Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Eficácia de programas de prevenção do suicídio: revisão sistemática com meta-análise

Effectiveness of suicide prevention programs: a systematic review with meta-analysis

Eficacia de los programas de prevención del suicidio: una revisión sistemática con meta-análisis

Letícia Lorena Soares Silva Polimeni[1], Cristiane Maria Silva de Souza Lima[1], Maria Eduarda Ribeiro Cavalcanti[1], Maria Luísa Araujo da Paz Oliveira[1], Juliana Clarindo Santos Veras[1], Ramonyele Gomes Franklin[2], Rayane Dantas dos Santos[2], Kedma Anne Lima Gomes[3], Waleska Fernanda Souto Nóbrega[4], Milena Edite Casé de Oliveira[5].

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia de intervenções multiníveis na prevenção do suicídio, com foco em ensaios clínicos randomizados. **Métodos:** Trata-se de uma revisão sistemática com meta-análise, conduzida através das diretrizes PRISMA e registrada no PROSPERO, incluindo buscas nas bases PubMed e PsycINFO. Os dados foram analisados através da meta-análise, forest-plot e I^2, foi considerado o $p < 0,05$. **Resultados:** Foram analisados 60 estudos qualitativamente e 15 quantitativamente, totalizando 7.327 participantes no grupo intervenção e 8.577 no controle. Os resultados indicaram efeito global significativo favorável às intervenções (d = -0,32; IC95%: -0,33 a -0,31; Z = 47,43; $p < 0,00001$). As intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental mostraram maior eficácia. **Conclusão:** Conclui-se que intervenções multiníveis são efetivas na redução da ideação suicida e sintomas associados, embora a elevada heterogeneidade e a concentração de estudos em países de alta renda apontem para a necessidade de adaptações contextuais e ampliação de pesquisas em diferentes realidades socioculturais.

Palavras-chave: Política de saúde, Suicídio, Prevenção do suicídio.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness of multilevel interventions in suicide prevention, focusing on randomized clinical trials. **Methods:** This is a systematic review with meta-analysis, conducted using PRISMA guidelines and registered in PROSPERO, including searches in the PubMed and PsycINFO databases. Data were analyzed using meta-analysis, forest-plot, and I^2, with $p < 0.05$ considered. **Results:** Sixty studies were analyzed qualitatively and 15 quantitatively, totaling 7,327 participants in the intervention group and 8,577 in the control group. The results indicated a significant overall effect favorable to the interventions (d = -0.32;

[1] Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru – PE.
[2] Universidade Federal de Pernambuco, Recife – PE.
[3] Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande – PB.
[4] Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG.
[5] Universidade de Pernambuco, Garanhuns – PE.

SUBMETIDO EM: 5/2026 | **ACEITO EM: 6/2026** | **PUBLICADO EM: 8/2026**

95% CI: -0.33 to -0.31; Z = 47.43; p < 0.00001). Interventions based on cognitive-behavioral therapy showed greater effectiveness. **Conclusion:** It is concluded that multilevel interventions are effective in reducing suicidal ideation and associated symptoms, although the high heterogeneity and concentration of studies in high-income countries point to the need for contextual adaptations and expansion of research in different sociocultural realities.

Keywords: Health policy, Suicide, Suicide prevention.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de las intervenciones multinivel en la prevención del suicidio, centrándose en ensayos clínicos aleatorizados. **Métodos:** Se trata de una revisión sistemática con metaanálisis, realizada siguiendo las directrices PRISMA y registrada en PROSPERO, incluyendo búsquedas en las bases de datos PubMed y PsycINFO. Los datos se analizaron mediante metaanálisis, diagrama de bosque e I^2, considerando $p < 0,05$. **Resultados:** Se analizaron cualitativamente sesenta estudios y cuantitativamente quince, con un total de 7.327 participantes en el grupo de intervención y 8.577 en el grupo de control. Los resultados indicaron un efecto global significativo favorable a las intervenciones (d = -0,32; IC del 95%: -0,33 a -0,31; Z = 47,43; p < 0,00001). Las intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual mostraron mayor efectividad. **Conclusión:** Se concluye que las intervenciones multinivel son eficaces para reducir la ideación suicida y los síntomas asociados, aunque la alta heterogeneidad y la concentración de estudios en países de altos ingresos señalan la necesidad de adaptaciones contextuales y de ampliar la investigación a diferentes realidades socioculturales.

Palabras clave: Política de salud, Suicidio, Prevención del suicidio.

INTRODUÇÃO

O suicídio é considerado, a nível mundial, um grave problema de saúde pública, visto que é a causa da morte de mais de 720.000 pessoas por ano e figura como eixo central das metas internacionais de redução da mortalidade, conforme a Organização Mundial da Saúde (WHO) (WHO, 2025). A mesma instituição estima ainda que, para cada suicídio consumado, ocorrem cerca de 20 tentativas não fatais, estendendo o impacto social sobre famílias e sistemas de saúde.

A literatura define o suicídio como um fenômeno complexo e multifatorial, fruto da intersecção entre fatores genéticos, psicológicos, sociais e culturais (NAGAFUCHI T, 2019). Desse modo, seus fatores de risco também não são uniformes ou estáticos, mas variam conforme gênero, idade, contexto cultural e histórico-cultural (TURECKI G e BRENT DA, 2016). Buscar compreender a diversidade destes aspectos é primordial para a superação de abordagens culpabilizantes e propor um modelo de cuidado em saúde mental que seja crítico e baseado em evidências.

No que diz respeito às causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos, o suicídio ocupa a terceira posição (WHO, 2025). Transtornos de saúde mental, em especial de depressão e transtornos relacionados ao uso de álcool, bem como tentativas prévias de suicídio são evidenciadas como fatores relacionados ao suicídio. Além disso, muitos casos ocorrem de forma impulsiva durante momentos de crise (WHO, 2022; WHO, 2025). Cabe destacar ainda que mais de 73% desses suicídios acontecem em países de baixa e média renda, destacando como as desigualdades no acesso à prevenção e ao cuidado em saúde mental influenciam diretamente esse desfecho (WHO, 2022; WHO, 2025).

A literatura sugere que determinantes sociais como pobreza, discriminação e barreira de acesso aos serviços de cuidado em saúde mental criam vulnerabilidades que atingem especialmente grupos marginalizados e agravam o fenômeno do suicídio (CRUZ WGN, et al., 2024; PINHEIRO IL e PEREIRA CCQ, 2023; WHO, 2022). Tais determinantes se expressam de maneiras distintas ao longo do curso da vida. Na

fase adulta, por exemplo, o desemprego e a perda do emprego são reconhecidos como fatores de risco para tentativas de suicídio, enquanto ambientes laborais prejudiciais aumentam a incidência de transtornos mentais como depressão, ansiedade e estresse. Esse conjunto de evidências aponta para a inseparabilidade de condições sociais e sofrimento mental, mesmo na ausência de um diagnóstico formal (CRUZ WGN, et al., 2024; PINHEIRO IL e PEREIRA CCQ, 2023; WHO, 2022).

Dada a seriedade do tema, desde 2013 a Organização Mundial da Saúde tem manifestado um interesse crescente na formulação e implementação de estratégias fundamentadas de prevenção do suicídio (WHO, 2013). Consequentemente, diversas intervenções têm sido propostas e aplicadas globalmente com o objetivo de reduzir as taxas de suicídio e de tentativas de suicídio. No entanto, a verdadeira eficácia dessas intervenções ainda não está plenamente elucidada, uma vez que a literatura apresenta resultados que demandam maior clareza e aprofundamento (BANDARA P, et al., 2022; BARNHORST A, et al., 2021; BERMAN A, et al., 2022).

Para preencher essa lacuna de conhecimento, múltiplas revisões sistemáticas têm sido conduzidas para examinar as estratégias de prevenção do suicídio (HOFSTRA E, et al., 2020; RICHARD O, et al., 2023; SCHMECKENBECHER J, et al., 2022). Mesmo com o crescente corpo de evidências sobre a eficácia de várias dessas estratégias, ainda não se dispõe de estudos comparativos que nos deem uma visão clara dos efeitos desses diferentes tipos de intervenções. Permanece, portanto, a questão central de qual estratégia é a mais eficaz e se o contexto no qual a intervenção é aplicada desempenha um papel importante na sua efetividade na prevenção do suicídio (HOFSTRA E, et al., 2020).

Numa tentativa de enfrentar o complexo desafio que é compreender e intervir nesse fenômeno, diretrizes globais em saúde mental têm enfatizado a necessidade de elaboração e aplicação de estratégias de promoção e prevenção, com abordagens que integrem desde políticas públicas e ações regulatórias até intervenções clínicas e comunitárias (HOM, et al., 2020; SAKASHITA T e OYAMA OH, 2022; WHO, 2022). Levando em conta essas diretrizes, podemos verificar a existência de campanhas amplamente difundidas, como o Setembro Amarelo no Brasil, entretanto, análises de séries temporais recentes têm mostrado que essa campanha, isoladamente, não se associa de forma consistente à redução das taxas de suicídio, mantendo em aberto a questão de sua efetividade real (CRUZ WGN, et al., 2024; OLIVEIRA MEC, et al., 2020).

Nesse cenário, as intervenções multiníveis se apresentam como uma abordagem promissora. Elas são definidas como estratégias ou ações que combinam intervenções de diferentes níveis de um sistema para alcançar um objetivo específico (FELTZ-CORNELIS CM, et al., 2011). Ao adotar uma perspectiva socioecológica, essas intervenções complexas e multiníveis são desenvolvidas para focar nos determinantes sociais do comportamento suicida em múltiplos níveis ecológicos (TRICKETT EJ e BEEHLER S, 2013). Evidências iniciais sugerem que esse tipo de intervenção pode ser mais eficaz na redução das taxas de suicídio do que estratégias individuais, ainda que baseadas em evidências (KNOX KL, et al., 2010; MANN JJ, et al., 2005).

Contudo, a literatura apresenta um panorama misto. Enquanto estudos não controlados têm demonstrado a eficácia das intervenções multiníveis (ONO Y, et al., 2013; PLANCKE L, et al., 2021), ensaios clínicos controlados (ECCs) descrevem resultados mais incertos e, algumas vezes, até mesmo contraditórios (KATZ I, et al., 2022; MCCAULEY E, et al., 2018). Esta inconsistência aponta para a necessidade de uma análise mais rigorosa e abrangente capaz de consolidar o entendimento sobre a efetividade dessas abordagens. A política global, inclusive, endossa a implementação de estratégias de prevenção ao suicídio fundamentadas em evidências (WHO, 2018), e, para tanto, revisões sistemáticas robustas e meta-análises de estudos randomizados são meios indispensáveis para gerar compreensões e intervenções amparadas em evidências sólidas (MITTMAN BS, 2004).

Assim, acredita-se que identificar programas preventivos de maior eficácia tem impacto direto na redução das taxas de suicídio e na otimização dos recursos em saúde pública, o que, além de salvar vidas, contribui para a sustentabilidade dos sistemas e proporciona cuidados mais efetivos às populações vulneráveis. Diante

da urgência em estabelecer uma base de evidências clara e da heterogeneidade dos resultados existentes, foi realizada uma revisão sistemática com meta-análise para avaliar a eficácia das intervenções multiníveis na redução de casos de suicídio e tentativas de suicídio, focando exclusivamente em ensaios clínicos randomizados. É importante ressaltar que, até o momento, nenhum estudo com esta metodologia abordou essas variáveis específicas, tornando esta pesquisa uma contribuição valiosa para o campo da prevenção do suicídio.

MÉTODOS

Este estudo foi conduzido como uma revisão sistemática com meta-análise, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analysis (PRISMA) (LIBERATI, et al., 2009). O protocolo completo desta pesquisa foi previamente registrado na International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO), garantindo transparência e reprodutibilidade (CRD42025643582).

A questão de investigação foi formulada utilizando a estratégia PICO, onde: P (População): Pessoas com histórico de ideação suicida ou tentativa de suicídio; I (Intervenção): Estratégias multiníveis de prevenção ao suicídio; C (Comparação): Grupo controle que não participou das intervenções preventivas; O (Outcomes/Desfechos): Suicídio ou tentativa de suicídio.

Critérios de elegibilidade

Foram considerados elegíveis para inclusão ensaios clínicos randomizados que investigassem intervenções de prevenção ao suicídio, nos quais o suicídio e/ou as tentativas de suicídio eram os desfechos primários. Para possibilitar as análises de meta-análise, os desfechos foram definidos através de variáveis quantitativas. O principal critério de exclusão foi a inclusão de casos de auto-mutilação não suicida no grupo experimental, a fim de manter o foco nas intenções suicidas. Além disso, foram excluídos estudos com animais e editoriais.

Estratégia de busca

A pesquisa sistemática foi realizada nas seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed e PsycINFO. A busca abrangeu artigos publicados desde a primeira publicação até o ano de 2025. A estratégia de busca utilizou descritores controlados pelo Medical Subject Headings (MeSH) e suas combinações booleanas, a saber: ((“suicide” OR “Suicidal Ideation” OR “Attempted Suicide”) AND (“suicide prevention” OR “Preventive Health Services” OR “Health Services”)).

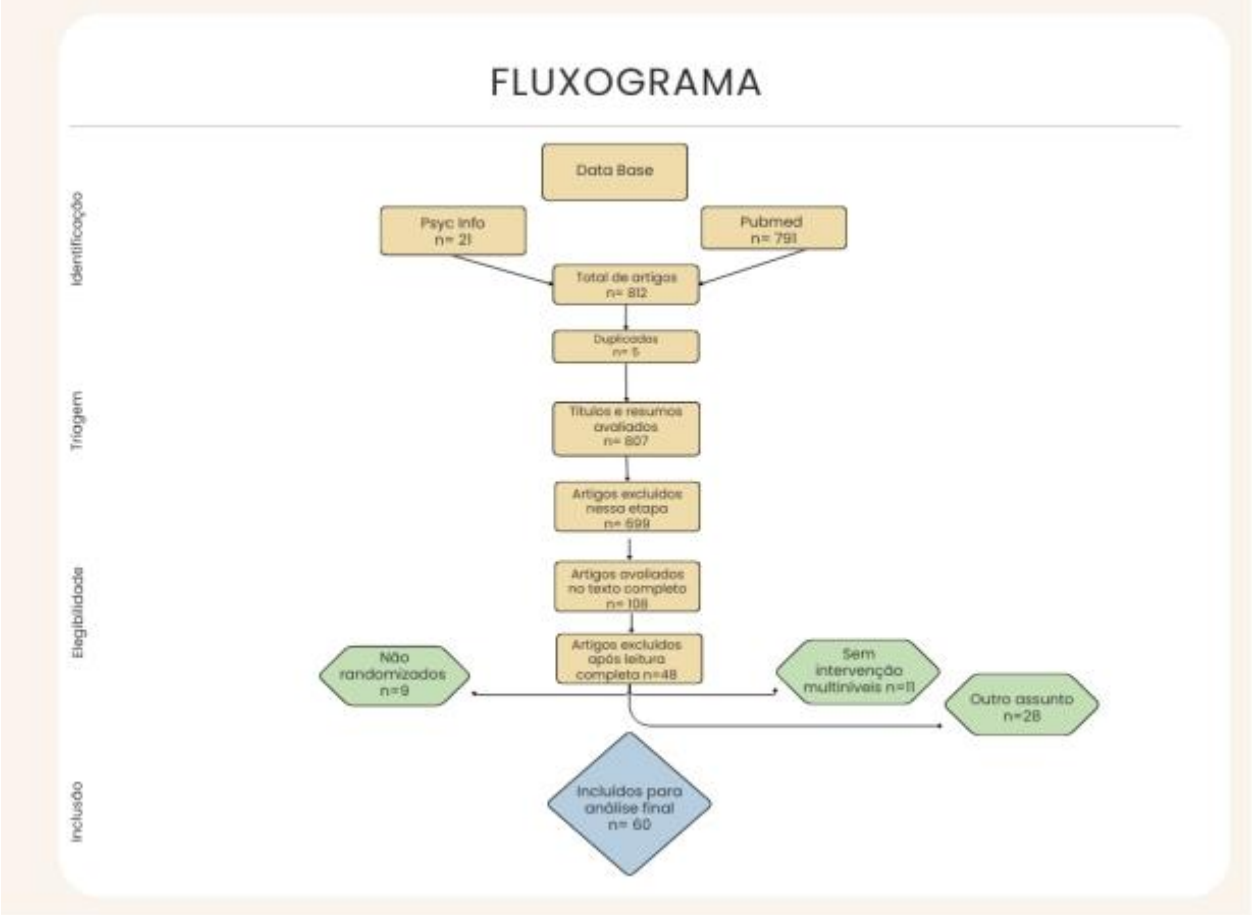
Procedimentos de seleção dos estudos

O processo de seleção dos estudos ocorreu em duas fases. Inicialmente, dois autores independentes (L.P.; C.S.) conduziram uma primeira triagem, avaliando os títulos e resumos dos artigos identificados nas bases de dados.

Nesta fase, estudos que não se adaptaram aos critérios de elegibilidade foram excluídos. Após a inclusão da chave de busca, foram identificados 812 artigos, dos quais cinco eram duplicados. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, 699 artigos foram excluídos, restando 108 para a próxima etapa.

Na segunda triagem, os mesmos dois autores avaliaram, de forma independente, o texto na íntegra dos artigos pré-selecionados, verificando sua conformidade com todos os critérios de inclusão e exclusão. Em casos onde houve discordância entre os avaliadores, um terceiro avaliador (M.O.) foi consultado para mediar e decidir sobre a inclusão ou exclusão do artigo. Após a leitura completa, 48 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, seja por se tratarem de estudos não randomizados, por não apresentarem intervenções multiníveis ou por abordarem temas não relacionados ao escopo da pesquisa. Ao final desta etapa, 60 artigos foram incluídos na revisão sistemática. Destes, 15 foram elegíveis para a meta-análise, por apresentarem os dados quantitativos necessários. Maiores informações sobre o processo de seleção dos artigos podem ser visualizadas na **Figura 1**.

Figura 1 - Fluxograma do processo de elegibilidade e seleção dos artigos, conforme o protocolo PRISMA.

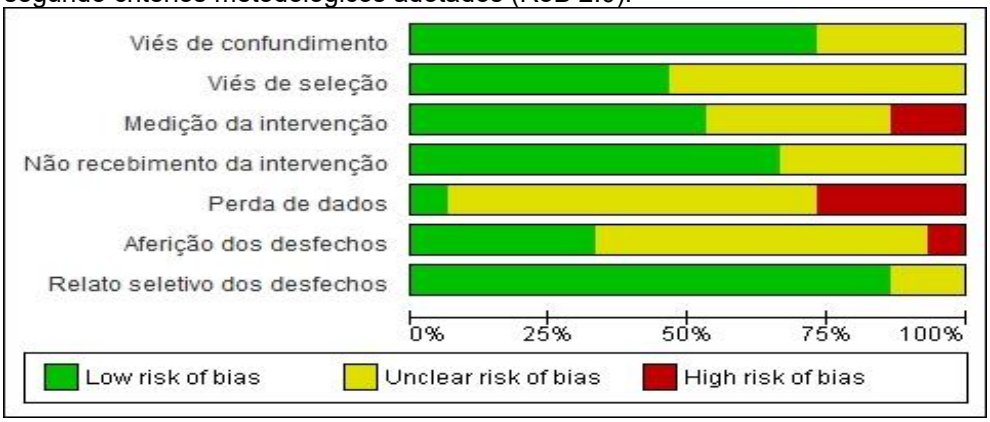


Fonte: Polimeni LLSS, et al., 2026.

Avaliação do risco de viés

Para os estudos que foram incluídos na meta-análise, foi realizada a avaliação do risco de viés, que foi avaliado independentemente por um autor (M.O.), utilizando a ferramenta The Risk of Bias 2 (RoB 2.0), proposta pela Cochrane. Os estudos foram classificados quanto ao risco de viés em: baixo, moderado ou alto. Artigos que apresentarem alto risco de viés em pelo menos quatro domínios ou que reportaram informações insuficientes para a avaliação de múltiplos domínios foram excluídos da meta-análise para garantir a robustez dos resultados (**Figura 2**).

Figura 2 - Avaliação do risco de viés dos estudos incluídos na meta-análise, segundo critérios metodológicos adotados (RoB 2.0).



Fonte: Polimeni LLSS, et al., 2026.

Análise dos dados

Para a meta-análise, foi calculada a diferença média padronizada referente ao desfecho primário, a saber: suicídio ou tentativa de suicídio. Foi considerado o modelo de efeitos aleatórios, em decorrência da heterogeneidade apresentada nos estudos incluídos. A significância estatística foi estabelecida com um valor de $p < 0,05$. A heterogeneidade estatística entre os estudos foi avaliada através do I^2, onde valores acima de 75% e $p < 0,05$ indicaram heterogeneidade significativa.

Os resultados da meta-análise podem ser visualizados através de Forest plots, que permitiram avaliar a qualidade da evidência e fornecer uma representação gráfica dos dados, incluindo a média e o desvio padrão para os grupos clínico e controle, e a diferença média padronizada entre eles. O diamante no gráfico forneceu o efeito resumido da análise (SHIM, et al., 2017). Todas as meta-análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico RevMan (versão 5.4.1).

Declaração de ética

Este estudo foi baseado exclusivamente na análise de dados secundários de domínio público, coletados a partir de artigos científicos publicados. Dessa forma, não houve necessidade de submissão e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Após aplicação dos critérios de elegibilidade, restaram 60 artigos para análise qualitativa. Destes, 15 estudos randomizados realizados em diferentes países foram incluídos para a meta-análise. Os estudos avaliaram a eficácia de protocolos de prevenção ao suicídio em comparação com o tratamento padrão ou a condição basal dos participantes. A maioria dos estudos utilizou intervenções baseadas em terapia cognitivo-comportamental (TCC), amplamente reconhecida como abordagem de primeira linha para o manejo da ideação suicida, dos sintomas depressivos e dos sintomas ansiosos (HOFMANN SG, et al., 2012). Apenas o estudo de Boudreaux, et al. (2023) realizou comparações intra-individuais antes e após a intervenção (baseline), sem um grupo controle paralelo.

A amostra dos 15 estudos incluídos mostra uma concentração importante na América do Norte, que representa pouco mais da metade das publicações analisadas N= 8 (53,3%). A Europa aparece em segundo lugar, com N= 4 (26,6%), seguida pela Ásia, com N=2 (13,3%). Apenas um estudo (6,6%) foi conduzido na Oceania, e não houve registros de pesquisas realizadas na América Central, América do Sul ou África.

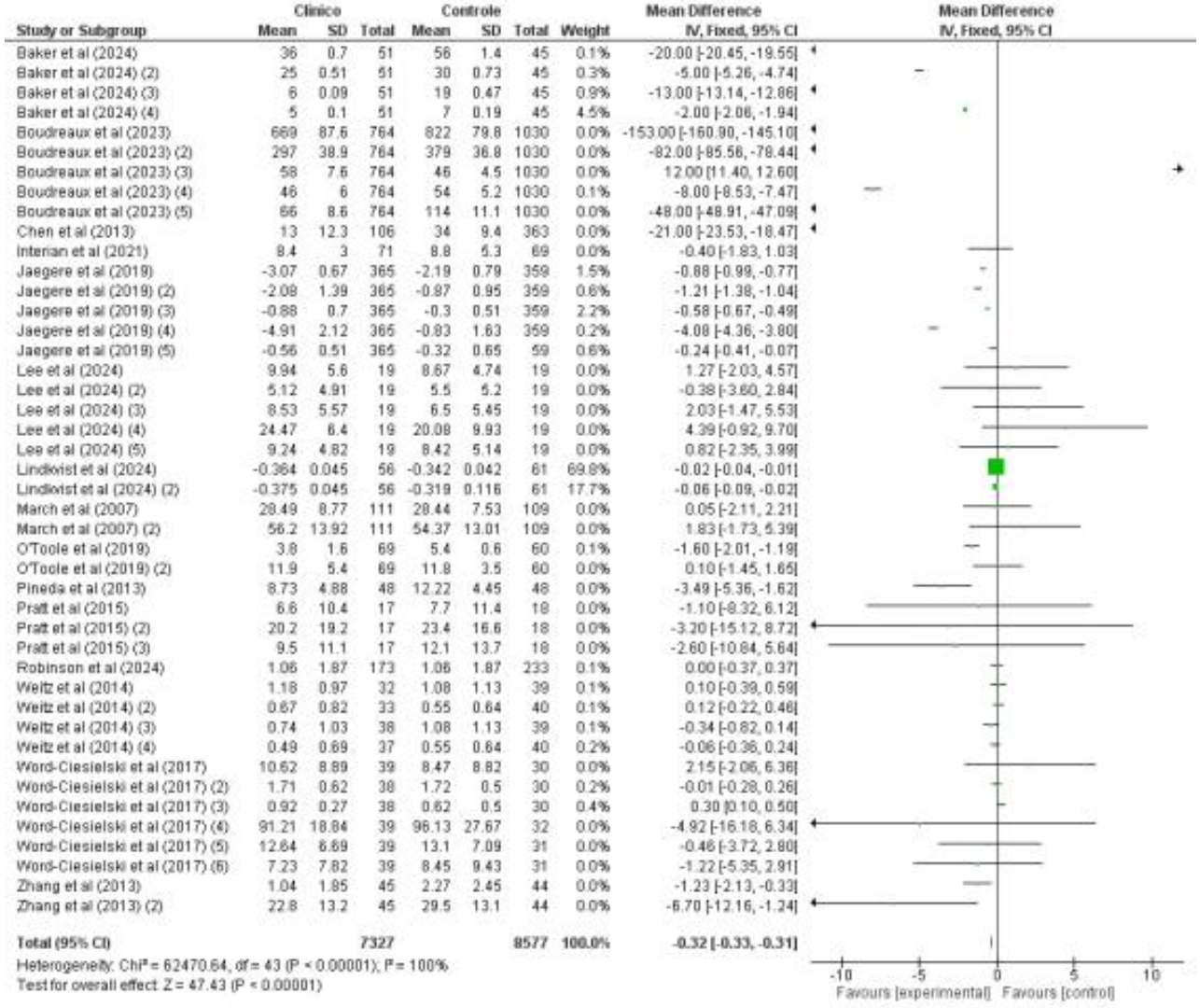
A meta-análise incluiu 43 comparações extraídas dos estudos selecionados, totalizando 7.327 participantes no grupo intervenção e 8.577 no grupo controle. A média de idade dos participantes foi de 34,4 anos, com uma variação entre 12 e 65 anos. Tais dados indicam que os estudos contemplam diferentes fases do ciclo vital. Quanto ao nível de escolaridade, entre os estudos que apresentaram essa informação, aproximadamente 14,5% dos participantes tinham ensino fundamental, 37% possuíam ensino médio e 48,5% tinham formação superior. Esses dados indicam uma tendência de maior participação de indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade.

Os resultados da meta-análise indicaram um efeito global significativo em favor das intervenções experimentais (protocolos de prevenção), com uma diferença média combinada de -0,32 [IC95%: -0,33; -0,31] (**Figura 3**). A maioria das estimativas individuais situou-se à esquerda da linha de nulidade, mostrando redução do desfecho no grupo intervenção em relação ao controle. Estudos como: Baker, et al. (2024), Boudreaux, et al. (2023), Jaegere, et al. (2019), Pratt, et al. (2015) e Zhang, et al. (2013) apresentaram efeitos particularmente favoráveis, com diferenças médias negativas e intervalos de confiança que não cruzaram zero, indicando significância estatística. Alguns estudos mostraram efeitos próximos à neutralidade, como Lindkvist, et al. (2024) e Weitz, et al. (2014), refletindo menor impacto ou maior variabilidade metodológica.

Esses achados revelam uma redução substancial nos escores de ideação suicida, ansiedade e depressão em comparação ao grupo controle. O teste global de significância foi altamente robusto ($Z = 47,43$; $p < 0,00001$), evidenciando a consistência dos efeitos observados, no qual, as intervenções multiníveis

apresentaram efeito protetor em relação ao desfecho analisado. Entretanto, verificou-se uma alta heterogeneidade entre os estudos (I^2 = 100%), o que sugere grande variação nos protocolos utilizados, características das populações incluídas e nas medidas de desfecho empregadas (**Figura 3**).

Figura 3 - Forest Plot dos efeitos da intervenção no grupo clínico e no grupo controle.



Fonte: Polimeni LLSS, et al., 2026.

Na análise dos pesos estatísticos atribuídos aos estudos incluídos no forest plot, Lindkvist, et al. (2024) apresentou o maior peso individual, contribuindo com 69,8% do efeito global. Esse resultado indica que o estudo possui um tamanho amostral elevado e baixa variabilidade, exercendo forte influência na estimativa combinada da meta-análise.

Além dele, alguns estudos apresentaram contribuição moderada para o efeito geral, destacando-se diferentes análises de Baker et al. (2024), Boudreaux, et al. (2023) e Pratt, et al. (2015), cada uma com pesos em torno de 4% a 5%. Embora esses estudos não tenham dominado o efeito combinado de forma isolada, sua participação conjunta foi relevante para reforçar a direção e a consistência das estimativas individuais. Os demais estudos apresentaram pesos relativamente baixos, contribuindo de maneira mais discreta para o resultado final, o que é comum em meta-análises que reúnem amostras heterogêneas e tamanhos de efeito variados.

De forma geral, os protocolos baseados em TCC demonstraram ser os mais eficazes na redução dos desfechos avaliados, quando comparados ao tratamento usual ou à ausência de intervenção. O estudo de

Boudreaux, et al. (2023), embora tenha adotado uma metodologia diferente, também apresentou resultados significativos, evidenciando melhorias pós-intervenção e reforçando a efetividade dos programas preventivos.

DISCUSSÃO

A presente revisão sistemática com meta-análise identificou que intervenções multiníveis, quando comparadas ao tratamento de cunho individual, têm um impacto relevante na diminuição da ideação suicida e de sintomas relacionados. Esse resultado é consistente com a literatura recente, que aponta maior eficácia desse tipo de abordagem em relação a intervenções aplicadas isoladamente (HOFSTRA, et al., 2020).

No campo da prevenção, a ideia de "intervenções multiníveis" costuma aparecer para descrever programas que articulam ações em diferentes frentes do sistema, integrando, por exemplo, atividades educativas em escolas, capacitação de profissionais de saúde, medidas para limitar o acesso a meios letais, campanhas de comunicação e cuidado clínico (ASKANE, et al., 2025; GRATTIDGE, et al., 2024; HEGERL, et al., 2021).

Um dos resultados mais potentes desta meta-análise foi a identificação da eficácia superior das intervenções multiníveis que incorporam a TCC como componente clínico central. Embora o impacto clínico da TCC sobre a ideação suicida, depressão e ansiedade esteja consolidado na literatura (BÜSCHER, et al., 2020; HOFMANN SG, et al., 2012; WENZEL e BECK, 2008; WENZEL e JAGER-HYMAN, 2012), nossos achados avançam ao indicar que seus efeitos são potencializados quando integrados a programas multiníveis.

Isso dialoga com achados anteriores que evidenciam as abordagens mais exitosas como aquelas que incidem diretamente sobre as cognições suicidas, os déficits de resolução de problemas e a desregulação emocional (BÜSCHER, et al., 2020; HOFMANN SG, et al., 2012; WENZEL e BECK, 2008; WENZEL e JAGER-HYMAN, 2012).

Essa proeminência, todavia, deve ser interpretada considerando a geografia da produção científica. É possível observar que 53,3% dos estudos incluídos em nossa pesquisa, ou seja, a maioria, advém da América do Norte, local considerado como berço da TCC, sistematizada por Aaron Beck entre as décadas de 1950 e 1960. Isso nos ressalta que, embora essa correlação evidencie que tais intervenções continuam bem-sucedidas em seus contextos de origem, valendo-se de estratégias como psicoeducação, resolução de problemas e controle de impulsos (MARBACK e PELISOLI, 2014), ela revela, simultaneamente, o viés epistêmico crítico da sub-representação sistemática do Sul Global no meio científico.

Essa lacuna é problemática não apenas porque mais de 73% dos suicídios ocorrem nessas regiões (WHO, 2022), mas também porque a ausência de estudos que tomem o Sul Global como foco acaba por ignorar o fato de que barreiras estruturais e desigualdades históricas modulam o tratamento e seus efeitos.

Afinal, a literatura sobre determinantes sociais da saúde sugere que a pobreza extrema e a falta de acesso a serviços podem mitigar os efeitos de psicoterapias padronizadas quando estas ignoram as particularidades do território (DIMENSTEIN, et al., 2017; PATEL e EATON, 2010; PATEL, et al., 2018), exigindo adaptações que nem sempre são contempladas nos estudos analisados.

Essa diversidade de cenários ajuda a explicar, inclusive, a elevada heterogeneidade estatística encontrada nesta meta-análise ($I^2 = 100\%$). Porém, essa variação deve ser interpretada não como um ruído nos dados, mas sim como uma característica indissociável de intervenções complexas, que interagem de modo dinâmico com os sistemas locais de saúde e cultura (SKIVINGTON K, et al., 2021).

Conforme orienta o framework atualizado do Medical Research Council (SKIVINGTON K, et al., 2021), tais resultados sinalizam que a eficácia não é um valor fixo ou universal, mas depende de compreender o que funciona, para quem e em que circunstâncias. Assim, a alta heterogeneidade reforça a tese de que estratégias de prevenção não devem ser replicadas mecanicamente, mas sim adaptadas às realidades territoriais para serem efetivas (KILBOURNE, et al., 2024; POWER, et al., 2019; SKIVINGTON K, et al., 2021).

Apesar disso, o efeito global encontrado (d = –0,32) indica uma magnitude pequena a moderada, porém clinicamente significativa, especialmente em contextos onde pequenas reduções de risco podem representar grande impacto populacional. Esse achado é coerente com meta-análises que apontam que intervenções psicológicas, quando aplicadas de forma estruturada, produzem efeitos modestos, mas relevantes em comportamentos suicidas (SCHMECKENBECHER J, et al., 2022; OUGRIN, et al., 2015; TARRIER, et al., 2008).

A esse respeito, medidas foram adotadas neste estudo para assegurar a validade interna e minimizar vieses. A confiabilidade da seleção foi garantida por meio de triagem realizada por dois avaliadores independentes, com mediação de um terceiro em casos de discordância, seguindo estritamente as diretrizes PRISMA e o registro prévio no PROSPERO. Para mitigar a influência de dados de baixa qualidade, utilizou-se a ferramenta RoB 2.0, excluindo da meta-análise os estudos classificados com alto risco de viés, além da aplicação do modelo de efeitos aleatórios para ponderar adequadamente a variabilidade entre as intervenções.

Mesmo com a adoção desses cuidados, os achados mostram de modo consistente que intervenções multiníveis podem trazer benefícios consideráveis, especialmente em contextos nos quais determinantes sociais têm grande influência. A descrição pormenorizada dos componentes das intervenções evidencia que elementos específicos podem gerar maior impacto clínico, reforçando a importância de protocolos adaptados ao contexto local e às desigualdades estruturais (DIMENSTEIN, et al., 2017; KILBOURNE, et al., 2024; PATEL e EATON, 2010; PATEL, et al., 2018; POWER, et al., 2019; SKIVINGTON K, et al., 2021).

Embora este estudo apresente limitações, os achados reforçam a eficácia das intervenções multiníveis. Sugere-se que pesquisas futuras superem o viés epistêmico atual, priorizando a inclusão de populações de países de baixa e média renda, a padronização de desfechos clínicos e a descrição detalhada dos componentes das intervenções. Tais avanços são fundamentais para o desenvolvimento de protocolos de prevenção que não sejam apenas réplicas de modelos externos, mas intervenções territorialmente sensíveis e adaptadas às complexidades socioculturais locais, permitindo políticas públicas mais sólidas, equitativas e eficazes no enfrentamento do suicídio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta meta-análise corroboraram a eficácia superior das intervenções multiníveis na redução da ideação suicida e sintomas associados, com destaque para aquelas fundamentadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). No entanto, evidencia-se uma lacuna crítica: embora tais modelos estejam consolidados em seus contextos de origem, a validação para a realidade do Sul Global permanece escassa, levantando questionamentos sobre a aplicabilidade direta em países marcados por desigualdades estruturais sem as devidas adaptações. Além disso, a alta heterogeneidade estatística identificada sinaliza a necessidade de desenvolver e implementar protocolos baseados em evidências que sejam sensíveis aos aspectos territoriais. Dessa forma, colabora-se para a construção de uma prevenção que não apenas replique modelos externos, mas que contemple a multifatorialidade do suicídio e as especificidades locais, contribuindo para uma política de saúde mental mais equitativa e eficaz. A ampliação da produção científica nessa área permitirá não apenas refinar a compreensão dos fatores de risco e proteção associados ao suicídio, mas também avaliar a efetividade de intervenções em diferentes contextos. Nesse sentido, estudos longitudinais, multimétodos e com maior representatividade populacional podem contribuir significativamente para a consolidação de práticas baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

1. ASNAKE AA, et al. Multilevel analysis of factors associated with suicide attempts: Evidence from 2022/2023 Mozambique Demographic and Health Survey. PLOS ONE, 2025, 20(2): e0315648.
2. BANDARA P, et al. Cost-effectiveness of Installing Barriers at Bridge and Cliff Sites for Suicide Prevention in Australia. JAMA Netw Open, 2022, 5(4): p. e226019.

3. BARNHORST A, et al. Suicide prevention efforts in the United States and their effectiveness. Current Opinion in Psychiatry, 2021, 34(3): 299–305.
4. BERMAN A, et al. Effectiveness of restricting access to a suicide jump site: a test of the method substitution hypothesis. Inj Prev, 2022, 28(1): 90–92.
5. BÜSCHER R, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy to reduce suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. JAMA Network Open, 2020, 3(4): e203933.
6. CONNOR R, KIRTLEY OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci, 2018, 373(1754): 20170268.
7. CRUZ WGN, et al. Analysis of the impact of the Brazilian Suicide Prevention Campaign "Yellow September": an ecological study. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 2024, 46: e20240564.
8. DIMENSTEIN M, et al. Determinação social da saúde mental: Contribuições à psicologia no cuidado territorial. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 2017, 69(2): 72–87.
9. FELTZ-CORNELIS CM, et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies: A Review of Systematic Reviews. Crisis, 2011, 32(6): 319–333.
10. GRATTIDGE L, et al. Characteristics of suicide prevention programs implemented for young people in rural areas: A systematic review of the literature. Mental Health & Prevention, 2024, 34: 200335.
11. HEGERL U, et al. The 4-level approach: Prevention of suicidal behaviour through community-based intervention. Frontiers in Psychiatry, 2021, 12: 760491.
12. HOFMANN SG, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cognitive Therapy and Research, 2012, 36(5): 427–440.
13. HOFSTRA E, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. General Hospital Psychiatry, 2020, 63: 127–140.
14. KATZ I, et al. Lithium Treatment in the Prevention of Repeat Suicide-Related Outcomes in Veterans With Major Depression or Bipolar Disorder. JAMA Psychiatry, 2022, 79(1): 1–10.
15. KNOX KL, et al. The US Air Force Suicide Prevention Program: Implications for Public Health Policy. American Journal of Public Health, 2010, 100(12): 2457–2463.
16. LINDKVIST R, et al. Brief admission by self-referral as an add-on to usual care for individuals with self-harm at risk of suicide: cost-effectiveness and 4-year health-economic consequences after a Swedish randomized controlled trial. Nordic Journal of Psychiatry, 2024, 78(6): 497-506.
17. LINTHICUM K, RIBEIRO J. Suicide plan prevalence, recurrence, and longitudinal association with nonfatal suicide attempt. Suicide Life Threat Behav, 2022, 52(6): 1062–1073.
18. MANN JJ, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. JAMA, 2005, 294(16): 2064, 2005.
19. MARBACK RF, PELISOLI C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. Rev. bras. ter. cogn., 2014, 10(2): 122-129.
20. MCCAULEY E, et al. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry, 2018, 75(8): 777.
21. MITTMAN BS. Creating the Evidence Base for Quality Improvement Collaboratives. Annals of Internal Medicine, 2004, 140(11): 897, 2004.
22. NAGAFUCHI T. Um olhar antropológico sobre o suicídio: devir, formas de vida e subjetividades. Revista M, 2019, 4(7): 101-124.
23. OLIVEIRA MEC, et al. Série temporal do suicídio no Brasil: o que mudou após o Setembro Amarelo? Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020, 48: e3191.
24. ONO Y, et al. Effectiveness of a Multimodal Community Intervention Program to Prevent Suicide and Suicide Attempts: A Quasi-Experimental Study. PLoS ONE, 2013, 8(10): e74902.
25. OUGRIN D, et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2015, 54(2): 97–107.
26. PATEL V, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet, 2018, 392(10157): 1553–1598.
27. PATEL V, EATON, J. Principles to guide mental health policies in low- and middle-income countries. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2010, 32(4): 343–346.

28. PINHEIRO IL e PEREIRA CCQ. Suicídio como sintoma social: um estudo sobre os impactos do capitalismo nas subjetividades. Revista Polis e Psique, 2023, 13(2): 76-96.
29. PLANCKE L, et al. Effectiveness of a French Program to Prevent Suicide Reattempt (VigilanS). Archives of Suicide Research, 2021, 25(3): 570–581.
30. POWER J, et al. Adapting health interventions for local fit when scaling-up: A realist review protocol. BMJ Open, 2019, 9(1): e022084.
31. RICHARD O, et al. Simulation training in suicide risk assessment and intervention: a systematic review and meta-analysis. Medical Education Online, 2023, 28(1): 2199469.
32. SAKASHITA T, HIROFUMI OH. Suicide Prevention Interventions and Their Linkages in Multilayered Approaches for Older Adults: A Review and Comparison. Frontiers in Public Health, 2022, 10.
33. SCHMECKENBECHER J, et al. Predictive validity of suicide risk assessment tools in the psychiatric emergency department: Systematic review and meta-analysis. BJPsych Open, 2022, 8(4): e125.
34. SCHMECKENBECHER J, et al. Effectiveness of distance-based suicide interventions: multi-level meta-analysis and systematic review. BJPsych Open, 2022, 8(4): e140.
35. SKIVINGTON K, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: Update of Medical Research Council guidance. BMJ, 2021, 374: n2061.
36. TARRIER N, et al. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: A systematic review and meta-analysis. Behavior Modification, 2008, 32(1): 77–108.
37. TRICKETT EJ e BEEHLER S. The Ecology of Multilevel Interventions to Reduce Social Inequalities in Health. American Behavioral Scientist, 2013, 57(8): 1227–1246.
38. TURECKI G, BRENT DA. Suicide and suicidal behaviour. The Lancet, 2016, 387(10024): 1227–1239.
39. WENZEL A, BECK AT. A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. Applied and Preventive Psychology, 2008, 12(4): 189-201.
40. WENZEL A, JAGER-HYMAN S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. The Behavior Therapist, 2012, 35(7): 121-130.
41. WHO. 2013. In: Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021. Acesso em: 06 mar. 2026.
42. WHO. 2018. In: National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators. Acesso em: 10 abr. 2026.
43. WHO. 2021. In: Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643. Acesso em: 10 jan. 2026.
44. WHO. 2022. In: Global status report on the public health. Geneva: World Health Organization. Disponível em: https://www.sbponline.org.br/arquivos/9789240049338-eng.pdf. Acesso em: 02 dez. 2025.