



A questão do suicídio na urgência e emergência: relato de experiência

The issue of suicide in emergency and urgent care: an experience report

La cuestión del suicidio en urgencias y emergencias relato de experiencia

Fernanda Bittencourt da SILVA¹  
Rogério de Andrade BARROS²  

¹ Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência, Departamento de Saúde. Feira de Santana, BA, Brasil.

² Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência, Departamento de Ciências Humanas e Filosofia. Feira de Santana, BA, Brasil.

Correspondência:

Fernanda Bittencourt da Silva
fernandabitpsicologa@gmail.com

Recebido: 30 jun. 2025

Revisado: 21 jan. 2026

Aprovado: 23 fev. 2026

Aprovado para publicação:
27 mar. 2026

Como citar (APA):

Silva, F. B. & Barros, R. A. (2026). A questão do suicídio na urgência e emergência: relato de experiência. *Revista da SBPH*, 29, e018. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2026.v29.914>.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

Este trabalho aborda a experiência de uma psicóloga residente em urgência e emergência, no atendimento a pacientes que tentaram suicídio. O suicídio, considerado uma questão de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde – OMS, é abordado a partir da sua multicausalidade e complexidade. Trata-se de um Relato de Experiência, realizado em uma unidade hospitalar de grande porte, com atendimentos realizados à beira-leito, seguindo um protocolo institucional. Os resultados evidenciam que o atendimento psicológico envolve acolhimento inicial, entrevista de anamnese, avaliação psicológica e planejamento de intervenções, destacando a importância de investigar os fatores predisponentes e precipitantes da tentativa de suicídio. Por fim, enfatiza a necessidade de uma intervenção técnica e sensível, considerando as limitações do ambiente hospitalar, reforçando a importância do acompanhamento psicológico pós-alta e da psicoeducação familiar, visando um cuidado contínuo e a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Descritores: Tentativa de Suicídio; Emergências; Psicologia Médica; Serviços Médicos de Emergência.

Abstract

This paper discusses the experience of a resident psychologist in emergency and urgent in assisting patients who attempted suicide. Suicide, considered a public health issue by the World Health Organization – WHO, is approached from its multifactorial and complex nature. It is a descriptive study in the format of a Case Report, conducted in a large hospital unit, with bedside care following an institutional protocol. The results show that psychological care involves initial support, a clinical interview, psychological assessment, and intervention planning, highlighting the importance of investigating the predisposing and precipitating factors of suicide attempt. Finally, it emphasizes the need for a technical and sensitive intervention, considering the limitations of the hospital environment, and underscores the importance of psychological follow-up after discharge and family psychoeducation, aiming for continuous care and improvement in the patient's quality of life.

Descriptors: Suicide, Attempt; Emergencies; Psychology, Medical; Emergency Medical Services.

Resumen

Este trabajo aborda la experiencia de una psicóloga residente en urgencias y emergencias en la atención a pacientes que han intentado suicidio. El suicidio, considerado un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud – OMS, se analiza a partir de su multicausalidad y complejidad. Se trata de un relato de experiencia, realizado en una unidad hospitalaria de gran porte, con atenciones llevadas a cabo al lado de la cama del paciente, siguiendo un protocolo institucional. Los resultados evidencian que la atención psicológica comprende la acogida inicial, la entrevista de anamnesis, la evaluación psicológica y la planificación de intervenciones, destacando la importancia de investigar los factores predisponentes y precipitantes del intento de suicidio. Por último, se enfatiza la necesidad de una intervención técnica y sensible, considerando las limitaciones del entorno hospitalario, reforzando la importancia del seguimiento psicológico tras el alta y de la psicoeducación familiar, con el objetivo de promover un cuidado continuo y mejorar la calidad de vida del paciente.

Descritores: Intento de Suicidio; Urgencias Médicas; Psicología Médica; Servicios Médicos de Urgencia.

INTRODUÇÃO

As tentativas de suicídio fazem parte do comportamento suicida (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014). Além das tentativas, a ideação, o planejamento suicida e morte devido ao suicídio compõem esse comportamento, e têm relação com ações cuja intenção é pôr um fim à própria vida de forma voluntária (OMS, 2014).

O suicídio é caracterizado por um ato intencional, decidido pelo próprio sujeito, cujo propósito final é a morte (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2014). Presente em todas as civilizações ao longo da história, este ato possui valores e significados distintos, a depender do período histórico e da civilização em questão. No contexto brasileiro, o tema ainda é um tabu e, muitas vezes, o suicida é visto como um fracassado e pecador (Marquetti et al., 2015).

Mundialmente, o suicídio é considerado uma questão de saúde pública. De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, uma a cada 100 pessoas morrem por suicídio no mundo, estima-se que mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio anualmente (Ministério da Saúde [MS], 2021). Os dados nacionais, obtidos por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, identificam o suicídio como a segunda maior causa de óbitos entre adolescentes de 15 a 19 anos e a quarta maior entre jovens de 20 a 29 anos (MS, 2023). Esse agravo mata mais pessoas do que o câncer de mama ou HIV, tornando-o, dessa forma, uma das causas de morte mais relevantes para ser debatida (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021).

As estatísticas de 2019 da OMS mostram que 97.339 pessoas cometeram suicídio nas Américas neste mesmo ano, e a estimativa é de que o número de tentativas de suicídio tenha sido vinte vezes maior (OPAS, 2021). Vidal et al. (2013) apontam que as mulheres tentam o suicídio com maior frequência, todavia, os homens apresentam um maior número do suicídio consumado, pois eles tentam por meio de medidas mais letais, como enforcamento, precipitação de lugares elevados e armas de fogo, enquanto as mulheres tentam através de meios de autointoxicação, como ingestão de medicamentos ou outras substâncias tóxicas.

Quando o suicídio não é consumado, os suicidas são geralmente encaminhados para hospitais gerais de urgência e emergência, que são locais considerados adequados para os primeiros atendimentos devido à sua estrutura física e suporte técnico, incluindo equipe multiprofissional especializada no manejo desses casos (Gondim, 2015). Ao serem socorridos, muitas vezes permanecem internados até a estabilização do quadro clínico, e tratamento de possíveis lesões ou traumas causados pela tentativa (Resende Dória & Faro, 2017).

Porém, “o suicídio e sua tentativa é um ato que subverte a ordem médica” (Gondim, 2015, p. 14). Os suicidas vão de encontro ao ideal médico de salvar vidas. Estudos de Gondim (2015), Freitas e Borges (2017) e Oliveira et al. (2020) apontam que algumas questões ainda dificultam a assistência desses pacientes, como por exemplo, os preconceitos da equipe de saúde, que, muitas vezes, abordam o paciente a partir da sua perspectiva e de seus próprios valores, estigmatizando-os, sem se preocuparem em realizar uma escuta acolhedora.

É importante destacar que a relação estabelecida entre o paciente e o profissional de saúde, desde o momento do acolhimento até a conclusão do atendimento no serviço, desempenha um papel crucial na adesão aos encaminhamentos propostos e na efetividade das intervenções subsequentes. Além disso, essa interação é fundamental para fortalecer a confiança do paciente no sistema de saúde e para promover um suporte adequado à sua recuperação emocional e psicológica. Quando conduzida de maneira acolhedora e baseada em uma escuta qualificada, essa relação pode influenciar diretamente na prevenção de novas tentativas de suicídio, favorecendo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e o fortalecimento das redes de apoio (Vidal & Gontijo, 2013).

Diante desse contexto, pensando o suicídio como um problema social de grande relevância para a saúde pública, faz-se necessário aprofundar os estudos sobre o suicídio, considerando-o a partir da sua natureza multicausal e complexa. Tendo isso em vista, o objetivo deste artigo é descrever a experiência de uma psicóloga residente pelo Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Urgência e Emergência em casos de tentativa de suicídio.

METODOLOGIA

Trata-se de um Relato de Experiência. Conforme apontam Daltro e Faria (2019), o Relato de Experiência – RE constitui uma modalidade de narrativa científica que se destaca por integrar processos e produções subjetivas, tornando-se muito valorizado em áreas como a psicologia e as ciências humanas aplicadas, permitindo documentar e refletir sobre vivências práticas e seus desdobramentos teóricos.

Este relato descreve e reflete sobre a atuação de uma psicóloga residente durante os atendimentos aos pacientes que tentaram suicídio. O trabalho foi realizado na emergência de um hospital geral de grande porte, localizado no interior da Bahia, referência no tratamento de traumas e acidentes vasculares cerebrais (AVC), sendo porta-aberta para esses casos. A emergência conta com quatro salas amarelas, uma sala vermelha, uma sala de cuidados intensivos e uma sala de Acolhimento com Classificação de Risco. O período abrangido foi de agosto de 2023 a fevereiro de 2024.

Em relação ao atendimento psicológico, existe um protocolo institucional que foi elaborado pela equipe da psicologia em conjunto com a equipe de apoio diagnóstico e terapêutico do hospital. Nele está determinado o atendimento obrigatório, tanto pela equipe de psicologia quanto pela psiquiatria, de todos os pacientes que ingressaram na unidade após tentativa de suicídio. Neste protocolo ficam estabelecidas as atribuições do psicólogo que incluem: a verificação da existência de pacientes que tentaram suicídio, a necessidade de atendimento psicológico a estes (caso estejam contactantes), o atendimento aos familiares, encaminhamento do paciente e o acompanhamento dos boletins médicos.

O perfil dos pacientes atendidos inclui adultos de ambos os sexos, a partir dos 18 anos. As intervenções incluem a abordagem inicial, o acolhimento, a entrevista de anamnese, avaliação psicológica e orientações específicas conforme o caso. A maior parte dos atendimentos aconteceu à beira-leito, na emergência, mais especificamente na sala vermelha, que é uma unidade destinada aos pacientes em estado crítico que requerem intervenções imediatas. Foram atendidos 10 casos, sendo a maioria do sexo feminino, com idade entre 18 e 42 anos, que se intoxicaram por meio de medicamentos.

O presente estudo respeitou as disposições éticas e legais do Brasil, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa 510/16 (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2016), além de estar em conformidade com o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o protocolo institucional, todos os pacientes que dão entrada por tentativa de suicídio são atendidos pela Psicologia. O serviço de Psicologia deve ser informado assim que o paciente adentre à unidade.

Quando o quadro clínico é estabilizado, a Psicologia entra em cena. No primeiro momento é feito o acolhimento inicial, informando ao paciente sobre o serviço de psicologia e a disponibilidade para ouvi-lo. No atendimento psicológico, a entrevista de anamnese é realizada com o objetivo de investigar o histórico social, clínico e psicológico do paciente. Além disso, a entrevista de anamnese é parte essencial do processo de avaliação psicológica, no qual será realizado o exame de estado mental do paciente (Dalgarrondo, 2019).

Nesse processo de avaliação psicológica é interessante investigar, antes de tudo, se o paciente compreende seus atos e se suas funções psíquicas estão preservadas, pois para se configurar um suicídio é necessário a intencionalidade (CFM, 2014). Tendo isso em vista, já no atendimento inicial ao paciente são avaliados o grau de consciência, orientação, humor, pensamento, sensopercepção, e as demais funções psíquicas, objetivando principalmente avaliar o grau de intencionalidade do ato e sua percepção em relação às consequências de suas ações. Durante os atendimentos, ficou evidente que os pacientes tinham a noção de que seus atos poderiam levá-los à morte, demarcando assim seu lugar como paciente com comportamento suicida.

É a partir do que for dito durante esse atendimento inicial que será possível direcionar a conduta. A entrevista de anamnese deve ir além da simples coleta de informações, priorizando a compreensão do estado mental do paciente e do momento de vida no qual ele se encontra. Inclusive, para isso, é fundamental considerar fatores como o contexto no qual ocorreu o ato, os sentimentos que o motivaram e possíveis fatores externos, como conflitos familiares ou problemas financeiros.

Na prática, em um primeiro momento, alguns pacientes eram reativos à tentativa de atendimento psicológico; alguns fingiam estar dormindo para não conversar, diziam não ter o que falar, outros apenas afirmavam não ter o desejo de falar. O desejo do paciente era acolhido e, naquele momento, sinalizava-se a necessidade de retornar em momento oportuno, pois o atendimento deveria ser prestado, conforme protocolo. Se em uma segunda tentativa o paciente novamente rejeitasse o atendimento, sua vontade era respeitada, e era necessário registrar em prontuário que houve tentativa de atendimento, porém o paciente recusou. Em contrapartida, outros ficavam solícitos à abordagem, falavam muito e sobre vários assuntos.

Uma entrevista de anamnese bem estruturada deve investigar o histórico do paciente, como por exemplo, tentativas prévias, histórico familiar de tentativa de suicídio e de suicídios consumados, bem como doenças psiquiátricas diagnosticadas e histórico familiar dessas doenças. O uso de substâncias psicoativas e o suporte social disponível também são relevantes para a verificação dos riscos envolvidos.

Durante os atendimentos, identificou-se que, a maioria dos pacientes não havia recebido qualquer tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico anteriormente. Eles relataram diferentes experiências e motivações para as tentativas de suicídio: alguns expressaram claramente a intenção de pôr fim à própria vida, frequentemente associada a sentimentos de desesperança, desamparo social e vazio existencial. Outros, no entanto, descreveram os atos como pedidos de ajuda, movidos por uma necessidade urgente de aliviar o sofrimento.

Alguns autores, tais como Bertolote et al. (2010), enfatizam a diferenciação entre fatores predisponentes e precipitantes. Os predisponentes são mais difíceis de associarmos ao ato, eles são mais remotos, distais, porém eles favorecem o contexto no quais os comportamentos suicidas irão emergir. Já os fatores precipitantes, são o que podemos chamar de gatilho, eles são proximais, configuram-se como elementos de tensão relacionados ao aumento do risco de comportamentos suicidas. "Os fatores precipitantes (estressores) de comportamentos

suicidas estão associados a uma série de situações que implicam perdas, reais ou simbólicas, ou mudanças de status, no geral, para pior” (Bertolote et al., 2010, p. 88).

Em suas falas, os pacientes atendidos frequentemente trouxeram à tona sentimentos de solidão, abandono e impotência diante de situações adversas, brigas com cônjuges, com os pais, dívidas muito altas, indicando dessa forma, possíveis fatores precipitantes. Alguns mostravam-se arrependidos, por outro lado, outros mantinham o desejo de cometer o ato. Sendo, neste último caso, recomendada a quebra do sigilo profissional com o propósito de causar o menor prejuízo, conforme a recomendação expressa no artigo 10º do Código de Ética do Profissional Psicólogo (CFP, 2005).

Para alguns, aquela não havia sido a primeira tentativa, revelando um histórico de sofrimento emocional prolongado e, em alguns casos, uma sensação de desespero por não encontrar apoio ou conseguir vislumbrar soluções para seus problemas. Isso reforça a necessidade de um sistema de saúde mais integrado e acessível para a prevenção e manejo dessas crises. “Devido à diversidade de fatores e de problemas associados à tentativa de suicídio, não existe uma única “receita” para todas as pessoas que apresentam risco de suicídio” (Bertolote et al., 2010, p. 94, grifo do autor). Apesar da existência de um protocolo institucional de atendimento ao paciente que tentou suicídio, o atendimento psicológico não seguiu um protocolo rígido, as etapas necessárias foram cumpridas, mas cada caso foi tratado a partir de sua singularidade, a partir do que o paciente trouxe de relevante durante o atendimento. Uma intervenção nunca será idêntica a outra.

Nesse contexto, o psicólogo tem a intenção de compreender a forma que o paciente vivencia o seu momento de vida e seu processo de hospitalização (Simonetti, 2018). Então é o psicólogo que vai se oferecer para escutar – sem julgamentos – o sujeito, permitindo que ele fale sobre si, seu adoecimento, utilizando-se da livre associação, abre-se espaço para o que o paciente possa falar sobre o que quiser, sejam aspectos relacionados à vida ou à morte. Deve-se considerar as emoções predominantes, como desespero, culpa, vergonha ou apatia, pois identificar essas emoções auxiliará numa intervenção mais efetiva, oferecendo o suporte psicológico imediato, proporcionando ao paciente um espaço seguro para expressão emocional e construção de confiança.

Com base nos dados obtidos na avaliação inicial, será possível traçar um plano de intervenção adequado. Isso pode incluir a orientação para acompanhamento psiquiátrico e psicológico, e o diálogo com os familiares para fortalecimento dos vínculos, se possível. Dialogar com a família não apenas para informar sobre o estado do paciente, mas também para fortalecê-los como rede de apoio, é fundamental. No entanto, é importante também avaliar o papel da família na dinâmica do sofrimento, pois, em alguns casos, ela pode ser um dos desencadeantes do quadro.

Além disso, a importância da interdisciplinaridade é destacada. Os atores envolvidos no cuidado ao paciente devem estar atuando de forma articulada. Logo, são necessárias intervenções tanto com o atendimento direto ao paciente quanto na educação e conscientização dos envolvidos para desconstruir concepções simplistas e condutas culpabilizatórias.

Na prática a articulação com a Psiquiatria é valorosa, a troca de informações tem o objetivo de beneficiar o paciente e deve ocorrer sempre de forma ética e objetiva, respeitando o sigilo profissional e compartilhando apenas o que é pertinente ao cuidado. Elementos como discurso de desesperança, ambivalência frente à morte, ideação persistente, falhas no suporte social, histórico de tentativas prévias e dificuldades de simbolização da crise são aspectos discutidos, auxiliando na avaliação do risco e no planejamento terapêutico, evitando dessa maneira, intervenções fragmentadas. É importante destacar que a

articulação não se dá pela sobreposição de saberes, mas pela sustentação de lugares distintos. Todavia, apesar de ser extremamente relevante, o diálogo com a psiquiatria não era possível em todos os casos, visto que a unidade hospitalar dispunha de apenas um profissional psiquiatra para cobrir toda a unidade hospitalar, e ele comparecia à unidade uma vez por semana. O que demarca uma grave deficiência e sucateamento da saúde mental nas instituições de saúde.

O tema do suicídio é algo complexo, não pode ser reduzido a uma causa única. Conforme abordado anteriormente, vários fatores perpassam à questão do suicídio, como aqueles relacionados à vulnerabilidade social, problemas financeiros e sentimento de inadequação, principalmente relacionados a uma percepção de vazio existencial. Veras aponta que “para além das causas explícitas, todos possuem um leque de situações inconscientes que também estão presentes na decisão de cada um” (Veras, 2023, p. 22).

Freud (1856–1939), o pai da psicanálise, abordou o tema do suicídio em algumas de suas obras, tais como “Luto e melancolia” (1917/1974) e “Além do princípio do prazer” (1920/1969). Em “Luto e melancolia”, apesar de não aprofundar a discussão em relação ao suicídio, Freud (1917/1974) discorre sobre as similaridades entre o luto e a melancolia, destacando o processo de regressão e a escolha objetual narcisista, sinalizando que há na melancolia uma tendência ao sadismo relacionado a um objeto do mundo externo, que termina sendo direcionado ao próprio Eu do indivíduo, onde, por meio da autopunição, é possível “vingar-se do objeto original e torturar o ente amado através de sua doença” (Freud, 1917/1974, p. 286) sem necessariamente, expressar-se de forma hostil com o objeto.

A tendência suicida poderia ser, dessa maneira, explicada por esse sadismo, de acordo com Freud (1917/1974), nos neuróticos, os pensamentos suicidas são, na verdade, tendências assassinas contra outros, dirigidas ao próprio Eu, pois o Eu passa a ser dominado pelo objeto e assume o lugar deste.

O processo de projeção do objeto externo sobre o Eu foi nomeado por Freud, em sua “Conferência XXVI sobre A Teoria da Libido e o Narcisismo”, de identificação narcísica. Nessa mesma conferência, Freud afirma que a tendência suicida do melancólico é melhor compreendida quando se considera que “o ressentimento do paciente atinge de um só golpe seu próprio ego e o objeto amado e odiado” (Freud, 1917/1976, p. 108).

Já em Além do Princípio do Prazer (1920), Freud adota uma concepção dualista, afirmando sobre a existência na vida instintual de uma oposição entre os instintos de vida e instintos de morte. Influenciado pela filosofia de Schopenhauer (1788–1860), Freud, (1920/1969) aborda a concepção de que se um organismo quer morrer, ele encontrará um caminho para realizar esse desejo de morte, às vezes, em última instância, por meio de um suicídio.

Na experiência, identificou-se, a partir dos atendimentos, que a tentativa de suicídio estava relacionada a vínculos familiares fragilizados, problemas financeiros e vulnerabilidade social. O desejo de morte e autodepreciação puderam ser mapeadas a partir de perdas importantes na vida e processos de lutos mal elaborados pelos pacientes atendidos. Isso nos leva a pensar que parte da agressividade e sadismo encontrado no comportamento suicida está inicialmente e intrinsecamente ligado ao mecanismo de identificação do sujeito ao objeto perdido, ao qual se tem raiva pela perda.

Destacamos também, tal qual afirma Veras (2023), que o ato suicida não necessariamente se relaciona a aspectos patológicos. Ele pode ser entendido como uma escolha insondável do sujeito, não necessariamente vinculado a diagnósticos de depressão, por exemplo.

Vidal e Gontijo (2013) apontam que embora as emergências sejam espaços privilegiados para o cuidado e a avaliação do risco de novas tentativas de suicídio, muitas vezes, essas oportunidades não são plenamente aproveitadas. Em diversos casos, os pacientes recebem alta sem passar por uma avaliação psicológica e/ou psiquiátrica adequada ou sem qualquer encaminhamento para continuidade do cuidado (Vidal & Gontijo, 2013).

Além disso, a dificuldade de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS gera um empecilho na garantia da integralidade do cuidado. Isso aponta para a necessidade de uma rede de cuidados que garanta uma assistência integral e contínua, considerando a importância de uma intervenção adequada para a prevenção de novas tentativas e para o suporte ao paciente em crise.

A experiência do psicólogo na urgência e emergência revela alguns desafios, mas também potencialidades ao lidar com pacientes com comportamento suicida. De acordo com Sotelo (2007), frequentemente, encontra-se nos hospitais pacientes cujo motivo da internação são os atos suicidas, muitas vezes impulsivos. Atos que, frequentemente, geram remorso, culpa e vergonha. A saúde e a vida dessas pessoas são postas em risco por esses atos, exigindo dos profissionais um arcabouço teórico e estratégias para lidar com a situação (Sotelo, 2007).

A intervenção psicológica deve se afastar de uma intervenção simplista, com palavras óbvias, frases prontas, mensagens positivas, discurso moral ou religioso (Veras, 2023). Na experiência, evidenciou-se que a atuação nesse contexto exige uma posição genuína de escuta(dor), o psicólogo precisa mostrar-se disponível para ouvir as dores do paciente, acolhendo e validando os seus sentimentos, sem minimizar ou menosprezar as suas motivações, não podendo transparecer estar com pressa ou tédio, além disso, outro ponto a ser destacado é a necessidade de o profissional psicólogo possuir satisfatório manejo técnico e saber realizar intervenções focadas, dadas as limitações impostas pelo ambiente de urgência, onde o contato com o paciente é breve.

Com frequência, o psicólogo é o único que se dispõe a ouvir o paciente sem segundas intenções além das terapêuticas, infelizmente alguns profissionais costumam buscar obter mais informações sobre o contexto do acontecimento motivados pela curiosidade, pelo desejo de saber para ter pauta para os encontros informais. Diante disso, em situações de crise, como o risco de suicídio, o vínculo entre o psicólogo e o paciente, se torna um espaço simbólico onde o paciente pode falar sobre suas angústias e, eventualmente, encontrar um ponto de segurança psíquica (Kaës, 2011). No contexto da urgência e emergência, o psicólogo desempenha essa função de maneira intensificada, utilizando uma escuta ativa e uma postura de acolhimento, a psicoeducação para proporcionar uma experiência inicial de suporte emocional e psicológico, o que, por vezes, é o suficiente para desviar o paciente da urgência suicida.

É importante evidenciar que o ambiente hospitalar pode ser gerador de mais angústia. Muitas vezes, a experiência de internação e a presença constante de profissionais de saúde ao redor podem fazer com que o paciente se sinta objetificado, perdendo cada vez mais a sua autonomia e aumentando o sentimento de impotência. O trabalho do psicólogo, nesse sentido, é poder subjetivar a experiência do paciente, colocando-a em palavras, permitindo que a fala possa dar um novo destino ao sofrimento que não seja o ato suicida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem psicológica aos pacientes que tentaram suicídio tem a finalidade de acolher, psicoeducar, prevenir novas tentativas e orientar sobre a importância do acompanhamento psicológico no pós-alta.

Apesar do contexto de urgência e das limitações de tempo inerentes ao ambiente hospitalar, cada intervenção deve ser cuidadosamente planejada, considerando as particularidades de cada caso e a singularidade do sofrimento apresentado. A maior parte dos pacientes atendidos após uma tentativa de suicídio encontra-se em intenso sofrimento psíquico, e muitas vezes esse é o primeiro contato deles com um profissional da psicologia. Nesse cenário, é essencial que o psicólogo mantenha uma postura acolhedora e ofereça um espaço seguro para que o paciente possa, ainda que de forma inicial, expressar seu sofrimento.

A intervenção não tem a pretensão de extinguir completamente o sofrimento psíquico, mas sim, de possibilitar um ponto de partida para a construção de uma narrativa que auxilie o paciente a simbolizar suas questões. Esse processo, embora breve no contexto de urgência, pode ser o primeiro passo para que o sujeito compreenda a necessidade de um cuidado contínuo.

Neste momento, reforçar a importância do acompanhamento psicológico e psiquiátrico pós-alta é indispensável, sinalizando sobre a existência do serviço na rede do Sistema Único de Saúde – SUS, não apenas para a estabilização emocional, mas também para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

O papel desempenhado pelo psicólogo com os familiares também é importante. Realizar psicoeducação, orientando sobre a necessidade de cuidado contínuo. Explicar que o processo terapêutico exige tempo e paciência ajuda a alinhar expectativas e a promover uma visão mais realista sobre o enfrentamento do problema. Assim, mesmo diante das limitações de tempo e recursos no contexto hospitalar, cada intervenção psicológica tem a sua potencialidade e pode fazer uma mudança significativa em todo contexto.

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL

Concepção do estudo: FBS; **coleta de dados:** FBS; **análise dos dados:** FBS, RAB; **redação do manuscrito:** FBS; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** FBS, RAB.

REFERÊNCIAS

- Bertolote, J. M., Mello-Santos, C., & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(Suppl 2), S87–S95. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010000600005>.
- Conselho Federal de Medicina (BR). (2014). *Suicídio: informando para prevenir*.
- Conselho Federal de Psicologia (BR). (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*.
- Conselho Nacional de Saúde (BR). (2016). *Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016*. Recuperado em 23 de março de 2026, de <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>.
- Dalgalarondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3a ed.). Artmed.
- Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(1), 223-237. Recuperado em 05 de março de 2026, de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013.
- Freitas, A. P. A., & Borges, L. M. (2017). Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 50–60. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20170006>.
- Freud, S. (1969). *Além do princípio do prazer* (Obras psicológicas completas, Vol. 18). Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

- Freud, S. (1974). *Luto e melancolia* (Obras completas, Vol. 14). Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1976). *Conferência XXVI A teoria da libido e o narcisismo* (Obras psicológicas completas, Vol. 16). Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Gondim, D. S. M. (2015). A intervenção da psicologia: tentativas de suicídio e urgência hospitalar. *Revista Científica da FMC*, 10(2), 12-16. <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.24.vol.10.n2.2015>.
- Kaës, R. (2011). A realidade psíquica do vínculo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(4), 155–166. Recuperado em 03 de março de 2026, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2011000400017.
- Marquetti, F. C., Kawauchi, K. T., & Pleffken, C. (2015). O suicídio, interditos, tabus e consequências nas estratégias de prevenção. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(1), 29–40. Recuperado em 05 de março de 2026, de <https://periodicos.ufba.br/index.php/revbraspsicol/issue/download/1839/441>.
- Ministério da Saúde (BR). (2021). *Boletim Epidemiológico*, 52(33), 1-10. Recuperado em 05 de março de 2026, de https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf.
- Ministério da Saúde (BR). (2023). *Sistema de Informações sobre Mortalidade: SIM: TabNet*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ba.def>.
- Oliveira, R. A., Morais, M. R., & Santos, R. C. (2020). Comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional de enfermagem. *Revista da SBPH*, 23(2), 51-64. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.23.117>.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Prevenção do suicídio: um imperativo global*.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2021, setembro 09). Após 18 meses de pandemia de covid-19, OPAS pede prioridade para prevenção ao suicídio. Recuperado em 05 de março de 2026, de <https://www.paho.org/pt/noticias/9-9-2021-apos-18-meses-pandemia-covid-19-opas-pede-prioridade-para-prevencao-ao-suicidio>.
- Resende Dória, A. R., & Faro, A. (2017). Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. *Salud y Sociedad*, 8(3), 200–215. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0003.00001>.
- Simonetti, A. (2018). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença* (8a ed.). Artesã.
- Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE.
- Veras, M. (2023). *A morte de si*. Bregantini.
- Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: A percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 108-114. <https://doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200002>.
- Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. (2013). Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(1), 175–187. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Layla Raquel Silva Gomes

Editor assistente: Monica Marchese Swinerd

Editor associado: Wilian Donnangelo Fender

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
