam no cuidado a pessoas em comportamento suicida lidam com atitudes desfavoráveis em relação ao suicídio e enfrentam inúmeros desafios como a estigmatização e o preconceito que ainda cercam o suicídio, até mesmo dentro dos serviços de saúde^{6,7}. A literatura tem apontado problemas na formação e na qualificação das equipes da atenção especializada do Sistema Único de Saúde (SUS) para lidar com a complexidade do comportamento suicida, cujo manejo requer uma abordagem abrangente, sensível, pautada na escuta interessada e na construção de uma relação de confiança com o usuário, com a família, com possibilidades de suporte no território^{8,9}.

Além disso, o sucateamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - entendido como o processo contínuo de desfinanciamento dos serviços comunitários abertos¹⁰ - tem agravado a carência de espaços de educação permanente sobre prevenção e cuidado em torno do comportamento suicida e contribuído para fortalecer a hegemonia do paradigma psiquiátrico nos pontos de atenção da RAPS. Desse modo, as equipes de saúde mental se deparam com dificuldades cotidianas que vão desde o acolhimento, passando pelo déficit de profissionais especializados, até obstáculos ao seguimento dos casos na rede e à continuidade e abrangência de cuidados¹⁰.

Atualmente, a literatura científica nacional e internacional tem concentrado esforços na caracterização epidemiológica do comportamento suicida^{2,3} e na identificação de fatores de risco associados a segmentos vulnerabilizados^{4,7}. No cenário da atenção psicossocial, investigações qualitativas e revisões sistemáticas evidenciam que, embora existam diretrizes normativas para o desenho de PTS, a prática assistencial é tensionada por impasses na gestão da crise e pelo sofrimento ético-político das equipes diante da precarização da rede^{1,6,9}.

LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Contudo, constata-se uma lacuna no conhecimento científico no que tange à análise minuciosa e comparativa das trajetórias assistenciais documentadas no cotidiano dos serviços, contrapondo casos em que houve estabilização do quadro de crise, e aqueles marcados por persistente instabilidade da condição clínica. Há, ainda, uma escassez de estudos que se debrucem sobre o registro do manejo do comportamento suicida para mapear o que efetivamente sustenta ou fragiliza a linha de cuidado nos serviços da rede.

É justamente nesse hiato que a presente pesquisa se insere, buscando conhecer de que forma as equipes dos CAPS têm estruturado a gestão do cuidado a pessoas com tentativa ou risco de suicídio. Por meio da análise documental de prontuários com foco qualitativo buscou-se conhecer como as equipes estruturam linhas de cuidado, isto é, o seguimento dos casos, a oferta de cuidados e ações desenvolvidas em relação a casos com estabilização da crise e os com recorrente instabilidade clínica. Além disso, identificar as dificuldades enfrentadas no manejo destes casos de maneira que permita identificar as possíveis lacunas e fragilidades no processo de cuidado.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, exploratório-descritivo, com uso de dados secundários provenientes exclusivamente de prontuários. A pesquisa foi realizada em dois municípios do Sudeste do país, um (município 1) localizado em uma região metropolitana, com população de 467.722 habitantes e outro (município 2) situado no interior do estado com 134.629 habitantes. O município 1 se compõe de cinco regiões de saúde, as quais abrangem: 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 10 Unidades de Saúde da Família (USF), 1 Unidade de Cuidados Específicos e Saúde Bucal Básica, 1 Centro Municipal de Atenção Secundária (CEMAS), 1 Centro de Testagem e Aconselhamento em AIDS e Hepatites Virais (CTA), 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), 1 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), 1 Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), 1 Equipe de Consultório na Rua, 2 Prontos Atendimentos, 1 Hospital Municipal e 1 Centro de Referência de Atendimento ao Idoso. Por sua vez, o município 2 se compõe de: 01 Central de Regulação, 01 Central de Gestão em Saúde, 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e CAPS AD), 25 Unidades Básicas de Saúde, 01 Central de Abastecimento, 03 Clínica Especializada/Ambulatório Especializado, 02 Farmácias

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Municipais, 01 Policlínica, 01 Polo de Academia da Saúde, 02 Unidade de Serviço e Apoio de Diagnóstico e Terapia, 03 Unidades de Vigilância em Saúde (Sanitária, Ambiental e Epidemiológica), 03 Unidade Móvel Terrestre, 02 Unidade de Nível Pré-Hospitalar na área de urgência.

A escolha dos dois municípios ocorreu por amostragem intencional combinada a critérios de exequibilidade e relevância assistencial para a regionalização da saúde. A intencionalidade analítica pautou-se na oportunidade de contrapor a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um centro urbano da região metropolitana à de um município polo do interior.

O primeiro município, situado na Região Metropolitana, foi selecionado por constituir um importante polo populacional do estado, apresentando alta densidade demográfica e expressiva demanda sobre os serviços especializados. O segundo município, localizado no interior, foi incluído por sua função estratégica na governança regional da saúde, atuando como município referência da Regional de Saúde – Norte, exercendo papel indutor na pactuação e na articulação da rede na região. Como critério complementar de inclusão e viabilidade operacional, considerou-se a anuência formal das secretarias municipais de saúde envolvidas e a efetiva garantia de acesso aos registros documentais para o cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Destaca-se nessa pesquisa os CAPS como locais para coleta dos dados de prontuários dos usuários em comportamento suicida: CAPS II, CAPS AD e CAPSij (município 1) e CAPS I e CAPS AD (município 2). No contexto da saúde, o prontuário do usuário é um documento construído colaborativamente a partir das informações registradas pelos profissionais da equipe multiprofissional acerca dos aspectos físicos, mentais e sociais do caso, bem como das práticas profissionais de cuidado ao usuário atendido no serviço, o que justifica sua utilização para a produção de dados desta pesquisa^{11,12}.

Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade (sob parecer nº 5.462.461) e das Prefeituras municipais envolvidas, iniciou-se a coleta de dados. As pesquisadoras compareceram a cada um dos CAPS nos horários previamente combinados com as equipes para apresentação da proposta de pesquisa. Mediante aceitação das equipes, solicitou-se que cada uma delas indicassem aos menos dois casos marcantes de pessoas em comportamento suicida atendida no serviço, para análise qualitativa de seus prontuários.

LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Sugeriu-se às equipes, como critério de seleção, que fossem indicadas situações assistenciais emblemáticas que tivessem mobilizado fortemente o planejamento terapêutico do serviço devido à sua complexidade.

Especificamente no CAPSij do município 1, foi solicitada a indicação de quatro casos – dois correspondentes à infância e dois à adolescência. As pesquisadoras orientaram que indicassem dentre os casos marcantes para a equipe: um caso com desfecho⁵ satisfatório – estabilização do quadro de crise – e um caso com desfecho não satisfatório – instabilidade frequente do estado clínico –, considerando os modos de acolhimento, as ofertas de cuidados, as ações desenvolvidas, as dificuldades no manejo e o seguimento do caso. Destaca-se que os desfechos foram definidos com base no julgamento clínico e institucional das próprias equipes.

Foram analisados 12 prontuários (oito do município 1 e quatro do município 2). Os dados foram coletados presencialmente nos CAPS, sendo realizada a transcrição dos registros dos prontuários por meio de dispositivos eletrônicos – tablet e computador. Foram gerados arquivos de texto individuais de cada um dos casos para posterior análise utilizando a técnica de análise temática de conteúdo.

Vale destacar que para garantir a anonimização dos usuários, todos os nomes reais – tanto dos(as) usuários(as) como dos profissionais – foram substituídos por pseudônimos e os dados institucionais ou registros numéricos de identificação foram integralmente suprimidos. A confidencialidade das informações foi assegurada por meio do armazenamento dos dados coletados em arquivos digitais de acesso restrito exclusivamente às pesquisadoras responsáveis, assumindo-se o compromisso formal de não utilização das informações para fins alheios aos objetivos deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No quadro 1 tem-se a identificação dos casos destacados pelas equipes. Os quadros 2 e 3 apresentam as características sociodemográficas dos usuários indicados pelos municípios 1 e 2. No quadro 4, consta a categorização das informações contidas nos prontuários sobre as ofertas de cuidado e as justificativas para classificação do caso pelas equipes como tendo

⁵ Embora os desfechos típicos¹⁴ sejam a cessação dos sintomas, a piora clínica (intensificação dos sintomas) e a mortalidade, neste trabalho, também foram considerados como possíveis desfechos: a continuidade do acompanhamento no CAPS, a interrupção ou abandono do tratamento (por parte do usuário), a alta do serviço e/ou a indicação do usuário pelo serviço para cuidado por outro ponto da rede de atenção psicossocial.

LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

desfecho satisfatório ou não satisfatório. Na sequência, apresenta-se a descrição resumida das similaridades e diferenças entre os casos quanto aos estressores psicossociais e/ou às condições clínicas apresentadas nos prontuários, seguidas das discussões teóricas.

Quadro 1 – Identificação dos casos de acordo com o desfecho, serviço e município

Serviço	Desfecho satisfatório		Desfecho não satisfatório	
	Município 1	Município 2	Município 1	Município 2
CAPS ad	Ivo	Bernardo	Rodolfo	Olavo
CAPS I	-	Eloá	-	Diana
CAPS II	Wagner	-	Ingrid	-
CAPSij – Infância	Igor	-	Lázaro	-
CAPSij – Adolescência	Kamila	-	Jéssica	-

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 2 - Características sociodemográficas dos usuários indicados do Município 1

Classificação do caso	Nome	Idade	Ciclo de Vida	Serviço	Raça/Cor	Estado Civil	Hipótese Diagnóstica/CID
Desfecho satisfatório	Igor	09 anos	Infância	CAPSij	Negro	Solteiro	F90 + F70
	Kamila	19 anos	Adolescência	CAPSij	Branca	Solteira	F31 + F41
	Wagner	48 anos	Idade Adulta	CAPS II	Pardo	Divorciado	F33.3
	Ivo	60 anos	Idoso	CAPSad	Pardo	Divorciado	F10.3 + F32.2
Desfecho não satisfatório	Lázaro	06 anos	Infância	CAPSij	Pardo	Solteiro	F20 + F90
	Jéssica	18 anos	Adolescência	CAPSij	Parda	Solteira	F60.3 + F33
	Ingrid	24 anos	Idade Adulta	CAPS II	Branca	Solteira	F60 + F33 + F10
	Rodolfo	25 anos	Idade Adulta	CAPSad	Branco	Solteiro	F31 + F19 + F10.2 + F60.3

Fonte: Elaborado pelas autoras

LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Quadro 3 - Características sociodemográficas dos usuários indicados do Município 2

Classificação do caso	Nome	Idade	Ciclo de Vida	Serviço	Raça/Cor	Estado Civil	Hipótese Diagnóstica/CID
Desfecho satisfatório	Eloá	22 anos	Idade Adulta	CAPS I	Não especificado	Solteira	E31 + F60.9 + F31.6
	Bernardo	29 anos	Idade Adulta	CAPS AD	Não especificado	Solteiro	F06.3 + F19
Desfecho não satisfatório	Diana	52 anos	Idade Adulta	CAPS I	Não especificado	Solteira	F71
	Olavo	24 anos	Idade Adulta	CAPS AD	Não especificado	Solteiro	F12+ F41

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 4 – Categorização das ofertas de cuidado e classificação do caso, de acordo com o município

Categoria	Desfecho satisfatório		Desfecho não satisfatório	
	<i>Município 1</i>	<i>Município 2</i>	<i>Município 1</i>	<i>Município 2</i>
Ofertas de cuidado	Atendimento Individual	Atendimento Individual	Atendimento Individual	Atendimento Individual
	Atendimentos multiprofissionais	Atendimentos multiprofissionais	Atendimentos multiprofissionais	Atendimentos multiprofissionais
	Atividades coletivas/grupais		Atividades coletivas/grupais	Atividades coletivas/grupais
	Atendimento familiar		Atendimento familiar	Atendimento familiar
	Discussão do caso internamente ao serviço	Discussão do caso internamente ao serviço	Discussão do caso internamente ao serviço	
	Matriciamento junto à APS e ao hospital		Matriciamento junto à APS e ao hospital	
	Articulação intersetorial – escola/APAE/Conselho Tutelar/SINE	Articulação intersetorial	Articulação intersetorial – escola/APAE/Conselho Tutelar/SINE	
	Realização de busca ativa – via visita domiciliar e/ou contato telefônico		Realização de busca ativa – via visita domiciliar e/ou contato telefônico	
	Encaminhamentos para Pronto Socorro/SAMU		Encaminhamentos para Pronto Socorro/SAMU	
	Orientações na crise – pronto-socorro do hospital e CVV		Orientações na crise – pronto-socorro do hospital e CVV	
	Dispensação de medicamento	Dispensação de medicamento	Dispensação de medicamento	Dispensação de medicamento
	Atendimento remoto			

LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Justificativas de classificação do caso	Adesão às ofertas terapêuticas do CAPS		Não adesão às ofertas de cuidado do CAPS/ Resistência ao tratamento	
	Participação em atividades no território sugeridas pelo CAPS		Não participação em atividades no território sugeridas pelo CAPS	
	Vinculação à equipe		Falta de cumprimento das regras do CAPS	
	Suporte familiar	Suporte familiar	Falta de suporte familiar e outras redes de apoio	Falta de suporte familiar e outras redes de apoio
	Inserção no mercado de trabalho	Inserção no mercado de trabalho		
	Entrada na universidade	Entrada na universidade		
	Presença de planos de futuro			
	Continuidade de cuidados na APS		Dificuldade de continuidade do cuidado por outro serviço de saúde	
			Dificuldades quanto ao manejo dos sintomas e instabilidades do quadro	Dificuldades quanto ao manejo dos sintomas e instabilidades do quadro
	Estabilização e remissão dos sintomas	Estabilização e remissão dos sintomas	Forte ideação suicida e óbito por suicídio	Forte ideação suicida e óbito por suicídio

Fonte: Elaborado pelas autoras

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Em conformidade com a literatura sobre fatores de risco ao suicídio, os prontuários apresentam uma variedade de estressores psicossociais vivenciados por pessoas em comportamento suicida atendidas em CAPS^{14,15,16,17}. Destacam-se marcadores de diferentes naturezas, sejam individuais, sociais, psicológicos, familiares, sejam de distanciamento social, dificuldades para acessar o serviço, etc. No que se referem às semelhanças dos estressores psicossociais e/ou às condições clínicas entre os casos selecionados pelas equipes, tem-se: tristeza, angústia, desespero, desânimo, irritabilidade, agressividade, ansiedade, autolesão, desamparo, histórico de violência, medo, sentimento de solidão – poucas interações sociais e/ou isolamento social, ideação e/ou tentativa de suicídio, histórico de internações psiquiátricas, conflitos familiares e baixa autoestima.

Quanto às diferenças, referem-se à hipótese diagnóstica e às singularidades das histórias de vida dos usuários, a exemplo de como foram experienciados episódios de violência, ou especificidades relacionadas à idade, gênero, condição socioeconômica, estado civil, raça/cor, como vivências de racismo, perda de funcionalidade, traição conjugal e dificuldades financeiras.

Nota-se ainda, que os estressores psicossociais apresentados se associam ao perfil de cada serviço, para além de variarem conforme a idade: o desemprego é frequentemente referido pelos adultos, o bullying por crianças e adolescentes, o uso abusivo de álcool e outras drogas pelos usuários que frequentam o CAPS ad, as vivências de alucinações com vozes depreciativas e de comando entre os casos atendidos no CAPS I e II. Destacam-se também, algumas outras situações agravantes ao comportamento suicida referidas entre os casos marcantes: insônia, perdas de pessoas importantes, saudade dos filhos, sentimento de culpa em relação ao passado, vulnerabilidade social, separação conjugal, dificuldade de aceitação de sua orientação sexual por familiares.

Quanto à oferta de cuidados e classificação dos desfechos, observa-se que o município 1, por ser de maior porte e apresentar melhor cobertura de serviços e equipes que o 2, disponibiliza maior diversidade de ações que são realizadas dentro e fora do serviço. Contudo, apesar da importância e da diversidade das ofertas por esse município, como práticas grupais, matriciamento, articulações intersetoriais, visita domiciliar, dentre outros, apresentam-se, aparentemente, pouco sustentadas nas necessidades específicas da população atendida – como o racismo, as violências, a falta de recursos básicos de subsistência – de

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

modo que as ofertas são padronizadas para todos os casos que chegam aos serviços. Ou seja, a oferta não se diferencia entre os casos considerados com desfecho satisfatório e os com desfecho não satisfatório. O município 2, por sua vez, apresenta uma oferta de cuidados muito mais restrita, a qual se diferencia entre os casos com desfecho satisfatório e não satisfatório. É o caso das articulações intersetoriais e das discussões do caso entre a equipe do serviço para as situações com desfecho satisfatório.

Este resultado convoca uma reflexão sobre a organização do processo de trabalho nos CAPS, sobre os modos de planejar e realizar o cuidado, sobre os problemas de adequação da oferta de cuidados ao perfil de necessidades e demandas e sobre a ausência de uma cultura de pesquisa e avaliação contínua nos serviços acerca dos procedimentos e resultados alcançados. No caso dos municípios participantes, a relação entre a oferta padronizada/diversificada de cuidados e desfechos satisfatórios/não satisfatórios poderia ser alvo de maiores investigações pelas equipes e das ações de Educação Permanente em Saúde, especialmente em se tratando de pessoas em comportamentos suicidas, demandantes de cuidados longitudinais, contínuos e de longa duração.

A fragilidade do processo de avaliação em saúde traz como uma de suas consequências a falta de ajuste do acolhimento, do planejamento de cuidados, de definição de condutas clínicas e de linhas de cuidado aos diferentes perfis de usuários e contextos em que estão inseridos. Em relação ao comportamento suicida, os esforços acadêmicos têm se concentrado em identificar coeficientes de mortalidade, perfil epidemiológico e possíveis fatores associados, monitorar condições de risco, determinar o grau de vulnerabilidade para o suicídio, geralmente a partir de pressupostos universais. Ademais, seu manejo nem sempre está situado a uma realidade de sobrecarga de trabalho, de poucos recursos organizacionais e de insuficiente capacidade formativa das equipes observada na RAPS^{18,19,20,21}.

No Brasil, a diretriz do Ministério da Saúde desde 2006 tem sido direcionada limitadamente para a identificação precoce dos fatores de risco e para intervenções médicas, associadas ao uso de medicamentos – oferta de cuidado unanimemente presente para os casos de ambos os municípios pesquisados. Por esta razão, autores como Dahl e Dias¹⁶ destacam a importância de uma mudança paradigmática para se compreender as conjunturas que criaram as vulnerabilidades e realizar um “projeto abrangente, intersetorial que aborde não especificamente o ato do suicídio e suas circunstâncias imediatas, mas toda conjuntura

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

que culminou numa circunstância na qual a pessoa se vê sem horizonte, sem possibilidades” (p.58). Nessa direção, é preciso considerar as vulnerabilidades sociais como indicador de iniquidade e desigualdade social que antecede o risco e o determina²², o que convoca uma atuação focalizada e situada dos problemas e necessidades.

A partir dos prontuários analisados é inegável o empenho dos trabalhadores dos serviços pesquisados na tentativa de ofertar ações seguras, efetivas e humanizadas para pessoas em comportamento suicida: atendimento multiprofissional, atividades grupais, matriciamento, articulações intersetoriais, visita domiciliar, dentre outras. Contudo, não foi possível identificar nos prontuários como estes cuidados foram propostos e/ou ofertados, com registros restritos de falas dos usuários. Não há sinalização de como a equipe vai construindo uma proposta singularizada para cada usuário, se as ofertas vão ao encontro das necessidades, se é derivada do matriciamento junto às equipes da Atenção Primária que cobrem a área onde o usuário vive, do que foi visto em uma visita domiciliar ou pelo contato que o profissional teve com os espaços onde as pessoas vivem e têm seus direitos por vezes violados.

A literatura tem destacado que as ofertas de cuidado formatadas a priori acabam por se fixar na regularidade das situações, impondo olhares e fazeres que não se relacionam ao sujeito real em sua particular variabilidade. Consequentemente, torna-se pouco eficaz, já que não acessa o singular de cada um^{23,24}. Para Campos²³ (p.5) “situações semelhantes do ponto de vista classificatório podem incidir de forma diferenciada conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada sujeito”. Trata-se assim, de escapar à perspectiva de uma linha de montagem no tratamento dessas situações – por vezes referenciada em riscos escalonados – que iguala a oferta de um serviço a uma mulher preta, de 40 anos, em risco de suicídio, moradora de uma região com altos índices de pobreza, mãe solo de seis filhos, desempregada, a outra usuária parda, de 50 anos, também em risco de suicídio, residente em outra região com muitas vulnerabilidades, casada, vítima de violência doméstica, para uma linha de cuidado sustentada nas necessidades singulares dessas pessoas em sofrimento, que naquele momento estão limitadas em sua capacidade de contratualidade e condições de constituição de redes²⁵.

Pesquisa realizada por Botega¹⁵ com dois grupos de pessoas que tentaram suicídio, indica que o grupo que recebeu por parte dos profissionais visitas domiciliares e telefonemas

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

regulares, além do tratamento usual – encaminhamentos para a rede de saúde mental - apresentou dez vezes menos atos suicidas, em comparação ao grupo ao qual foi ofertado apenas encaminhamentos para rede de saúde mental, mostrando a importância de uma relação próxima sujeito/usuário-sujeito/profissional que assegure o amparo desse usuário em momentos de sofrimento e no exercício de seus direitos por uma vida digna.

Nessa direção, a indicação de participação em um determinado grupo, por exemplo, deve fazer sentido para um usuário em específico, se apresentando a ele como possibilidade de invenção conjunta de novos modos de viver, e não simplesmente fazer sentido para o profissional no atendimento a pessoas em comportamento suicida com pouca sociabilidade, pelo ajuntamento de pessoas no mesmo espaço. Ou ainda, que um trabalho em equipe multiprofissional, via matriciamento ou a partir de reunião entre setores, por exemplo, não se dê pelo somatório das ações de cada profissional, serviço ou setor, com papéis hierárquicos e rígidos²⁴, mas que a atuação seja efetivamente colaborativa e afetiva, sustentada no fazer conjunto pela expansão das possibilidades de vida. O que não pôde ser detectado na análise dos prontuários.

Ferigato et al.²⁶ alertam quão fundamental é que o cuidado a essas pessoas não seja feito somente pelos serviços de saúde mental, sendo imprescindível a construção de uma rede de suporte extra CAPS. As autoras mencionam que essa rede pode ser constituída na articulação com outros serviços de saúde, e fora deles, de forma intersetorial, abrangendo atividades de esportes, cultura, lazer, assistência social e o que mais fizer sentido na vida daquele sujeito. O próprio Ministério da Saúde²⁷ reitera a importância da inserção em atividades comunitárias, nas associações de bairro ou outras instituições existentes na comunidade, objetivando as trocas sociais e a integração dos usuários com a comunidade e sociedade em geral, como um meio de cuidado em saúde mental e, por consequência, às pessoas em comportamento suicida.

Ferreira et al.²⁸ nomeiam essa mobilização de tutela autonomizadora, que consiste na busca pela produção de movimentos junto aos usuários no território, “no qual o agir vivo de um [profissional] dispara produção de vida no outro [usuário]”, na contramão de uma tutela, por vezes presente em ofertas engessadas, que gera dependência e por consequência, limita as possibilidades inventivas de vida, indispensáveis às pessoas em comportamento suicida.

Assim, na perspectiva de cuidado psicossocial, ampliado, com corresponsabilização,

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

a classificação dos casos presente nesse estudo com desfecho satisfatório ou não satisfatório sustentada predominantemente na participação ou não das famílias, na adesão ou não dos usuários às prescrições das equipes, em um processo de individualização da questão e responsabilização/culpabilização do usuário e sua família pelo sucesso ou não do tratamento deve ser alvo de questionamento. A centralidade do cuidado no sujeito pressupõe corresponsabilizar-se com ele e não delegar a responsabilização apenas ao usuário e sua família pelo comportamento suicida e pelo sucesso ou fracasso da intervenção.

Segundo Bertolozzi et al.²², a adesão não se reduz a um ato de vontade pessoal, ela depende de vários fatores que envolvem a vida e o cotidiano das pessoas – como os diversos estressores psicossociais e as condições clínicas indicadas nos resultados – a organização dos processos de trabalho, a acessibilidade aos cuidados de saúde, condições de vida e de trabalho. Apesar de não ter sido possível apreender a partir dos prontuários analisados, de acordo com Onocko-Campos et al.²⁹ é comum os usuários dos CAPS fazerem referência à pouca participação nos processos decisórios de seus planos terapêuticos, às limitadas informações obtidas sobre seu tratamento, às dificuldades em conversarem com o médico e entenderem a linguagem dos profissionais de saúde, o que pode representar um obstáculo à adesão.

No âmbito do comportamento suicida, o modo como essa não adesão é entendida e manejada pelas equipes, se limitada à ideia de falta de interesse e responsabilidade do usuário e de sua família, ou se compreendida de modo mais contextualizado, pode significar o fortalecimento desse sujeito na vida ou ampliação de sua vulnerabilização, por se sentirem culpabilizados e mais solitários, aumentando as dificuldades em expor suas dores³⁰. Dessa forma, entender e acolher as motivações da não adesão do usuário e famílias às propostas de cuidado, no sentido de utilizá-las para avaliação e reorganização dos processos de trabalho e, por consequência, para recondução de propostas terapêuticas, é imprescindível para se obter resultados que sejam, de fato, satisfatórios e bem sucedidos³¹.

Com base no que foi apresentado, se reconhece que a construção de linhas de cuidado integral às pessoas em comportamento suicida envolve o reconhecimento das iniquidades em saúde e vulnerabilidades psicossociais que atingem determinados grupos populacionais, a detecção de fatores prejudiciais à saúde mental nos territórios, a construção de vínculo longitudinal do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, o desenvolvimento de capacidades

LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

técnicas e habilidades nas equipes multiprofissionais para o manejo culturalmente sensível à diversidade cultural de grupos e populações, o enfrentamento das fragilidades estruturais dos serviços da RAPS, mas, especialmente, promover uma compreensão interseccional do sofrimento psíquico e do comportamento suicida a partir dos marcadores sociais de classe social, raça, gênero e sexualidade^{32,33,34}.

Dessa forma, uma linha de cuidado integral e equânime às pessoas em comportamento suicida deve se constituir a partir de uma pactuação entre diversos atores sociais, em especial aqueles à frente de serviços e recursos assistenciais, já que envolve, necessariamente, frequentes reorganizações dos processos de trabalho e das relações sociais como um todo³⁵. Sabe-se que um dos grandes problemas a ser enfrentado na RAPS, por exemplo, é a subnotificação do marcador raça/etnia nos registros dos serviços. Foi o que aconteceu nos dados dos prontuários no município 2. Nesse sentido, a busca de um cuidado equânime, abrangente e adequado às necessidades singulares dos sujeitos, requer pactuações entre várias instâncias, atores de cuidado e setores da sociedade, requer a presença mais sistemática e regular dos profissionais nos territórios, requer garantias institucionais de tempo, autonomia e participação dos trabalhadores nos processos decisórios, dentre outras condições de trabalho.

Assim, os resultados deste estudo alertam para a necessidade de ampliar os níveis de sensibilização, de reflexão crítica e de abrir espaços institucionais nos CAPS para debater sobre a produção de sofrimento psíquico na atualidade e o impacto das iniquidades sociais nos comportamentos suicidas, sobre a existência de vidas precarizadas e a racialização do suicídio no país³⁷. Uma linha de cuidado antimanicomial, antirracista, interseccional e culturalmente sensível, constitui-se em um dispositivo potente de ruptura da lógica manicomial, serializada e racista ainda presente em nossa sociedade e nos serviços de saúde em direção à construção de políticas públicas e ao reposicionamento do campo da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica Brasileira^{37,38,39,40}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que a gestão do cuidado a pessoas em comportamento suicida nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ainda enfrenta desafios estruturais e conceituais expressivos. Embora existam esforços das equipes na oferta de ações

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

diversificadas, sobressai uma tendência à padronização das condutas assistenciais e à sustentação dos desfechos — satisfatórios ou não — a partir da adesão ou resistência dos usuários e de suas famílias às prescrições institucionais. Esse processo reduz a complexidade do fenômeno a um plano individual, desconsiderando a centralidade dos determinantes sociais na produção do sofrimento psíquico.

Para que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) avance em direção ao cuidado integral, faz-se urgente superar o manejo estritamente sintomático ou centrado no aparato farmacológico. Torna-se imperativo fortalecer linhas de cuidado antimanicomial, antirracistas, interseccionais e territorialmente conectadas, capazes de acolher as singularidades de raça, classe, gênero e sexualidade que atravessam as trajetórias de vida e a precarização da existência. Isso demanda a garantia de espaços institucionais de Educação Permanente em Saúde e o fortalecimento das condições de trabalho das equipes multiprofissionais.

Por fim, aponta-se como limitação deste trabalho a análise restrita aos registros em prontuários, os quais frequentemente omitem a perspectiva dos sujeitos e os marcadores sociais de vulnerabilidade. Recomenda-se que investigações futuras incorporem a escuta qualitativa e direta de usuários, familiares e trabalhadores da rede, aprofundando a compreensão sobre os sentidos do cuidado, as barreiras de acesso e as estratégias de fortalecimento da vida no cotidiano da atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

1. Dassoler VA, Palombini AdeL. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saude Debate* 2020; 44(spe3):278–291. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E323>
2. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. WHO; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (Boletim Epidemiológico 33). Brasília: Ministério da Saúde; 2021. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

4. Chinazzo ÍR, Lobato MIR, Nardi HC, Koller SH, Saadeh A, Costa AB. Impacto do estresse de minoria em sintomas depressivos, ideação suicida e tentativa de suicídio em pessoas trans. *Cien Saude Colet* 2021; 26:5045–5056. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.28532019>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 60 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.
6. Cescon LF, Capozzolo AA, Lima LC. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde Soc* 2018; 27(1):185–200. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170376>
7. Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Miranda CES, Frota KMG. Ideação suicida e fatores associados entre escolares adolescentes. *Rev Saude Publica* 2020; 54:33. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001637>
8. Stoppa RG, Wanderbroocke ACN de S, Azevêdo AV dos S. Profissionais de Saúde no Atendimento ao Usuário com Comportamento Suicida no Brasil: Revisão Sistemática. PSSA [Internet]. 26º de fevereiro de 2021 [citado 14º de abril de 2025];. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/752>
9. Stoppa RG, Wanderbroocke ACN de S, Azevêdo, AV dos S. Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Psicol Saúde* 2020; 12(4):65-80. <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1065>
10. Dias MK (Org). *Políticas de saúde mental: desafios no Brasil pós-pandemia*. Curitiba: CRV; 2022. 230 p.
11. Gualdani FA, Galvão MCB. Perspectivas da ciência da informação sobre o prontuário do paciente [Internet]. InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação. 2020; 11(2): 142-161.[citado 2025 abr. 14] Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v11i2p142-161>
12. Bombarda TB, Joaquim RHVT. Registro em prontuário hospitalar: historicidade e tensionamentos atuais. *Cad saúde colet* [Internet]. 2022 Apr; 30(2):265–73. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020116>
13. Ferreira JC, Patino CM. Tipos de desfecho em pesquisa clínica. *J Bras Pneumol* 2017; 43(1): 5-5. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000021>
14. Renemane L, Kivite-Urtane A, Rancans E. Suicidality and Its Relation with Physical and Mental Conditions: Results from a Cross-Sectional Study of the Nationwide Primary Care Population Sample in Latvia. *Medicina* 2021; 57(9): 970. <https://doi.org/10.3390/medicina57090970>

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

15. Botega NJ. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed; 2022.
16. Dahl CM, Dias MK. Suicídio, Prevenção e Promoção à Saúde. In Dias MK (Org). *Políticas de saúde mental: desafios no Brasil pós-pandemia*. Curitiba: CRV; 2022. 230 p.
17. Figueiredo DCMM de, Sánchez-Villegas P, Figueiredo AM de, Moraes RM de, Daponte-Codina A, Schmidt Filho R, et al. Effects of the economic recession on suicide mortality in Brazil: Interrupted time series analysis. *Rev Bras Enferm* 2022; 75(Suppl 3): e20210778. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0778>
18. Baldaçara L, Calfat EL de B, Périco C de A-M, Rocha GA da, Leite V da S, Porto DM, Grudtner RR, Diaz AP, Meleiro AMA da S, Silva Filho HC da, Tung TC, Quevedo J, da Silva AG. Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: fatores de risco e de proteção: tradução revisada e ampliada de: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994>. *Debates Psiq* 2024; 14:1–32. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1256>
19. Lopes LOR, Jesus RSM, Souza, RSB de, Teodoro MLM. Fatores de risco e associados ao comportamento suicida no Brasil: uma revisão sistemática. *Tempus Psicol* 2023; 6(2). <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.6.2.4694.2023>
20. Silva DA da, Marcolan JF. Eventos de risco associados ao comportamento suicida. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2023; 56(1):e-198213. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.198213>
21. Rocha D de M, Cavalcante AK de CB, Oliveira AC de, Benício CDAV, Santos AMR dos, Nogueira LT. Contributions of health technologies in risk assessment for suicide behavior: an integrative review. *Rev Bras Enferm* 2021; 74:e20200205. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0205>
22. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF do, Guanillo MC de LTU, Pereira EG. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(spe2):1326–1330. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>
23. Campos GWS. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
24. Ribeiro SP, Cavalcanti M de LT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020May;25(5):1799–808. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
25. Caetano JRdeOC, Teixeira AMR. Acompanhamento terapêutico: considerações sobre uma clínica a céu aberto. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.* [Internet]. 2021 Ago [citado 2025 Abr 14]; 14(2): 1-24. Disponível em:

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202021000200008&lng=pt. <https://doi.org/10.36298/gerais202114e16307>.

26. Ferigato S, Onoko-Campos RT, Ballarin MLGS. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Rev Psicol UNESP* 2007; 6(1):31-44. <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/sabrinaferigato2007oatendime ntoacrise.pdf>
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
28. Ferreira TP da S, Sampaio J, Souza AC do N, Oliveira DL de, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(61):373–384. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>
29. Onocko-Campos RT, Passos E, Palombini A de L, Santos DVD dos, Stefanello S, Gonçalves LLM, Andrade PM de, Borges LR. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Cien Saude Colet* 2013; 18(10):2889–2898. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000013>
30. Correia CM, Andrade ICS de, Gomes NP, Rodrigues GR dos S, Cunha KS da, Diniz NMF. Atenção psicossocial às pessoas com comportamento suicida na perspectiva de usuários e profissionais de saúde. *Rev Escol Enferm USP* 2020; 54:e03643. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019028803643>
31. Laranjeira C, Carvalho D, Valentim O, Moutinho L, Morgado T, Tomás C, Gomes J, Querido A. Therapeutic Adherence of People with Mental Disorders: An Evolutionary Concept Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>
32. Dantas ESO, Meira KC, Bredemeier J, Amorim KPC. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Cien Saude Colet* 2023; 28(5):1469–1477. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>
33. Bender MS, Sott MK, Gonçalves IF, de Freitas SM, Saraiva ES. A saúde da população LGBTQIA+ durante a pandemia da Covid-19: Revisão sistemática e análise de redes. *Cadernos GenDiv* [Internet]. 2022; 8(2):166-203. <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/49100>
34. Lima L, Navasconi PVP (Eds.). (Re) pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriepistêmicos. SciELO-EDUFBA; 2022.
35. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In Merhy EE et al. (Orgs). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2004.

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

36. de Oliveira CR, Oliveira MCN, Araújo LDLC, Liberato MTC, Barros JPP. Pode o pássaro voar sob o enlace da serpente? Sustentando a atenção psicossocial em meio às ruínas neoliberais. *ACENO-Rev de Antropol Centro-Oeste* 2024; 11(27):191-204.
37. Oliveira MCN, Soares VN, Liberato MTC. “A gente trata todo mundo igual”: onde fica a Inteseccionalidade no cuidado em saúde mental?. *Pretextos - Rev Graduação Psicol PUC Minas* 2024; 9(17):15-36. Recuperado de <https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/32676>
38. Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, Liberato MTC, Silva BÍ do B de M, Prado CL do C, Leão MVAS. Situação de saúde mental de comunidades tradicionais: marcadores sociais em análise. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam* 2022; 25(1):162–186. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n1p162.9>
39. Lima TA de S, Romagnoli RC. Racismo e saúde mental: uma cartografia do trabalho com famílias. *Psicol Soc* 2023; 35:e277147. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35e277147>
40. Borret RH, Silva MF da, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS de. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade : um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2020;15(42):2255. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2255>

Submetido em: 17/4/2025

Aceito em: 31/7/2026

Publicado em: 28/9/2026

Contribuições dos autores
Alexandra Iglesias: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, metodologia, administração do projeto, supervisão, design da apresentação de dados, redação do manuscrito original, redação - revisão e edição. Amanda Andreatta Roffes: Curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, design da apresentação de dados, redação - revisão e edição Schyrlei Viana da Silva: Curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, design da apresentação de dados, redação - revisão e edição. Magda Diniz Dimenstein: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, supervisão, design da apresentação de dados, redação - revisão e edição

**LINHAS DE CUIDADO AO COMPORTAMENTO SUICIDA: ANÁLISE DE CASOS
ACOMPANHADOS EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.	
Conflito de interesse:	Não há conflito de interesse.
Financiamento:	Não possui financiamento
Autor correspondente:	Alexandra Iglesias Universidade Federal do Espírito Santo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Centro de Ciências Humanas e Naturais Edifício Professor Lídio de Souza - Av. Fernando Ferrari, nº 514, Goiabeiras – Vitória/ES Brasil - CEP 29.075-910. leiglesias@gmail.com
Editora:	Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

