



**COMPORTAMENTO SUICIDA EM PACIENTES ATENDIDOS EM HOSPITAL
GERAL: DESAFIOS E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NA ATENÇÃO
HOSPITALAR**

**SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS TREATED IN GENERAL HOSPITALS:
CHALLENGES AND PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN HOSPITAL CARE**

**CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL
GENERAL: RETOS E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA ATENCIÓN
HOSPITALARIA**



10.56238/edimpecto2025.091-041

Edna Almeida Guimarães

Pós-graduada em Psicologia Hospitalar

Instituição: Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI)

Clealdo de Paula Cavalcante Junior

Graduando do curso de Psicologia

Instituição: Faculdade de Ensino e Cultura (FAECE)

Fernando Antônio Gomes Cavalcante

Graduando do curso de Psicologia

Instituição: Faculdade de Ensino e Cultura (FAECE)

Carola Jorge Riffel

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Instituição: Universidad Europea del Atlántico (UNEATLÁNTICO)

RESUMO

O estudo analisa o comportamento suicida em pacientes atendidos em hospital geral, evidenciando os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e o papel do psicólogo hospitalar na atenção a esses casos. Tem como objetivo compreender os fatores de risco e proteção, discutir as dificuldades da equipe multiprofissional e propor estratégias de acolhimento e intervenção. Adota metodologia de revisão bibliográfica, de natureza qualitativa e descritiva, baseada em artigos científicos publicados nos últimos cinco anos em bases nacionais e internacionais. Os resultados apontam que o despreparo técnico e o estigma ainda dificultam o manejo do risco suicida, comprometendo a continuidade do cuidado. Evidencia-se que o acolhimento humanizado, a escuta qualificada e a atuação interdisciplinar fortalecem a prevenção e reduzem a reincidência. Conclui-se que a capacitação profissional e a integração entre os serviços de saúde são fundamentais para a promoção da vida e a redução da mortalidade.

Palavras-chave: Comportamento Suicida. Psicologia Hospitalar. Prevenção.



ABSTRACT

The study analyzes suicidal behavior in patients treated in a general hospital, highlighting the challenges faced by health professionals and the role of the hospital psychologist in providing care for these cases. Its objective is to understand risk and protective factors, discuss the difficulties encountered by the multidisciplinary team, and propose strategies for reception and intervention. It adopts a literature review methodology, qualitative and descriptive in nature, based on scientific articles published in the last five years in national and international databases. The results indicate that technical unpreparedness and stigma still hinder the management of suicide risk, compromising continuity of care. The findings show that humanized reception, qualified listening, and interdisciplinary action strengthen prevention and reduce recurrence. It is concluded that professional training and integration among health services are essential for promoting life and reducing mortality.

Keywords: Suicidal Behavior. Hospital Psychology. Prevention.

RESUMEN

Este estudio analiza la conducta suicida en pacientes atendidos en un hospital general, destacando los desafíos que enfrentan los profesionales de la salud y el rol del psicólogo hospitalario en la atención de estos casos. Su objetivo es comprender los factores de riesgo y protección, discutir las dificultades que enfrenta el equipo multidisciplinario y proponer estrategias de apoyo e intervención. Se adopta una metodología de revisión bibliográfica cualitativa y descriptiva, basada en artículos científicos publicados en los últimos cinco años en bases de datos nacionales e internacionales. Los resultados indican que la falta de preparación técnica y el estigma aún dificultan la gestión del riesgo suicida, comprometiendo la continuidad de la atención. Es evidente que el apoyo humanizado, la escucha cualificada y la acción interdisciplinaria fortalecen la prevención y reducen la recurrencia. Se concluye que la formación profesional y la integración entre los servicios de salud son fundamentales para promover la vida y reducir la mortalidad.

Palabras clave: Conducta Suicida. Psicología Hospitalaria. Prevención.



1 INTRODUÇÃO

O comportamento suicida constitui um grave problema de saúde pública mundial, caracterizado por ideação, planejamento, tentativa e suicídio consumado. A cada 40 segundos, uma pessoa morre em decorrência do suicídio, totalizando cerca de 800 mil mortes anuais, sendo a segunda principal causa de mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos. Essa realidade revela o crescimento alarmante das tentativas e dos óbitos por suicídio nas últimas décadas, especialmente em países em desenvolvimento, onde os fatores socioeconômicos e a limitação de recursos para a saúde mental agravam o quadro (Pypcak *et al*, 2022).

Nos hospitais gerais, a relevância do tema é ampliada pela frequência de casos de pacientes internados por tentativa de suicídio ou ideação suicida, que exigem da equipe multiprofissional uma abordagem sensível e técnica. Entretanto, a tendência à priorização das condições físicas e a falta de preparo para o manejo de aspectos emocionais e mentais dificultam a identificação precoce do risco e comprometem a efetividade das ações preventivas. Assim, a atuação psicológica em ambiente hospitalar não psiquiátrico torna-se essencial para o acolhimento humanizado, a avaliação do risco e o encaminhamento adequado (García-Fernández *et al*, 2024).

O desafio de identificar e manejar o risco suicida em pacientes hospitalizados demanda protocolos clínicos e suporte psicológico integrados à equipe. A literatura aponta a necessidade de capacitação dos profissionais e de diretrizes que orientem as condutas diante de crises suicidas, especialmente em contextos de urgência e emergência. A ausência de instrumentos padronizados e de articulação entre os setores da saúde mental e da atenção hospitalar dificulta a continuidade do cuidado e aumenta a probabilidade de recorrência das tentativas (Scheibe & Luna, 2023).

A relevância social do estudo está na contribuição para a redução da mortalidade e do sofrimento psíquico, reforçando o compromisso ético da Psicologia com a promoção da vida e o enfrentamento de práticas estigmatizantes. Do ponto de vista profissional, compreender o comportamento suicida no contexto hospitalar possibilita aprimorar intervenções clínicas, fortalecer o trabalho interdisciplinar e oferecer subsídios à formação continuada dos profissionais da saúde (García-Fernández *et al*, 2024). A pesquisa, portanto, responde a uma necessidade emergente de aprimorar as práticas psicológicas em ambientes hospitalares, ampliando o cuidado integral aos pacientes em situação de vulnerabilidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o comportamento suicida em pacientes atendidos em hospital geral, destacando os desafios e as possibilidades de intervenção psicológica na atenção hospitalar.



2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no reconhecimento e manejo do risco suicida.
- Discutir a importância do papel do psicólogo no acolhimento e acompanhamento desses pacientes.
- Propor estratégias de atuação que favoreçam a prevenção e a integração do cuidado.

3 METODOLOGIA

A metodologia adotada baseia-se em uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo e descritivo tão importante para a produção do conhecimento, “a pesquisa bibliográfica tem finalidade o conhecimento das diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno” (Oliveira, 1997, p. 119).

Nesse sentido, essa pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reproduzidos à operacionalização das variáveis (Minayo, 2001).

O debruçar do trabalho foi fundamentada na análise de 20 artigos científicos publicados nos últimos cinco anos em bases como Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol que abordam o comportamento suicida e as intervenções psicológicas em hospitais gerais, excluindo-se relatos de caso e revisões duplicadas. Também foram utilizados 2 livros a fim de colaborar de forma mais abrangente o embasamento teórico, oferecendo suporte conceitual complementar às evidências encontradas nos artigos científicos.

4 DISCURSÃO

Este capítulo foi organizado de forma a apresentar uma compreensão ampla e estruturada sobre o suicídio e o comportamento suicida, distribuindo o conteúdo em eixos fundamentais para o entendimento do fenômeno. Inicialmente, são abordados os conceitos essenciais, incluindo definições de ideação, tentativa e suicídio consumado, bem como os principais fatores de risco e proteção que influenciam sua ocorrência. Em seguida, discute-se a complexidade psicológica, social, cultural e biológica que permeia o comportamento suicida, ressaltando seu caráter multifatorial. A partir dessa base conceitual, o texto avança para o reconhecimento do suicídio como uma questão de saúde pública, analisando dados epidemiológicos, o impacto do estigma e as estratégias de prevenção adotadas pelo SUS. Por fim, explora-se o contexto hospitalar geral, destacando o perfil dos pacientes atendidos, as dificuldades da equipe multiprofissional e a importância do acolhimento humanizado,

estabelecendo um percurso coerente que fundamenta a compreensão do fenômeno e prepara o leitor para as discussões subsequentes.

4.1 CONCEITUAÇÃO DE SUICÍDIO E COMPORTAMENTO SUICIDA

A compreensão do suicídio e do comportamento suicida requer uma análise ampla que considere seus múltiplos determinantes e expressões. Trata-se de um fenômeno complexo que envolve aspectos psicológicos, sociais, culturais e biológicos interligados, manifestando-se de forma gradual e diversa. Identificar suas definições, fatores de risco e proteção é essencial para compreender sua dinâmica e orientar estratégias eficazes de prevenção (Lopes *et al*, 2023).

4.1.1 Definições: Ideação, tentativa e suicídio consumado

O Suicídio é definido como ato deliberado de tirar a própria vida, resultado de sofrimento psicológico intenso, pensamentos disfuncionais e crenças suicidas internalizadas. Envolve interação entre fatores cognitivos, emocionais, comportamentais e contextuais. Não é causado por um único fator, mas por uma complexa interação de vulnerabilidades individuais (como transtornos mentais, impulsividade) e fatores situacionais (perdas, crises, estresse) (Bryan & Rudd, 2024).

Ainda apontando como outra definição o suicídio é um ato consciente de autoaniquilação, no qual o indivíduo, movido pelo desejo de acabar com a própria vida, causa a própria morte de forma intencional (OMS, 2019).

O comportamento suicida abrange uma gama de manifestações que vão desde pensamentos de morte até atos autolesivos com intenção de morrer. Inclui-se nesse espectro a ideação suicida (pensamentos suicidas e planos elaborados ou não), as tentativas de suicídio (atos autoinfligidos sem resultado fatal) e o suicídio consumado (ato deliberado e intencional que leva à morte) (Pypcak *et al*, 2022).

Comportamento suicida, engloba ideação, planejamento, tentativas não fatais e suicídio consumado. A ideação suicida refere-se a pensamentos ou desejos de morrer, podendo ou não incluir planejamento do ato. Tentativas de suicídio são atos autoinfligidos com intenção de morrer, mas que não resultam em morte. O comportamento suicida deve ser visto como um espectro, variando em intensidade e letalidade, exigindo avaliação cuidadosa do risco e de fatores de proteção (Bryan & Rudd, 2024).

A ideação suicida envolve ideias, desejos e intenções de querer morrer, podendo ou não incluir um planejamento de como, quando e onde realizar o ato. Já a tentativa de suicídio possui as mesmas características fenomenológicas do suicídio consumado, diferenciando-se apenas pelo desfecho não fatal. Ou seja, na tentativa há a intenção de morrer e o ato autolesivo ocorre, porém, o indivíduo sobrevive aos ferimentos. É importante distinguir essas tentativas de outros comportamentos

autolesivos nos quais não há intenção de pôr fim à vida. O termo “comportamento suicida” abrange, portanto, esses diferentes momentos, ideação, planejamento, tentativa e suicídio em si, situados em uma escala de gravidade do fenômeno (Scheibe e Luna, 2023).

4.1.2 Fatores de risco e fatores de proteção

O suicídio é um fenômeno multicausal que resulta da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Entre os principais fatores de risco, destaca-se a tentativa anterior, considerada o preditor mais significativo de novas ocorrências. Estima-se que cerca de metade das pessoas que morrem por suicídio já havia tentado antes, o que reforça a necessidade de acompanhamento contínuo e especializado desses indivíduos (Riera-Serra *et al*, 2024).

O suicídio não é causado por um único fator, mas resulta da interação complexa entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Tratar o suicídio como um comportamento simples é um equívoco: geralmente há sofrimento psíquico intenso, associado a vulnerabilidades prévias e desencadeadores recentes (Botega, 2023).

Além disso, aproximadamente 96% dos casos estão associados a transtornos mentais, como depressão, transtorno bipolar e abuso de substâncias, evidenciando o peso das condições psiquiátricas na gênese suicida. Outros fatores incluem desesperança persistente, impulsividade, isolamento social, doenças crônicas incapacitantes, perdas recentes, histórico de abuso ou traumas na infância e uso abusivo de álcool e drogas. Em adolescentes, a vulnerabilidade é intensificada por conflitos familiares, negligência, bullying, abuso sexual e dificuldades na aceitação da identidade, o que compromete a autoestima e a capacidade de enfrentamento (Brasil, 2020).

Por outro lado, existem fatores de proteção que reduzem o risco de suicídio, mesmo diante de situações adversas. Entre eles, destacam-se vínculos familiares e sociais positivos, sentimento de pertença, religiosidade, satisfação com a vida e habilidades de enfrentamento saudáveis, como boa resolução de problemas e flexibilidade cognitiva (García-Fernández *et al*, 2024).

Esses fatores funcionam como mecanismos de resiliência que amortecem o impacto do sofrimento e favorecem a busca por ajuda. Assim, estratégias de prevenção eficazes devem priorizar tanto a redução dos fatores de risco quanto o fortalecimento dos protetivos, por meio de políticas públicas integradas, promoção da saúde mental e ampliação das redes de apoio psicossocial (Riera-Serra *et al*, 2024).

4.1.3 Aspectos psicológicos, sociais, culturais e biológicos envolvidos

O suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial, resultante da interação entre fatores psicológicos, biológicos, sociais e culturais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o comportamento suicida decorre da “interação complexa de fatores psicológicos, biológicos (inclusive

genéticos), culturais e socioambientais”, sendo o desfecho final de vulnerabilidades acumuladas ao longo da vida. Não se trata de um evento com causa única, mas da soma de elementos que se potencializam, tornando insuficientes explicações simplistas, como atribuir o ato apenas a problemas financeiros ou afetivos (Brasil, 2020).

Do ponto de vista psicológico, costumam estar presentes transtornos mentais, especialmente depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia ou transtornos de personalidade, além de sentimentos de desesperança, sofrimento intenso e impulsividade. Tais fatores levam o indivíduo a perceber o suicídio como uma saída possível para cessar a dor. Já os aspectos sociais envolvem isolamento, conflitos familiares, dificuldades econômicas, experiências de violência e ausência de apoio. A falta de uma rede de suporte sólida faz crescer o sentimento de desamparo e aumenta o risco suicida (Jha, Chan & Orji, 2023).

Os fatores culturais também exercem papel relevante. Em algumas sociedades, o suicídio é condenado moral ou religiosamente, o que pode inibir o ato, mas também impedir a busca por ajuda por medo do julgamento. Em outras, é romantizado ou associado à honra, ampliando sua ocorrência. No campo biológico, estudos indicam predisposição genética e alterações neuroquímicas, sobretudo nos sistemas serotoninérgicos ligados ao humor e à impulsividade (Brasil, 2020).

4.2 SUICÍDIO COMO QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA

O suicídio representa um desafio crescente para as políticas de saúde pública, exigindo respostas integradas e sustentadas entre os diversos níveis de atenção. Sua complexidade envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais, o que demanda estratégias articuladas de prevenção, acolhimento e cuidado contínuo. Refletir sobre os seus dados epidemiológicos, o peso do estigma e as ações desenvolvidas pelo SUS é essencial para reduzir sua incidência e promover a valorização da vida (Brasil, 2020).

4.2.1 Dados epidemiológicos (OMS e Ministério da Saúde)

O suicídio configura-se como um grave problema de saúde pública mundial, devido às altas taxas de mortalidade e aos anos de vida perdidos por um evento evitável. A Organização Mundial da Saúde estima que cerca de 800 mil pessoas morram por suicídio a cada ano, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. Esses números superam o total de mortes provocadas por algumas formas de violência interpessoal e por muitas doenças infecciosas (OMS, 2019).

Entre jovens de 15 a 29 anos, o suicídio está entre as principais causas de mortalidade global, ocupando a segunda posição nesse grupo etário, atrás apenas dos acidentes de trânsito. Na população geral, aparece entre as vinte maiores causas de morte em vários países, demonstrando sua importância

epidemiológica. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde recomenda a todos os países a criação de planos nacionais de prevenção e o monitoramento contínuo dos indicadores (Brasil, 2020).

No Brasil, o cenário também é preocupante. Entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, um aumento de 43% em uma década, passando de 9.454 para 13.523 óbitos anuais. Em 2019, a taxa média chegou a 5,8 suicídios por 100 mil habitantes, com crescimento em todas as regiões do país (ABEPS, 2021). Atualmente, estima-se cerca de 12 mil casos por ano, com maior incidência entre jovens e adultos jovens, tornando-se a terceira causa de morte nesse grupo (Brasil, 2020).

Como resposta, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio e estabeleceu meta para reduzir a taxa a 5,3 por 100 mil habitantes até 2030. Tal objetivo requer ações integradas de vigilância, capacitação, campanhas e ampliação do acesso à saúde mental (ABEPS, 2021).

4.2.2 Estigma, tabu e invisibilidade do tema

Apesar de sua magnitude, o suicídio sempre foi envolto em estigma e tabu, o que dificultou seu debate aberto na sociedade. Durante séculos, influências religiosas e morais classificaram o ato como pecado ou falha moral, e essa herança cultural ainda persiste. Muitas pessoas têm medo ou vergonha de abordar o tema, temendo julgamentos ou acreditando, de forma equivocada, que falar sobre suicídio pode incentivá-lo. Esse silêncio é reproduzido em famílias, escolas e até nos serviços de saúde, impedindo a identificação e o acolhimento de quem está em risco (Jha, Chan & Orji, 2023).

O estigma também contribui para a subnotificação dos casos, já que muitas mortes são registradas como acidentes ou causas indeterminadas, em razão da relutância de familiares ou profissionais em declarar o caráter suicida. Além disso, indivíduos com ideação suicida frequentemente evitam buscar ajuda por medo de serem rotulados como fracos ou ingratos, o que reforça o isolamento emocional (Wyllie *et al*, 2025).

Entre os profissionais de saúde, ainda há lacunas no preparo para lidar com o tema, e crenças equivocadas, como a de que “quem fala não faz”, dificultam a detecção precoce de sinais de alerta. Assim, a prevenção torna-se mais difícil, pois não se pode enfrentar o que permanece oculto (Brasil, 2020).

Combater o estigma é, portanto, essencial. Campanhas como o Setembro Amarelo buscam quebrar o silêncio, divulgar informações corretas e incentivar o diálogo. Tornar o tema visível salva vidas, ao permitir reconhecer sofrimentos ocultos e oferecer apoio oportuno (Wyllie *et al*, 2025).

4.2.3 Estratégias de prevenção em saúde pública (CAPS, CVV, Rede SUS)

Enfrentar o suicídio como questão de saúde pública exige uma abordagem ampla que envolva ações nos serviços de saúde e iniciativas comunitárias de apoio emocional. No Brasil, o Sistema Único



de Saúde (SUS) conta com uma rede estruturada para prevenção e manejo do comportamento suicida. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm papel central, oferecendo atendimento contínuo a pessoas com transtornos mentais ou em crise. Após uma tentativa, o paciente deve ser encaminhado a um CAPS, onde recebe acompanhamento psicológico e psiquiátrico, além de participar de atividades terapêuticas e de reabilitação (Correia *et al*, 2020).

A Atenção Primária, por meio das Unidades Básicas de Saúde e da Estratégia Saúde da Família, também é fundamental. As equipes, quando capacitadas, podem identificar sinais de risco, encaminhar para tratamento e apoiar familiares enlutados. Em casos de emergência, o atendimento é realizado pelo SAMU, UPA 24h ou pronto-socorro, que seguem protocolos específicos de segurança e avaliação médica (Brasil, 2020).

O apoio emocional oferecido pelo Centro de Valorização da Vida (CVV) é outra ferramenta essencial. O serviço gratuito e anônimo, disponível 24 horas pelo número 188, oferece escuta empática e sem julgamentos, conforme recomenda a Organização Mundial da Saúde (Correia *et al*, 2020).

Campanhas como o Setembro Amarelo e ações intersetoriais que envolvem saúde, educação, assistência social e mídia buscam reduzir o estigma, disseminar informação e fortalecer redes de apoio. Assim, a prevenção do suicídio consolida-se como responsabilidade coletiva e contínua (Brasil, 2020).

4.3 CONTEXTO HOSPITALAR GERAL

O contexto hospitalar representa um espaço decisivo no cuidado a pessoas que tentaram suicídio, pois é frequentemente o primeiro ponto de acolhimento após a crise. Nesse ambiente, a atuação da equipe multiprofissional deve integrar aspectos físicos e psicológicos, oferecendo atendimento humanizado e contínuo. Compreender o perfil dos pacientes, as dificuldades das equipes e a importância do acolhimento é fundamental para aprimorar as práticas assistenciais e prevenir novas tentativas (Correia *et al*, 2020).

4.3.1 Perfil dos pacientes internados após tentativa de suicídio

As tentativas de suicídio são significativamente mais frequentes que os casos consumados, o que leva os serviços hospitalares a atenderem muitos sobreviventes. Estima-se que, para cada morte por suicídio, ocorram de 20 a 25 tentativas não fatais. Essas pessoas necessitam de atendimento médico e psicológico imediato, geralmente em prontos-socorros e enfermarias. De modo geral, há predominância do sexo feminino entre os casos atendidos, enquanto os homens são maioria entre os suicídios consumados. Essa diferença está associada ao uso de métodos mais letais pelos homens, o que aumenta o número de mortes (Correia *et al*, 2020).

A faixa etária também é um fator importante: as tentativas ocorrem principalmente entre adolescentes e adultos jovens, grupos marcados por vulnerabilidade emocional. Contudo, idosos

apresentam maior letalidade nos atos, embora busquem menos o hospital, pois muitos casos resultam em morte. Assim, o perfil mais comum dos internados é de mulheres jovens, mas as equipes de saúde devem estar preparadas para acolher todas as idades (Silva & Marcolan, 2021).

Quanto aos métodos utilizados, predominam as intoxicações por medicamentos e substâncias químicas, que permitem intervenção médica e aumentam as chances de resgate. Cortes superficiais também são frequentes, enquanto enforcamento e armas de fogo aparecem menos nos hospitais devido à alta letalidade. Grande parte dos pacientes apresenta transtornos mentais, principalmente depressão, além de crises pessoais intensas, como conflitos familiares e perdas. Cada tentativa, porém, requer avaliação individualizada, considerando a complexidade emocional envolvida (Silva & Marcolan, 2021).

4.3.2 Dificuldades da equipe multiprofissional na abordagem do tema

O atendimento de pacientes que tentaram suicídio impõe desafios à equipe multiprofissional do hospital, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. O primeiro obstáculo é o despreparo técnico: muitos profissionais relatam não possuir formação adequada em saúde mental para manejar esses casos. Embora haja rejeição a discursos estigmatizantes, persiste a falta de conhecimento sobre como conduzir conversas com pacientes em ideação suicida ou avaliar o grau de risco (Fontão *et al*, 2020).

Essa insegurança leva, por vezes, à evitação do tema, o que reduz as oportunidades de acolhimento. A compreensão do fenômeno suicida por profissionais de todos os níveis de atenção é essencial para intervenções eficazes. Assim, investir em educação continuada e protocolos de manejo é fundamental (Pypcak *et al*, 2022).

Há também desafios emocionais e atitudinais, lidar com alguém que tentou tirar a própria vida pode gerar medo, frustração e impotência. Sem apoio, profissionais podem reagir com distanciamento ou crítica, o que compromete o vínculo terapêutico. Mitos, como acreditar que quem tenta suicídio “quer chamar atenção”, prejudicam o cuidado e revelam a influência de crenças culturais. Tais atitudes podem levar à negligência e à minimização do sofrimento (Silva & Marcolan, 2021).

Conforme, há dificuldades estruturais: sobrecarga, tempo escasso e falta de protocolos claros. Em emergências, o foco costuma se restringir à estabilização física, negligenciando o acolhimento psicológico. Protocolos institucionais e fluxos de referência ao CAPS são indispensáveis para orientar as equipes e garantir continuidade ao cuidado. Reconhecer e enfrentar esses desafios é passo essencial para humanizar o atendimento e prevenir novas tentativas (Fontão *et al*, 2020).

4.3.3 Importância do acolhimento e da escuta qualificada

Independentemente das dificuldades enfrentadas, há consenso de que a forma de abordagem do paciente que tentou suicídio influencia diretamente sua recuperação e adesão ao tratamento. O acolhimento humanizado e a escuta qualificada são considerados elementos centrais nesse processo. Acolher significa receber o paciente com empatia, respeito e sem julgamentos, demonstrando genuína preocupação com seu bem-estar. O acolhimento é a principal tecnologia de um serviço de emergência psiquiátrica, pois permite um cuidado integral por meio da escuta ativa e empática (Freitas & Borges, 2017).

A escuta qualificada consiste em permitir que o paciente se expresse livremente, incentivando-o a relatar sentimentos, pensamentos e motivações, sem interrupções ou reprovações. É essencial evitar julgamentos ou frases que minimizem o sofrimento, como “por que você fez isso?” ou “sua vida nem é tão ruim”. Em vez disso, deve-se adotar posturas empáticas, com expressões como: “Sinto muito pelo que você passou. Quero entender melhor para poder ajudá-lo.” O vínculo de confiança é fundamental no atendimento pós-tentativa, exigindo escuta ativa, empatia genuína e serenidade (Scheibe & Luna, 2023).

O acolhimento qualificado traz benefícios concretos: pacientes tratados com atenção e empatia colaboram mais com o tratamento e buscam ajuda após a alta. Humanizar o cuidado, demonstrar solidariedade e oferecer esperança são atitudes que podem salvar vidas. O simples ato de escutar e acolher deve ser entendido como uma intervenção terapêutica essencial e ética no manejo do comportamento suicida (Freitas & Borges, 2017).

4.4 PAPEL DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

O psicólogo hospitalar desempenha papel essencial na assistência a pacientes com comportamento suicida, atuando desde a avaliação do risco até a intervenção em crise e o acompanhamento pós-alta. Sua atuação exige sensibilidade clínica, escuta empática e integração com a equipe multiprofissional para oferecer cuidado integral e humanizado. Nesse contexto, sua prática se orienta pela prevenção, acolhimento e reconstrução do sentido de vida do paciente (Menezes, Baptista & Santos, 2025).

4.4.1 Avaliação de risco suicida no contexto hospitalar

No cenário da internação hospitalar por tentativa de suicídio, o psicólogo hospitalar assume função essencial na avaliação do risco e no planejamento das condutas de proteção. Após a estabilização médica, realiza avaliação psicológica abrangente para estimar a probabilidade de novas tentativas no curto e médio prazo. Essa avaliação identifica fatores de risco e de proteção, orientando intervenções adequadas. Na entrevista clínica, o profissional investiga ideação atual, existência de



plano, acesso a meios letais, histórico de tentativas, transtornos mentais, uso de substâncias e disponibilidade de apoio social (Pypcak *et al*, (2022).

Durante a entrevista, o psicólogo emprega comunicação acolhedora e observa sinais verbais e não verbais que indiquem desesperança, sensação de aprisionamento ou arrependimento. A construção de vínculo favorece a expressão de pensamentos difíceis, permitindo avaliação mais precisa. A letalidade do método utilizado é examinada, embora alertem que, entre jovens, métodos pouco letais podem coexistir com forte desejo de morte. O grau de planejamento também é considerado, pois planejamentos detalhados sugerem risco elevado, enquanto atos impulsivos podem apontar para intervenções voltadas ao controle da impulsividade (Scheibe & Luna, 2023).

A investigação do histórico de comportamentos suicidas e autolesivos compõe outro eixo da avaliação. Tentativas prévias aumentam significativamente o risco de repetição, e a automutilação, mesmo sem intenção suicida explícita, é preditor relevante, sobretudo entre mulheres jovens. O psicólogo verifica cicatrizes, relatos de autolesão e a cronologia desses episódios. A anamnese inclui ainda a identificação de gatilhos emocionais e eventos precipitantes (Pemau *et al*, 2024).

A partir desse conjunto de dados, o profissional classifica o nível de risco e orienta a equipe quanto às condutas necessárias, desde alta com encaminhamentos até supervisão constante ou internação psiquiátrica. Essa avaliação técnica, sistemática e baseada em evidências, sustenta as decisões clínicas e contribui para a preservação da vida do paciente (Liu, Qin & Zhang, 2022).

4.4.2 Intervenção em crise e prevenção de novas tentativas

Quando um paciente suicida chega ao hospital, geralmente está em crise aguda. O papel do psicólogo hospitalar é intervir de forma imediata para garantir a segurança e iniciar a prevenção de recorrências. A prioridade inicial é proteger o paciente de si mesmo, mantendo vigilância constante e removendo possíveis meios letais do ambiente, como objetos cortantes ou medicamentos acessíveis. O psicólogo orienta a equipe e os familiares sobre essas medidas e oferece suporte emocional, escutando o paciente com empatia e validando seu sofrimento (Sarkhel, Vijayakumar & Vijayakumar, 2023).

Durante a intervenção em crise, o psicólogo utiliza técnicas de estabilização emocional, como escuta ativa e diálogo que reduza a agitação e a desesperança. Estratégias simples, como incentivar a respiração controlada e permitir a expressão dos sentimentos, ajudam a restaurar o autocontrole. A atuação médica e psicológica é integrada: enquanto o médico trata as lesões físicas, o psicólogo oferece “primeiros socorros” emocionais, promovendo contenção e alívio da angústia (Guedes *et al*, 2023).

Após a estabilização, o foco é prevenir novas tentativas. O psicólogo elabora com o paciente um Plano de Segurança, que lista sinais de alerta, estratégias de enfrentamento e contatos de apoio,



incluindo o CVV (188). Esse plano é revisado e compartilhado com familiares, fortalecendo a rede de proteção (Brasil, 2020).

O psicólogo organiza o acompanhamento pós-alta, encaminhando o paciente a serviços como CAPS ou ambulatórios. O contato pós-alta, inclusive por telefone, reduz o risco de recorrência. Assim, o trabalho do psicólogo vai além da crise, sustentando o cuidado contínuo e prevenindo novos episódios (Menezes, Baptista & Santos, 2025).

4.4.3 Trabalho em equipe interdisciplinar e manejo do sofrimento psíquico

O manejo de pacientes com comportamento suicida requer uma atuação interdisciplinar coesa, na qual o psicólogo hospitalar exerce papel central. Médicos, enfermeiros, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais contribuem sob diferentes perspectivas, e o psicólogo atua como mediador entre elas, garantindo que o sofrimento psíquico seja compreendido e integrado ao plano de cuidado. Nessa abordagem psicossocial, o paciente é visto de forma holística, considerando aspectos emocionais, sociais e clínicos. Na prática, a equipe discute conjuntamente as necessidades do paciente, como rede de apoio, afastamento do trabalho e risco de recorrência, sendo o psicólogo o principal articulador dessas decisões (Barboza, 2024).

Outra função essencial do psicólogo é orientar e capacitar os demais profissionais quanto ao manejo adequado do comportamento suicida. Muitos médicos e enfermeiros têm receio de abordar o tema por medo de “estimular” o ato. O psicólogo esclarece, com base em evidências, que falar sobre suicídio não o induz, e oferece estratégias de comunicação empática. Também desmistifica crenças equivocadas, mostrando que tentativas não são “chamados de atenção”, mas expressões de sofrimento. Essa consultoria melhora a coerência da equipe, evitando atitudes contraditórias e fortalecendo a adesão do paciente (Menezes, Baptista & Santos, 2025).

O psicólogo ainda atua junto à família, acolhendo suas angústias e fornecendo psicoeducação sobre o comportamento suicida. Além disso, oferece suporte à equipe, promovendo espaços de escuta e reflexão após atendimentos difíceis. Assim, sua presença ativa humaniza o ambiente hospitalar e favorece a recuperação emocional do paciente, consolidando o cuidado interdisciplinar como ferramenta de prevenção e esperança (Barboza, 2024).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões apresentadas evidenciam que o comportamento suicida constitui um fenômeno multifatorial e de grande relevância para a saúde pública, exigindo abordagens integradas entre os diversos níveis de atenção. No contexto hospitalar, o acolhimento humanizado, a escuta qualificada e a atuação interdisciplinar são fundamentais para garantir o cuidado integral ao paciente em crise.



A atuação do psicólogo hospitalar mostra-se indispensável na avaliação do risco, na intervenção em emergências e na prevenção de novas tentativas. Ao articular o trabalho da equipe e oferecer suporte ao paciente e aos familiares, o psicólogo contribui para a reconstrução do sentido de vida e para a continuidade do cuidado após a alta.

Além disso, torna-se imprescindível que as instituições de saúde incorporem práticas baseadas em evidências e ampliem estratégias de detecção precoce, possibilitando intervenções mais rápidas e eficazes. O desenvolvimento de fluxos de comunicação entre a atenção básica, serviços especializados e hospitais favorece a continuidade do cuidado e reduz lacunas que podem comprometer a segurança do paciente.

Conclui-se que a efetividade das ações preventivas depende do fortalecimento da rede de atenção psicossocial, da capacitação dos profissionais e da superação do estigma que ainda envolve o suicídio. Investir em educação permanente e em protocolos institucionais é um caminho essencial para reduzir a mortalidade e promover a valorização da vida.

Por fim, reforça-se a necessidade de políticas públicas que assegurem recursos suficientes para a manutenção e expansão dos serviços de saúde mental, garantindo acesso equitativo e permanente à população. Somente por meio da articulação entre políticas, serviços e comunidade será possível construir uma rede de apoio sólida, capaz de oferecer suporte integral e reduzir significativamente o sofrimento psíquico associado ao comportamento suicida.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO (ABEPS). **Boletim Epidemiológico** nº 33. 29 out. 2021. Disponível em: <https://abeps.org.br/boletim-epidemiologico>. Acesso em: 4 nov. 2025.

BARBOZA, M. P. **Comportamento suicida na adolescência: atenção ao contexto familiar**. 2024. 115f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024. Disponível em: teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-04022025-103427/publico/MirianBarboza.pdf. Acesso em: 30 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. 10/9 – Dia Mundial de Prevenção do Suicídio. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/10-9-dia-mundial-de-prevencao-do-suicidio/>. Acesso em: 4 nov. 2025.

BOTEGA, N.J. Crise suicida: avaliação e manejo. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BRYAN, C. J.; RUDD, M. D. **Terapia Cognitivo-Comportamental Breve para Prevenção do Suicídio**. Tradução Sandra Maria M. da Rosa. Porto Alegre: Artmed, 2024.

CORREIA, C. M.; Andrad, I.C.S; Gomes, N.P.; Rodrigues, G.R.S.; Cunha, K.S.; Diniz, N.M.F. Atenção psicossocial às pessoas com comportamento suicida na perspectiva de usuários e profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S.l.], v. 54, p. e03643, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mkX3GWtwDMbKRhsTMWXfgVm/?lang=en&utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 3 nov. 2025.

FONTÃO, M. C; RODRIGUES, J.; LINO, M.M.; L. M.M. Nursing care in Urgency/Urgency/Emergency to people who attempt suicide. **SMAD, Revista Eletronica Saude Mental Alcool E Drogas**, [S.l.], v. 16, n. 4, p. 122-132, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/download/152045/170915/483825>. Acesso em: 3 nov. 2025.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de psicologia**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 50-60, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/261/26155061006.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2025.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, A.; BOBES-BASCARÁN, T.; MARTÍNEZ-CAO, C.; GONZÁLEZ-BLANCO, L.; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, J.; ZURRÓN-MADERA, P.; ZAZO, E. S.; JIMÉNEZ-TREVIÑO, L.; GARCÍA-PORTILLA, M. P.; BOBES, J.; SÁIZ, P. A. Psychological interventions for suicidal behavior in adolescents: a comprehensive systematic review. **Translational Psychiatry**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 438, 2024. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41398-024-03132-2>. Acesso em: 30 out. 2025.

GUEDES, A. O.; JANUÁRIO, G. da C.; RIBEIRO, M. I. L. C.; SILVA, A. T. da.; GONÇALVES, J. S.; ALVES, A. C. Tentativa de suicídio e acolhimento:: a visão da equipe de enfermagem quanto à assistência prestada em um serviço de urgência e emergência. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S.l.], v. 15, n. 42, p. 43-64, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/71512>. Acesso em: 3 nov. 2025.

JHA, S.; CHAN, G.; ORJI, R. Identification of Risk Factors for Suicide and Insights for Developing Suicide Prevention Technologies: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Human Behavior and**



Emerging Technologies, [S.l.], v. 2023, n. 1, p. 3923097, 2023. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1155/2023/3923097>. Acesso em: 3 nov. 2025.

LIU, B.QIN, P.; ZHANG, Y. Associating factors of suicide and repetition following self-harm: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **EClinicalMedicine**, [S.l.], v. 49, 2022. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(22\)00191-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(22)00191-2/fulltext). Acesso em: 10 out. 2025.

LOPES, L. O. R.; JESUS, R. S. M. de; SOUZA, R. S. B. de; TEODORO, M. L. M. *Fatores de risco e associados ao comportamento suicida no Brasil: uma revisão sistemática*. Disponível em: **Tempus Psicológico**, v. 6, n. 2, 2023. https://portal.amelica.org/ameli/journal/795/7954340011/html/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 30 out. 2025.

MENEZES, D. A. de P.; BAPTISTA, C. H. V.; SANTOS, P. B. dos. Qual o manejo do psicólogo hospitalar no atendimento de pacientes com comportamento suicida?. **Conversas em Psicologia**, [S.l.], v. 6, n. 1, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/cWZZsWZVMTVMv9PjhKxvctc/>. Acesso em: 30 out. 2025.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira, 1997.

PEMAU, A.; MARIN-MARTIN, C.; DIAZ-MARSA, M.; DE LA TORRE-LUQUE, A.; AYAD-AHMED, W.; GONZALEZ-PINTO, A.; GARRIDO-TORRES, N.; GARRIDO-SANCHEZ, L.; ROBERTO, N.; LOPEZ-PEÑA, P.; MAR-BARRUTIA, L.; GRANDE, I.; GUINOVART, M.; HERNANDEZ-CALLE, D.; JIMENEZ-TREVIÑO, L.; LOPEZ-SOLA, C.; MEDIAVILLA, R.; PEREZ-ARANDA, A.; RUIZ-VEGUILLA, M.; SEIJO-ZAZO, E.; TOLL, A.; ELICES, M.; PEREZ-SOLA, V.; AYUSO-MATEOS, J. L. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. **Psychological Medicine**, v. 54, n. 9, p. 1897–1904, 2024. doi:10.1017/S0033291724000904. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/risk-factors-for-suicide-reattempt-a-systematic-review-and-metaanalysis/DC2E5F1E470C8214A37627902A01283A>. Acesso em: 10 out. 2025.

PYPČAK, E. M.; SCHULTZ, J. V.; PAES, M. R.; MILDEMBERG, R.; MACHADO, E. M.; NIMTZ, M. A. Comportamento suicida em hospital geral eo conhecimento dos profissionais de enfermagem: estudo transversal. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 27, p. e80551, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/cWZZsWZVMTVMv9PjhKxvctc/>. Acesso em: 30 out. 2025.

RIERA-SERRA, P.; NAVARRA-VENTURA, G.; CASTRO, A.; GILI, M.; SALAZAR-CEDILLO, A.; RICCI-CABELLO, I.; ROLDÁN-ESPÍNOLA, L.; CORONADO-SIMSIC, V.; GARCÍA-TORO, M.; GÓMEZ-JUANES, R.; ROCA, M. Pau *et al.* Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, [S.l.], v. 274, n. 7, p. 1543-1563, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-023-01716-5>. Acesso em: 3 nov. 2025.

SARKHEL, S.; VIJAYAKUMAR, V.; VIJAYAKUMAR, L. Clinical practice guidelines for management of suicidal behaviour. **Indian journal of psychiatry**, [S.l.], v. 65, n. 2, p. 124-130, 2023. Disponível em: https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/fulltext/2023/65020/clinical_practice_guidelines_for_management_of.6.aspx. Acesso em: 3 nov. 2025.



SCHEIBE, S.; LUNA, I. J. Elaboração de diretrizes para atendimento hospitalar de tentativas de suicídio na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 28, p. 863-874, 2023. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2023.v28n3/863-874/pt/>. Acesso em: 30 out. 2025.

SILVA, D. A.; MARCOLAN, J. F. Suicide attempts and suicide in Brazil: An epidemiological analysis. **Florence Nightingale journal of nursing**, [S.l.], v. 29, n. 3, p. 294, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8939476/>. Acesso em: 3 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**: one person dies every 40 seconds. Geneva: WHO, 2019. (OMS, 2019). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>. Acesso em: 4 nov. 2025.

WYLLIE, J. M.; ROBB, K. A.; SANDFORD, D.; ETHERSON, M. E.; BELKADI, N.; O'CONNOR, R. C. Suicide-related stigma and its relationship with help-seeking, mental health, suicidality and grief: scoping review. **BJPsych Open**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. e60, 2025. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1155/2023/3923097>. Acesso em: 3 nov. 2025.