

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE –  
PRAPS/FAMED/UFU  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE –  
COREMU/UFU

**Jéssyca Borges Guimarães**

**Percepções de profissionais da saúde sobre pacientes com  
comportamento suicida: metassíntese da literatura científica**

Uberlândia

2023

**Jéssyca Borges Guimarães**

**Percepções de profissionais da saúde sobre pacientes com  
comportamento suicida: metassíntese da literatura científica**

Trabalho de Conclusão de Residência a ser apresentado ao Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como requisito para obtenção do título de especialista.

Área de concentração: Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Coorientadora: Ma. Gizelle Mendes Borges Cunha

Uberlândia  
2023

## **Resumo**

Introdução: O suicídio é um fenômeno humano complexo e representa um grande problema de saúde pública. Um dos encontros iniciais do profissional da saúde com o paciente suicida é quando este dá entrada em uma unidade hospitalar. Entretanto, esta assistência inicial tende a ser carregada de estereótipos e preconceitos, o que pode levar a um cuidado não humanizado e não acolhedor. O objetivo deste estudo foi compreender, por meio de uma revisão da literatura, percepções de profissionais de saúde sobre pacientes com comportamento suicida. Método: Foi realizada uma metassíntese de artigos empíricos selecionados que foram classificados e avaliados por indicadores de consistência metodológica e posteriormente realizou-se uma leitura interpretativa e crítica dos resultados por meio da análise temática indutiva. Resultados: Foram selecionados onze artigos que se enquadravam nos critérios definidos. E foram identificados três temas denominados como: (1) “A visão dos profissionais de saúde sobre o paciente suicida”; (2) “A atuação dos profissionais de saúde frente ao paciente suicida”; e (3) “As dificuldades dos profissionais de saúde diante do atendimento de pacientes suicidas”. Discussão: Percebeu-se que os profissionais de saúde apresentam uma postura orientada pelo paradigma biomédico e, com isso, não empática frente ao paciente suicida. Notou-se também que os profissionais, de maneira geral, não se sentem preparados para este tipo de demanda, sendo essenciais capacitações e educação permanente sobre a temática de saúde mental. Considerações finais: É importante a atuação multiprofissional, acolhimentos assertivos e de uma rede de suporte fortalecida, para que seja possível a prevenção do suicídio.

Palavras-chaves: Suicídio, Profissional de Saúde, Percepções

## **Abstract**

Introduction: Suicide is a complex human phenomenon and it represents a huge public health problem. One of the first contacts of the health professional and the suicidal patient is during the process of check in of the patient in the hospital facilities. Nevertheless, this initial assistance might be full of stereotypes and biases, which could transform into a non-humanized and non-welcoming treatment. The main objective of this study is to comprehend, by the literature revision, perceptions of health professionals about suicidal behavior. Method: A meta-synthesis of selected empirical articles was carried out, classified and evaluated by methodology consistency and later was made an interpretational and critical reading of the results utilizing the inductive thematic analysis. Results: Eleven articles that fitted the defined criteria were selected. And three themes were identified and nominated as: (1) “The vision of health professionals about the suicidal patient”; (2) “The role of health professionals about the suicidal patient” and (3) “The difficulties of health professionals about the suicidal patient”. Discussion: It was realized that health professionals show biomedical paradigm-oriented behavior and, with this, show non-empathy with the suicidal patient. It was noted, as well, that professionals, in general, don't feel prepared for this kind of demand, showing the necessity of permanent educational programs about mental health with this. Final considerations: multi-professional action, welcoming treatment and a support network are very important in suicide prevention.

Key Words: Suicidal, Health Professionals, Perceptions.

## **Introdução**

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo (Vidal & Gontijo, 2013). A natureza do comportamento suicida é composta pela interação de fatores etiológicos, biológico, psicológico, social, cultural e ambiental (Loureiro, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio continua sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo. Segundo o relatório “Suicides Worldwide in 2019” publicado pela OMS, em 2019 mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio no mundo todo, superando os índices de HIV, malária, câncer de mama e até guerras e homicídios. Segundo o boletim epidemiológico de 2019 divulgado pelo Ministério da Saúde, no Brasil, o suicídio foi a terceira principal causa de morte entre adultos jovens do sexo masculino de 20 a 39 anos, em 2015.

Segundo Gutierrez (2014), o suicídio é constituído por fatores intrínsecos e extrínsecos, ou seja, questões relacionadas aos contextos sociais e interpessoais que o indivíduo está inserido. O termo “comportamento suicida”, engloba os conceitos de ideação, pensamento e o próprio ato em si do suicídio (Gonçalves, Silva & Ferreira, 2015)

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde relatou que o comportamento suicida é carregado por tabus, estigma e vergonha, fatores que dificultam a procura por ajuda nos serviços de saúde. Entretanto a prevenção é possível, e para ser alcançada é necessário a conscientização da população e o apoio do sistema de saúde e da sociedade como um todo, inclusive dos profissionais da saúde (Botega, 2014).

A prevenção do suicídio também se faz por meio da redução dos fatores de risco e fortalecimentos dos fatores de proteção. Os primeiros são caracterizados por fatores sociodemográficos, presença de transtornos mentais e fatores psicossociais. Já os fatores de proteção são formados por questões relacionados à estrutura de personalidade e estilos cognitivos, estrutura familiar e socioculturais (Botega, 2017 citado por Oliveira, Moraes & Santos, 2020).

Segundo Loureiro (2006) o encontro inicial do profissional da saúde com o paciente suicida geralmente ocorre quando este dá entrada em uma unidade hospitalar. A realização do acolhimento a estes pacientes é fundamental, uma vez que exercido com segurança, qualidade e prontidão, aumenta-se a probabilidade de adesão e aceitação do paciente ao tratamento (Gutierrez, 2014).

Entretanto, esses sujeitos muitas vezes são percebidos como integrantes de um grupo que praticam condutas estereotipadas, o que faz com que diversos profissionais

demonstrem hostilidade e rejeição (Storino et al, 2018). Pacientes com comportamento suicida comumente são considerados pessoas problemáticas, egoístas, que não ponderam o sofrimento causado em seus familiares, entre outras razões (Gonçalves et al., 2015). Com isso, ao invés de serem acolhidos em serviços de saúde, tendem a ser menosprezados e considerados não merecedores de atenção e cuidados, por praticarem atitudes autodestrutivas (Gontijo & Vidal, 2013).

O atendimento a usuários com comportamento suicida esbarra com três questões que atingem o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde. Uma delas é o acolhimento realizado de forma inadequada, seja por razões de falta de conhecimento, de treinamento ou insegurança. A outra se refere à ambiguidade com que muitos profissionais encaram o tema, uma vez que somos seres mortais e em algum momento pensamos na nossa finitude. E por último, a visão errônea do encaminhamento à internação psiquiátrica como única forma viável (Gonçalves et al., 2015).

Os profissionais tendem a não compreender esta atitude e até a se sentirem agredidos, o que se manifesta em um desconforto emocional e uma dificuldade em ter que cuidar do indivíduo com esse histórico (Loureiro, 2006). Uma hipótese psicológica para tentar explicar e entender essas atitudes dos profissionais da saúde frente o paciente suicida pode ser a ideia de que o ser humano sempre abominou a morte e sempre a repelirá, uma vez que se vive em uma sociedade em que a morte também é vista como um tabu (Kubler-Ross, 2019). Pensando neste aspecto, o ato suicida proporciona um contexto em que se mostra a impotência diante da morte do outro e a consciência da nossa própria finitude, concretizando uma barreira entre a equipe de saúde e o suicida (Loureiro, 2006).

Pensando nisso, o presente estudo teve como objetivo compreender, por meio de uma revisão da literatura, percepções de profissionais de saúde sobre pacientes com comportamento suicida. Tal objetivo se justifica considerando-se que pode auxiliar a identificar condutas e dificuldades, proporcionando reflexões e talvez mudanças de atuações estereotipadas em prol da melhoria da qualidade de acolhimento e prevenção do suicídio.

## **Método**

O método utilizado nesta pesquisa foi a metassíntese, que, de acordo com Lopes e Fracolli (2008) e Walsh e Downe (2004), é uma fusão interpretativa de um grupo de estudos qualitativos, possibilitando a ampliação do alcance de seus resultados

provenientes de maneira a viabilizar a obtenção de novos *insights* sobre um tema em particular. Segundo Salvador (2020), estudos qualitativos na área da saúde possuem como vantagem a capacidade de identificar percepções dos participantes quanto ao fenômeno de interesse.

Para a obtenção das referências necessárias ao presente estudo, foram realizadas consultas junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), portal online que é coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e se apresenta como um espaço democrático que promove o acesso a informação científica e técnica em saúde da América Latina e Caribe.

As consultas à BVS foram realizadas por meio da utilização do descritor “tentativa de suicídio”, selecionado por constar dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCs), vocabulário criado pela BIREME a fim de unificar a linguagem utilizada na indexação de produções científicas. Tal descritor foi inserido no campo “Título, resumo, assunto”. Os filtros selecionados foram: 1) “Base de dados”, opções LILACS, Index Psicologia e BDENF; 2) “Assunto Principal”, opção “Tentativa de Suicídio”; 3) “Intervalo de ano de publicação”, opção “últimos 10 anos (2012 a 2022)”; 4) “Idioma”, opções “inglês, português e espanhol”.

Em relação às bases de estudos mencionadas é importante esclarecer que foram selecionadas devido à compatibilidade com o tema do presente estudo. A primeira é de caráter multidisciplinar, a segunda e a terceira são especializadas em áreas da saúde (Enfermagem e Psicologia) que se ocupam do assunto em questão. Além disso, a base de dados BFENF se restringe a publicações brasileiras, entretanto as outras duas contemplam periódicos internacionais.

As referências identificadas foram triadas de acordo com três critérios de inclusão: 1) ser enquadrada como um artigo empírico qualitativo; 2) tematizar a exploração de significados relacionados ao comportamento suicida para profissionais de saúde; 3) originar-se da América Latina. Conseqüentemente seriam excluídas as referências que se classificavam como artigos empíricos quantitativos, estudos teóricos, revisões da literatura, resenhas, cartas ao editor, possuíam formatos alternativos e/ou não foram publicadas em periódicos científicos (como livros, capítulos de livros, dissertações e teses), bem como aquelas que tratavam de outros temas ou não possuíam procedência latino-americana.

Os critérios de inclusão foram aplicados independentemente por dois pesquisadores por meio de uma leitura exaustiva de todas as referências. A partir da seleção dos artigos, foi realizada a análise e aplicação das diretrizes RATS, as quais foram formuladas originalmente por Clark (2003) e possuem a finalidade de avaliar a consistência metodológica de pesquisas qualitativas de acordo com a identificação e a pontuação de indicadores relacionados a relevância, adequação, transparência e solidez.

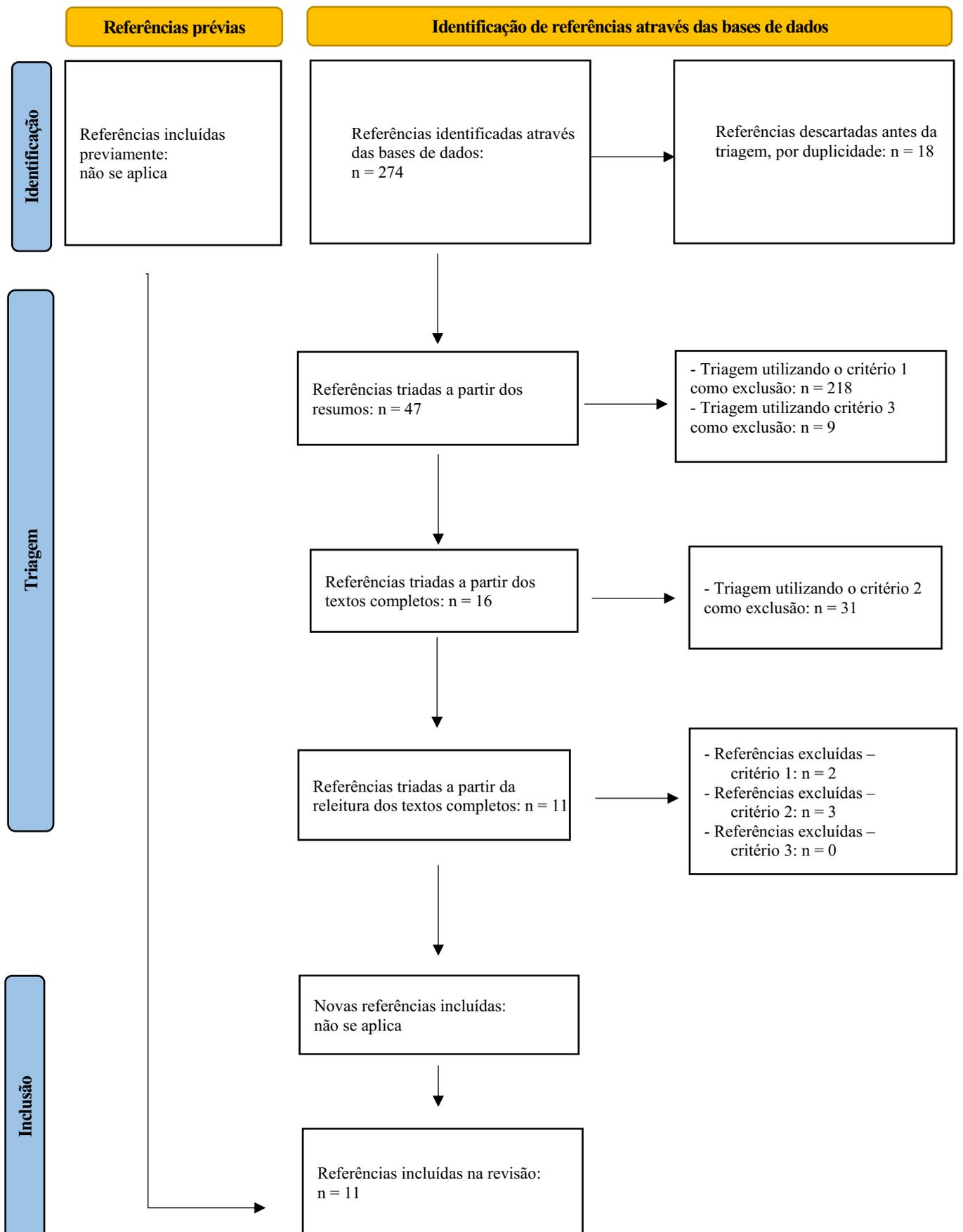
Segundo a adaptação proposta por Taquette e Minayo (2016) ao nosso meio, as diretrizes RATS são compostas por 4 conjuntos de itens, sendo que, para cada um deles atribui-se 0 ou 1 ponto, podendo-se alcançar a soma total de 15 pontos. Além disso, de acordo com a soma total, tem-se 3 opções de classificação das referências: (1) “consistentes” quando atingem de 12 a 15 pontos; (2) “pouco consistentes”, quando atingem de 8 a 11 pontos; e (3) inconsistentes, quando atingem 7 pontos ou menos. Tal proposta foi utilizada no presente estudo.

Após a classificação das referências selecionadas em termos da consistência metodológica, foi realizada uma leitura interpretativa e crítica de seus resultados por meio da análise temática indutiva, de acordo com os parâmetros definidos por Braun e Clarke (2006). A análise temática indutiva é um método de análise de dados qualitativos e uma ferramenta flexível que possibilita a identificação, análise, interpretação e relatos de temas que são relevantes para a questão de pesquisa (Leal et al., 2019).

## **Resultados**

Ao todo, foram identificadas 274 referências. Entretanto, como mostra a Figura 1, o processo de triagem realizado após o descarte de duplicidades levou à inclusão de apenas 11 referências. É importante ressaltar que a maioria das referências excluídas por não atender ao primeiro e ao segundo critério de inclusão se enquadrava como artigos empíricos quantitativos ou não contou com a participação de profissionais da saúde. Além disso, as referências excluídas por não atenderem ao terceiro critério de inclusão foram realizadas em países europeus. E vale esclarecer que, apesar da proposta de abarcar referências que se originavam da América Latina, estabelecida por meio do terceiro critério de inclusão, somente referências procedentes do Brasil atenderam ao primeiro e ao segundo critério de inclusão.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, triagem e inclusão de referências



Na Tabela 1, as referências incluídas se encontram distribuídas por ano de publicação, participantes, local da pesquisa e país de origem, pois considerou-se que essas informações seriam pertinentes para uma caracterização básica das mesmas. Inicialmente, é interessante apontar que, das 11 referências incluídas, 1 foi publicada em 2014, 2 em 2015, 1 em 2016, 2 em 2017, 1 em 2018, 1 em 2019 e 3 em 2020. Portanto, há uma certa constância ao longo dos últimos 10 anos quanto à realização de pesquisas qualitativas sobre o tema, ao menos no Brasil.

Em relação aos participantes das referências, observou-se diversificação, pois foram encontradas diversas categorias profissionais, como médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e auxiliares de enfermagem. Entretanto, os profissionais da enfermagem se destacaram entre os estudos. Vale ressaltar que alguns estudos contemplaram também pacientes, além de profissionais de saúde, como naquele realizado por Correia et al., (2020).

Sobre os locais em que foram realizadas as pesquisas, encontramos diversos cenários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), porém houve predominância de hospitais gerais, especificamente a partir da coleta de dados junto a profissionais que trabalhavam no setor de emergência. Além disso, a maioria das referências se originou da região sul do Brasil.

Tabela 1. Distribuição das referências incluídas, por participantes e país de origem

| <b>Referência</b>                         | <b>Participantes</b>   | <b>Local da Pesquisa</b>  | <b>País de origem</b>   |
|---|--|---|-------------------------|
| Correia et al. (2020)                     | 15 profissionais de saúde (enfermeiro, assistente social, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional) + 18 pacientes | Vários cenários da RAPS (emergência de um hospital geral, Unidade de Pronto Atendimento – UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, no Pronto Atendimento Psiquiátrico – PAP, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleo de Estudo e Prevenção do Suicídio - NEPS). | Brasil (Bahia)          |
| Fontão, Rodrigues, Lino e Kempfer. (2018) | 16 profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem)   | Serviço de emergência adulto de um Hospital Universitário (HU).   | Brasil (Santa Catarina) |
| Freitas e Borges (2017)                   | 16 profissionais da saúde (médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social).  | Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto socorro (PS) de hospital geral  | Brasil (Santa Catarina) |

|   |   |   |                              |
|---|---|---|------------------------------|
| Conte, Cruz, Silva, Castilhos e Nicolella, (2015) | 3 profissionais da saúde + 6 pacientes  | Atenção básica, pronto atendimento e atenção especializada em saúde mental  | Brasil (Rio Grande do Sul)   |
| Santos et al. (2017)                              | 13 profissionais da saúde (enfermeiro)  | Pronto Socorro (PS)   | Brasil (Rio Grande do Norte) |
| Liba et al. (2016)                                | 38 profissionais da saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem)              | Emergência, clínica médica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público                              | Brasil (Mato Grosso)         |
| Gutierrez, Minayo, Sousa e Grubits (2020)         | 4 profissionais da saúde + 16 pacientes                                       | Não informado   | Brasil                       |
| Meira, Vilela, Lopes, Pereira e Alves (2020)      | 30 profissionais de saúde emergencistas de diferentes áreas                   | Hospital Público  | Brasil (Bahia)               |
| Carbogim et al. (2019)                            | 19 acadêmicos de enfermagem   | Não informado   | Brasil (Minas Gerias)        |
| Reisdorfer et al. (2015)                          | 10 profissionais da saúde (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem)  | Hospital Geral (unidades de internação, clínica e cirúrgica)  | Brasil (Rio Grande do Sul)   |
| Freitas e Borges (2014)                           | 16 profissionais de saúde (médico, assistente social, enfermeiro e psicólogo) | Serviços de urgência (Unidades de Pronto Atendimento – UPAs) e serviços de emergência hospitalar (hospitais gerais) | Brasil (Santa Catarina)      |

Quanto à consistência metodológica, avaliada e classificada conforme a adaptação das diretrizes RATS proposta por Taquette e Minayo (2016), constatou-se que 7 das 11 referências foram consideradas “consistentes”, sendo que, destas, 3 atingiram 14 pontos, 3 atingiram 13 pontos e 1 atingiu 12 pontos (Apêndice I). As 4 referências restantes foram consideradas “pouco consistentes”, sendo que, 3 atingiram 11 pontos e 1 atingiu 10 pontos. Nenhuma referência incluída, portanto, foi considerada “inconsistente”.

A partir da leitura interpretativa e crítica dos resultados reportados pelas referências incluídas, operacionalizada mediante a análise temática indutiva, foram identificados, no presente estudo, três temas, denominados da seguinte forma: (1) “A visão dos profissionais de saúde sobre o paciente suicida”; (2) “A atuação dos profissionais de saúde frente ao paciente suicida”; e (3) “As dificuldades dos profissionais de saúde diante do atendimento de pacientes suicidas”. Todos os temas estão relacionados às percepções dos profissionais de saúde em relação a pacientes com comportamento suicida atendidos na rede de saúde.

Em relação ao primeiro tema, é importante ressaltar que a maioria dos profissionais de saúde que integraram a amostra de Freitas e Borges (2014) percebeu o paciente suicida como alguém em intenso sofrimento psíquico e que cometeu o ato por

não possuir perspectivas de futuro e para pôr fim aos sentimentos vivenciados. Muitos alegaram também a presença de transtornos mentais nesse público, sobretudo a depressão, indicando que muitos pacientes já teriam ser submetido a tratamento psiquiátrico, porém sem continuidade. O mesmo, em essência, se encontrou na pesquisa realizada por Reisdorfer et al. (2015), na qual os profissionais de saúde afirmaram, majoritariamente, que o comportamento suicida se caracteriza como tentativa de alívio de um sofrimento psíquico acentuado, supostamente associado a quadros nosológicos. Foi verificada também, uma dificuldade da equipe de saúde, devido ao desgaste emocional e a preconceitos, para detectar sinais de desesperança e pedidos de ajuda.

Nos estudos de Freitas e Borges (2014), Gutierrez, Minayo, Sousa e Grubits (2020), Conte, Cruz, Silva, Castilhos e Nicolella, (2015) e Freitas e Borges (2017) foi verificado que, para muitos profissionais de saúde, pacientes suicidas buscam “chamar atenção”. O suicídio, então, poderia ser interpretado, por um lado, como um “grito de socorro” ou, por outro lado, como uma atitude provocativa, o que desencadearia hostilidade por parte da equipe de saúde. Ou seja: alguns dos participantes desses estudos pareceram desconsiderar o sofrimento psíquico vivenciado pelos pacientes.

Em relação ao segundo tema, a pesquisa realizada por Fontão, Rodrigues, Lino e Kempfer (2018), em que foram entrevistados 16 profissionais de saúde, sendo 8 enfermeiros e 8 técnicos de enfermagem, observou que os participantes apresentaram uma reação negativa frente aos pacientes suicidas, uma vez que não se aproximavam emocionalmente deles e não entendiam seus aspectos subjetivos, focando apenas em questões técnicas do cuidado. Esta tendência foi encontrada também no estudo de Santos et al. (2017), em que os profissionais da enfermagem entrevistados apresentaram um discurso baseado no modelo biomédico, em função do qual, aparentemente, realizavam um cuidado exclusivamente clínico, sem levar em conta o contexto biopsicossocial do sujeito que tenta suicídio. Observou-se ainda que muitos profissionais de saúde reconheciam a importância de uma assistência humanizada, porém não a colocavam em prática na maioria das situações.

De acordo com Freitas e Borges (2017), muitos profissionais de saúde apresentam falta de preparo e de conhecimento, bem como possuem preconceitos, o que dificulta a assistência a pacientes suicidas, pois leva à reprodução de práticas e estigmas do senso comum e não à oferta um cuidado acolhedor e favorável à continuidade do tratamento.

Em relação ao terceiro tema, a pesquisa realizada por Fontão et al. (2018) revelou que os profissionais de saúde, de maneira geral, não se sentem preparados para

atendimentos relacionados à saúde mental. Além disso, identificam uma suposta fragilidade do setor de emergência para acolher pacientes com essa demanda, alegam sobrecarga de trabalho e sofrimento psíquico causado pela constatação de suas limitações.

Freitas e Borges (2017) também observaram resistências quanto ao cuidado em saúde mental nos contextos hospitalares, pois notaram que diversos profissionais de saúde compreendem que o setor de emergência não é adequado para este tipo de atendimento, uma vez que demanda muito das equipes. Observou-se igualmente uma inclinação à compartimentalização do cuidado, em função da qual cada classe profissional não se comunicaria adequadamente e realizaria suas atividades de maneira individual. Outra dificuldade encontrada foi em relação à comunicação do profissional de saúde com o paciente, comprometendo a criação de um vínculo adequado com o mesmo.

Já na pesquisa realizada por Liba et al (2016), por meio da qual foram entrevistados 38 profissionais de saúde de variados setores de um hospital público, observou-se que a maioria deles se sente capaz de prestar assistência a paciente com tentativa de suicídio e de identificar fatores de risco, em contraste com o que foi reportado nas outras referências. Entretanto, as pesquisas realizadas por Correia et al. (2020), Fontão et al. (2018), Freitas e Borges (2017), Conte, et al. (2015), Santos, et al. (2017), Carbogim et al. (2019), Reisdorfer et al (2015), Freitas e Borges (2014) salientam a necessidade de uma melhor preparação dos profissionais de saúde, por meio de uma educação permanente e capacitações em relação ao tema de saúde mental, especificamente o suicídio.

### **Discussão**

De acordo com as referências incluídas no presente estudo, observa-se que muitos profissionais de saúde apresentam uma visão carregada de estigmas e preconceitos em relação ao paciente com comportamento suicida, o que provoca um afastamento das questões psicológicas e emocionais do sujeito, proporcionando uma assistência não humanizada. Estudos mostram como o acolhimento inicial interfere na experiência de vida desses pacientes, segundo Correia et al. (2020), que realizou uma pesquisa com 15 profissionais de saúde e 18 pacientes em diversos serviços da RAPS e observou que, ao procurarem assistência e não receberem o suporte necessário, os usuários se sentiam desesperançosos, vulneráveis e mais suscetíveis a recorrência das tentativas de suicídio.

Vidal e Gontijo (2013) afirmam que esse primeiro contato da equipe de saúde com o paciente suicida é uma oportunidade fundamental para que fatores de risco sejam

identificados, para que sejam desenvolvidas intervenções no sentido de reduzi-los. Gutierrez (2014) ressalta que o acolhimento possibilita a escuta ativa realizada pelo profissional de saúde, proporcionando empatia, cuidado integral e quando realizado de maneira assertiva, pode interferir na aceitação e adesão no paciente ao tratamento. A partir do estudo realizado por Correia et al. (2020), verificou-se que, ao receberem um cuidado humanizado, os pacientes se sentiram fortalecidos e valorizados, sendo convidados a alterar sua visão de vida, possibilitando a percepção de outras perspectivas diante do sofrimento psíquico. Já Conte et al. (2015) preconiza a clínica ampliada como estratégia de acolhimento e escuta para contribuir com a prevenção das tentativas de suicídio.

Através das referências abordadas, observou-se também que profissionais de saúde comumente se sentem despreparados para o atendimento desta demanda de saúde mental e, como consequência, desenvolvem práticas pautadas no modelo biomédico. Oliveira et al. (2020) apontam que diversos profissionais não possuem condições psicológicas para lidar com a temática do suicídio, uma vez que, ao fazê-lo, entram em contato com questões pessoais relacionadas à própria finitude e, assim, tendem a apresentar uma mobilização emocional acentuada. Estudos mostram ainda que, comumente, profissionais de saúde demonstram reflexões moralistas, não empáticas e punitivas relacionadas a pacientes com comportamento suicida, uma vez que eles supostamente “desvalorizam” a própria vida, algo que seria o mais precioso para as pessoas de forma geral (Vedana et. al, 2017, citado por Brito, Arsufi, Sousa, e Preto, 2018);

Fontão et al. (2018) aborda algumas dessas dificuldades que influenciam na maneira como é realizado o atendimento, como sobrecarga de trabalho, prevalência do modelo biomédico na instituição, falhas dos setores de emergências para acolhimento dessas demandas, formação profissional superficial em saúde mental e falta de capacitações e educação permanente. Carbogim et al. (2019) realizou uma pesquisa com graduandos de enfermagem a fim de investigar qual a percepção desses acadêmicos sobre o suicídio e seus cuidados e constatou-se despreparo acadêmico e insegurança pessoal, o que indica necessidade de modificação da grade curricular da graduação sobre a temática de saúde mental.

Brito et al (2018) também reconhecem a necessidade de preparação psicológica e técnica dos profissionais de saúde, sendo fundamental, nesse sentido, o desenvolvimento de protocolos, políticas, momentos de reflexão, trocas de experiências e melhora na abordagem do suicídio nos cursos de graduação para obter uma melhor qualificação. E

para que ocorra uma assistência eficaz, é essencial, ainda de acordo com os autores, que os profissionais tenham preparo para realizar uma abordagem com empatia, para avaliar as vulnerabilidades do paciente, e realizar os encaminhamentos e orientações necessários, entretanto, não é o que geralmente acontece. Portanto, se faz necessária uma política de educação permanente intensa de âmbito institucional para toda a equipe de saúde, o que motiva uma reflexão destes profissionais sobre as práticas desempenhadas por eles e suas demandas atendidas (Fontão, et al., 2018, Freitas e Borges, 2017, Gonçalves et al., 2015)

Já Gonçalves et al. (2015) afirmam que a atuação da equipe de saúde deve realizar encaminhamentos à rede de apoio dos usuários, orientações pós-alta hospitalar, porém se depararam com redes de saúde mental fragilizadas e o desconhecimento, por parte de alguns profissionais, sobre os serviços disponível. É de grande importância a instrução adequada da família a fim de ajudar na prevenção do suicídio. Logo, os familiares devem ser informados sobre a tentativa praticada, para que possam ficar mais atentos às motivações, oferecer suporte emocional e procurar atendimento especializado em serviços de saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs). Com isso, vale ressaltar a importância do fortalecimento do vínculo entre a rede de saúde especializada e as famílias (Meira, Vilela, Lopes, Pereira & Alves, 2020, Barrero, 2008, citado por Freitas e Borges, 2017).

É válido ressaltar a importância da equipe multiprofissional no atendimento do paciente suicida para que o cuidado integral em saúde mental ocorra, entretanto percebeu-se uma atuação individualizada com realizações de funções de forma separada (Fontão et al., 2018). E o psicólogo exerce um papel fundamental nesse acolhimento, podendo auxiliar o sujeito nesse processo de sofrimento intenso, realizando a compreensão dos recursos psíquicos e psicossociais, o que contribui com a relação profissional-paciente e um ambiente humanizado (Toro, Nucci, Toledo, Oliveira, & Prebianchi, 2013).

### **Considerações finais**

Percebe-se que, de acordo com a literatura contemplada no presente estudo, os profissionais de saúde ainda possuem uma percepção negativa acerca do paciente suicida, e isso interfere no atendimento que este paciente irá receber ao precisar de cuidados nos serviços de saúde, proporcionando uma assistência não humanizada e fragmentada devido à adesão ao modelo biomédico. Devido às dificuldades, e o despreparo sentido pelos profissionais, ressalta-se a importância de se falar sobre saúde mental, de realizar trocas, capacitações e educação permanente nas instituições a fim de proporcionar reflexões

acerca da prática realizada. É válido também, alteração das grades curriculares dos cursos da saúde para que o profissional seja preparado desde sua graduação.

Pensando nisso, vemos a fragilidade das ações relacionadas à prevenção do suicídio, uma vez que o não acolhimento interfere na recorrência de novas tentativas e a não continuidade do tratamento. A OMS definiu a redução de um terço na taxa global de suicídio até 2030 como uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), e para isso divulgou algumas orientações para a implementação da campanha “Live Life” para a prevenção do suicídio. Uma dessas medidas é a identificação precoce, avaliação, gestão e acompanhamento de qualquer pessoa afetada por pensamentos e comportamentos suicidas (OPAS, 2021). Dito isso, é essencial que os profissionais de saúde estejam capacitados para tanto e que os serviços de emergência também devem estar preparados e disponíveis para fornecer apoio e acolhimento imediato a indivíduos em situação crítica.

Observou-se também a importância da atuação multiprofissional e de uma rede de suporte fortalecida, que trabalhe junto com a rede de saúde. É importante ressaltar a falta de pesquisas recentes em relação ao assunto, sendo uma limitação desta pesquisa a quantidade de referências encontradas. Portanto, novas pesquisas sobre a temática são necessárias, sobretudo envolvendo outras classes profissionais que podem prestar assistência a pacientes com comportamento suicida, para além da enfermagem.

## Referências

- Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231-236. doi: 10.1590/0103-6564D20140004.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brito, D. de, Arsufi, J. de, S., Sousa, B. de, O. P. & Preto, V. A. (2018). Percepção dos enfermeiros frente ao paciente com comportamento suicida. *Psicologia Hospitalar*, 16(1), 43-66. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092018000100004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092018000100004&lng=pt&tlng=pt).
- Carbogim, F. da, C., Pereira, N. L., Luiz, F. S., Braz, P. R., Barbosa, A. C. S., Paula, G. L. de, Silva, T. R. da & Alvez, M. da, S. (2019). Suicídio e cuidado às vítimas de tentativa de suicídio. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 13(4), 1090-1096. doi: . 10.5205/1981-8963-v13i04a238056p1090-1096-2019.
- Clark, J. P. (2003). How to peer review a qualitative manuscript. In: F. Godlee, & T. Jefferson (Orgs.), *Peer review in Health Sciences* (pp. 219-235). London: BMJ Books.
- Conte, M., Cruz, C. W., Silva, C. G. da., Castilhos, N. R. M. de. & Nicolella, A. D. R. (2015). Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6). 1741-1749. doi: 10.1590/1413-81232015206.02452015
- 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). Atenção psicossocial às pessoas com comportamento suicida na perspectiva de usuários e profissionais de saúde. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 54, 1-8. doi: 10.1590/S1980-220X2019028803643
- Fontão, M. C., Rodrigues, J., Lino, M. M & Kempfer, S. S. (2018). Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Rev Bras Enferm*, 71(5), 2329-2335 doi: 10.1590/0034-7167-2017-0219
- Freitas, A. P. A. de, & Borges, L. M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 560-577. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812014000200010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812014000200010&lng=pt&tlng=pt).

- Freitas, A. A., & Borges, L. M. (2017). Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estud. Psicol.*, 22 (1), 50-60. doi: 10.22491/1678-4669.20170006
- Gonçalves, P. I. de E., Silva, R. A. da, & Ferreira, L. A. (2015). Comportamento suicida: percepções e práticas de cuidado. *Psicologia Hospitalar*, 13(2), 64-87. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092015000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200005&lng=pt&tlng=pt).
- Gutierrez, B. A. O. (2014) Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*, 25(3), 262-269. doi: 10.1590/0103-6564D20140002.
- Gutierrez, D. M. D., Minayo, M. C. de S., Sousa, A. B. L., & Grubits, S. (2020). Pessoas idosas tentam suicídio para chamar atenção? *Saúde E Sociedade*, 29(4), 1-13. doi: 10.1590/S0104-12902020190659.
- Kubler-Ross, E. (2019). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Leal, L. A., Soares, M. I., Silva, B. R., da Brito, L. J., de S., Bernardes, A. & Henriques, S. H. (2019). *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 9, 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3249>.
- Liba, Y. H. A. de O., Lemes, A. G., Oliveira, P. R. de, Ferreira do Nascimento, V., Fonseca, P. I. M. N. da, Volpato, R. J., Almeida, M. A. S. O., & Cardoso, T. P. (2016). Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós-tentativa de suicídio / Perceptions of nursing professionals about the post-suicide patient / Percepciones de los profesionales de enfermería sobre el paciente post-intento de suicidio. *Journal Health NPEPS*, 1(1), 109-121. doi: 10.30681/25261010.
- Lopes, A. L. M., & Fracolli, L. A. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17 (4), 771-778. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400020>
- Loureiro, R. M. (2006). Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde. *Scientia Medica*, 16(2). Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrio.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1622>.
- Meira, S. S., Vilela, A. B. A., Lopes, C. R. S., Pereira, H. B. de B., & Alves, J. P. (2020). Representações sociais de profissionais de emergência sobre prevenção de

- readmissões hospitalares por tentativa de suicídio. *Trabalho, Educação E Saúde*, 18(3). doi: 10.1590/1981-7746-sol00276.
- Oliveira, R. A. de, Morais, M. R. & Santos, R. C. (2020). O comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional de Enfermagem. *Revista da SBPH*, 23(2), 51-64. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582020000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200006&lng=pt&tlng=pt).
- Organização Mundial da Saúde. (2019). Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. Recuperado de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2021) *Suicídio*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/topicos/suicidio>.
- Reisdorfer, N., Araujo, G. M. de, Hildebrandt, L. M., Gewehr, T. R., Nardino, J., & Leite, M. T. (2015). Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 5(2), 295–304. doi: 10.5902/2179769216790.
- Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Rodrigues, C. C. F. M., & Oliveira, L. V. e. (2020). Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 41. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>
- Santos, E. G. O., Azevedo, A. K. S., Silva, G. W. S., Barbosa, I. R. M., Dedeiros, R. R. & Valença, C. N. (2017) The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide: an exploratory study. *Online braz j nurs*, 16(1), 6-16. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5416>
- Storino, B. D., Campos, C. F. e., Chicata, L. C. de O., Campos, M. de A., Matos, M. S. da C., Nunes, R. M. C. M., & Vidal, C. E. L.. (2018). Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva*, 26(4), : 369-377. doi: 10.1590/1414-462X201800040191.
- Taquette, S. R., & Minayo, M. C. S. (2016). Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(2), 417-434. doi:10.1590/S0103-73312016000200005
- Toro, G. V. R., Nucci, N. A. G., Toledo, T. B. de, Oliveira, A. E. G. de, & Prebianchi, H. B. (2013). O desejo de partir: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. *Psicologia em Revista*, 19(3), 407-421. doi: 10.5752/P.1678-9563.2013v19n3p407.

- Vidal, C. E. L.& Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Caderno Saúde Coletiva*, 21(2), 108-114. Recuperado de <https://repositorio.observatoriodocuidado.fiocruz.br/handle/handle/163?show=full&locale-attribute=en>.
- Walsh, D. & Downe, S. (2004) Meta-synthesis method for qualitative research: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 204–21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03380.x

## Apêndice 1

Avaliação de indicadores de consistência metodológica das referências incluídas na metassíntese da literatura científica

### Referência 1: Correia et al. (2020)

| R  | Relevância justificada da questão do estudo  | Até 3 pontos     |
|----|--|------------------|
| 1  | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                |
| 2  | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                |
| 3  | objeto de estudo relevante   | 1                |
| A  | Adequação da metodologia qualitativa   | Até 3 pontos     |
| 4  | método escolhido justificado   | 0                |
| 5  | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                |
| 6  | critérios de inclusão explícitos   | 1                |
| T  | Transparência dos procedimentos  | Até 4 pontos     |
| 7  | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 1                |
| 8  | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                |
| 9  | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 1                |
| 10 | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                |
| S  | Solidez da abordagem interpretativa  | Até 5 pontos     |
| 11 | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                |
| 12 | contextualização histórico-espacial-social   | 1                |
| 13 | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                |
| 14 | limitações descritas   | 1                |
| 15 | texto bem escrito, sem jargões   | 1                |
|    | <b>TOTAL</b>   | <b>14 pontos</b> |

Referência 2: Fontão, Rodrigues, Lino e Kempfer (2018)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 0                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 1                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 0                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 1                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 0                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 1                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>11 pontos</b>    |

### Referência 3: Freitas e Borges (2017)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 1                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 1                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 1                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 1                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>14 pontos</b>    |

Referência 4: Conte, Cruz, Silva, Castilhos e Nicolella, (2015)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 0                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 1                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 0                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 0                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 0                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>10</b>           |

Referência 5: Santos et al. (2017)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 1                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 1                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 0                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 1                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 0                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>13</b>           |

Referência 6: Liba et al. (2016)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 1                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 0                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 0                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 0                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 0                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>10</b>           |

Referência 7: Gutierrez, Minayo, Sousa e Grubits (2020),

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 0                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 1                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 0                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 0                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>11</b>           |

Referência 8: Meira, Vilela, Lopes, Pereira e Alves (2020)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 1                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 1                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 1                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 1                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>14</b>           |

Referência 9: Carbogim et al. (2019)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 1                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 1                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 1                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 0                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>13</b>           |

Referência 10: Reisdorfer et al. (2015)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 1                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 0                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 1                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 0                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>12</b>           |

Referência 11: Freitas e Borges (2014)

| <b>R</b>     | <b>Relevância justificada da questão do estudo</b>                                     | <b>Até 3 pontos</b> |
|--------------|--|---------------------|
| 1            | definição clara do objeto e do objetivo em estudo                                      | 1                   |
| 2            | quadro teórico referencial consistente e com pressupostos                              | 1                   |
| 3            | objeto de estudo relevante   | 1                   |
| <b>A</b>     | <b>Adequação da metodologia qualitativa</b>  | <b>Até 3 pontos</b> |
| 4            | método escolhido justificado   | 0                   |
| 5            | instrumentos utilizados adequados incluindo-se itens do roteiro                        | 1                   |
| 6            | critérios de inclusão explícitos   | 1                   |
| <b>T</b>     | <b>Transparência dos procedimentos</b>   | <b>Até 4 pontos</b> |
| 7            | cenário do estudo/estratégia de entrada no campo                                       | 1                   |
| 8            | descrição sobre como se deu a coleta de dados /amostragem                              | 1                   |
| 9            | descrição de como se deu o registro da coleta de dados                                 | 1                   |
| 10           | aspectos éticos (incluindo o papel do pesquisador)                                     | 1                   |
| <b>S</b>     | <b>Solidez da abordagem interpretativa</b>   | <b>Até 5 pontos</b> |
| 11           | análise apropriada, como foi decomposto o material analisado                           | 1                   |
| 12           | contextualização histórico-espacial-social   | 1                   |
| 13           | interpretações claras, apoiadas na evidência e com diálogo com a literatura atualizada | 1                   |
| 14           | limitações descritas   | 0                   |
| 15           | texto bem escrito, sem jargões   | 1                   |
| <b>TOTAL</b> |  | <b>13</b>           |

## Anexo 1

### Diretrizes para Autores

#### TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS

A Revista Argumento recebe artigos originais, ensaios clínicos e artigos de revisão, conforme descrito a seguir.

- Todos os artigos submetidos devem apresentar, além da língua original, uma versão em espanhol e inglês do resumo e palavras-chave.

- Artigos Originais e Ensaios Clínicos (limitado à 30 páginas): desenvolvidos a partir de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O texto deve ser elaborado com até 5 ilustrações. Os ensaios clínicos devem estar registrados em órgão competente e seu número identificado já no resumo. Por ensaio clínico entende-se uma pesquisa que pretende responder uma pergunta sobre a eficácia de determinada intervenção que pode ser com um medicamento, um produto para a saúde, uma vacina, ou no caso da psicologia uma intervenção psicológica; intervenção.

- Artigos de Revisão (limitado à 30 páginas): desenvolvidos a partir de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica sistemática, consistente, com análise crítica e considerações que possam contribuir com o estado da arte (máximo de 5 ilustrações).

#### PREPARO DO MANUSCRITO

A Revista Argumento adota AS NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA APA (Publication Manual of the American Psychological Association/ 6ª edição, 2010). Um guia rápido em português pode ser consultado em Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA, disponível em [http://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2016/10/normalizacao\\_referencias\\_APA\\_6\\_ed\\_versao2013.pdf](http://www.ip.usp.br/site/wp-content/uploads/2016/10/normalizacao_referencias_APA_6_ed_versao2013.pdf)

Para citações, consultar o site: <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/manuais/citacoesnotextoapa.pdf>

Também pode ser consultado um breve resumo das normas da APA 6ª edição. Disponível em: <http://www.apastyle.org/>.

#### NO PREPARO DO ORIGINAL DEVERÁ SER OBSERVADA A ESTRUTURA A SEGUIR

**Enviar Folha de rosto identificada, em arquivo separado, como documento suplementar.**

**Enviar artigo completo, com folha de rosto sem identificação, como documento principal.**

1. FOLHA DE ROSTO IDENTIFICADA (como documento suplementar)

1.1. Título do artigo em português (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), negrito, fonte Times New Roman, tamanho 14, parágrafo centralizado, subtítulo em letras minúsculas (exceto nomes próprios).

Máximo de 15 palavras.

1.2. Título do artigo em inglês e em espanhol, logo abaixo do título em português, (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), em itálico, fonte Times New Roman, tamanho 12, parágrafo centralizado. Máximo de 15 palavras.

1.3. Sugestão de título resumido (máximo 5 palavras)

1.4. Nome completo dos autores, ORCID, vínculo (aluno, professor, pesquisador de linha de pesquisa) e afiliação institucional (nome da instituição para a qual trabalha), cidade, estado, país e e-mail.

## 2. FOLHA DE ROSTO SEM IDENTIFICAÇÃO (arquivo principal - PÁGINA 1)

2.1. Título do artigo em português (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), negrito, fonte Times New Roman, tamanho 14, parágrafo centralizado, subtítulo em letras minúsculas (exceto nomes próprios).

Máximo de 15 palavras.

2.2. Título do artigo em inglês e em espanhol, logo abaixo do título em português, (inicial maiúsculo, restante minúsculas – exceto nomes próprios), em itálico, fonte Times New Roman, tamanho 12, parágrafo centralizado. Máximo de 15 palavras.

2.3. Sugestão de título resumido (máximo 5 palavras)

## 3. RESUMO, ABSTRACT e RESUMEN (PÁGINA 2)

O resumo, o Abstract e o Resumen devem contemplar os tópicos apresentados na publicação. Exemplo: Introdução, Desenvolvimento, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Considerações Finais. Deve conter no mínimo 100 e no máximo 250 palavras, em português/inglês, fonte Times New Roman, tamanho 11, espaçamento simples e parágrafo justificado.

No caso de ensaios clínicos, o número de registro deve constar antes dos descritores.

Na última linha deverão ser indicados os descritores (palavras-chave/keywords). Para padronizar os descritores, solicitamos utilizar os Thesaurus da área de Saúde (DeCS). O número de descritores desejado é de no mínimo 3 e no máximo 5, os quais devem ser representativos do conteúdo do trabalho.

#### 4. CORPO DO TEXTO (A PARTIR DA PÁGINA 3)

Formatação do texto: espaço 1.5, , fonte Times New Roman, tamanho 12.

- Introdução: deve descrever os avanços e trabalhos que embasaram a pesquisa, de maneira concisa, e deve finalizar com uma frase que anuncie claramente os objetivos do estudo.

- Método: deve incluir informações detalhadas sobre o desenho do estudo, o ambiente de pesquisa, participantes, instrumentos, hipóteses, análises estatísticas, registro de ensaio clínico (quando for o caso), aprovação pelo comitê de ética e procedimentos de obtenção de termo de consentimento informado.

- Resultados: devem ser claros; não é permitida a repetição de dados no texto e em tabelas/figuras.

- Discussão: interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.

- Conclusão ou Considerações finais: devem limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-as ao conhecimento já existente. Utilizar apenas citações indispensáveis para embasar o estudo.

- Agradecimentos: Deve incluir informações sobre bolsas, financiamento e outros tipos de apoio ao estudo. Alguns autores podem desejar prestar agradecimentos a colaboradores que contribuíram de forma significativa para o manuscrito porém não preenchem critérios de autoria. Obter permissão das pessoas citadas é responsabilidade do autor.

- Declaração de conflitos de interesse: Cada autor deve declarar potenciais conflitos de interesse em geral, e não apenas relacionados ao presente estudo. Exemplos incluem empregos/cargos atuais ou passados, verbas de pesquisa recebidas, honorários de palestrante, participação acionária, serviço prestado como consultor ou conselho consultivo de organizações, entre outros. Estudos que, de alguma forma, envolvam empresas farmacêuticas ou outras entidades privadas ou públicas devem descrever claramente o papel dessas organizações no estudo. Além disso, se o estudo, de alguma forma, envolver compostos farmacêuticos, a declaração de conflitos de interesse deve incluir informações sobre quem ou que instituições realizaram as análises estatísticas, além de um e-mail para a possível obtenção do protocolo.

#### 5. LISTA DE REFERÊNCIAS

As referências devem ser limitadas ao menor número possível, sendo o máximo de 30 referências, incluindo neste total até 10% de citações referentes aos próprios autores. **No mínimo, 40% do total devem referir-se aos últimos 5 anos.** Quando justificados no item 08 (outras informações relevantes) da Carta de Apresentação, estes limites poderão ser revistos pelo Conselho Editorial, por exemplo, nos casos de artigos de revisão histórica. As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, conforme o sistema da American Psychological Association (APA - 6ª. edição de 2010). Verifique os links indicados no início desta seção.

#### 6. ANEXOS

Utilizar apenas quando contiverem informação original importante ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do texto. Recomenda-se evitar anexos.

## **ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS REFERÊNCIAS**

Utilize espaço simples nessa seção, com espaço duplo para separá-las. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores. Em casos de referência a múltiplos estudos do mesmo autor, utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo aos mais recentes desse autor. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

A segunda linha de cada referência deve ser recuada em 5 espaços (no Word, formate parágrafo com deslocamento de 0,68 cm). Revise as normas da revista, cuidadosamente, antes de preparar sua lista. Observe que os sobrenomes dos autores são colocados apenas com a primeira letra em maiúsculo.