

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Cuidado e Intervenção em Tentativas de Suicídio: Perspectivas da Prática Profissional

Katarina Dudienas Dovidauskas, Jair Borges Barbosa Neto, Cinira Magali Fortuna, Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi

<https://doi.org/10.1590/1982-4327e3629>

Submetido em: 2026-10-20

Postado em: 2026-10-21 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Paidéia

2026, Vol. 36, e3629. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3629>

ISSN 1982-4327 (online version)

Psychology of Health

Care and Intervention in Suicide Attempts: Perspectives from Professional Practice

Katarina Dudienas Dovidauskas¹  <https://orcid.org/0009-0001-6302-6748>

Jair Borges Barbosa Neto¹  <https://orcid.org/0000-0003-3358-7613>

Cinira Magali Fortuna²  <https://orcid.org/0000-0003-2808-6806>

Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi¹  <https://orcid.org/0000-0002-9503-8153>

Abstract: Suicide is a major public health issue with a multifactorial etiology that requires a comprehensive approach capable of addressing its biopsychosocial determinants. This study investigated, through group interviews with 11 healthcare professionals from a small municipality in the state of São Paulo, Brazil, how care is provided to individuals who have attempted suicide. Data were analyzed using Content Analysis, guided by the National Humanization Policy and the National Primary Health Care Policy. The findings revealed advances consistent with public health policies, but also identified weaknesses related to limited coordination among healthcare services, insufficient shared responsibility for patient care, and challenges in managing psychiatric emergencies. The study concludes that Matrix Support and Continuing Education initiatives are necessary to improve the quality of care, strengthen the integration of the healthcare network, and enhance the care provided to service users.

Keywords: integrality in health, suicide attempt, mental health services

¹Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil.

²Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brazil.

Support: *Artigo derivado da dissertação de mestrado do primeiro autor sob a supervisão do segundo, defendida em 2024, no Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos. A pesquisa não contou com apoio financeiro de qualquer instituição ou agência de fomento.*

Correspondence address: Katarina Dudienas Dovidauskas. Rua Manoel de Marins, 196 – Centro, CEP: 14930015, Boa Esperança do Sul-SP, Brazil. E-mail: kdovidauskas@gmail.com

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

Cuidado e Intervenção em Tentativas de Suicídio: Perspectivas da Prática Profissional

Resumo: O suicídio configura-se como um importante problema de saúde pública, de causalidade multifatorial, que demanda uma abordagem integral capaz de contemplar seus determinantes biopsicossociais. Este estudo investigou, por meio de entrevistas grupais com 11 profissionais de saúde de um município de pequeno porte do estado de São Paulo, como se desenvolve o cuidado prestado a pessoas que tentaram suicídio. Os dados foram analisados com base na Análise de Conteúdo, à luz da Política Nacional de Humanização e da Política Nacional de Atenção Básica. Os resultados evidenciaram avanços consonantes com as políticas públicas, mas também fragilidades relacionadas à baixa articulação entre os serviços, à insuficiente corresponsabilização pelo cuidado e às dificuldades no manejo de emergências psiquiátricas. Conclui-se que ações de Matriciamento e Educação Permanente são necessárias para qualificar o atendimento, fortalecer a integração da rede de saúde e aprimorar o cuidado oferecido aos usuários.

Palavras-chave: integralidade em saúde, tentativa de suicídio, serviços de saúde mental

Cuidado e Intervención en Intentos de Suicidio: Perspectivas de la Práctica Profesional

Resumen: El suicidio constituye un importante problema de salud pública de etiología multifactorial que requiere un abordaje integral de sus determinantes biopsicosociales. Este estudio analizó, mediante entrevistas grupales con 11 profesionales de la salud de un municipio de pequeño porte del estado de São Paulo (Brasil), cómo se desarrolla la atención a personas que han intentado suicidarse. Los datos fueron examinados mediante Análisis de Contenido, considerando la Política Nacional de Humanización y la Política Nacional de Atención Primaria de la Salud. Los resultados mostraron avances acordes con las políticas públicas, aunque persistieron debilidades relacionadas con la limitada articulación entre los

servicios, la insuficiente corresponsabilidad en la atención y las dificultades para el manejo de emergencias psiquiátricas. Se concluye que el Apoyo Matricial y la Educación Permanente son fundamentales para fortalecer la integración de la red de salud y mejorar la calidad del cuidado ofrecido a los usuarios.

Palabras clave: integralidad en salud, intento de suicidio, servicios de salud mental

Podemos definir o suicídio como um ato intencional e muitas vezes ambivalente, em que a pessoa utiliza um meio que pensa ser letal, para tirar a própria vida. O comportamento suicida engloba os pensamentos, os planos e as tentativas (ABP, 2014) e, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 720 mil pessoas morrem anualmente por suicídio, sendo a principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em 2021 (WHO, 2025). Essas taxas podem ainda ser mais altas, devido à falta de pontualidade e precisão dos relatórios de dados, da subnotificação, da classificação incorreta de suicídios como mortes acidentais, da falta de sistemas de notificação em países de baixa e média renda, da criminalização, entre outros fatores (Kabir, Wayland, & Maple, 2023).

Por se tratar de um fenômeno multifacetado — que envolve fatores sociais, psicológicos, biológicos e ambientais, além de eventos como desastres, perdas e violência — sua prevenção requer estratégias intersetoriais que mobilizem a comunidade e os diversos dispositivos de proteção social (WHO, 2025).

O cuidado é um tema amplo, cujos arranjos são construídos nas relações humanas por meio de atitudes de apoio, acolhimento e solidariedade (Merhy & Feuerwerker, 2016, conforme citado por Slomp Junior et al., 2023), além da construção de laços, da promoção do diálogo e da empatia. Essas conexões promovem identidade, experiências e memórias, desempenhando importante papel na qualidade de vida e no bem-estar coletivo (Hoffmeister, 2020; Filho, 1998, conforme citado por Cabral, 2025).

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

No Brasil, o cuidado em saúde opera sob uma perspectiva de rede chamada Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde os serviços integram-se e trabalham de maneira contínua, no acompanhamento de casos agudos e crônicos, de acordo com o que cada caso exige do sistema e das condições de oferta de cada município (Lima, Silva & Guimarães, 2024).

Nesse contexto, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2014) destaca que as barreiras à prevenção do suicídio transcendem o estigma social, abrangendo fatores como a insuficiência de conhecimento técnico, dificuldades pessoais e profissionais dos trabalhadores da saúde e a percepção equivocada de que o suicídio constitui um evento pouco frequente. Tais aspectos podem comprometer a identificação precoce e o manejo adequado de indivíduos em situação de risco, sendo necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados para reconhecer fatores de risco e de proteção, possibilitando a identificação de populações mais vulneráveis e o direcionamento de estratégias preventivas voltadas à redução da incidência de comportamentos suicidas. Nesse sentido, o trabalho em rede amplia a resolutividade, desde que haja uma comunicação clara e efetiva entre os serviços, que cada profissional assuma sua função e, em risco iminente de suicídio, cabe aos serviços avaliarem a situação atual e direcionar o paciente para que receba o acompanhamento adequado; além disso, se deve pensar o cuidado da família como estratégia para o fortalecimento da rede de apoio, potencializando os fatores de proteção (Müller, Pereira, & Zanon, 2017).

A Política Nacional de Humanização (PNH), implementada em 2003, propõe mudanças no modo de produzir saúde, definindo como princípios a transversalidade, propiciando relações mais igualitárias entre os níveis – gestão, trabalhadores e usuários, a indissociabilidade entre cuidado e gestão, o protagonismo de profissionais e usuários, bem como a corresponsabilidade e autonomia das partes; e diretrizes como o acolhimento, gestão participativa/cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e a defesa do direito dos usuários (Ministério da Saúde, 2013).

O acolhimento se apresenta como ferramenta fundamental no processo de cuidado, dependendo dele o sucesso das intervenções; no entanto, o que vemos hoje são ações pontuais, pouco eficazes, com contribuição limitada e baixa autonomia do trabalhador no manejo das situações, sendo observados apenas ações de recepção, triagem e encaminhamentos, configurando um cuidado fragmentado e mecanicista (Coutinho, Barbieri & Santos, 2015, citado em Matumoto et al., 2022). Um acolhimento de qualidade deve ocorrer em todos os momentos, lugares e situações, sendo realizado por todos os profissionais de saúde por meio da escuta ativa. Isso amplia a capacidade resolutiva, reduz filas, reorganiza os atendimentos conforme as necessidades e direciona o usuário aos serviços adequados (Bueno & Silva, 2024).

Além da PNH, existem ainda as diretrizes propostas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - Portaria GM/MS nº 2.488, que descreve, além das atribuições específicas de cada profissional, a atribuição comum a todos os membros das equipes de atenção básica:

VI - Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo. (Ministério da Saúde, 2012, p. 44)

Este estudo investigou, por meio de entrevistas grupais com 11 profissionais de saúde de um município de pequeno porte do estado de São Paulo, como se desenvolve o cuidado prestado a pessoas que tentaram suicídio. Buscou-se analisar, no âmbito das práticas assistenciais, em que medida os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização têm sido incorporados ao cuidado, bem como compreender como se configura a corresponsabilização entre os serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde. Além disso,

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

procurou-se identificar a existência de vínculos entre usuários, unidades e profissionais de saúde, assim como aspectos relacionados à adesão dos usuários ao tratamento dos transtornos mentais, considerando sua relevância para a redução do risco de novas tentativas de suicídio.

Método

A pesquisa no município foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e conduzida de acordo com a resolução nº 674, de 6 de maio de 2022, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2022).

A presente pesquisa, de natureza qualitativa, possui objetivos exploratório e descritivo, cuja perspectiva consistiu em conhecer a problemática em estudo, qual seja, o entendimento de profissionais da Atenção Básica à Saúde (ABS) e do Pronto-Socorro (PS), inserindo-se no contexto do cuidado na RAS de forma integrada, analisando a percepção das pessoas envolvidas, sobre o cuidado em saúde mental de usuários em risco ou tentativa de suicídio. A pesquisa qualitativa não se apresenta como proposta rigidamente estruturada e pode ser conduzida por diversos caminhos, a depender da criatividade e dos achados do pesquisador (Godoy, 1995). Segundo Gil (1996), o estudo exploratório busca maior familiaridade com o assunto abordado, a fim de fomentar percepções e reflexões, e seu estilo flexível estimula a consideração de novas variáveis que vão delineando o trajeto a ser percorrido durante o estudo. Já a pesquisa descritiva busca levantar opiniões, atitudes e crenças de determinado grupo (Gil, 1996).

O método escolhido possibilitou o acesso à percepção do cuidado entre os profissionais da RAS, resultando em uma interpretação comparativa e minuciosa do diálogo entre os participantes, através de correlações entre as diferentes reflexões.

Participantes

Foram convidados profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem da ABS e do PS de um município do interior paulista através de cartas-convite, entregues nos estabelecimentos de saúde com telefone de contato da pesquisadora para manifestação de interesse. Como critério de inclusão os candidatos deveriam ter experiência no cuidado a usuários com ideação suicida ativa ou que realizaram tentativa de suicídio no último ano. Como critério de exclusão ficou estabelecido que não participariam aqueles profissionais que não tivessem experiência no atendimento a tentativas de suicídio e caso houvesse apenas um profissional da categoria no PS, devido ao risco de exposição ética por se tratar de um município de pequeno porte. No grupo da ABS participaram da pesquisa 8 profissionais, todas do sexo feminino, sendo 3 médicas da família, 1 enfermeira e 4 técnicas de enfermagem. No grupo do PS participaram 3 profissionais, também do sexo feminino, sendo 2 enfermeiras e 1 técnica de enfermagem.

Instrumentos

Para a construção dos dados, foram realizadas duas entrevistas grupais, através de um roteiro de entrevista semiestruturada, além do uso de um diário de campo para melhor detalhamento das impressões da pesquisadora. As entrevistas foram realizadas de maneira remota através da plataforma Google Meet.

Procedimentos

Coleta de dados: As entrevistas grupais foram realizadas em diferentes datas, por meio da plataforma Google Meet, no mês de julho de 2023, com profissionais da ABS e do PS, sendo a discussão orientada a partir de um roteiro previamente elaborado. As entrevistas tiveram duração média de uma hora para as profissionais da ABS e de 45 minutos para as do PS. A coleta de dados contou com o apoio de uma pesquisadora colaboradora, responsável

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

por auxiliar na condução e no registro dos encontros, exceto na entrevista com as profissionais do PS, devido a incompatibilidade de agenda. O diário de campo foi utilizado para registrar observações relevantes sobre a realização das entrevistas, incluindo dificuldades no uso da plataforma digital, acessada por computadores e dispositivos móveis, e a tendência das participantes a apresentar respostas mais objetivas e recorrentes. Observou-se, ainda, que algumas profissionais da ABS não se manifestavam espontaneamente durante as discussões, limitando-se a concordar com as falas das participantes mais atuantes.

Algumas profissionais da ABS acessaram as entrevistas por meio de computadores compartilhados nas unidades de saúde e permaneceram conectadas até o encerramento dos encontros, mantendo as câmeras ligadas durante todo o processo. A única exceção ocorreu com duas participantes que compartilhavam o mesmo equipamento e que mantiveram a câmera fechada. Ao final de cada encontro, foi disponibilizado um momento para esclarecimentos, perguntas e comentários das participantes.

Análise dos dados: Após a coleta de informações, estas foram organizadas, transcritas e anonimizadas. A análise temática foi realizada separadamente para cada grupo, com categorização dos discursos de acordo com o objetivo da pesquisa. A análise de dados qualitativos do material textual foi realizada através da Análise de Conteúdo de Bardin (1977/2016) e da observação dos grupos relatada em diário de campo. No texto, foram utilizados pseudônimos como forma de preservar o sigilo.

Declaração de Aprovação do Comitê de Ética

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da instituição responsável, sob o parecer nº 6.063.358, de acordo com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2016) e suas complementares.

Resultados

A análise qualitativa dos dados resultou na definição de quatro categorias que descrevem o cuidado prestado a usuários com ideação suicida ativa na ABS e no PS. Estas categorias buscaram ampliar a compreensão sobre aspectos pessoais e profissionais envolvidos no cuidado, considerando tanto as dimensões individuais quanto as práticas desenvolvidas em equipe e em rede, incluindo o usuário e seus familiares nesse processo. As categorias foram denominadas **Subjetividades do Cuidado**, **Cuidado ao Usuário**, **Cuidado em Rede** e **Potencialidades e Fragilidades do Cuidado**, sendo esta última transversal às demais. A primeira categoria, *Subjetividades do Cuidado*, refere-se aos processos de construção e reconstrução da existência dos sujeitos, em um movimento contínuo que ultrapassa os saberes técnicos e a simples percepção da vida. Nessa perspectiva, os indivíduos são compreendidos como protagonistas de suas próprias histórias, capazes de produzir novas realidades a partir de encontros e relações estabelecidas ao longo da vida (Santos, Mishima & Merhy, 2018).

Nesse contexto, profissionais da ABS relataram sensação de insegurança e uma das participantes relatou impotência ao lidar com casos de comportamento suicida, afirmando que “a sensação que fica é essa de insegurança e acho que até uma certa impotência assim, porque parece que nada do que a gente faz acaba sendo suficiente pra tocar a pessoa nesse espaço, né?” (Vitória, médica)

No PS, onde são atendidas as demandas de crises psíquicas, as profissionais relataram sensibilizar-se com a situação:

Particularmente me sinto bem tocada, né, com... com cada caso, porque a gente fica tentando entender, né, o motivo que levou, né, esse ato é... mas a gente, né, eu procuro sempre manter a calma para não causar mais dor, né, pra pessoa. (Sissi, enfermeira)

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

A ausência de formação técnica específica para a prevenção do suicídio aparece como entrave no manejo de crises psíquicas, de forma implícita e explícita nos relatos: “aí eles vêm... vêm direto pra gente e a gente fica ali meio perdido, que a família já tá perdida, a gente já fica meio perdido porque a gente não tem uma capacitação pra saber lidar com esses assuntos.” (Letizia, técnica de enfermagem)

A qualificação do cuidado constitui um processo contínuo, construído tanto em espaços formais quanto informais dos serviços de saúde, por meio das interações e trocas de saberes entre os profissionais (Fortuna et al., 2022). Nesse sentido, as reuniões de equipe e as passagens de plantão configuram-se como importantes dispositivos para a reflexão crítica sobre o processo de trabalho, compartilhamento de experiências e construção coletiva de estratégias voltadas ao aprimoramento das práticas assistenciais.

Além disso, houve manifestação de dúvida quanto à intencionalidade do ato, tanto no grupo da ABS com a afirmação “eu ficava meio assim sem saber o que fazer, né? Porque é uma situação meio séria, aí até que ponto aquilo era totalmente verdade, se era um pouco mais para chamar a atenção [...]” (Elizabeth, técnica de enfermagem), quanto no grupo do PS: “[...] e realmente saber se é verdadeiro, né? Porque às vezes eles falam que tomou a medicação e na verdade não tomou, né?” (Mary, enfermeira)

Em *O suicídio*, Durkheim (1897/2000) destaca que a intencionalidade do ato suicida constitui uma dimensão subjetiva e de difícil apreensão externa, uma vez que os próprios sujeitos nem sempre têm plena consciência das razões que motivam suas ações. Nessa mesma perspectiva, Botega e Rapeli (2002) afirmam que o comportamento suicida abrange atos nos quais o indivíduo provoca danos a si mesmo, ainda que não haja intenção letal explícita ou plena consciência dos fatores envolvidos na ação.

A segunda categoria, *Cuidado ao Usuário*, discorre sobre o cuidado oferecido pela ABS na perspectiva das profissionais:

Então vou começar é... a visita das agentes, a discussão de casos, de repente um PTS da familiar que tá vivendo isso, né? É... desde a chegada, desde a casa até a chegada desse paciente na Unidade, acredito que seja fundamental essa troca entre equipe.

(Isabel, médica)

No PS, o cuidado é voltado à estabilização da crise psíquica, com ênfase na atuação integrada da equipe:

Ah, acho que pelo menos a equipe ali nossa, ela tá pronta, né, pra acolher assim o paciente, né, é... todos tentam ajudar, né, conversar com o paciente. Então, acredito que essa parte de acolhimento tá sendo bom, né? E também sempre rápidos pra ajudar, né? (Sissi, enfermeira)

A categoria *Cuidado em Rede* abrangeu não apenas os serviços de saúde, mas também o usuário e sua rede de apoio. Observou-se uma diferença entre os grupos em relação ao papel atribuído ao indivíduo no próprio processo de cuidado. As profissionais da ABS destacaram a importância da busca por ajuda, da adesão ao tratamento e da responsabilização do cuidado:

Realmente tem que buscar ajuda, né? Procurar o serviço que possa melhor orientá-lo e também esse tratamento que ele faça corretamente o que foi dito nas orientações, né, tanto a medicação quanto a psicoterapia, esse acompanhamento mútuo aí, pra que ele não corra um risco maior de uma nova tentativa, né? Tomar uma medicação no período correto e tá sempre procurando fazer os retornos necessários na consulta.

(Vitória, médica)

Segundo Matumoto et al. (2022), as relações interpessoais são mobilizadas por necessidades que contribuem para a construção dos vínculos, sendo constantemente atualizadas a cada encontro. Dessa forma, as representações que os sujeitos constroem uns dos outros podem reforçar experiências positivas ou negativas, influenciando diretamente a

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

qualidade da relação estabelecida, podendo ser ressignificadas a cada encontro, fortalecendo ou fragilizando os vínculos construídos ao longo do tempo.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que usuários e população do território participem ativamente da construção do cuidado individual e coletivo, por meio da corresponsabilização. Essa diretriz busca assegurar que as ações em saúde estejam fundamentadas nos princípios da integralidade e da longitudinalidade, além de promover vínculos sólidos entre profissionais e usuários, sustentados por relações de confiança, afeto e continuidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2012). Nesta perspectiva, os profissionais do PS enfatizaram a importância da participação ativa do usuário durante a anamnese:

Então, eu acho que a pessoa também precisa colaborar, né, e contar o que aconteceu. É... se essa ideação, né, tão frequentes, né? Se há algum problema familiar, né? Ela contar, contar realmente o que tá sentindo pra gente poder ajudar ela. (Sissi, enfermeira)

Segundo a percepção das profissionais, o envolvimento do usuário nos procedimentos realizados contribui para a estabilização do quadro clínico e para a definição das condutas assistenciais. Assim sendo, a avaliação clínica voltada à identificação de fatores de risco e de proteção permanece como uma das principais estratégias para a prevenção de novas tentativas de suicídio (Aguar et al., 2022).

No que tange às famílias, profissionais da ABS e do PS relatam que sua participação é fundamental para o êxito das intervenções. Na perspectiva da ABS, a família deve acompanhar o usuário nas consultas, monitorar o tratamento — incluindo o uso adequado das medicações — e oferecer suporte contínuo ao processo terapêutico:

É eu acho que a família é essencial, eu percebo que quando os pacientes eles vêm sozinhos ou vem com a família, parece que a adesão, quando tá todo mundo em

conjunto, todo mundo ali apoiando, né? É... parece que a adesão desse tratamento é um pouco melhor. (Vitória, médica)

Por sua vez, as profissionais do PS enfatizaram comportamentos familiares que podem tanto dificultar quanto favorecer o manejo adequado das situações de crise:

É, tentar ali num primeiro momento não surtar, porque não vai adiantar de nada, a família surtando com a gente, com a familiar e depois eles se informarem, se for, né, verdadeira a tentativa pra conseguir ajudar a pessoa. Conseguir... acolher ela no... não ficar julgando, né? (Letizia, técnica de enfermagem)

Ambos os grupos indicaram que, nos casos de tentativa de suicídio, o contexto familiar pode constituir tanto um recurso quanto um desafio para o cuidado. Nos relatos das participantes, conflitos interpessoais e fragilidades emocionais presentes em algumas famílias aparecem como elementos que dificultam a condução das intervenções, embora as profissionais reconheçam a importância de envolver a família no processo terapêutico para favorecer a continuidade do cuidado e a adesão ao tratamento. Nesse contexto, foi mencionada na entrevista do PS a expressão “família desestruturada”, frequentemente associada a situações de pobreza, uso abusivo de álcool e outras drogas, conflitos interpessoais, violência, criminalidade, ausência de afeto e limitações relacionadas à saúde e às condições cognitivas (Cardoso et al., 2020).

É, aí né eu acho que com a tentativa de suicídio, a família já tá meio é... desestruturada, né? Eu acho que já tem um certo... já vem com um certo...por conta da família, né, na maioria das vezes, né? Já envolve família, então é difícil você é... ajudar nesse caso, né? Tem que ser realmente a família mesmo. (Mary, enfermeira)

Dessa forma, torna-se fundamental desenvolver estratégias de cuidado voltadas também às famílias, que frequentemente vivenciam sofrimento psíquico diante das tentativas de suicídio de seus membros. Além do apoio direto, é necessário oferecer espaços de

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

acolhimento, escuta qualificada, informação, reflexão e compartilhamento de experiências. O fortalecimento das famílias pode contribuir para a redução de tabus, para a melhoria da comunicação intrafamiliar e para a ampliação da capacidade de cuidado oferecida ao usuário (Müller, Pereira & Zanon, 2017).

A última categoria *Potencialidades e Fragilidades do Cuidado* revelou aproximações e distanciamentos entre as experiências relatadas pelas profissionais da ABS e do PS, refletindo as especificidades de cada serviço. Entre as fragilidades identificadas, destacaram-se sensações de insegurança e impotência diante do cuidado a usuários com ideação suicida ativa, bem como a insuficiência de capacitação técnica, apontada pelas participantes como um obstáculo para a realização de abordagens mais qualificadas e seguras.

Além disso, uma das profissionais do PS demonstrou, em seu relato, certo distanciamento emocional no cuidado a esses usuários: “é, eu sou sincera de falar. Não consigo é... me alinhar muito a isso não, de depois da crise ficar conversando. Eu sou muito.... eu não tenho é... assim, muito argumento pra falar, entendeu?” (Mary, enfermeira)

A ausência de acolhimento nos serviços de saúde, quando buscados por esses indivíduos, contribui para o aumento da introspecção, da desmotivação e da desesperança, favorecendo o isolamento, a dificuldade em expressar seus pensamentos e a intensificação do sofrimento emocional; da mesma forma, quando os usuários são acolhidos, passam a se sentir valorizados, melhorando o vínculo com a equipe, a assiduidade e a adesão ao tratamento (Correia et al., 2020).

Outro aspecto relevante apontado pelo grupo do PS foi a ausência de ambiência adequada, como apontado:

A fragilidade que eu acho, é que aqui nós não temos um local adequado, né, privativo assim pra poder conversar com o paciente. Porque geralmente é ali na triagem, né, na pré-consulta ou vai na emergência, mas tem sempre um entrando, outro saindo. Então

acredito que é um lugar mais privativo pra conversar, né, com o paciente, se ele já tiver estável. (Sissi, enfermeira)

De acordo com a Política Nacional de Humanização, a ambiência compreende a oferta de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis para usuários e trabalhadores (Ministério da Saúde, 2013), constituindo um dos elementos fundamentais do cuidado em saúde e que não se restringe a um espaço físico específico ou a uma determinada categoria profissional. Dessa forma, cabe ao profissional responsável pelo acolhimento buscar condições que garantam conforto, privacidade e segurança, favorecendo a construção de um encontro efetivo e qualificado entre usuário e serviço de saúde (Matumoto et al., 2022).

As profissionais da ABS apontaram fragilidades relacionadas à organização da rede municipal de saúde, destacando a inexistência de uma linha de cuidado específica para tentativas de suicídio, a ocorrência de julgamentos morais por parte de alguns profissionais e a influência de aspectos religiosos, observada principalmente entre usuários dos serviços.

Eu acho que esse matriciamento de caso seria uma coisa muito interessante que talvez nesse momento se a gente... que é uma fragilidade nossa, mesmo, não sei como que é a abertura pra discutir esses casos, se existe algum fluxo criado (Vitória, médica).

Esses fatores podem comprometer tanto a adesão ao tratamento quanto a qualidade do manejo clínico realizado pelas equipes, favorecendo sucessivas buscas por atendimento.

Na percepção das profissionais do PS, o acompanhamento contínuo pela ABS constitui uma estratégia fundamental para prevenir novas situações de crise e reduzir a ocorrência de emergências psiquiátricas. Entretanto, as participantes relataram desconhecer o percurso do usuário após a alta da internação, o que evidencia fragilidades na continuidade do cuidado:

Eu acho que não tem uma interação, né, entre a Santa Casa e essa rede, né? É... isso prejudica também o atendimento e a continuidade do tratamento. Porque aí na

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

emergência, como a Mary falou, é medicação e possível internação, mas e aí depois, né? A gente não fica sabendo também da resolutividade, aí esse paciente retorna pra gente, aí não sabe se tá tendo acompanhamento. Então não tem uma conversa entre a rede e a Santa Casa. (Sissi, enfermeira)

A ABS é responsável pela oferta de cuidado integral e longitudinal, com a atribuição principal de resolver a maioria das necessidades da população, ao longo de todo o ciclo de vida. Além disso, constitui a principal porta de entrada do sistema de saúde e exerce papel central na coordenação do cuidado entre serviços e setores. (Brasil, 2006, como citado em Clapis, et al., 2022)

Os relatos das participantes também evidenciaram dificuldades no processo de contrarreferência do PS. Em diversos casos, os usuários atendidos no PS não são formalmente encaminhados para acompanhamento na ABS, e a inexistência de uma linha de cuidado estruturada contribui para a baixa resolutividade dos acompanhamentos realizados:

É realmente essa conversa não tem, né, de... de retorno, né? Passa lá na emergência e lá fica e o postinho não fica sabendo, né? Então teria que ter uma... uma contrarreferência aí, isso eu concordo que isso não tá tendo. (Mary, enfermeira)

Outro obstáculo mencionado pelas profissionais da ABS foi a dificuldade de obtenção de vagas para internação psiquiátrica em hospitais da região por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Além disso, as participantes destacaram a necessidade de maior envolvimento do serviço social no manejo desses casos, reconhecendo a importância dos determinantes sociais envolvidos no sofrimento psíquico e no comportamento suicida.

As profissionais da ABS também ressaltaram, como potencialidades, a presença de uma equipe de saúde mental estruturada, incluindo psicóloga inserida nas ESF, o amplo acesso da população à medicação e a rapidez no agendamento de consultas em psiquiatria e

psicologia para usuários classificados como prioritários; da mesma forma, as profissionais do PS destacaram como potencialidade a disponibilidade da equipe de saúde mental da RAS.

Entre as sugestões apresentadas pelas participantes, destacou-se a criação de um grupo permanente de discussão de casos envolvendo profissionais de referência da ABS e do PS, podendo favorecer a integração entre os serviços.

Por fim, embora não tenha sido mencionada diretamente pelas participantes, a literatura aponta outra fragilidade importante da RAS: a dificuldade de envolver os usuários na construção do próprio cuidado. Segundo Lima, Silva e Guimarães (2024), muitos indivíduos buscam percursos assistenciais que respondam melhor às suas necessidades e expectativas, nem sempre correspondendo aos fluxos previstos pela rede. Esse fenômeno evidencia a necessidade de construir linhas de cuidado mais flexíveis, capazes de incorporar as singularidades dos usuários e fortalecer sua participação ativa nos processos terapêuticos.

Discussão

A ideação e a tentativa de suicídio configuram importantes desafios para a saúde pública, evidenciando a necessidade de fortalecimento da rede de atenção à saúde mental. Em municípios de pequeno porte, a ausência de serviços especializados pode contribuir para o aumento dos encaminhamentos e para a centralização do cuidado em profissionais específicos, como psicólogos e psiquiatras, em detrimento de uma abordagem compartilhada, integrada e corresponsável entre os diferentes membros da equipe multiprofissional. No município investigado, o cuidado às pessoas com comportamento suicida ocorre principalmente em dois pontos da rede de saúde: ABS e PS. Contudo, a ausência de mecanismos efetivos de comunicação entre esses serviços, especialmente por meio da contrarreferência, compromete a continuidade do cuidado e favorece a ocorrência de lacunas assistenciais. Uma possível explicação para essa fragilidade relaciona-se à persistência do

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

modelo biomédico, historicamente mais presente nos serviços de urgência e emergência, cujo foco recai sobre a resolução de agravos físicos por meio de práticas tecnicistas e da fragmentação das especialidades. Tal modelo tende a privilegiar consultas e procedimentos em detrimento da construção de vínculos e da articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção (Terra & Campos, 2019).

Em contraposição a essa lógica, a *clínica comum* apresenta-se como uma proposta capaz de ampliar os referenciais mobilizados pelos profissionais de saúde e de favorecer práticas interdisciplinares. Essa perspectiva ultrapassa a compreensão isolada do adoecimento, ao incorporar a singularidade dos sujeitos, suas trajetórias de vida, os recursos de cuidado disponíveis, a organização dos serviços de saúde e os determinantes que atravessam o processo saúde-doença-cuidado (Capozzolo et al., 2014).

Os resultados também indicam que os usuários são frequentemente compreendidos como os principais responsáveis pela busca de ajuda e pela adesão ao tratamento, enquanto as famílias são associadas tanto à origem do sofrimento psíquico quanto à responsabilidade pela sustentação do cuidado. Essa compreensão pode ser influenciada pelo familismo, princípio presente em parte das políticas de proteção social brasileiras, que atribui à família a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros sem, necessariamente, assegurar as condições materiais e sociais indispensáveis ao exercício desse papel. Como consequência, famílias que não correspondem a tais expectativas tendem a ser responsabilizadas por fragilidades que, muitas vezes, expressam a insuficiência das políticas públicas e das redes de apoio social. Ainda que de modo não intencional, os próprios profissionais podem contribuir para a reprodução dessa lógica ao pressuporem comportamentos, recursos e capacidades que nem sempre compõem a trajetória histórica e social de determinados grupos familiares (Cardoso et al., 2020).

A literatura aponta, ainda, que as concepções dos profissionais acerca das famílias atendidas são frequentemente atravessadas por modelos idealizados de família, associados ao cuidado, ao afeto, à proteção e à harmonia. Nessa perspectiva, quanto maior a distância social e econômica entre profissionais e usuários, maior tende a ser a discrepância entre tais representações e as condições concretas vivenciadas pelas famílias acompanhadas pelos serviços (Cardoso et al., 2020).

Diante desse cenário, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que todos os membros da equipe de ABS compartilhem a responsabilidade pelo cuidado às famílias e comunidades, atuando de forma integrada na promoção da saúde e na transformação dos processos de adoecimento individuais e coletivos (Ministério da Saúde, 2012).

Além disso, o cuidado direcionado à família e à comunidade deve ser mantido mesmo após a ocorrência de suicídio consumado, uma vez que essa abordagem constitui importante estratégia de posvenção e de prevenção de novos eventos. Paralelamente, compete aos serviços e às políticas públicas de saúde desenvolver ações voltadas à redução do estigma relacionado ao suicídio e aos comportamentos suicidas, promovendo uma compreensão mais abrangente, humanizada e acolhedora desse fenômeno (Dantas, Bredemeier & Amorim, 2022).

Os achados deste estudo indicam a necessidade de fortalecer ações de matriciamento em saúde mental no âmbito da Atenção Básica, incorporando-as ao planejamento das equipes de saúde. Tais estratégias podem contribuir para qualificar a identificação, o manejo e o acompanhamento de pessoas em sofrimento psíquico e em risco de suicídio. Ademais, o conhecimento produzido pode subsidiar ações de Educação Permanente em Saúde direcionadas tanto aos profissionais da ABS quanto aos trabalhadores do PS, favorecendo práticas de cuidado mais integradas, corresponsáveis e qualificadas.

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

Como limitação do estudo, destaca-se a impossibilidade de realização presencial da entrevista grupal, em razão das especificidades da agenda de trabalho das participantes, muitas delas residentes em outros municípios ou vinculadas a escalas de plantão. Diante disso, optou-se pela realização do encontro por meio da plataforma Google Meet. Embora essa estratégia tenha viabilizado a coleta de dados, algumas participantes relataram dificuldades no uso da ferramenta, o que pode ter influenciado a dinâmica da entrevista. Além disso, observou-se certa padronização nas respostas, caracterizada pela repetição de ideias e pela ausência de reflexões mais aprofundadas. Esse alinhamento grupal pode ter inibido a manifestação de posições divergentes daquelas previamente apresentadas pelas demais participantes, possivelmente em busca de maior aceitação no grupo.

Referências

- Aguiar, R. A., Riffel, R. T., Acrani, G. O., & Lindemann, I. L. (2022). Tentativa de suicídio: Prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde [Suicide attempt: Prevalence and associated factors among users of Primary Health Care]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71(2), 133-140. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000379>
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2014). *Suicídio: Informando para prevenir* [Suicide: Informing to prevent]. Conselho Federal de Medicina. <https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* [Content Analysis]. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.). Edições 70. (Original work published 1977)
- Botega, N. J., & Rapeli, C. B. (2002). Tentativa de suicídio [Suicide attempt]. In N. J. Botega (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* [Psychiatric

practice in the general hospital: Consultation-liaison and emergency care] (pp. 365–377). Artmed.

Bueno, A. C., & Silva, E. A. (2024). Acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde: uma proposta de intervenção [Reception of spontaneous demand in Primary Health Care: an intervention proposal]. *Revista de APS*, 27. (Online). <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2024.v27.44537>

Cabral, M. E. G. da S., Bezerra, A. F. B., Guimarães, M. B. L., & Sousa, I. M. C. de. (2025). Perspectivas filosóficas e sociológicas sobre o conceito de cuidado e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde [Philosophical and Sociological Perspectives on the Concept of Care and Integrative and Complementary Health Practices]. *Saúde em Debate*, 49(145), e9680. <https://doi.org/10.1590/2358-289820251459680P>

Capozzolo, A. A., Casetto, S. J., Imbrizi, J. M., Henz, A. O., Kinoshita, R. T., & Queiroz, M. de F. F. (2014). Narrativas na formação comum de profissionais da saúde [Narratives in the common education of health professionals]. *Trabalho, Educação e Saúde*, 12(2), 443-456. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000200013>

Cardoso, A. S., Leandro, M., Silva, M. L. B., Moré, C. L. O. O., & Bousfield, A. B. S. (2020). Representações sociais da família na contemporaneidade: Uma revisão integrativa [Social representations of the family in contemporary society: an integrative review]. *Pensando familias*, 24(1), 29-44. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100004

Clapis, M.J., Viana, A. L., Fortuna, C. M., Matumoto, S., & Mishima, S. M. (2022). A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a Estratégia de Saúde da Família [Primary Health Care in Brazil and the Family Health Strategy]. In C. M. Fortuna (Ed.), *O*

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

cuidado integral na atenção primária à saúde [Integral care in primary health care] (pp. 45-65). Edusp.

Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*: Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana [Resolution No. 510 of April 7, 2016: Establishes the standards applicable to research in the Human and Social Sciences whose methodological procedures involve the use of data obtained directly from participants or identifiable information, or that may entail risks greater than those encountered in everyday life.]. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>

Correia, C. M., Andrade, I. C. S. de, Gomes, N. P., Rodrigues, G. R. dos S., Cunha, K. S. da, & Diniz, N. M. F. (2020). Psychosocial care for people with suicidal behavior from the perspective of users and health professionals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03643. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019028803643>

Dantas, E. S. O., Bredemeier, J., & Amorim, K. P. C. (2022). Sobreviventes enlutados por suicídio e as possibilidades para posvenção no contexto da saúde pública brasileira [Survivors bereaved by suicide and the possibilities of postvention within Brazilian public health]. *Saúde e Sociedade*, 31(3), e210496pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210496pt>

Durkheim, É. (2000). *O suicídio: Estudo de sociologia* [Suicide: A Study in Sociology] (M. Stahel, Trans.). Martins Fontes. (Original work published 1897)

Paidéia, 36, e3629

- Fortuna, C. M., Mishima, S. M., Matumoto, S., Viana, A. L., & Clapis, M. J. (2022). O trabalho em equipe e o cuidado em saúde [Teamwork and health care]. In C. M. Fortuna (Ed.), *O cuidado integral na atenção primária à saúde* [Integral care in primary health care] (pp. 135–152). Edusp.
- Gil, A. C. (1996). *Como elaborar projetos de pesquisa* [How to Develop Research Projects] (3rd ed.). Editora Atlas.
- Godoy, A. S. (1995). Pesquisa qualitativa: Tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, 35(3), 20–29.
- Kabir, H., Wayland, S., & Maple, M. (2023). Qualitative research in suicidology: A systematic review of the literature of low- and middle-income countries. *BMC Public Health*, 23, 918. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15767-9>
- Lima, D. K. R. R., Silva, Y. R., & Guimarães, J. (2024). Tecendo redes: discussões sobre intersetorialidade e articulação territorial de serviços de saúde mental [Weaving networks: Reflections on intersectorality and territorial integration of mental health services]. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 47(4), 66-80. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2024.v47.n4.a3939>
- Matumoto, S., Mishima, S. M., Fortuna, C. M., Clapis, M. J., & Viana, A. L. (2022). Acolhimento, Vínculo e Cuidado Integral [Patient Welcoming, Therapeutic Relationship and Comprehensive Care]. In C. M. Fortuna (Ed.), *O cuidado integral na atenção primária à saúde* [Integral care in primary health care] (pp. 25-43). Edusp.
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica* (Série E. Legislação em Saúde). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF. *Política Nacional de Humanização — HumanizaSUS* [National Humanization Policy — HumanizaSUS].

<https://biblioteca.cofen.gov.br/politica-nacional-de-humanizacao/>

Müller, S. de A., Pereira, G. S., & Zanon, R. B. (2017). Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial [Suicide prevention and postvention strategies: Study with professionals from a Psychosocial Care Center]. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(2), 6-23. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>

Santos, D. de S. A., Mishima, S. M., & Merhy, E. E. (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: Potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção [Work processes in the family health strategy: The potential of care subjectivity in reconfiguring the model of care]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 861–870. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>

Slomp Junior, H., Gomes, M. P. C., Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2023). Do olhar da espiral caleidoscópica do cuidado [From the perspective of the kaleidoscopic spiral of care]. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 476–487. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220582pt>

Terra, L. S. V., & Campos, G. W. de S. (2019). Alienação do trabalho médico: Tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária [Alienation of the medical work: Tensions about the managerialism in primary health care]. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0019124. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00191>

World Health Organization. (2025). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Katarina Dudienas Dovidauskas is a Graduate Student of the Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil.

Paidéia, 36, e3629

Jair Borges Barbosa Neto is a Professor of the Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil.

Cinira Magali Fortuna is a Professor of the Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brazil.

Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi is a Professor of the Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP, Brazil.

Research Data Availability

The datasets generated and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Conflict of interest

The authors have no conflicts of interest to declare.

Declaration of Use of Artificial Intelligence

The authors declare that no artificial intelligence tools were used in the writing or editing of this manuscript.

Authors' Contribution:

Katarina Dudienas Dovidauskas e Jair Borges Barbosa Neto made substantial contributions to the conception and design of this study, to data analysis and interpretation, and to the manuscript revision and approval of the final version. *Cinira Magali Fortuna e Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi* made substantial contributions to the manuscript revision and approval of the final version. All the authors assume public responsibility for the content of the manuscript.

Associate editor:

Wanderlei Abadio de Oliveira

Received: Feb. 02, 2026

Dovidauskas, K. D., et al (2026). Care in Suicide Attempts.

1st Revision: Jul. 15, 2026

Approved: Aug. 04, 2026

How to cite this article:

Dovidauskas, K. D., Barbosa Neto, J. B., Fortuna, C. M., & Gozzi, A. P. N. F. (2026). Care and Intervention in Suicide Attempts: Perspectives from Professional Practice. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 36, e3629. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e3629>

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.