



DOI:10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13955

Ahead of Print

Kelly Ruchdeschel¹ 0009-0007-4582-2891

João Fernando Marcolan² 0000-0001-8881-7311

^{1,2}Universidade Federal de São Pao, São Paulo, São Paulo, Brasil.

AUTOR CORRESPONDENTE: Kelly Ruchdeschel

E-mail: kelly.lima@adventistas.org

Recebido em: 05/05/2025

Aceito em: 28/07/2025

Como citar este artigo: Ruchdeschel K, Marcolan JF. Percepções de pacientes em hospital psiquiátrico sobre o comportamento suicida e a assistência. R Pesq Cuid Fundam (Online). [Internet]. 2025 [acesso em dia mês ano];17:e13955. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v17.13955>.

PERCEPÇÕES DE PACIENTES EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SOBRE O

COMPORTAMENTO SUICIDA E A ASSISTÊNCIA

PERCEPTIONS OF PATIENTS IN PSYCHIATRIC HOSPITAL ABOUT SUICIDAL BEHAVIOR

AND ASSISTANCE

PERCEPCIONES DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SOBRE LA

CONDUCTA SUICIDA Y LA ASISTENCIA

RESUMO

Objetivo: analisar as percepções de pacientes internados em hospital psiquiátrico devido a comportamento suicida, com enfoque em suas experiências emocionais, na assistência e tratamento recebidos. **Método:** estudo qualitativo e exploratório-descritivo com entrevistas semiestruturadas realizadas com 13 participantes, a maioria mulheres (12), brancas, entre 19 e 29 anos, solteiras, sem filhos, com baixa renda e escolaridade média. Os dados foram analisados por abordagem temática de conteúdo.

Resultados: os pacientes relataram sofrimento emocional intenso, com sentimentos de vazio e desesperança. A assistência foi criticada pela ausência de abordagens específicas e fragmentação dos serviços, embora alguns tenham mencionado acolhimento pontual. A maioria reconheceu a necessidade da internação durante crises, mas apontou falhas estruturais e na continuidade do cuidado. **Conclusão:** os achados reforçam a importância de um suporte especializado e contínuo no pós-alta, com intervenções mais integradas e sensíveis às necessidades emocionais dos pacientes com comportamento suicida.

DESCRIPTORES: Comportamento suicida; Internação psiquiátrica; Percepção do paciente; Saúde mental; Tratamento; Assistência integral.

ABSTRACT

Objective: to analyze the perceptions of patients hospitalized in a psychiatric facility due to suicidal behavior, focusing on their emotional experiences, care, and treatment received. **Method:** a qualitative, exploratory-descriptive study with semi-structured interviews conducted with 13 participants, mostly women (12), white, aged 19-29, single, childless, with low income and average education. Data were analyzed using thematic content analysis. **Results:** patients reported intense emotional suffering, marked by feelings of emptiness and hopelessness. Care during hospitalization was criticized for the lack of specific approaches and fragmented services, although some mentioned isolated experiences of support. Most recognized the need for hospitalization during crises but pointed out structural failures and discontinuity in care. **Conclusion:** the findings highlight the importance of specialized and continuous support after discharge, with more integrated interventions sensitive to the emotional needs of patients with suicidal behavior.

DESCRIPTORS: Suicidal behavior; Psychiatric hospitalization; Patient perception; Mental health; Treatment; Comprehensive care.

RESUMEN

Objetivo: analizar las percepciones de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico debido a comportamiento suicida, con énfasis en sus experiencias emocionales, atención y tratamiento recibidos. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, con entrevistas semiestructuradas realizadas a 13 participantes, en su mayoría mujeres (12), blancas, entre 19 y 29 años, solteras, sin hijos, con bajos ingresos y nivel educativo medio. Los datos fueron analizados mediante análisis temático de contenido. **Resultados:** los pacientes relataron un sufrimiento emocional intenso, caracterizado por sentimientos de vacío y desesperanza. La atención durante la hospitalización fue criticada por la falta de enfoques específicos y la fragmentación de los servicios, aunque algunos destacaron momentos puntuales de acogida. La mayoría reconoció la necesidad de la hospitalización durante las crisis, pero señalaron fallas estructurales y en la continuidad del cuidado. **Conclusión:** los hallazgos refuerzan la importancia del apoyo especializado y continuo tras el alta, con intervenciones más integradas y sensibles a las necesidades emocionales de los pacientes con comportamiento suicida.

DESCRIPTORES: Conducta suicida; Hospitalización psiquiátrica; Percepción del paciente; Salud mental; Tratamiento; Atención integral.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é fenômeno complexo que afeta pessoas de diferentes origens e idades, sendo influenciado por fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e biológicos.¹

Embora o atendimento inicial de pacientes com comportamento suicida nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) seja, em muitos casos, rápido e eficiente na estabilização clínica, a continuidade do cuidado apresenta lacunas significativas.²

A assistência pós-tentativa de suicídio, como apontado por Silva, Soratto³, ainda é ponto crítico nas Redes de Atenção à Saúde no Brasil. A falta de encaminhamento adequado para serviços especializados em saúde mental, como hospitais psiquiátricos

ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem sido um fator determinante na perda de esperança dos pacientes, aumentam o risco de novas tentativas.

A internação também é influenciada pela falta de suporte noturno nos CAPS III e pela oferta limitada de leitos psiquiátricos em hospitais gerais da rede municipal.⁴

As internações psiquiátricas não ocorrem apenas por falta de recursos ou falhas na rede de serviços, mas também porque existe circuito de controle que captura e custodia vidas consideradas desviantes. O que parece ser a falha da rede é, na verdade, o próprio mecanismo de controle operando de forma eficaz.⁵

A literatura sobre indivíduos internados em hospital psiquiátrico por comportamento suicida é limitada, evidencia lacuna que este estudo busca trazer dados, especialmente por seu caráter pioneiro na instituição pesquisada e no município. O objetivo foi de analisar as percepções sobre o comportamento suicida e assistência recebida em pacientes internados em hospital psiquiátrico devido ao comportamento suicida.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, exploratória, descritiva, utilizou entrevistas por meio de questionário semiestruturado, análise dos dados pelo referencial de análise de conteúdo temático.⁶

Foi conduzido entre agosto de 2021 e junho de 2022, nas unidades de internação de hospital psiquiátrico localizado em São José dos Campos/SP. A pesquisa envolveu pacientes adultos internados devido ao comportamento suicida, que apresentavam condições cognitivas adequadas para participar da investigação, conforme avaliação da equipe de saúde e da pesquisadora. Foram excluídos pacientes de outros setores e aqueles que optaram por retirar seus dados após a entrevista, o que não ocorreu.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (parecer número 4.868.551), com registro CAAE 47094021.1.0000.5505, emitido em 10 de julho de 2021. Todos os procedimentos de coleta seguiram as diretrizes éticas estabelecidas, com os participantes sendo

informados sobre os objetivos do estudo, confidencialidade e anonimato. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

As entrevistas ocorreram semanalmente, em ambiente reservado, com duração de 1 a 1h40min. Elas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas integralmente. Para a coleta de dados, foi empregado um questionário semiestruturado desenvolvido pelos pesquisadores, que incluía informações sociodemográficas e 25 perguntas abertas, abordando as percepções dos participantes sobre o comportamento suicida, bem como sobre a assistência e tratamento recebido.

Análise dos dados pelo referencial da análise de conteúdo temático.⁶ O processo analítico seguiu as três etapas propostas: 1) pré-exploração, que envolveu leituras iniciais e formulação de hipóteses; 2) exploração do conteúdo, com a codificação dos dados e definição de categorias; e 3) categorização e subcategorização, fase em que os dados foram refinados e interpretados. O foco foi na profundidade das informações, sem a quantificação dos dados.

Os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos (E1, E2, etc.), a garantir o anonimato.

RESULTADOS

O estudo contou com 13 participantes, maioria mulheres (12), na faixa etária de 19 a 29 anos, solteiras, sem filhos, católicas, brancas, ensino médio completo, havia diversidade de profissões, com cinco sem fonte de renda.

Os relatos indicam que as internações ocorreram por encaminhamentos do SAMU (2 casos), UPA (7 casos) e hospital geral (4 casos), com períodos de internação de 10 a 28 dias.

Durante a análise dos dados, foram identificadas duas categorias temáticas e cinco unidades temáticas. Neste artigo, será apresentada a segunda categoria,

Percepção do comportamento suicida e tratamentos, que se refere às percepções dos participantes sobre o comportamento suicida, a assistência recebida e internação.

A primeira unidade temática diz respeito à percepção sobre o comportamento suicida, relataram suas experiências sobre o suicídio, destacaram a necessidade de compartilhar seus sentimentos com outras pessoas; sobre os pensamentos fantasiosos, sentimento de culpa e interpretações negativas associadas ao tema. Ressaltaram a ausência de orientação adequada, a falta de informações e o déficit de cuidados especializados.

A segunda unidade temática trata da percepção sobre a assistência recebida; expressaram desagrado quanto à internação, não desejavam estar internados; enfatizaram a importância de se ter tratamento especializado, focado no comportamento suicida durante o período de internação, além da escassez de medidas preventivas e do acesso limitado a informações. Entre os tratamentos mencionados estavam a psicoterapia, o uso de medicamentos psiquiátricos, grupos de apoio e alternativas. Alguns participantes destacaram a eficácia dessas abordagens, enquanto outros criticaram tanto a falta de acesso a tratamentos adequados quanto os efeitos adversos dos medicamentos.

Os participantes relataram suas emoções ao descreverem a percepção do comportamento suicida, destacaram a necessidade de compartilhar sentimentos, além de expressarem fantasias, culpa e associações negativas sobre o tema.

“...Contar com alguém...conversar...A atenção... é muito importante.” E1

“Para mim é uma coisa normal. Tentei quatro vezes, já virou meio que um hábito. Embora me sinta uma inútil. Estou rindo, mas é de nervoso mesmo. Não me lembro, não me vem à cabeça, como fiz. ...quando uma pessoa se sente sozinha mesmo tendo alguém, mas por dentro se sente sozinha. Por dentro, ela está sofrendo. É um sofrimento de perda mesmo, como se o mundo estivesse acabado e você estivesse no modo automático. Como se estivesse vivendo por viver... Ou seja, só está sobrevivendo, porque vivendo, você não está! Está no

modo automático, o qual é como se desligasse o cérebro. É como se você estivesse aqui, só por estar mesmo.” E4

“Impotência minha de tentar e não conseguir, porque se ainda tivesse a possibilidade de fazer, faria. O suicídio pode fazer nada por mim, mas acaba com tudo, acaba com as minhas dores, todo mundo já tem sua vida, vivi uma vida louca na qual deixei de construir a minha vida, hoje em dia não tenho nada...” E6

“Foi muito tabu, ainda mais por causa da religião. Não gostava de falar sobre isso, tinha muito preconceito, era algo que me assustava. Hoje não me assusta mais, até porque tentei tantas vezes, uma coisa normal, embora saiba que não é normal. E quem faz vai para o inferno. Só me pergunto se dá tempo ou não de se arrepender? Nunca ninguém falou, você comete suicídio, você perde o direito de ser salvo. Só que nem isso se tornou um fator de proteção, uma coisa banalizada por mim. Eu tinha muito temor, hoje não tenho mais.” E8

“Dói, porque como falei, é igual droga, vai e volta. Não quero que esse pensamento volte em mim, porque tenho medo de que de alguma vez tentar e conseguir. Não quero morrer, tenho muito medo de morrer. Não pensei na morte na hora. Pensei em nenhum momento que iria morrer perdendo tanto sangue assim. Não pensei nada, não pensei nem em meus filhos quando fiz isso. Entrei em desespero porque achei que não ia vê-los nunca mais. Que não iria conseguir viver.” E12

Os participantes relataram descontentamento com a internação e expressaram a necessidade de tratamento específico focado no comportamento suicida.

“Nunca vi uma atividade especificamente voltada para isso, eles tratam de modo genérico, pois como cada uma tem uma dificuldade, não tem como fazer algo mais específico...” E8

“...eles ficam de olho na gente, são atenciosos, contam quantas pessoas tem no quarto para não fugir, a única coisa que me incomoda...” E5

“Porque aqui fico meio desligada. Acho que estou bem. Quero mesmo voltar para casa, porque não dou trabalho. Tomo remédio, não fico gritando, não fico esperneando, fico quietinha. Quero ir embora, que a médica me desse alta, já faz tempo que estou aqui.” E10

“Já fui internada três vezes, não queria mais mesmo. Pois fico pensando, quem que iria aceitar uma pessoa que já tenha sido internada para um trabalho? E mais ainda, que já foi internada quatro vezes? (...) Aí fui atendida pelo CAPS. Falei o que tinha feito e que nunca iria conversar com a minha mãe ou contar

para ela sobre isso... me mandaram para cá... Foi a primeira vez que fui internada aqui. No particular, fiquei 30 dias. O particular foi mais tranquilo, porque depois da experiência do SUS, fiquei um pouco traumatizada. Na primeira vez que fiquei internada eram cerca de oito mulheres que dividiam o quarto comigo. A maioria dessas mulheres tinha depressão, ansiedade, pânico; tinha uma que era dependente química e uma que tinha esquizofrenia, mas... não atacava, era bem tranquila. Quando vim para o SUS na segunda vez de internação, foi um choque... Aqui as pessoas são mais debilitadas.” E8

A transição para o hospital, que deveria ser uma medida de cuidado integral, muitas vezes se dá de forma fragmentada, evidenciada a lacuna na assistência psicossocial. Como descrevem as falas a seguir em relação ao processo de busca por ajuda e o atendimento recebido:

“Fui direto para o hospital da Vila, chegando lá fui atendida, levei alguns pontos, e depois disso estava tudo bem. Não fui encaminhada para nenhum lugar, depois disso fui encaminhada para minha casa, e como tinha tomado todos os comprimidos, não tinha mais comprimidos para tomar no próximo dia, fui ao posto de saúde mental para pegar medicamento, (...) a médica viu que corria risco para mim mesmo... encaminhada para o Francisca Julia, (...) parei, porque achava que já estava bem, já estava melhor, e... tinha médico marcado... ele ficou muito preocupado com as minhas queixas... disse para ele que não ia voltar no dia 13... porque iria me matar... fui encaminhada para o UPA de novo. E aí fui avaliada e voltei de novo para o Francisca Júlia. E já faz 23 dias que estou aqui... você se sente como se fosse humilhada, é ruim estar aqui, nesse ambiente.” E1

“Primeiro fui atendida pelo SAMU, logo em seguida para a saúde mental e depois me encaminharam para cá... No mês retrasado também tentei o suicídio. Passei com a médica esse mês que passou, novembro, e ela considerou o suicídio do mês passado. ... Já estou há 21 dias aqui. É primeira vez que fico internada tanto tempo assim.” E7

“Passei no UPA e na saúde mental.” E9

A maioria dos participantes respondeu de forma semelhante sobre diagnóstico e tratamento, a evidenciar desinformação, dúvidas e certa indiferença ao tema, como mostrado nas falas a seguir.

“... acredito que tenho depressão e aceito isso e estou em busca de uma melhora... a medicação, não sei como funciona, porque tem aumentado o número de remédios que tomo... estava em casa, só tomava fluoxetina, só um, parei, porque

falei que não precisava mais, estou bem, e aí você sabe quando você para... estou tomando sete medicamentos, dois de manhã e cinco à noite, mas não sei te dizer para que servem.” E1

“Disseram que sou bipolar e depressivo, queria entender melhor sobre esses problemas. ...Praticamente não sei o diagnóstico certo do meu tratamento, não compreendo. Colocaram o número do CID, que é 60.3. Não sei se é isso mesmo.” E2

“...para mim o tratamento não adianta nada. Não é que não queira ser tratada, mas no meu caso... Cansativo porque ela sabe que o meu problema não vai ser resolvido. Nem as medicações resolvem o meu problema.” E7

Ao questionar os participantes sobre sua internação em hospital psiquiátrico devido a tentativa de suicídio, doze manifestaram concordância com a medida, enquanto um discordou.

“Acho que é o melhor, pois já fui internada duas vezes, e me salvou, me ajudou, de milhares de foras, porque se estivesse fora não estaria mais aqui.” E1

“Acho que a internação é importante, mas acho que além da internação, a medicação, a equipe de trabalho são muito importantes. No meu caso, a primeira vez que fui internada saí de lá com medo. Saí com medo de tentar me suicidar de novo, não saí dizendo que queria sair, saí com medo, mas aqui, por exemplo, quero ir embora, não quero estar aqui. É isso, sentir sozinha, me sinto sozinha, não quero estar falando dos problemas para ninguém. Primeiro porque é muito particular e outra, eles falam outra língua.” E6

“Fui primeiro para a Santa Casa, que me encaminhou para a saúde mental e de lá vim direto para cá... Acho que é bom, gostaria de ficar em casa e não aqui.” E3

Os participantes relataram experiências variadas sobre a assistência recebida durante a internação. Alguns expressaram sentir-se cuidadas e respeitadas, mas houve percepção geral de que não existiam ações específicas voltadas para o tratamento do comportamento suicida, ausência de atividades voltadas para o bem-estar e a saúde emocional parece ter sido lacuna importante no cuidado, levaram os participantes a sentirem que suas necessidades específicas não estavam sendo plenamente atendidas.

“Estou mais apática, parece que não estou dando a mínima, parece que nada está fazendo sentido. Estou aqui, mas meu pensamento está longe.. Até que tem umas coisinhas legais de se fazer, só que voltado para o suicídio não...” E8

“Nada que pode se machucar tem lá, até lápis de cor, para você ter noção tem lá, eles têm medo de alguém pegar e tentar arrancar os pontos, é tudo bem cuidadinho... Recebo muito carinho aqui, tem uma das internadas que me disse que se eu cortar meu pulso outra vez, ela vai dar na minha cara. Vejo isso como uma forma de carinho. Algumas enfermeiras também são carinhosas, são bem de boa, conversam com você com dignidade. No entanto, tem outras que conversam com você, como se você fosse um bicho, como se você estivesse ali porque você quer.” E4

“É muito difícil falar, visto que aqui tem muita gente. Nunca vi uma atividade especificamente voltada para isso, eles tratam de modo genérico, pois como cada uma tem uma dificuldade, não tem como fazer algo mais específico...” E8

“São mais essas conversas. Acho que os que já têm mesmo. Vem alguém, conversa com a gente para tentar entender o que a gente fez e falam para gente o que é errado e o que é certo. Para mim está ótimo todas essas palavras, já aprendi muita coisa.” E10

“Usam muito da ameaça, da punição. Você não vai ter alta, e de verdade, estou aqui, mas não estou mais com a cabeça aqui, não me julga. Só estou aqui há duas semanas e até agora não reajustaram a medicação...” E6

DISCUSSÃO

O comportamento suicida frequentemente está relacionado a momentos de adversidade intensa, pressões sociais e conflitos internos e interpessoais, os participantes descreveram como suas decisões de tentar o suicídio foram influenciadas por esses momentos de grande adversidade. Destacaram contextos específicos nos quais sentiram intensa vontade de morrer e circunstâncias que influenciam nas tentativas de suicídio, como: problemas pessoais graves, expectativas sociais opressivas e lutas internas profundas, além de conflitos com outros.⁷

O comportamento suicida deve ser compreendido além da perspectiva biomédica, considerando fatores sociais, econômicos, culturais e pessoais que influenciam tanto o suicídio quanto outros comportamentos disfuncionais, refletindo as condições coletivas e relacionais da existência humana.⁸

O suicídio foi representado como resultado da solidão causada pela falta de reconhecimento do sofrimento psíquico pelas pessoas do meio social. Quando esse sofrimento não é validado pelos outros, as pessoas buscam o suicídio como saída para essa demanda emocional não atendida. Também foi mencionado que a solidão e o isolamento eram fatores ligados ao suicídio, pelo sofrimento psíquico não reconhecido e pelas expectativas sociais não atendidas.⁹

A maioria dos participantes considerou o suicídio como a busca desesperada por solução para acabar com o sofrimento.¹⁰

Precisa reconhecer que a tentativa de suicídio está relacionada a variedade de fatores, tanto externos quanto internos, que podem contribuir para o aumento de suas taxas. Portanto, as redes de atenção à saúde devem promover a prática da educação permanente junto aos profissionais, além de proporcionar a melhoria na assistência a esses casos.³

Os profissionais enfrentam dificuldades significativas ao lidar com a temática do suicídio e muitas vezes reproduzem condutas estigmatizantes, moralistas, religiosas, paternalistas, hipervigilantes. Verificou-se a violação dos direitos humanos dos pacientes, o que afetou negativamente o cuidado oferecido, a continuidade do tratamento, a autonomia do paciente, a privacidade e a capacidade de tomar decisões, o aumento da vulnerabilidade dos pacientes e o risco de novas tentativas de suicídio.¹¹

No contexto das emergências hospitalares, o modelo de atendimento psiquiátrico emergencial para o município de São Paulo é alternativa interessante, pois integra o atendimento psiquiátrico ao pronto-socorro de hospital geral. Este modelo foi considerado eficaz para o tratamento de crises agudas, evitar a internação imediata e promover a continuidade no cuidado por meio da UBS ou Hospital Dia, atualmente no CAPS. No entanto, a reforma psiquiátrica ainda enfrenta desafios no que diz respeito à adequação do tratamento para internações, principalmente de médio prazo.¹²

Isso indica lacunas no atendimento da Rede de Atenção Psicossocial, que tem como objetivo evitar internações prolongadas.

Contudo, embora os atendimentos às emergências sejam rápidos e eficazes, que o suporte multiprofissional e o encaminhamento adequado para especialistas continuam a ser insuficientes, especialmente em Prontos Atendimentos Municipais.²

Isso demonstra que, apesar de avanços no atendimento imediato, a assistência à saúde mental no contexto hospitalar carece de rede de apoio mais sólida e integrada para prevenir e tratar comportamentos suicidas de forma eficaz e abrangente. A integração de abordagens psicossociais, familiares e comunitárias, aliada ao treinamento adequado dos profissionais de saúde, é fundamental para aprimorar o cuidado a esses pacientes e, assim, reduzir os índices de suicídio.

A abordagem inadequada no atendimento é questão persistente, pois o indivíduo que tenta suicídio muitas vezes é impactado intensamente por diferentes formas de violência. Isso pode incluir violências externas, auto infligidas e violências psicológicas/emocionais enfrentadas nos serviços de saúde de emergência. Essas violências psicológicas/emocionais podem envolver negligência ou tratamento insensível por parte de profissionais de saúde, como minimizar a situação ou emitir comentários cruéis. Além disso, em algumas situações, podem ocorrer violências físicas, como o uso de algemas para conter o paciente, o que pode agravar ainda mais a situação.¹³

Referente à assistência prestada, nas emergências hospitalares, as demandas de atendimento relacionadas à auto violência, como tentativas de suicídio, são frequentemente vistas como obstáculos. Os profissionais expressam indiferença, indignação e inconformismo diante dessas situações. Há propensão a interpretar as tentativas de suicídio como meros apelos por atenção, o que pode resultar em abordagem de cuidado menos eficaz para esses pacientes.¹¹

O desprezo manifestado por alguns profissionais de saúde ao se referirem a pacientes com problemas de saúde mental ou após tentativas de suicídio. Frases como "paciente deu entrada aqui no PS dando showzinho", "essa aí só quer chamar a atenção", "vai lá bater um papo com o perturbado do leito x", "já que quer morrer, não sei porque não faz direito", "tanta gente lutando pela vida e esse aí tentando morrer", entre outras, revelam o viés estigmatizante e preconceituoso. Tais atitudes revelam a necessidade premente de mudar a mentalidade e a abordagem inadequadas por parte dos profissionais da saúde.¹⁴

O indivíduo com tentativa de suicídio desafia os protocolos usuais de atendimento, já que não se enquadra em categorias como acidente, doença aguda ou crônica, e não necessariamente está em surto. Essa situação envolve a pessoa aparentemente saudável que chega ao hospital após causar ferimentos com o intuito de morrer, o que promove sentimentos distintos nos profissionais que vão atender. O manejo demanda abordagens que incluem a implantação de novas metodologias de trabalho, medidas imediatas de segurança e o acolhimento. A estigmatização do paciente que tentou suicídio representa ameaça nos serviços de urgência e emergência, especialmente quando há limitações de equipamentos de suporte ventilatório ou vagas na unidade de terapia intensiva, em que a equipe precisa fazer escolhas sobre quais pacientes priorizar e com maior chance de sobreviver. É importante trabalhar isso nos espaços de formação, pois reconhecer e acomodar os sentimentos e emoções dos profissionais de saúde pode favorecer o conforto deles e contribuir para a assistência mais adequada.¹⁵

Em relação às práticas hospitalares, as ações destinadas a promover boas práticas de assistência em saúde mental nos hospitais gerais ainda são incipientes e necessitam de mais apoio e estímulo. Especificamente na área de enfermagem, é necessária a transformação cultural e técnica para implementar ações de atenção psicossocial em todos os cenários assistenciais. As deficiências na compreensão teórica

e prática, combinadas com conflitos pessoais dos profissionais quanto ao suicídio, resultam na falta de envolvimento pessoal com esses pacientes no decorrer do cuidado.¹⁶

Quando se trata de atender a esses indivíduos é necessário prover suporte emocional, qualidade e segurança no serviço para que aprovelem o atendimento e se sintam confortáveis para compartilhar suas angústias. Há a importância da escuta atenta, apoio emocional e assistência integral.¹⁷

A invisibilidade do comportamento suicida, mesmo sendo das principais causas de morte entre jovens. Entre os desafios enfrentados pelos profissionais estão a falta de capacitação e o estigma que dificulta a compreensão do tema. A satisfação dos usuários foi associada a aspectos relacionais à assistência, como paciência e acolhimento dos profissionais, enquanto críticas recaíram sobre falhas na comunicação, uso de linguagem técnica e atitudes percebidas como frias e ríspidas durante o atendimento.¹⁸

A internação psiquiátrica em hospital geral no Brasil é recomendada em casos graves, quando os recursos disponíveis extra-hospitalares se acabam e há risco de autoagressão e heteroagressão. Os resultados apontaram visões ambivalentes sobre a internação em leito de saúde mental. Alguns a veem como um lugar de proteção, onde estão seguros e não podem se machucar, enquanto outros a percebem como uma experiência sufocante e estigmatizante, em que suas queixas nem sempre são levadas a sério pelos profissionais.¹⁸

O cuidado em saúde mental continua predominantemente concentrado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a hospitalização é frequentemente utilizada para lidar com as emergências psiquiátricas. Devido ao aumento no número de pacientes com necessidades de saúde mental atendidos nas emergências psiquiátricas, é preciso melhorar o fluxo de atendimento e investir na capacitação da equipe.¹⁹

Na internação o estado emocional ou experiência de vazio e sufocamento, onde a rotina se torna mecânica e restrita a dormir e tomar remédios para controle no ambiente de internação hospitalar.²⁰

Quando não ocorre o cuidado ocorre desequilíbrio, o que pode atuar como fator de risco para o suicídio. O cuidado inadequado pode levar a novas e mais efetivas tentativas de suicídio, a aumentar o risco de desfecho fatal. Tal fato destaca a importância de treinamentos especializados nos serviços de saúde, devido à incompreensão e à rejeição acerca das questões relacionadas à morte.²¹

Além disso, não há padrão de comportamento suicida e cada pessoa apresenta a experiência singular quando se trata de pensamentos e intenções suicidas, o que pode tornar desafiadora a identificação desses sinais para profissionais. É fundamental ouvir o paciente, demonstrar atenção com empatia e o genuíno desejo de ajudar. Essa abordagem centrada na pessoa muitas vezes leva a resultados mais eficazes, pois reconhece e valoriza as particularidades de cada indivíduo. O contato direto e atencioso permite identificar quais sinais estão presentes e como melhor apoiar a pessoa em seu momento de vulnerabilidade.²²

Todos têm o direito à saúde e a serem tratados com dignidade e respeito ao acessar os serviços de saúde. No entanto, o estigma associado ao paciente que tentou suicídio pode prejudicar a qualidade do atendimento recebido, podendo resultar na exclusão de procedimentos ou tratamentos.¹¹

A dualidade de sentimento em relação à internação hospitalar psiquiátrica. Embora haja relatos de desconforto pela sensação de aprisionamento, também se expressou prazer em atividades fora da ala, mesmo sem acesso ao ambiente externo. Esses relatos contrariam os princípios da atenção psicossocial, que destacam a urgência de superar abordagens de isolamento, promovendo cuidado que reconheça a liberdade, dignidade e singularidade do indivíduo.²³

Há muitos riscos potenciais na hospitalização psiquiátrica para pessoas em risco de suicídio, pois pode exacerbar o sofrimento, o sentimento de vulnerabilidade, coerção e perda de autonomia, além de gerar experiências traumáticas. Sem suporte adequado de serviços de transição após a hospitalização e de serviços de hospitalização ambulatorial ou parcial, o potencial de danos mentais após a alta pode ser alto.²⁴

O comportamento suicida é a expressão de ambivalência, pois não necessariamente indica o desejo de morrer, mas sim o desejo de escapar da dor insuportável que aflige a vida. Para lidar com essa complexidade, é fundamental que os serviços de saúde estejam preparados e organizados em rede para fornecerem cuidados adequados à saúde mental das pessoas. Essa abordagem é essencial para reduzir os índices de morbimortalidade relacionados ao suicídio. Assim, as pessoas com comportamento suicida, quando recebem o acolhimento adequado e cuidado qualificado por parte de profissionais bem-preparados, tendem a se abrir para novas perspectivas e possibilidades na vida. Sentem-se fortalecidas, protegidas e mais felizes, passam a acreditar na sua capacidade de encontrar novos caminhos e significados para suas vidas. Isso as leva a cuidarem de si mesmas e dos outros, o que pode resultar na redução dos pensamentos suicidas e das tentativas de suicídio.²¹

Nas avaliações dos indivíduos com alto risco suicida no contexto da saúde pública de município catarinense enfrentaram-se desafios complexos, a envolver tanto limitações na organização dos serviços quanto questões relacionadas ao próprio modelo de atenção. Deparou-se com obstáculos concretos na articulação entre a atenção primária, o SAMU e hospital de referência para internação psiquiátrica. Essa lacuna mostra desproporção entre as demandas e capacidade dos equipamentos de saúde, a comprometer o acesso, a continuidade do cuidado e articulação do cuidado e serviços. Também ocorreu a divisão do cuidado devido ao modelo centrado no médico.²⁵

Em relação ao hospital psiquiátrico é comum termos inúmeros relatos desfavoráveis ao longo da história.

Dois pacientes relataram sobre suas experiências em hospitais psiquiátricos, com percepções negativas sobre o ambiente e tratamento. Um deles descreveu o hospital como desumano e hostil, onde os profissionais eram rudes e indiferentes, sem mostrar o mínimo cuidado ou atenção para com os pacientes, não estavam preocupados com o bem-estar dos pacientes, a contribuir para sensação de abandono e negligência. Outro compartilhou experiência igualmente traumática de que os pacientes, ao entrarem no hospital, frequentemente saíam "no caixão", referência a muita mortalidade e ao sofrimento presenciado, pois eram maltratados e, caso desobedecessem ou dessem trabalho, marcados.²⁶

Evidenciou-se com pacientes sobre estar internado em hospital psiquiátrico, o desconforto relacionado a sentir-se aprisionado e ausência de liberdade, com a internação sendo vista por alguns como aprendizado pela punição. Relatos indicaram a negligência e violência realizadas pelos responsáveis pelo cuidado. Destacada a necessidade de atividades significativas e melhorias na infraestrutura, como a escassez de entretenimento, a ociosidade, a falta de espaço, a presença de grades e a rigidez dos horários de dormir, fatores que foram considerados negativos. Indicaram que a internação foi prioritariamente adotada sem a consideração de alternativas de intervenção.²³

Esses relatos expõem uma realidade de desrespeito e violência no ambiente hospitalar psiquiátrico muito comum ao longo da história, destaque a violação de direitos humanos e falta de cuidado adequado e humanizado.

A maioria dos profissionais pesquisados não recebeu formação adequada ou capacitação para lidar com o atendimento de tentativas de suicídio. Esse despreparo é mais evidente entre os grupos com menor formação. A maioria dos profissionais não possuía conhecimento nem habilidade para fazer a estratificação de riscos dos pacientes. A equipe de saúde, em sua maioria, não sabia ou não conseguia inserir adequadamente o paciente que tentou suicídio na rede de saúde mental da cidade.²⁷

Esses desafios refletiram nas queixas apontadas pelos participantes da presente pesquisa, os quais relatam que a assistência recebida durante a internação não atende plenamente às suas necessidades específicas. A percepção de lacunas no cuidado, como a ausência de ações direcionadas ao tratamento do comportamento suicida e a falta de atividades voltadas para o bem-estar e a saúde emocional, evidencia a necessidade de abordagem mais integral e personalizada, alinhada às demandas reais dos pacientes.

A criação de ampla rede de suporte, que inclua serviços de saúde mental fora do contexto hospitalar, pode ser caminho eficaz para a prevenção do suicídio e para a promoção da recuperação sustentável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as percepções dos participantes relacionadas ao comportamento suicida, observou-se complexidade de significados. Ressaltaram a importância de compartilhar sentimentos, ao mesmo tempo em que emergiram expressões de fantasias, culpa e associações negativas, a evidenciar o impacto intenso dessa vivência.

O tratamento se concentrou excessivamente nos aspectos biomédicos, sem oferecer acompanhamento psicológico contínuo e especializado, a limitar a eficácia da intervenção.

Embora a internação em hospital psiquiátrico seja necessária em momentos críticos, ela não proporciona o cuidado adequado às necessidades multifatoriais. A falta de abordagem holística, que considere os aspectos subjetivos e emocionais dos pacientes, contribui para a sensação de desamparo e insegurança durante o período de internação.

As limitações de ser em única instituição e verificar o momento da internação indicam a necessidade de pesquisas futuras que investiguem a interação de fatores socioeconômicos, culturais e individuais na saúde mental. Estudos longitudinais poderão identificar intervenções precoces eficazes.

A contribuição deste estudo revela lacunas importantes na assistência ao comportamento suicida, evidencia a necessidade de modelo de cuidado humanizado integral. Os dados oferecem oportunidade de políticas públicas que visem a reformulação do modelo assistencial, a considerar as necessidades emocionais, sociais e culturais dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. [Internet]. 2021 [acesso em 5 de dezembro 2022];52(33). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view.
2. Guedes AO, Januário G da C, Ribeiro MILC, Silva AT da, Gonçalves JS, Alves AC. Tentativa de suicídio e acolhimento: a visão da equipe de enfermagem quanto à assistência prestada em um serviço de urgência e emergência. Cad. Bras. Saúde Ment. [Internet]. 2023 [acesso em 20 de abril 2024];15(42). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/71512>.
3. Silva AMC da, Soratto MT. Acolhimento ao paciente após a tentativa de suicídio. Inova Saúde. [Internet] 2024 [acesso em 30 de março de 2024];14(1). Disponível em: <https://doi.org/10.18616/inoa.v14i1.4376>.
4. Teixeira VDS, Monteiro CB, Ferreira EC, Pacheco MAB, Santiago MP, Loyola CMD. Primeira internação psiquiátrica na visão dos familiares. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. [Internet]. 2021 [acesso em 2025 mar. 22];24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n3p704.12>.
5. Braga CP, d'Oliveira AFPL. Motivos e mecanismos de internação de crianças e adolescentes em hospital psiquiátrico: o circuito do controle. Cad Saúde Pública.

[Internet]. 2022 [acesso em 2025 mar. 21];38:e00170821. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT170821>

6. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016

7. Ming-Wau C, Boris GDJB, Melo AK, Silva RM da. A decisão de tentar o suicídio sob a lente fenomenológico-existencial sartriana. *Revispsi*. [Internet]. 2020 [acesso em 22 de março 2025];20(4). Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.56663>.

8. Prado AS, Pinto LR. Prevenção do suicídio na escola na perspectiva da teoria interpessoal-psicológica do suicídio:: uma revisão de literatura. *Ed. Foco*. [Internet]. 2022 [acesso em 21 de março 2025];25(47). Disponível em: <https://doi.org/10.36704/eef.v25i47.5770>.

9. Calile OHBO, Chatelard DS. Representações sociais sobre suicídio. *Rev Fam Ciclos Vida Saude Contexto Soc*. [Internet]. 2021 [acesso em 11 de junho 2024];9(2). Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i2.5408>.

10. Plazzi MAPC, Fernandes Lemos M, Silva GC, Souza R, Lucchese R. Educação permanente para unidade de terapia intensiva na atenção ao suicida. *CLIUM*. [Internet]. 2022 [acesso em 20 de março 2024];22(5). Disponível em: <https://doi.org/10.53660/clm-408-518>.

11. Lima L, Boeira LD dos, Albuquerque, Marques TA. Violação dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio no Brasil. *Saúde soc. São Paulo*. [Internet]. 2022 [acesso 4 de março 2024];31(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200331pt>.

12. Migliari FFF, Marcolan JF. Modelo de atenção à saúde mental no governo Erundina (1989-1992) na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. *Research, Society and Development*. [Internet]. 2020 [acesso em 22 de março 2025];9(9):e28996176. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6176>.

13. Silva SL, Machado CLB, Albuquerque PP de, Nery GEC. Violência suicidária: um empurrão para o suicídio. *Sustinere*. [Internet]. 2023 [acesso em 10 de setembro 2023];11(1). Disponível em <https://doi.org/10.12957/sustinere.2023.66328>.
14. Azevedo DCR, Schrock CGGC. Os sabores e dissabores do psicólogo no atendimento ao comportamento suicida: vivências na residência multiprofissional em saúde mental. *Revista IGT na Rede*. [Internet]. 2021 [acesso em 10 de setembro 2023];35(18). Disponível em <https://doi.org/10.5281/zenodo.15149260>.
15. Pereira WSB. Desafios e perplexidades no atendimento de emergência a quem tenta suicídio. *REASE*. [Internet]. 2022 [acesso 23 de março 2023];8(6). Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i6.5895>.
16. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM. Cuidado de enfermagem em urgência/emergência às pessoas que tentam suicídio. *SMAD*. [Internet]. 2020 [acesso em 7 de abril 2023];16(4). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.152045>.
17. Coelho AKR, Cunha AG, Silva ABC da, Cid AS, Castro LCC, Lopes BCM et al. Nursing practices associated with suicide prevention dynamics: an experience report. *RSD*. [Internet]. 2021 [cited 2023 mar 28];10(4):e50310413819. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13819>.
18. Freitas SOR. O suicídio na sociologia de Durkheim e os reflexos da agenda global. *Rev. Eletrônica Ciênc. Soc. Apl.* [Internet]. 2022 [acesso em 22 de maio de 2023];9(2):.Disponível em: <https://revista.fisul.edu.br/index.php/revista/article/view/125/128>.
19. Dias LF, Perez K, Reuter É. O encontro entre psicologia e internações psiquiátricas: cuidado em saúde mental em unidade de urgência e emergência de hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. *Mental*. [Internet]. 2022 [acesso em 29 de março 2024];14(25). Disponível em:

https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272022000100005&lng=pt&tlng=pt.

20. Pegoraro RF, Vicentin MCG. O que nos ensinam os itinerários terapêuticos de adolescentes/jovens que tentaram suicídio. *Rev Cocar*. [Internet]. 2023 [acesso 13 de julho 2024];(16). Disponível em:

<https://periodicos.uepa.br/index.php/cocar/article/view/6757/2889>.

21. Correia CM, Andrade ICS, Gomes NP, Rodrigues GRS, Cunha KS, Diniz NMF. Psychosocial care for people with suicidal behavior from the perspective of users and health professionals. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2020 [cited 2023 mar 27];54:e03643. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019028803643>.

22. O'Rourke MC, Jamil RT, Siddiqui W. Suicide screening and prevention. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [Internet]. 2023 [cited 2024 jan 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531453/>.

23. Pereira NA, Silva MLD, Matsukura TS. Adolescentes usuários de substâncias psicoativas: experiências e desafios durante a internação psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. [Internet]. 2023 [acesso em 3 de julho 2024];31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO261434121>.

24. Ward-Ciesielski EF, Rizvi SL. The potential iatrogenic effects of psychiatric hospitalization for suicidal behavior: a critical review and recommendations for research. *Clin Psychol Sci Pract*. [Internet]. 2021 [acesso em 3 de fevereiro 2025];28. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/cpsp.12332>

25. Rodrigues J, Ferreira LM, Vargas AOM, Zilli F, Trentin D, Antunes L. Perspectivas da rede de atenção primária à saúde ao comportamento suicida. *Rev Paul Enferm* [Internet]. 2023 [acesso em 24 de abril 2025];34(1). Disponível em: <https://doi.org/10.33159/25959484.repen.2023v34a01>.

26. Rocha LA, Prates TBS, Souza VS, Gusmão ROM. Percepção dos usuários de um centro de atenção psicossocial sobre o cuidado em saúde mental. *Mental*. [Internet].

2021 [aceso em 23 de Janeiro 2025];13(23). Disponível em:
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v13n23/v13n23a08.pdf>.

27. Langaro PM, Carvalho D de, Bonamigo EL. Atendimento aos pacientes com comportamento suicida: percepção de profissionais da saúde. Mundo Saude. [Internet].

2021 [acesso em 24 de março 2023];45. Disponível em:
<https://doi.org/10.15343/0104-7809.202145533540>.