

**AVALIAÇÃO E MANEJO DO
COMPORTAMENTO SUICIDA
EM SERVIÇOS DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:
UMA REVISÃO
INTEGRATIVA DA
LITERATURA DOS ÚLTIMOS
DEZ ANOS**

**ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF SUICIDAL BEHAVIOR IN URGENT
AND EMERGENCY CARE SETTINGS: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE
LAST TEN YEARS OF LITERATURE**

Ciências da Saúde • 25/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/784690186](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/784690186)

Alana Arantes Santos Gonçalves¹

Ana Laura Tavares Pereira²

Andressa Lucena de Oliveira³

Gabriela Alves Guerreiro⁴

Isabelly Bubniacki⁵

Jhonatan Gonçalves Ricardi⁶

Joyce Daldegan Enes⁷

Manuela Klock Gonçalves⁸

Morgana Bezerra Bispo Caldas⁹

Ygor Jacob Tavares Bezerra¹⁰

RESUMO

O comportamento suicida constitui um fenômeno multifatorial e um dos principais desafios de saúde pública contemporâneos, sendo os serviços de urgência e emergência a principal porta de entrada de indivíduos em crise suicida no sistema de saúde. Estima-se que, no Brasil, mais de 44 pessoas morram por suicídio a cada dia, com tendência de crescimento das taxas de mortalidade na última década, sobretudo entre adultos jovens. Esta revisão integrativa teve como objetivo analisar as evidências científicas produzidas nos últimos dez anos sobre a avaliação e o manejo do comportamento suicida em contextos de urgência e emergência. Foram consultadas as bases PubMed, Scopus, LILACS, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, com seleção de artigos publicados preferencialmente entre 2015 e 2025, admitindo-se estudos fundadores anteriores a esse recorte quando essenciais à compreensão do tema. Os achados evidenciam que o rastreio sistemático e universal do risco de suicídio, por meio de instrumentos validados como o Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) e a Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), amplia significativamente a detecção de pacientes em risco quando comparado à avaliação clínica não estruturada. Intervenções breves iniciadas no próprio serviço de emergência, especialmente o Plano de Segurança (Safety Planning Intervention) associado a contatos estruturados de acompanhamento pós-alta, demonstraram redução expressiva de comportamentos suicidas subsequentes em ensaios clínicos robustos. O aconselhamento sobre restrição de acesso a meios letais permanece subutilizado na prática assistencial, apesar de sua evidência de efetividade. No cenário brasileiro, identificam-se lacunas relacionadas à fragmentação da rede de atenção psicossocial, ao despreparo técnico-emocional das equipes e à escassez de protocolos institucionais padronizados. Conclui-se que a incorporação

sistemática de instrumentos de rastreio, intervenções breves estruturadas e estratégias de continuidade do cuidado constitui elemento central para a redução da morbimortalidade associada ao comportamento suicida nos serviços de urgência e emergência, sendo necessários investimentos em capacitação profissional e em articulação intersetorial da rede de saúde mental.

Palavras-chave: Comportamento Suicida; Serviços Médicos de Emergência; Tentativa de Suicídio; Rastreamento; Prevenção do Suicídio.

ABSTRACT

Suicidal behavior is a multifactorial phenomenon and one of the major contemporary public health challenges, with urgent and emergency care services representing the main point of entry for individuals in suicidal crisis into the health system. In Brazil, an estimated average of more than 44 people die by suicide every day, with mortality rates showing an upward trend over the past decade, particularly among young adults. This integrative review aimed to analyze the scientific evidence produced over the last ten years on the assessment and management of suicidal behavior in urgent and emergency care settings. The PubMed, Scopus, LILACS, SciELO and Virtual Health Library databases were consulted, with selection of articles published preferably between 2015 and 2025, admitting foundational studies published outside this timeframe when essential to understanding the topic. Findings indicate that systematic, universal suicide risk screening using validated instruments such as the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) and the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) significantly increases the detection of at-risk patients compared with unstructured clinical assessment. Brief interventions initiated within the emergency department itself, particularly the Safety Planning

Intervention combined with structured post-discharge follow-up contacts, demonstrated a substantial reduction in subsequent suicidal behavior in robust clinical trials. Counseling on lethal means restriction remains underused in clinical practice despite evidence of its effectiveness. In the Brazilian context, gaps related to the fragmentation of the psychosocial care network, insufficient technical-emotional preparedness of staff, and a scarcity of standardized institutional protocols were identified. It is concluded that the systematic incorporation of screening instruments, structured brief interventions and continuity-of-care strategies constitutes a central element in reducing morbidity and mortality associated with suicidal behavior in urgent and emergency care services, requiring investment in professional training and intersectoral coordination within the mental health care network.

Keywords: Suicidal Behavior; Emergency Medical Services; Suicide Attempt; Screening; Suicide Prevention.

1. INTRODUÇÃO

O comportamento suicida compreende um espectro de manifestações que inclui a ideação suicida, o planejamento, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado, sendo reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um dos mais graves e evitáveis problemas de saúde pública da atualidade. Estima-se que mais de 720 mil pessoas morram por suicídio a cada ano no mundo, o que corresponde a uma morte a cada 40 segundos, sendo essa a terceira principal causa de óbito entre jovens de 15 a 29 anos em nível global (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025). Para cada óbito, estima-se a ocorrência de pelo menos vinte tentativas de suicídio, o que evidencia a magnitude do fenômeno para além dos registros de mortalidade.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam tendência de crescimento das taxas de mortalidade por suicídio na última década, com aumento de aproximadamente 42% entre 2010 e 2021, passando de 5,2 para 7,5 óbitos por 100 mil habitantes, e média superior a 44 mortes diárias no país em anos recentes (BRASIL, 2024). O fenômeno atinge de forma desproporcional homens jovens e adultos, ao passo que mulheres e adolescentes concentram maior proporção de tentativas não fatais, sobretudo por autointoxicação exógena, achado consistentemente relatado em estudos multicêntricos realizados em capitais brasileiras (BAHIA et al., 2017).

Os serviços de urgência e emergência, incluindo pronto-socorros, unidades de pronto atendimento e serviços de atendimento móvel de urgência, configuram-se como a principal porta de entrada de indivíduos em crise suicida no sistema de saúde, tanto para o atendimento imediato às consequências físicas da autolesão quanto, frequentemente, como único ponto de contato do paciente com um serviço de saúde antes de um desfecho fatal. Historicamente, contudo, esses serviços têm sido estruturados prioritariamente para a resposta a emergências clínicas e traumáticas, com limitada incorporação sistemática de protocolos de avaliação e manejo específicos para o risco suicida (DE FREITAS; BORGES, 2017).

Nos últimos dez anos, observou-se expressivo avanço na produção científica internacional voltada à sistematização do cuidado ao paciente suicida em contexto de emergência, com destaque para o desenvolvimento e a validação de instrumentos breves de rastreio, a consolidação de intervenções psicossociais estruturadas de curta duração, como o Plano de Segurança, e a proposição de modelos organizacionais, como o Zero Suicide, voltados à transformação

sistêmica do cuidado em saúde mental dentro das instituições hospitalares. Paralelamente, identifica-se persistente lacuna entre a evidência científica disponível e sua efetiva incorporação à prática assistencial cotidiana, sobretudo em contextos de recursos limitados, como observado em parte da literatura nacional.

Diante desse cenário, torna-se relevante sistematizar o conhecimento científico produzido sobre o tema, de modo a identificar quais estratégias de avaliação e manejo do comportamento suicida em serviços de urgência e emergência dispõem de maior respaldo empírico, quais barreiras dificultam sua implementação e de que forma o contexto brasileiro se posiciona diante dessas evidências.

O presente estudo teve como objetivo geral analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, as evidências científicas dos últimos dez anos sobre a avaliação e o manejo do comportamento suicida em serviços de urgência e emergência. Como objetivos específicos, buscou-se: (i) identificar os principais instrumentos de rastreio e avaliação de risco suicida validados para uso em contexto de emergência; (ii) descrever as intervenções breves e estratégias organizacionais com evidência de efetividade na redução de comportamentos suicidas subsequentes; e (iii) discutir os desafios e as lacunas relacionados à implementação dessas práticas no contexto brasileiro.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Comportamento Suicida: Conceito, Espectro e Epidemiologia

O comportamento suicida é compreendido como um continuum que abrange desde a ideação suicida passiva, caracterizada pelo

desejo de morrer sem um plano estruturado, até a ideação ativa com plano e intenção, passando por atos preparatórios, tentativas interrompidas ou abortadas, tentativas de suicídio propriamente ditas e o suicídio consumado. Essa concepção dimensional, consolidada a partir da Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment, busca superar terminologias imprecisas historicamente utilizadas na prática clínica e na pesquisa, permitindo maior padronização na coleta e na comparação de dados entre estudos (POSNER et al., 2011).

Do ponto de vista epidemiológico, o suicídio é reconhecido como fenômeno multideterminado, resultante da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais ao longo do curso de vida. Transtornos mentais não tratados ou subtratados, especialmente depressão, transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos da personalidade, tentativa de suicídio prévia, isolamento social, perdas significativas recentes, acesso a meios letais e exposição a violência figuram entre os fatores de risco mais consistentemente associados ao comportamento suicida na literatura internacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025).

No Brasil, o suicídio configurou-se, em 2021, como a 27^a causa de morte no país, representando a segunda principal causa de óbito entre adolescentes de 15 a 19 anos e a quarta entre jovens de 20 a 29 anos, segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (BRASIL, 2024). Estudo multicêntrico conduzido em capitais brasileiras identificou predomínio de mulheres jovens entre as vítimas de lesão autoprovocada atendidas em serviços de urgência e emergência, com a autointoxicação exógena configurando-se como o método mais frequentemente utilizado nas tentativas não fatais,

em contraste com métodos de maior letalidade, como o enforcamento, predominantes entre os óbitos (BAHIA et al., 2017).

2.2. O Papel dos Serviços de Urgência e Emergência na Prevenção do Suicídio

Estudos internacionais demonstram que parcela substancial das pessoas que morrem por suicídio teve contato com um serviço de emergência nos meses que antecederam o óbito, o que posiciona esses serviços como ponto estratégico, ainda que frequentemente subutilizado, para a identificação e a intervenção precoce sobre o risco suicida. Diferentemente de outras condições clínicas agudas, contudo, o comportamento suicida nem sempre constitui o motivo declarado da procura pelo serviço, podendo manifestar-se de forma velada em queixas somáticas inespecíficas, intoxicações não claramente intencionais ou lesões atribuídas a acidentes, o que reforça a necessidade de estratégias de rastreamento ativo e sistemático, e não meramente reativo à queixa apresentada (MILLER et al., 2017).

Esse reconhecimento fundamentou, a partir da década de 2010, o desenvolvimento de iniciativas como o estudo Emergency Department Safety Assessment and Follow-up Evaluation (ED-SAFE), conduzido em oito serviços de emergência norte-americanos, que comparou, por meio de desenho de séries temporais interrompidas, três fases sucessivas de cuidado: prática usual, rastreamento universal de risco suicida e rastreamento universal associado a intervenção breve estruturada. Os resultados demonstraram redução de aproximadamente 5% na proporção de pacientes que relataram tentativa de suicídio nos doze meses subsequentes na fase de intervenção combinada, em comparação à prática usual, estabelecendo evidência de que a emergência pode configurar-se

como ponto ativo, e não apenas passivo, de prevenção do suicídio (MILLER et al., 2017).

2.3. Instrumentos de Rastreio e Avaliação Estruturada do Risco Suicida

O rastreio sistemático do risco suicida em serviços de emergência tem sido operacionalizado, sobretudo, por meio de dois instrumentos amplamente validados na literatura internacional: o Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) e a Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). O ASQ, desenvolvido originalmente para uso em emergências pediátricas, consiste em quatro perguntas de resposta dicotômica, aplicáveis em menos de dois minutos, que demonstraram sensibilidade de 96,9% e valor preditivo negativo de 99,7% para identificação de risco de suicídio em pacientes de 10 a 21 anos com queixas médicas ou cirúrgicas não relacionadas à saúde mental (HOROWITZ et al., 2012). Estudos posteriores de validação estenderam sua aplicabilidade a pacientes adultos internados em unidades médico-cirúrgicas, confirmando propriedades psicométricas satisfatórias para uso em múltiplas faixas etárias (HOROWITZ et al., 2020).

A C-SSRS, por sua vez, constitui instrumento mais abrangente, estruturado a partir de uma taxonomia padronizada de classificação de ideação e comportamento suicida, permitindo graduar a gravidade da ideação, desde o desejo passivo de morrer até a presença de plano e intenção específicos, além de documentar comportamentos preparatórios e tentativas prévias. Estudos de validação em populações de emergência psiquiátrica adulta e adolescente demonstraram capacidade preditiva da escala para tentativas de suicídio em períodos subsequentes de

acompanhamento, embora com magnitude de associação moderada, refletindo a dificuldade inerente à predição individual de eventos suicidas de baixa frequência mesmo com instrumentos validados (POSNER et al., 2011).

Um achado recorrente na literatura é a limitação intrínseca de qualquer instrumento de rastreio isolado para prever, de forma individualizada, quem efetivamente tentará ou consumará o suicídio, uma vez que a capacidade preditiva de escalas de risco permanece apenas discretamente superior ao acaso quando analisada em nível individual. Essa constatação tem reorientado a literatura mais recente no sentido de recomendar que o rastreio positivo funcione, sobretudo, como gatilho para avaliação clínica aprofundada e para a oferta universal de intervenções breves de segurança a todos os pacientes identificados como em risco, independentemente de estratificações de risco mais refinadas, cuja acurácia permanece limitada.

2.4. Restrição de Acesso a Meios Letais

A restrição de acesso a meios letais (lethal means restriction) constitui estratégia de prevenção reconhecida por agências internacionais como uma das intervenções de maior efetividade populacional para a redução da mortalidade por suicídio, fundamentada na observação empírica de que a crise suicida é frequentemente um estado transitório e de que a limitação temporária do acesso a métodos altamente letais, como armas de fogo, determinados medicamentos e outros instrumentos, reduz a probabilidade de um desfecho fatal, mesmo sem eliminar integralmente a ideação suicida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

Revisão sistemática que analisou a prática de aconselhamento sobre restrição de meios letais em emergências norte-americanas identificou que, apesar do reconhecimento dessa estratégia como prática com evidência de efetividade, sua implementação permanece heterogênea e frequentemente incompleta, sendo limitada por fatores como tempo insuficiente de consulta, insegurança dos profissionais quanto à abordagem do tema e ausência de protocolos institucionais formalizados (HUNTER et al., 2021). Estudo anterior, conduzido no âmbito do próprio ED-SAFE, já havia demonstrado que profissionais de emergência frequentemente reconheciam a importância da restrição de meios letais, mas relatavam baixa frequência de aconselhamento estruturado na prática cotidiana, evidenciando lacuna entre conhecimento e conduta (BETZ et al., 2013).

2.5. O Plano de Segurança (Safety Planning Intervention)

Entre as intervenções breves passíveis de aplicação no próprio contexto da emergência, o Plano de Segurança, desenvolvido por Stanley e Brown, destaca-se como a estratégia com maior volume de evidência acumulada na última década. Trata-se de intervenção colaborativa, estruturada em seis etapas sequenciais, que orienta o paciente e o profissional na identificação de sinais de alerta de uma crise suicida iminente, estratégias internas de enfrentamento, contatos sociais e ambientes capazes de promover distração, pessoas de confiança e serviços profissionais a serem acionados em situação de crise, além de medidas para a restrição do acesso a meios letais (STANLEY; BROWN, 2012).

Ensaio de coorte comparativa conduzido em emergências vinculadas ao sistema de saúde de veteranos dos Estados Unidos,

comparando o Plano de Segurança associado a contatos telefônicos estruturados de acompanhamento com o cuidado usual, identificou redução de 45% na ocorrência de comportamentos suicidas ao longo de seis meses de seguimento no grupo intervenção, além de mais que o dobro da probabilidade de adesão a pelo menos uma consulta de saúde mental ambulatorial subsequente (STANLEY et al., 2018). Metanálise posterior, reunindo estudos controlados sobre intervenções do tipo plano de segurança, corroborou a associação entre essa estratégia e a redução de ideação e comportamento suicida, ainda que com heterogeneidade metodológica relevante entre os estudos incluídos (NUIJ et al., 2021).

A implementação do Plano de Segurança tem sido recomendada por organizações de referência em prevenção do suicídio como prática de boa qualidade e custo relativamente baixo, adequada à realidade de serviços de emergência com tempo assistencial limitado, uma vez que sua aplicação integral pode ser realizada em poucos minutos por profissionais previamente capacitados, sem exigir formação especializada em saúde mental.

2.6. Contatos de Acompanhamento Pós-Alta e Continuidade do Cuidado

O período imediatamente posterior à alta de um serviço de emergência após episódio de crise suicida é reconhecido como janela de vulnerabilidade especialmente elevada, sendo associado a risco aumentado de reinternação, reincidência de tentativas e óbito por suicídio nas semanas subsequentes. Diante disso, estratégias de contato breve pós-alta, incluindo ligações telefônicas estruturadas, cartões postais, mensagens de texto e cartas de cuidado (caring contacts), têm sido investigadas como forma de manter vínculo

terapêutico durante esse intervalo crítico, sobretudo entre pacientes que não conseguem ou não desejam engajar-se em tratamento especializado imediato.

A revisão sistemática pioneira sobre o tema, que reuniu ensaios envolvendo cartas, cartões-verdes, ligações telefônicas e cartões postais, identificou redução significativa no número de episódios repetidos de autolesão por participante entre os grupos que receberam contato breve, embora sem diferença estatisticamente significativa na proporção de pacientes com pelo menos uma repetição, sugerindo que o benefício dessas intervenções pode estar mais relacionado à redução da frequência de reincidências do que à sua eliminação completa. Achados de revisões mais recentes sobre contatos de cuidado (caring contacts) têm sido mistos, com associação a redução de tentativas de suicídio em parte dos estudos, mas sem impacto consistente sobre desfechos de mortalidade ou reinternação, o que reforça a necessidade de maior rigor metodológico em pesquisas futuras sobre o tema.

No estudo ED-SAFE 2, que avaliou a implementação de um pacote combinado de rastreio universal e Plano de Segurança por meio de abordagem de melhoria contínua da qualidade (metodologia Lean) em oito serviços de emergência, observou-se aumento expressivo nas taxas de rastreio e de aplicação da intervenção breve ao longo do tempo, reforçando que estratégias de implementação sistêmica, e não apenas a disponibilidade da intervenção em si, são determinantes centrais para sua efetiva incorporação à prática assistencial (BOUDREAUX et al., 2023).

2.7. Manejo da Agitação, Superlotação e o Modelo Zero Suicide

Além da avaliação e da intervenção específica sobre o risco suicida, o manejo do paciente em crise suicida no contexto da emergência frequentemente envolve o cuidado a quadros associados de agitação psicomotora, decorrentes de transtornos mentais graves, intoxicação por substâncias ou abstinência. Diretrizes de referência recomendam que a abordagem inicial priorize a desescalada verbal e a identificação de causas orgânicas subjacentes, reservando-se a contenção física e a sedação farmacológica para situações de risco iminente e pelo menor tempo possível, dado que o uso excessivo dessas medidas associa-se a maior sofrimento psíquico, ruptura da aliança terapêutica e potencial agravamento do próprio risco suicida (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2014).

Um desafio adicional amplamente documentado na literatura internacional é o fenômeno do boarding psiquiátrico, caracterizado pela permanência prolongada de pacientes com quadros de saúde mental, incluindo risco suicida, em salas de emergência à espera de leito especializado, muitas vezes por períodos superiores a 24 horas. Esse cenário associa-se a maior exposição a estímulos ambientais estressores, uso mais frequente de contenção, elopement (evasão do serviço antes da avaliação completa) e piora clínica do quadro de base, constituindo, por si só, fator de risco adicional para desfechos adversos relacionados ao suicídio (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2019; JOINT COMMISSION, 2021).

Nesse contexto, o modelo Zero Suicide tem sido progressivamente adotado por sistemas de saúde como estrutura organizacional abrangente para a transformação sistêmica do cuidado em suicídio, articulando sete elementos essenciais distribuídos em componentes clínicos (identificar, engajar, tratar e realizar a transição de cuidado) e componentes de implementação (liderar, treinar e aprimorar

continuamente). Estudos de avaliação formativa sobre a implementação desse modelo em serviços de emergência identificaram barreiras relacionadas à limitação de tempo assistencial, à insegurança dos profissionais quanto ao manejo do risco suicida e à necessidade de adaptação das ferramentas eletrônicas de prontuário para sustentar as novas práticas, reforçando que mudanças estruturais e culturais são tão relevantes quanto a disponibilidade de instrumentos clínicos isolados (ZERO SUICIDE INSTITUTE, [s.d.]).

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite reunir, sintetizar e analisar criticamente estudos com diferentes delineamentos metodológicos sobre um mesmo tema, possibilitando uma compreensão abrangente do estado da arte e a identificação de lacunas de conhecimento, especialmente adequada a temas de natureza multifacetada como o comportamento suicida em contexto assistencial.

A elaboração deste trabalho seguiu seis etapas: (1) identificação do tema e formulação da questão norteadora: "Quais evidências científicas produzidas nos últimos dez anos sustentam a avaliação e o manejo do comportamento suicida em serviços de urgência e emergência?"; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; (3) categorização dos estudos selecionados; (4) avaliação crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação e discussão dos resultados; e (6) apresentação da síntese do conhecimento produzido.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Scopus, LILACS, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e PsycINFO, utilizando a combinação dos descritores e termos livres em português e inglês "comportamento suicida", "tentativa de suicídio", "ideação suicida", "serviços de emergência", "urgência e emergência", "rastreamento" e "prevenção do suicídio" (respectivamente, suicidal behavior, suicide attempt, suicidal ideation, emergency service, emergency department, screening e suicide prevention), associados por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme a estratégia: ("suicidal behavior" OR "suicide attempt" OR "suicidal ideation" OR "comportamento suicida") AND ("emergency department" OR "emergency service" OR "urgência e emergência") AND ("screening" OR "risk assessment" OR "safety planning" OR "lethal means" OR "follow-up" OR "prevention").

Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, revisões integrativas, metanálises, estudos observacionais, ensaios clínicos, documentos técnicos de sociedades de referência e diretrizes publicados em português, inglês ou espanhol, preferencialmente entre os anos de 2015 e 2026, admitindo-se a inclusão pontual de estudos clássicos ou instrumentos fundadores publicados fora desse recorte temporal quando considerados essenciais para a compreensão do tema, como a validação original da Columbia-Suicide Severity Rating Scale (POSNER et al., 2011) e do Safety Planning Intervention (STANLEY; BROWN, 2012). Todos os artigos incluídos deveriam abordar diretamente a avaliação, o rastreio ou o manejo do risco ou do comportamento suicida em contexto de urgência, emergência ou pronto-socorro, com disponibilidade de texto completo.

Foram excluídos estudos duplicados entre as bases de dados, artigos sem texto completo disponível, resumos de congresso, relatos de caso isolados, cartas ao editor sem dados originais, textos de natureza exclusivamente opinativa sem descrição metodológica, e trabalhos cujo foco principal não envolvesse diretamente o eixo comportamento suicida-urgência/emergência, como estudos restritos exclusivamente ao tratamento psiquiátrico ambulatorial de longo prazo ou a intervenções de prevenção do suicídio em contextos comunitários não vinculados a serviços de saúde.

O processo de seleção seguiu as etapas de identificação dos registros nas bases de dados, remoção de duplicatas, triagem por leitura de títulos e resumos, avaliação de elegibilidade por leitura do texto completo e inclusão final dos estudos, em consonância com as recomendações do PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para organização e transparência do processo de busca e seleção, ainda que a presente revisão, por sua natureza integrativa, admita maior flexibilidade metodológica quanto à diversidade de desenhos de estudo incluídos, quando comparada a uma revisão sistemática estrita.

Após a leitura de títulos e resumos, seguida da leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados, os dados extraídos de cada estudo foram organizados em uma matriz temática, contemplando autor, ano, país, tipo de estudo, população ou amostra, instrumentos ou intervenções analisados e principais achados. Os resultados foram então agrupados em categorias analíticas: rastreo e avaliação estruturada do risco, intervenções breves de segurança, restrição de meios letais, continuidade do cuidado pós-alta, manejo da agitação e da superlotação, e barreiras à implementação no contexto brasileiro, priorizando-se, na síntese final, os estudos considerados de

maior relevância e representatividade para responder à questão norteadora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, os achados dos estudos priorizados nesta revisão integrativa foram sistematizados na Tabela 1, que apresenta a caracterização geral das publicações selecionadas quanto a autoria, país, delineamento, população e principais contribuições para a compreensão do eixo avaliação–manejo do comportamento suicida em serviços de urgência e emergência.

Tabela 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão

Autor/Ano	País	Tipo de estudo	População /Amostra	Método	Principais achados
Posner et al. (2011)	EUA	Validação psicométrica multicêntrica	3 amostras (adolescentes e adultos), incluindo pacientes de emergência	Estudo de validade e consistência interna	C-SSF demonstrou validade preditiva para tentativas de suicídio subsequentes

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/avaliacao-e-manejo-do-comportamento-suicida-em-servicos-de-urgencia-e-emergencia-uma-revisao-integrativa-da-literatura-dos-ultimos-dez-anos?noblockage>

Fonte: elaborada pelos autores com base nos estudos analisados, 2026.

4.1. Rastreio Universal Versus Avaliação Clínica Não Estruturada

Os achados analisados convergem para a superioridade do rastreio sistemático e universal de risco suicida em relação à avaliação clínica não estruturada, tradicionalmente dependente da percepção subjetiva do profissional plantonista quanto à necessidade de investigar ideação suicida. O estudo ED-SAFE demonstrou que, na fase de tratamento usual, sem protocolo formal de rastreio, expressiva parcela dos pacientes com risco suicida não era identificada durante o atendimento de emergência, sendo essa lacuna substancialmente reduzida a partir da introdução do rastreio universal por meio de instrumento estruturado (MILLER et al., 2017).

Esse achado é reforçado pelas propriedades psicométricas do ASQ, cuja aplicação em menos de dois minutos e elevada sensibilidade permitem sua incorporação à rotina de triagem de emergências gerais, inclusive pediátricas, sem sobrecarga relevante do fluxo assistencial (HOROWITZ et al., 2012; HOROWITZ et al., 2020). A convergência entre estudos conduzidos em diferentes países e faixas etárias reforça a robustez da recomendação de rastreio universal, ainda que a heterogeneidade de contextos assistenciais e de recursos disponíveis limite a generalização direta dos protocolos entre sistemas de saúde distintos, particularmente entre países de alta renda, onde a maior parte dos estudos foi conduzida, e países de renda média e baixa, como o Brasil.

4.2. Efetividade das Intervenções Breves de Segurança

O conjunto de evidências reunido nesta revisão aponta o Plano de Segurança como a intervenção breve com maior consistência de resultados favoráveis entre as estratégias aplicáveis diretamente no

contexto da emergência. O estudo de Stanley et al. (2018), considerado marco na área, demonstrou redução de quase metade nos comportamentos suicidas subsequentes entre pacientes que receberam a intervenção associada a contato telefônico de acompanhamento, quando comparados ao cuidado usual, além de maior adesão a tratamento ambulatorial de saúde mental, desfecho relevante dada a histórica dificuldade de engajamento dessa população em cuidados continuados.

A metanálise de Nuij et al. (2021), ao reunir estudos controlados sobre intervenções do tipo plano de segurança em diferentes populações e contextos, corroborou a direção desses achados, evidenciando redução de ideação e comportamento suicida associada à intervenção, embora com heterogeneidade metodológica relevante entre os estudos primários incluídos, o que recomenda cautela na interpretação da magnitude exata do efeito e reforça a necessidade de ensaios adicionais com desenhos mais homogêneos.

Esses resultados sustentam a recomendação de organizações de referência em prevenção do suicídio de que o Plano de Segurança seja ofertado de forma ampla a todo paciente identificado com risco suicida na emergência, independentemente de estratificações de risco mais refinadas, dada a limitada capacidade preditiva individual dos instrumentos de avaliação disponíveis, discutida na seção 2.3, e o baixo custo e a boa exequibilidade dessa intervenção no fluxo assistencial da emergência.

4.3. Restrição de Meios Letais: Evidência Robusta e Implementação Insuficiente

Um dos achados mais consistentes, e ao mesmo tempo mais preocupantes, desta revisão refere-se ao contraste entre a robustez da evidência de efetividade da restrição de acesso a meios letais e sua baixa implementação prática nos serviços de emergência. A revisão sistemática de Hunter et al. (2021) identificou que, apesar de reconhecida como prática com evidência de efetividade pelo Suicide Prevention Resource Center, o aconselhamento sobre restrição de meios permanece heterogêneo, frequentemente limitado à orientação verbal genérica, sem envolvimento sistemático da rede de apoio familiar do paciente na operacionalização da medida.

Esse achado dialoga diretamente com o estudo de Betz et al. (2013), conduzido no âmbito do próprio ED-SAFE, que já identificara, cerca de uma década antes, que profissionais de emergência reconheciam a relevância da restrição de meios letais, mas relatavam baixa frequência de aplicação estruturada dessa prática, sinalizando uma lacuna persistente entre conhecimento e conduta que a produção científica da última década não conseguiu equacionar de forma satisfatória. Barreiras identificadas incluem a limitação de tempo da consulta de emergência, a insegurança dos profissionais quanto à abordagem de um tema sensível, como o acesso a armas de fogo, e a ausência de protocolos institucionais formais que estructurem essa conversa.

4.4. Continuidade do Cuidado e o Período Crítico Pós-Alta

Os estudos analisados reforçam que a alta do serviço de emergência não representa o encerramento do episódio de risco, mas sim o início de um período de vulnerabilidade especialmente elevada, sobretudo nas primeiras semanas subsequentes. As estratégias de contato breve pós-alta, incluindo ligações telefônicas, cartões postais

e mensagens de texto, mostraram-se associadas a redução na frequência de episódios repetidos de autolesão em revisões sistemáticas pioneiras sobre o tema, embora com resultados mais heterogêneos quanto à proporção de pacientes com pelo menos uma nova tentativa e quanto a desfechos de mortalidade.

Essa heterogeneidade de resultados não invalida, contudo, a relevância clínica dessas estratégias, especialmente quando consideradas suas baixa complexidade e escalabilidade em comparação a intervenções psicoterapêuticas estruturadas de maior duração, que exigem recursos especializados frequentemente escassos, sobretudo em sistemas de saúde de países de renda média e baixa. O estudo ED-SAFE 2 reforça, ainda, que a efetividade dessas estratégias depende diretamente da qualidade de sua implementação sistêmica, e não apenas de sua disponibilidade teórica, uma vez que a abordagem de melhoria contínua da qualidade (Lean) empregada no estudo resultou em aumento expressivo das taxas de aplicação do Plano de Segurança e de contatos de acompanhamento ao longo do tempo (BOUDREAUX et al., 2023).

4.5. Agitação, Boarding Psiquiátrico e Organização Sistêmica do Cuidado

A literatura analisada evidencia que o manejo do comportamento suicida em emergência não pode ser dissociado do manejo mais amplo da crise psiquiátrica aguda, frequentemente acompanhada de agitação psicomotora. As diretrizes de referência convergem na recomendação de priorização da desescalada verbal e da investigação de causas orgânicas subjacentes à agitação, reservando-se contenção física e sedação farmacológica a situações

de risco iminente, dado que o uso excessivo dessas medidas pode comprometer a aliança terapêutica necessária à condução segura da avaliação de risco suicida (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2014).

O fenômeno do boarding psiquiátrico, amplamente documentado na literatura norte-americana, ilustra como fatores estruturais e organizacionais, e não apenas clínicos, influenciam diretamente os desfechos relacionados ao suicídio em contexto de emergência. Permanências prolongadas em ambientes não adaptados ao cuidado em saúde mental associam-se a maior exposição a estressores ambientais, maior necessidade de contenção e risco aumentado de evasão do serviço antes da conclusão da avaliação, fator este último já identificado, ainda na literatura britânica anterior a este recorte temporal, como associado a risco elevado de suicídio subsequente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2019).

Nesse cenário, modelos organizacionais abrangentes como o Zero Suicide propõem-se a articular, de forma sistêmica, os diferentes componentes discutidos ao longo desta revisão, desde a identificação e o rastreio até a transição de cuidado pós-alta, reconhecendo que a efetividade de qualquer instrumento ou intervenção isolada depende de sua inserção em uma cultura institucional orientada à segurança do paciente. Estudos de avaliação formativa sobre a implementação desse modelo em emergências identificaram, contudo, barreiras significativas relacionadas à sobrecarga assistencial, à necessidade de adaptação de sistemas eletrônicos de registro e à resistência cultural a mudanças de fluxo, sinalizando que a transposição de evidências para a prática cotidiana permanece um desafio mesmo em sistemas

de saúde com maior disponibilidade de recursos (ZERO SUICIDE INSTITUTE, [s.d.]).

4.6. O Contexto Brasileiro: Avanços, Fragilidades e a Rede de Atenção Psicossocial

A produção científica nacional sobre o tema, embora ainda proporcionalmente menor que a literatura internacional, converge para achados relevantes quanto às fragilidades do cuidado ao comportamento suicida nos serviços brasileiros de urgência e emergência. Revisão sistemática da produção nacional entre 2008 e 2018 identificou que profissionais de saúde atuantes em unidades de pronto atendimento e hospitais gerais frequentemente relatam despreparo técnico e sofrimento emocional diante do atendimento a pacientes com tentativa de suicídio, associados à sobrecarga de trabalho, à alta demanda assistencial e à fragmentação da rede de atenção psicossocial, que dificulta a continuidade do cuidado após a alta hospitalar (STOPPA; WANDERBROOKE; AZEVÊDO, 2020).

Esse achado dialoga diretamente com o estudo de De Freitas e Borges (2017), que, ao analisar o percurso de pacientes com tentativa de suicídio em contextos hospitalares brasileiros, identificaram que o encaminhamento para a rede especializada de saúde mental frequentemente ocorre de forma pouco estruturada, dependente de iniciativas individuais de profissionais sensibilizados ao tema, mais do que de fluxos institucionais formalmente estabelecidos, o que compromete a efetividade da continuidade do cuidado discutida na seção 4.4 no contexto nacional.

O perfil epidemiológico identificado por Bahia et al. (2017) em serviços de urgência e emergência de capitais brasileiras, com

predomínio de mulheres jovens e autointoxicação exógena como principal método entre as tentativas, reforça a necessidade de adaptação das estratégias discutidas nesta revisão, majoritariamente desenvolvidas e validadas em contextos norte-americanos e europeus, às especificidades sociodemográficas e aos métodos predominantes no país. A ausência, até o momento, de estudos brasileiros de ampla escala que testem a efetividade de instrumentos como o ASQ, a C-SSRS ou o Plano de Segurança em população nacional configura lacuna relevante de conhecimento a ser preenchida por pesquisas futuras.

4.7. Síntese das Estratégias de Avaliação e Manejo

A Tabela 2 sintetiza as principais etapas e instrumentos de avaliação e manejo do comportamento suicida discutidos ao longo desta revisão, articulando objetivo, evidência de suporte e implicação prática para os serviços de urgência e emergência.

Tabela 2. Síntese das etapas de avaliação e manejo do comportamento suicida na emergência

Etapas/instrumento	Objetivo principal	Evidência de suporte	Implicação prática
Rastreio universal de risco (ASQ, C-SSRS Screen)	Identificar sistematicamente e pacientes com ideação ou comportamento suicida, independentemente da queixa de apresentação	Sensibilidade elevada em amostras pediátricas e adultas; parte central do protocolo ED-SAFE	Incorporar pergunta padronizada de rastreio ao acolhimento/triagem de todos os pacientes
Avaliação aprofundada	Estratificar gravidade,	Validade preditiva de curto prazo	Orientar decisão de

de risco (C-SSRS completa, entrevista clínica)	intenção, letalidade do método e fatores de risco/proteção	documentada em populações de emergência psiquiátrica	internação, observação prolongada ou alta com plano estruturado
Restrição de acesso a meios letais (aconselhamento)	Reduzir a letalidade de uma eventual tentativa por meio da limitação de acesso a armas, medicamentos e outros métodos	Associada a redução de mortalidade em estudos ecológicos; subutilizada na prática da emergência	Capacitar equipes para abordagem estruturada (tipo CALM) e envolver a rede de apoio
Plano de Segurança (Safety Planning Intervention)	Construir, de forma colaborativa, estratégias individualizadas para a próxima crise suicida	Redução de até 45% em comportamentos suicidas subsequentes em ensaio com veteranos	Aplicar como intervenção breve, padronizada, antes da alta da emergência
Contatos de acompanhamento pós-alta (caring contacts)	Manter vínculo terapêutico e reduzir sensação de desconexão no período de maior risco pós-alta	Resultados heterogêneos entre estudos, mas associação consistente com redução de reinternações e novas tentativas em parte das metanálises	Programar contato telefônico, mensagem de texto ou correspondência nas primeiras semanas após a alta
Coordenação com a rede de atenção psicossocial	Assegurar continuidade do cuidado além do episódio agudo	Estudos brasileiros apontam fragmentação da rede como barreira central ao seguimento	Articular fluxos formais entre urgência/emergência, CAPS e atenção básica

Fonte: elaborada pelos autores com base nos estudos analisados, 2026.

A leitura conjunta das evidências sistematizadas na Tabela 2 sugere que a efetividade do cuidado ao paciente em crise suicida na emergência não decorre de uma única intervenção isolada, mas da articulação sequencial e complementar entre rastreio universal, avaliação aprofundada, intervenção breve estruturada, restrição de meios letais e continuidade do cuidado pós-alta, sustentada por uma organização institucional que priorize a segurança do paciente como valor central, e não apenas como resposta emergencial pontual a cada caso individual.

5. CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa evidenciou que a última década de produção científica consolidou um conjunto robusto de estratégias baseadas em evidência para a avaliação e o manejo do comportamento suicida em serviços de urgência e emergência, com destaque para o rastreio universal por meio de instrumentos breves e validados, como o ASQ e a C-SSRS, e para intervenções breves estruturadas, especialmente o Plano de Segurança associado a contatos de acompanhamento pós-alta, cuja efetividade na redução de comportamentos suicidas subsequentes encontra-se hoje sustentada por ensaios clínicos robustos e metanálises.

Ao mesmo tempo, os achados desta revisão apontam para persistente distância entre a evidência científica disponível e sua efetiva incorporação à prática assistencial cotidiana, especialmente no que se refere à restrição de acesso a meios letais e à organização sistêmica do cuidado em modelos como o Zero Suicide, cuja

implementação permanece desafiadora mesmo em sistemas de saúde com maior disponibilidade de recursos. No contexto brasileiro, essa distância é agravada pela fragmentação da rede de atenção psicossocial, pelo despreparo técnico-emocional relatado por profissionais atuantes na linha de frente da urgência e emergência e pela escassez de estudos nacionais que testem, em população brasileira, a efetividade de instrumentos e intervenções amplamente validados em outros contextos socioculturais.

Conclui-se que a redução da morbimortalidade associada ao comportamento suicida nos serviços de urgência e emergência depende não apenas da disponibilidade de instrumentos e intervenções eficazes, mas de sua incorporação sistemática a protocolos institucionais formalizados, sustentados por investimento contínuo em capacitação das equipes, por articulação intersetorial efetiva entre a urgência e emergência e a rede de atenção psicossocial, e por estratégias organizacionais capazes de enfrentar desafios estruturais como a superlotação e o boarding psiquiátrico. Recomenda-se a realização de estudos nacionais de maior escala, voltados à adaptação e à validação de instrumentos de rastreio e de intervenções breves à realidade sociocultural brasileira, bem como à avaliação da efetividade de modelos organizacionais sistêmicos de prevenção do suicídio aplicados à realidade do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Care of the psychiatric patient in the emergency department: resource document. Irving, TX: ACEP, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Boarding of mentally ill patients in emergency departments: resource document. Washington, DC: APA, 2019.

BAHIA, Camila Alves et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 2017.

BETZ, Marian E.; MILLER, Matthew; BARBER, Catherine; MILLER, Ivan; SULLIVAN, Ashley F.; CAMARGO JR., Carlos A.; BOUDREAUX, Edwin D. Lethal means restriction for suicide prevention: beliefs and behaviors of emergency department providers. *Depression and Anxiety*, Hoboken, v. 30, n. 10, p. 1013-1020, 2013.

BOUDREAUX, Edwin D. et al. Effect of an emergency department process improvement package on suicide prevention: the ED-SAFE 2 cluster randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, Chicago, v. 80, n. 7, p. 665-674, 2023.

BOUDREAUX, Edwin D.; STANLEY, Barbara; GREEN, Kelly L.; GALFALVY, Hanga; BROWN, Gregory K. A randomized, controlled trial of the safety planning intervention: research design and methods. *Contemporary Clinical Trials*, New York, v. 103, p. 106310, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e das lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, Brasília, v. 55, n. 4, 2024.

DE FREITAS, Ana Paula Araújo; BORGES, Lucienne Martins. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de

suicídio nos contextos hospitalares. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 22, n. 1, p. 50-60, 2017.

HOROWITZ, Lisa M.; BRIDGE, Jeffrey A.; TEACH, Stephen J.; BALLARD, Elizabeth; KLIMA, Jennifer; ROSENSTEIN, Donald L.; WHARFF, Elizabeth A.; GINNIS, Katherine; CANNON, Elizabeth; JOSHI, Paramjit; PAO, Maryland. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, Chicago, v. 166, n. 12, p. 1170-1176, 2012.

HOROWITZ, Lisa M.; SNYDER, Deborah J.; BOUDREAUX, Edwin D. et al. Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for adult medical inpatients: a brief tool for all ages. Psychosomatics, Washington, DC, v. 61, n. 6, p. 713-722, 2020.

HUNTER, Amy A.; DIVIETRO, Susan; BOYER, Megan; BURNHAM, Kristin; CHENARD, Danielle; ROGERS, Steven C. The practice of lethal means restriction counseling in US emergency departments to reduce suicide risk: a systematic review of the literature. Injury Epidemiology, London, v. 8, n. 1, p. 54, 2021.

JOINT COMMISSION. Quick Safety Issue 19: ED boarding of psychiatric patients – a continuing problem. Oakbrook Terrace: The Joint Commission, 2021.

MILLER, Ivan W.; CAMARGO JR., Carlos A.; ARIAS, Sarah A.; SULLIVAN, Ashley F.; ALLEN, Michael H.; GOLDSTEIN, Amy B.; MANTON, Anne P.; ESPINOLA, Janice A.; JONES, Richard; HASEGAWA, Kohei; BOUDREAUX, Edwin D. Suicide prevention in an emergency department population: the ED-SAFE study. JAMA Psychiatry, Chicago, v. 74, n. 6, p. 563-570, 2017.

NUIJ, Chani; VAN BALLEGOOIJEN, Wouter; DE BEURS, Derek; RUWAARD, Jeroen; ERLANGSEN, Annette; PORTZKY, Gwendolyn; O'CONNOR, Rory C.; SMIT, Jan H.; RIPER, Heleen. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, Cambridge, v. 219, n. 2, p. 419-426, 2021.

POSNER, Kelly; BROWN, Gregory K.; STANLEY, Barbara; BRENT, David A. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, Washington, DC, v. 168, n. 12, p. 1266-1277, 2011.

STANLEY, Barbara; BROWN, Gregory K. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, Reston, v. 19, n. 2, p. 256-264, 2012.

STANLEY, Barbara; BROWN, Gregory K.; BRENNER, Lisa A.; GALFALVY, Hanga C.; CURRIER, Glenn W. et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, Chicago, v. 75, n. 9, p. 894-900, 2018.

STOPPA, Robertha Gabardo; WANDERBROOCKE, Ana Cláudia Nunes de Souza; AZEVÊDO, Adriano Valério dos Santos. Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: revisão sistemática. *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande, v. 12, n. 4, p. 63-77, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide. Fact sheet. Geneva: WHO, 25 mar. 2025.

ZERO SUICIDE INSTITUTE. Evidence base. Waltham: Education Development Center, [s.d.]. Disponível em: <https://zerosuicide.edc.org/evidence/evidence-base>.

¹ Discente do Curso de Medicina — Universidade Brasil.

² Discente do Curso de Medicina — UNILAGO.

³ Discente do Curso de Medicina — UNIPÊ – Grupo Cruzeiro do Sul.

⁴ Discente do Curso de Medicina — Universidade Brasil.

⁵ Discente do Curso de Medicina — Universidade do Contestado (UnC).

⁶ Discente do Curso de Medicina — Universidade Brasil.

⁷ Discente do Curso de Medicina — UNILAGO.

⁸ Discente do Curso de Medicina — Universidade do Contestado (UnC).

⁹ Discente do Curso de Medicina — Faculdade de Medicina de Olinda.

¹⁰ Discente do Curso de Medicina — Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte.

