

Atendimento a tentativa de suicídio: relato de experiência e reflexões de uma enfermeira em uma Unidade de Pronto Atendimento

Suicide attempt care: experience report and reflections of a nurse in an Emergency Care Unit

Atención al intento de suicidio: relato de experiencia y reflexiones de una enfermera en una Unidad de Atención de Urgencias

Ivi Evelin Ferraz de Souza Jung¹, Endi Evelin Ferraz Kirby², Mônica Villela Gouvêa³

Como citar esse artigo. Jung, IEFS. Kirby, EEF. Gouvêa, MV. Atendimento a tentativa de suicídio: relato de experiência e reflexões de uma enfermeira em uma Unidade de Pronto Atendimento. Rev Pró-UniverSUS. 2025; 16(2):259-265.

Resumo

Este artigo trata-se de um relato de experiência sobre o atendimento de um paciente em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em uma cidade da região do médio Paraíba, no estado do Rio de Janeiro, a partir da perspectiva de uma enfermeira, membro integrante da equipe de saúde da unidade. O objetivo do estudo é discursar sobre suicídio e tentativa de suicídio, e a relação da equipe de saúde no acolhimento e atendimento a pessoas que desejam pôr fim à vida. O período de atendimento do paciente em questão ocorreu no mês de setembro de 2020. O suicídio é um tema presente e relevante com o crescente número de casos no Brasil, pretendemos com este estudo abrir espaço para novas discussões e aprendizados acerca do tema, a fim de sempre renovar conhecimentos.

Palavras-chave: Unidade de pronto atendimento; Enfermagem; Suicídio; Relato de experiência.



Abstract

This article is an experience report on the care of a patient in an Emergency Care Unit (UPA) in a city in the middle Paraíba region, in the state of Rio de Janeiro, from the perspective of a nurse, an integral member of the unit's health team. The objective of the study is to discuss suicide and attempted suicide, and the relationship of the health team in welcoming and caring for people who wish to end their lives. The patient in question was cared for in September 2020. Suicide is a current and relevant topic with the growing number of cases in Brazil. With this study, we intend to open space for new discussions and learning about the topic, in order to always renew knowledge.

Key words: Emergency care unit; Nursing; Suicide; Experience report.

Resumen

Este artículo es un relato de experiencia sobre la atención a un paciente en una Unidad de Atención de Emergencia (UPA) de un municipio de la región centro de Paraíba, en el estado de Rio de Janeiro, desde la perspectiva de una enfermera, miembro integrante del equipo de salud de la unidad. El objetivo del estudio es discutir el suicidio y el intento de suicidio, y la relación del equipo de salud en la acogida y asistencia a las personas que desean poner fin a su vida. El paciente en cuestión fue atendido durante el mes de septiembre de 2020. El suicidio es un tema actual y relevante con el creciente número de casos en Brasil. Con este estudio pretendemos abrir espacio para nuevas discusiones y aprendizajes sobre el tema, con el fin de renovar siempre los conocimientos.

Palabras clave: Unidad de cuidados de urgencia; Enfermería; Suicidio; Informe de experiencia.

Afiliação dos autores:

¹Enfermeira. Mestranda do programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde/MPES, UFF, RJ, Brasil. E-mail: ivi.jung@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7455-93634>.

²Enfermeira. Doutoranda do programa PPGBIOS (Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) UFF, RJ, Brasil. E-mail: endiferraz@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6250-3186>.

³Doutorado em Odontologia. Professora do Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde/MPES, UFF, RJ, Brasil. E-mail: monicagouvea@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6552-8004>.

E-mail de correspondência: ivi.jung@hotmail.com

Recebido em: 01/04/25 Aceito em: 29/06/25

Introdução

Uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) se configura como parte importante da rede de urgências no SUS, que lida com grande demanda, situações de risco e agravos que ameaçam a vida. Essas unidades são projetadas para oferecer cuidados rápidos, emergenciais e sempre que possível, resolutivos, funcionando de modo a promover acesso imediato, o que é fundamental em situações de emergência onde o tempo é um fator crítico. As UPAs são unidades intermediárias na rede de serviços do SUS, e precisam interagir tanto com a atenção básica como com a alta complexidade.

Nesse sentido, uma UPA desempenha papel crucial no atendimento a pessoas que tentaram suicídio ou que apresentam crises emocionais severas. Além de atendimento 24 horas, realizam avaliação e triagem priorizando casos mais críticos e pode oferecer intervenções iniciais, como administração de medicações ou acompanhamento psicológico temporário, visando estabilizar o paciente até que um tratamento mais longo e abrangente possa ser iniciado.

Após a estabilização, as UPAs frequentemente encaminham os pacientes para serviços de saúde mental mais específicos, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou consultas com psicólogos e psiquiatras. Além do atendimento imediato, as UPAs podem desempenhar um papel na orientação de pacientes e familiares sobre saúde mental e prevenção do suicídio, alertando para a importância do acompanhamento contínuo.

O suicídio se manifesta como um fenômeno multicausal, de ordem fisiológica, biológica, social, comportamental, não tendo com isso, uma causa específica, por vezes de difícil compreensão, sendo seguido por mitos e tabus, além de moralismos de ordem religiosa ou não. O ato de pôr fim a vida não é algo novo, não se configura como uma modernidade, em verdade remonta à antiguidade até chegar aos dias de hoje. Portanto, a compreensão sobre autoextermínio está condicionada à época em que ocorre, assim como à sociedade, país e cultura em que se dá o ato².

O suicídio não pode ser enquadrado como qualquer óbito, considerando-se que decorre da vontade do próprio indivíduo, que adota comportamentos e ações visando alcançar um resultado específico, sua morte. Para cada adulto que comete suicídio, estima-se que vinte tentaram, porém, não chegaram a esse resultado. Isso evidencia que o suicídio é um fenômeno grave, todavia, as tentativas de suicídio são ainda mais prevalentes.

Suicídio é definido como um ato intencional de automutilação que leva à morte, envolvendo ferimentos autoinfligidos, envenenamento ou sufocamento, com evidências (diretas ou inferidas) de que a pessoa pretendia acabar com sua própria vida. Uma tentativa

de suicídio se refere a um ato deliberado e não habitual que resulta em dano não fatal, iniciado pelo indivíduo de uma forma que pode levar à automutilação, ou envolvendo a ingestão de uma substância além de sua dose terapêutica típica sem a intervenção de terceiros.

Globalmente, o suicídio representa aproximadamente 1,4% do total da carga de doenças e é a segunda principal causa de morte entre adolescentes. A cada ano, mais pessoas perdem a vida por suicídio do que por todas as formas de homicídio e conflito combinadas. Embora o risco de suicídio geralmente aumente com a idade, os comportamentos suicidas são notavelmente altos e continuam a aumentar entre os jovens de 15 a 24 anos. Isso resulta na perda trágica de mais de 800.000 vidas jovens a cada ano.

Introduzir a questão do acolhimento e abordagem à pessoa que decide pôr fim a sua vida é de certa forma, um desafio às equipes de profissionais de saúde, neste mundo pós-moderno de desempenho, onde somos escravos de nós mesmos, por vezes em uma busca incessante do fazer sempre mais, através de uma motivação do não fracasso, não podendo com isso contemplar a existência do ser. A não contemplação se perde pela hiperatividade da mente cotidiana, que já não mais se permite ao tédio, que traz consigo o tempo para interações e análises mais aprofundadas de quaisquer temas com os quais tenhamos contato.

Apesar de alguns esforços do governo no apoio para a conscientização em relação ao suicídio, inclusive através da Campanha Setembro Amarelo, iniciada em 2014, os dados mostram que têm crescido o número de casos de suicídio no país. No ano de 2021 foram contabilizados 15.507 suicídios. Destes, 77,8% ocorreram no sexo masculino. Nesse mesmo ano, o suicídio representou a 27ª causa de morte no país.

Um estudo realizado na Holanda mostra que em 2018 apenas 40% dos pacientes em óbito por suicídio estavam de alguma forma em tratamento especializado em saúde mental, demonstrando que 60% deste grupo não chegaram a buscar ou encontrar um caminho para o acompanhamento em saúde mental. O estudo diz que o preconceito em relação a doenças psiquiátricas estaria de alguma forma, impedindo pessoas a procurarem serviços psiquiátricos.

Realmente, esse é um tema pouco debatido e ainda cercado de estigmas. Há também julgamento moral do ato e questionamento quanto à autonomia do ser que deseja pôr fim a própria vida. Devemos nós, enquanto profissionais de saúde intervir a todo custo à premissa de salvar essa vida? E questiono: que vida? No documentário “O Solitário Anônimo”, nos deparamos com um homem adulto, dentro de suas faculdades mentais, lúcido e orientado, que desejava pôr fim a sua vida. De maneira organizada se despreendeu de seus laços consanguíneos, se desfez de seus documentos e assim de sua identidade, e por não ter, segundo ele a

“coragem” para o suicídio ativo, decidiu pela finitude passiva, não iria mais prover seu corpo de combustível imprescindível à vida: o alimento parou então de se alimentar.

Assistindo ao documentário, no início somos levados a observar intervenções mesmo percebendo serem contra a vontade do paciente. Ele passa, por exemplo, por uma sondagem nasoesférica, para alimentação, apesar de ter implorado para que esta não fosse realizada. A equipe de saúde questiona o porquê de querer morrer, se a vida “é tão boa...” Que vida? A dele ou a de quem o questiona? Segundo Cardoso, a morte aguardada pelo personagem era a morte biológica, pois a morte existencial já havia sido decretada por ele, que não possuía mais animus ou vislumbra propósito para permanecer existindo (p. 79). Por que medimos o outro, seus sentimentos e sua visão de mundo pela nossa métrica? Devemos enquanto profissionais de saúde, prezar pela vida, mas antes de tudo é preciso respeitar a individualidade daquela pessoa e não violar os direitos humanos de quem decide pôr fim à própria vida, independente de seus motivos, distúrbios ou perspectiva de mundo.

A condenação moral do suicídio somada ao imperativo da vida no contexto hospitalar propicia a (re) produção de condutas estigmatizantes e tutelares com violação em maior ou menor grau de direitos humanos dos pacientes. Privar o paciente de sua liberdade, ou trata-lo como se ele não tivesse autonomia, ou ainda com pré-conceitos e estigmas se configuram atos de extrema crueldade com alguém que já está em possível sofrimento, seja moral, psíquico ou de qualquer outra ordem.

O objetivo desse texto é relatar a experiência de acolhimento e atendimento a um paciente que passou por tentativa de suicídio, no mês de setembro de 2020, e o impacto desse encontro a partir da perspectiva de uma enfermeira, em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em uma cidade da região do médio Paraíba do Estado do Rio de Janeiro. Traçando ainda um paralelo com o documentário “O Solitário Anônimo”⁸.

Relato da experiência

No mês de setembro de 2020, em uma quarta-feira de atendimento corriqueiro no plantão de 24h, no plantão noturno, deu entrada na UPA um homem por volta dos 50 anos, trazido por seu filho, com o relato de tentativa de suicídio. O familiar relatou que seu pai havia tentado pôr fim à vida de duas formas: automutilação e intoxicação exógena. Inicialmente teria tentado cortar os pulsos, e de fato feriu um dos pulsos, porém, faltando coragem para cortar o outro (segundo informações colhidas), optou pela ingestão de veneno.

O paciente então teria saído de casa, buscando

se isolar sob uma árvore para aguardar a morte chegar. Passadas algumas horas de sua saída de casa, o filho, preocupado, resolveu procurá-lo e o encontrou debaixo da árvore, vivo, porém com a lesão em um dos pulsos e o relato da ingestão do veneno.

O paciente foi atendido na classificação de risco da UPA e encaminhado por mim, enfermeira, à sala de sutura para ser examinado pela médica. Foi realizada a sutura da lesão, os curativos necessários e posteriormente encaminhado à sala amarela para realização de outros procedimentos de estabilização do quadro e observação, enquanto aguardávamos a avaliação da saúde mental. Ao longo de sua internação na UPA, esteve acompanhado de seu filho. Pude observar que ambos conversavam e que o filho, antes de precisar se ausentar para suas atividades deixou com o pai uma foto, para que este se lembrasse de sua importância na vida do filho e das pessoas que o amavam.

Prosseguindo com a escuta do paciente, o que ouvi foram frases como: “não sei o que deu em mim, este não sou eu, estou muito arrependido, e quero ajuda”. Foi um momento muito forte e de muita emoção. Aquele homem na minha frente, com um pulso cortado, chorou como se fosse um menino. Fiquei muito emocionada, senti o sofrimento dele e o sentimento de remorso pelo ato cometido.

Resultados

No ano de 2021:9 foram notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan) 114.159 casos de violência autoprovocada, e o Ministério da Saúde em levantamento de dados em 2018 apontou que a intoxicação exógena é o meio utilizado por mais da metade das tentativas de suicídio notificadas no país.

Segundo a Cartilha de Prevenção ao Suicídio do Ministério da Saúde, são fatores de proteção para o suicídio em desastres: Rede de apoio (familiar e comunitária) que ofereça suporte emocional e material, bem como senso de pertencimento e que uma crença religiosa ou espiritual pode servir com estratégia de enfrentamento. De fato, o ato de pôr fim a vida não traz impacto apenas ao autor do fato, mas também a seus familiares, amigos e pessoas próximas. Um estudo acerca do luto dos sobreviventes do suicídio aponta que pessoas próximas e que perderam seus entes queridos para o autoextermínio, sofrem de sentimentos como tristeza e culpa, buscam motivos que levaram o outro a não desejar mais viver, sentem o impacto da morte precoce ou da vida interrompida, além de terem de lidar com julgamentos externos que também os culpam não terem sido capazes de ajudar a evitar o desfecho de morte.

No caso relatado, o filho conseguiu levar seu pai à unidade de atendimento em tempo oportuno para que

intervenções fossem realizadas e o desfecho do quadro fosse diverso ao da morte. Durante a madrugada daquele plantão estava compondo uma equipe de atendimento com um médico tranquilo e no momento em que chegaram à UPA o setor estava vazio. Pudemos então dedicar mais tempo e qualidade ao acolhimento deste paciente. Assim, pude conversar de forma apurada com ele, e ouvir sua história de vida, seus motivos e questões que o levaram a decidir que não desejava permanecer vivo.

Muitas vezes, um psiquiatra é solicitado a avaliar o risco em cenários gerais de emergência onde os pacientes apresentam tentativas de suicídio. Em tais situações, muitas vezes nos deparamos com um ambiente lotado e barulhento, um paciente desconhecido, pouco cooperativo ou intoxicado. É difícil realizar a avaliação em tais situações, e o clínico precisa esperar até que a situação se torne favorável ou propícia à avaliação. Às vezes, o paciente pode ficar sonolento devido aos efeitos da intoxicação e o tratamento médico e a estabilização do paciente se torna uma prioridade.

A escuta ativa e qualificada em casos onde a pessoa tentou ou deseja pôr fim a vida é de extrema importância. Lidar com o fenômeno do suicídio e com a prevenção envolve aprender sobre a história de vida da pessoa. O ato da escuta deve ocorrer de forma profunda, com a compreensão da situação e do sentimento que a pessoa está vivendo.

Muitas vezes como enfermeiros ou profissionais da saúde no âmbito de nossas funções somos levados a não nos envolver emocionalmente a fim de “não interferir no atendimento”, porém sentimentos como empatia e compaixão por vezes é que fazem do acolhimento um ato de humanização do atendimento, para a compaixão é definida como uma sensibilidade ao sofrimento que é acompanhada por um compromisso profundo em tentar aliviar ou diminuir o sofrimento de si e do outro.

O paciente em questão me contou um pouco de sua história de vida, que há não muito tempo, havia conhecido e se enamorado de uma mulher mais jovem com quem se casou. Ela seria o “amor de sua vida”, disse que fez tudo para que ela fosse feliz, a trouxe para junto de si, e lhe confiou seu amor. Passado algum tempo ela começou a rejeitá-lo quando encontrou um novo amor. Nesse contexto ele relatou que não conseguiu lidar com o fato, se sentia traído no seu íntimo, pois tinha nela uma amiga, uma ideia de futuro próspero, como se pertencessem juntos ao infinito.

Um estudo sobre o suicídio amoroso mostra na fala dos participantes, que o amor descrito nesses relacionamentos é, muitas vezes, comparado à intoxicação e à dependência química: 110. Como se fosse uma paixão que beirasse a obsessão, a dependência do outro é tal que o indivíduo pode passar a não enxergar um futuro sem seu objeto da paixão.

Em determinado momento, o paciente pegou

a foto que seu filho havia lhe dado e mostrou-me triste e orgulhoso ao mesmo tempo, orgulhoso por ter percebido o quanto era amado e triste por tê-lo feito sofrer, me disse que, no dia da tentativa de suicídio, havia ingerido bebida alcoólica, o que não fazia há 20 anos, para ganhar coragem de consumir o ato. O uso de álcool e outras drogas pode impedir que a pessoa se dê conta do que está fazendo, além de que segundo a autora é comum indivíduo estar sob o efeito do álcool durante o ato suicida, como no caso do nosso paciente em perspectiva que o uso do álcool aparentou ter sido como um anestésico da razão.

O referido atendimento não envolveu qualquer tipo de julgamento por parte da equipe de saúde da UPA que o atendeu. Não houve comentários ou piadas preconceituosas. Senti-me parte de uma equipe de saúde coesa e dedicada e todo o atendimento mexeu comigo enquanto profissional, me levando a questionar a vida, a morte, sentimentos, respeito e autonomia do indivíduo. De acordo com o CVV - Centro de Valorização à Vida é importante lembrar que ouvir de forma empática não é apenas uma prática de autocuidado, mas também um gesto essencial de acolhimento para aqueles que convivem conosco. A atenção ao outro pode ser o primeiro passo para ajudar a salvar uma vida⁵.

Discussão

O suicídio surge de uma variedade de fatores de risco que se acumulam ao longo da vida, com transtornos psiquiátricos individuais exercendo o impacto mais significativo nas taxas de suicídio. Condições como depressão, transtorno bipolar, transtornos do espectro da esquizofrenia, transtornos por uso de substâncias, epilepsia e lesão cerebral traumática aumentam significativamente o risco de suicídio, elevando as chances em mais de 3 vezes. Embora os fatores de risco para suicídio sejam bem estabelecidos, o mesmo nível de certeza não se aplica à ideiação suicida.

Taxas elevadas de suicídio são observadas em demografias específicas, como populações mais velhas, homens e membros da comunidade LGBTQ. Os fatores de risco são categorizados em predisponentes (transtornos neuropsiquiátricos, histórico familiar de suicídio, tentativas anteriores de suicídio, experiências adversas na infância, desafios socioeconômicos) e fatores precipitantes (transtornos por uso de substâncias, acesso a meios letais, eventos estressantes da vida, diagnósticos recentes de doenças terminais ou crônicas). Esses fatores podem contribuir para sentimentos de isolamento, desesperança e percepção de sobrecarga.

Traçando um paralelo entre o relato realizado e o documentário citado (“Solitário Anônimo”), conhecemos um pouco das histórias por trás da tentativa de suicídio de duas pessoas que decidiram

pôr fim a suas vidas. Cada qual com suas vivências, seus motivos, seus desfechos. O senhor envolvido com o caso relatado passou por uma situação traumática e de intenso sofrimento, recorreu ao álcool para ter a coragem necessária para pôr fim à vida, e no momento da tentativa de autoexterminio estava tanto sob influência do álcool, quanto de seu sofrimento psíquico. Alguns estudos discorrem sobre a impulsividade no ato suicida, sendo esse impulso temporário durando talvez algumas horas, porém a impulsividade pode se tornar um agravante no comportamento suicida ou para pessoa que está sob forte emoção.

Após a experiência da tentativa de suicídio, resignificou seus sentimentos e objetivos traçaram planos de vida para o futuro, quis ser atendido, aceitou a sutura, os tratamentos e o acompanhamento da rede de saúde mental. Pudemos perceber que aquela atitude foi tomada em um momento de um sofrimento muito grande, que ele não desejava mais sentir. Sofrimento é uma experiência universal e muitas vezes um fator desencadeante para pensamentos suicidas. Quando alguém não consegue encontrar sentido em sua dor, o sofrimento pode se tornar insuportável, levando ao vazio existencial.

As consequências do suicídio e das tentativas de suicídio estendem-se muito para além da perda imediata de vidas. Os sobreviventes enfrentam frequentemente desafios de saúde física e psicológica em longo prazo, incluindo depressão, ansiedade e outras perturbações de saúde mental. As famílias e os amigos de indivíduos que tentam ou morrem por suicídio experienciam frequentemente um profundo sofrimento emocional, incluindo sentimentos de choque, culpa, raiva e tristeza, sublinhando ainda mais o efeito cascata do suicídio nas comunidades.

No presente relato, os impactos da tentativa de suicídio sobre o filho ficaram evidentes, demonstrando que ainda que o sofrimento seja do indivíduo, as pessoas que o cercam também sofrem de modo expressivo.

No livro sobre o sofrimento humano que a satisfação de minhas próprias necessidades é uma pacificação, uma tranquilização de mim mesmo; 40, ou seja, o suicídio seria aqui uma forma de tranquilizar um sentimento negativo com o qual o indivíduo se vê impossibilitado de lidar, não tendo encontrando, talvez maneiras em sua estrutura psíquica de buscar saídas menos destrutivas para lidar com a dor. Para as tentativas de suicídio devem ser consideradas como um pedido de ajuda de alguém que está sofrendo, devendo então auxiliar na busca por ajuda e avaliação em saúde mental.

No caso do “Solitário Anônimo”⁷ havia uma convicção por não mais viver, que não foi abandonada em nenhum momento e mesmo não tendo logrado êxito em seu intento por fatores externos à sua vontade, seguiu desejando a morte e ela era seu único plano

para o futuro. Segundo a produtora do documentário, Debora Diniz, em entrevista relatou que o solitário anônimo não era uma pessoa em sofrimento psíquico, não havia doença mental, pelo contrário era uma pessoa de ideais muito claros e com um plano orquestrado e traçado, sendo, de fato conhecedor da engrenagem da sociedade e da natureza humana, onde conforme ela relata somente alguém sem nome ou vínculos poderia ter autonomia sobre a própria vida e morte.

A temática do respeito ao desejo de morrer de pacientes, especialmente em contextos como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) do SUS, é um assunto delicado que envolve questões éticas, legais e de saúde pública. Alguns autores têm contribuições sobre o assunto.

Alguns autores discutem questões sobre a dignidade da vida, a morte e a ética na relação entre profissionais de saúde e pacientes. Outros autores exploram temas relacionados à bioética, respeito ao paciente e a importância da escuta ativa nas decisões de saúde.

Esses autores, entre outros, promovem um diálogo necessário sobre o valor da escuta e do respeito à autonomia do paciente nas unidades de saúde, além de enfatizarem a importância de uma abordagem humanizada na prática clínica, uma prática que respeite e atenda não apenas as necessidades físicas, mas também as dimensões emocionais e éticas dos pacientes.

No caso dos profissionais de saúde nas UPAs, estes devem se sentir seguros para identificar situações de crise emocional intensa e atender pacientes que manifestam desejo de morte, propondo intervenções que promovam o alívio do sofrimento e considerando a complexidade de cada caso^{3,5}. O paciente com ideação suicida coloca o profissional de saúde diante de dilemas pessoais, clínicos, profissionais e éticos¹⁰.

O suicídio está entre as principais causas de morte no mundo; no entanto, a compreensão do período crítico que precede uma tentativa de suicídio permanece limitada. Vários relatos sugerem que, em uma crise de suicídio, a capacidade das pessoas de raciocinar e tomar uma decisão “racional” é limitado. Por outro lado, a decisão de acabar com a própria vida é inegavelmente uma das escolhas mais profundas que uma pessoa pode fazer.

Dada a gravidade dessa decisão e as limitações cognitivas inerentes durante uma crise de suicídio, o processo pelo qual os indivíduos chegam à escolha do suicídio pode envolver uma mistura de pensamentos e emoções conflitantes. Ao querer morrer durante uma crise de suicídio, os indivíduos frequentemente experimentam simultaneamente desejos de viver. A ambivalência sobre a vida e a morte pode precipitar um debate interno durante o qual as pessoas podem pesar (consciente, inconscientemente ou ambos) os prós e contras do suicídio e compará-lo com alternativas para

atingir o resultado desejado (ou seja, o fim de emoções angustiantes).

Discorrendo ainda sobre a questão do direito do paciente em decidir sobre sua própria morte, podemos avaliar o quão difícil é a situação em que se encontra a equipe de saúde nesse atendimento, visto que por autonomia teria ele direito sobre a própria vida, porém no Brasil é vedada ao profissional de saúde a omissão de socorro, de acordo com o Conselho Regional de enfermagem de São Paulo, o profissional que detém pessoa para tratamento sob sua guarda, cuidado, proteção ou vigilância, tem o dever de zelar pela manutenção e recuperação da saúde, segundo o próprio Conselho o profissional não pode deixar de prestar atendimento que traga consequências ou agravamento ao quadro de saúde do paciente.

Pensar sobre as consequências desfavoráveis do suicídio tem sido comumente usado como uma estratégia de prevenção ao suicídio em ambientes clínicos. Os clínicos frequentemente estimulam os pacientes suicidas a identificar e construir razões para viver. Quando as pessoas têm pensamentos suicidas, elas podem estar hiperfocadas em como o suicídio é sua solução final, então tais estímulos podem facilitar mais considerações sobre as consequências desfavoráveis do suicídio. Uma suposição não avaliada dessa estratégia de prevenção é que, depois de considerar as consequências desfavoráveis do suicídio mais extensivamente no momento, as pessoas são mais propensas a interromper seu caminho para tentar^{31,32,33,34}.

As tentativas de suicídio são uma realidade, o tema não pode ser considerado como algo secundário na área da saúde, de fato, o debate é vital para que, cada vez mais, seja possível assegurar a esses indivíduos o suporte adequado e uma escuta capaz de gerar mudanças em seus comportamentos e sentimentos.

Conclusão

O que podemos perceber com este artigo de relato de experiência, que além do suicídio ser um assunto complexo e permeado por estigmas e preconceitos, há ainda a questão do direito à autonomia do paciente, questões que estão inseridas no tema, como por exemplo os fatores desencadeantes e a sua efetiva prevenção, formas de acolher e ainda outros fatores preponderantes como os sentimentos das pessoas próximas à pessoa que deseja pôr fim à vida. O suicídio é um tema presente e relevante com o crescente número de casos no Brasil, pretendemos com este estudo abrir espaço para novas discussões e aprendizados acerca do tema, a fim de sempre renovar conhecimentos.

A vida é única a cada ser que a vive, e assim também suas escolhas. Estamos sempre em busca dos motivos que levam alguém a desejar a morte, olhamos

com o olhar de que a vida é bela. Se, apesar de meus problemas, sigo em frente e considero a vida um bem precioso, porque a do outro não seria. No entanto, a individualidade do ser é o que nos faz humanos. Enquanto profissionais de saúde não nos cabe enquadrar um tema tão complexo em um molde, e dizer às pessoas que chegam à Unidade de Pronto Atendimento, ou qualquer outro serviço de saúde, como devem seguir (ou não) com sua vida e independente das razões para viver ou morrer, acolher ao outro, com empatia, sem julgamentos e livres da moralização que ainda nos domina, esse sim deve ser nosso objetivo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses de nenhuma natureza.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Unidade de Pronto Atendimento. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/u/upa-24h>. Acesso em: 19 fev. 2025.
2. Feijoo AMLC. Suicídio: uma compreensão sob a ótica da psicologia existencial. Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 71 (1): 158-173. Disponível em <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v71n1/12.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2025.
3. Garbin CAS et. al. A Operacionalização do SUS na Prevenção e Condução de Casos de Suicídios: Análise Documental. Revista Ciência Plural. UFRN, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17528/11975>. Acesso em: 28 jan. 2025.
4. Oliveira, RA, Morais, MA, Santos, EC. O comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional de Enfermagem. Rev. SBPH [Internet]. 2020 Dez; 23(2): 51-64. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200006&lng=pt. Acesso em: 13 mar. 2025.
5. Coon H, Shabalin AA, DiBlasi E, Monson ET, Han S, Kaufman EA, Chen D, Kious B, Molina N, Yu Z, Staley MJ, Crockett DK, Colbert SM, Mullins N, Bakian AV, Docherty AR, Keeshin BR. Absence of nonfatal suicidal behavior preceding suicide death reveals differences in clinical risks. *Psychiatry Res.* 2025 Feb 24;347:116391. doi: 10.1016/j.psychres.2025.116391. Epub ahead of print. PMID: 40020535.
6. Van Ballegooijen W, Rawee J, Palantza C, Miguel C, Harrer M, Cristea I, de Winter R, Gilissen R, Eikelenboom M, Beekman A, Cuijpers P. Suicidal Ideation and Suicide Attempts After Direct or Indirect Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry.* 2025 Jan 1;82(1):31-37. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.2854. PMID: 39320902; PMCID: PMC11425183.
7. Han BC. Sociedade do cansaço. Tradução de Enio Paulo Giachini. 2ª edição ampliada – Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.
8. ABP. Associação Brasileira de Psiquiatria. A campanha Setembro Amarelo® salva vidas! Disponível em: <https://www.setembroamarelo.com/>. Acesso em: 19 fev. 2025.
9. Burgt MCA Van Der, et. al. The impact of a suicide prevention awareness campaign on stigma, taboo and attitudes towards professional help-seeking. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/346570362>. Acesso em: 19 fev. 2025.

10. Diniz D. Solitário Anônimo. GO, 2007. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uTZEDtx8noU>. Acesso em: 19 fev. 2025.
11. Cardoso NC. O Solitário Anônimo: Viver é um direito ou um dever? A resignificação da morte e os mecanismos que conferem à finitude status de parte integrante do projeto biográfico do ser. Revista Portal de Divulgação, n.50, Ano VII – Set/Out/Nov - 2016, ISSN 2178-3454. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/antiores/index.php/revistaportal/article/viewFile/634/700>. Acesso em: 21 fev. 2025.
12. Lima L. et.al. Violação dos direitos humanos dos pacientes com tentativa de suicídio no Brasil. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RLTvN6CfYvHPBr5Jz9Hzwz/?lang=pt>. Acesso em: 19 fev. 2025.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico, Vol 55, 06 de fevereiro de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2025.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Novos Dados Reforçam a Importância da Prevenção do Suicídio. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/setembro/novos-dados-reforcam-a-importancia-da-prevencao-do-suicidio>. Acesso em: 21 fev. 2025.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio. Série saúde mental e atenção psicossocial em desastres, Junho de 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2025.
16. Gomes ER, Constantini TC. Sentimentos e Percepções do Luto de Sobreviventes ao Suicídio de Jovens. Psicologia: Ciência e Profissão 2023 v. 43. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psp/a/zYz8YsQcDssDtq9Sj6XYxzN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 fev. 2025.
17. Sarkhel S, Vijayakumar V, Vijayakumar L. Clinical Practice Guidelines for Management of Suicidal Behaviour. Indian J Psychiatry. 2023 Feb;65(2):124-130. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_497_22. Epub 2023 Jan 30. PMID: 37063624; PMCID: PMC10096207.
18. CV. Centro de Valorização da Vida. O alarme do sentimento suicida. 11 ago. 2022. Disponível em: <https://cvv.org.br/o-alar-me-do-sentimento-suicida/#:~:text=S%C3%B3%20assim%20a%20pessoa%20que,que%20a%20pessoa%20est%C3%A1%20vivendo>. Acesso em: 21 fev. 2025.
19. Videira LSM, Lotufo Neto F. Compreendendo o suicídio. Santana de Parnaíba: Manole, 2021.
20. Brunhari MV, Moreto MLT. O suicídio amoroso: uma proposição metapsicológica. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 108-125 abr. 2015. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v21n1/v21n1a08.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2025.
21. Cassorla RMS. Suicídio. Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.
22. Bidhendi-Yarandi R, Biglarian A, Karlstad JL, Moe CF, Bakhshi E, Khodaei-Ardakani MR, Behboudi-Gandevani S. Prevalence of depression, anxiety, stress, and suicide tendency among individual with long-COVID and determinants: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2025 Jan 28;20(1):e0312351. doi: 10.1371/journal.pone.0312351. PMID: 39874315; PMCID: PMC11774403.
23. Bakken V, Lydersen S, Skokauskas N, Sund AM, Kaasbøll J. Protective factors for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence: a longitudinal population-based cohort study examining sex differences. BMC Psychiatry. 2025 Feb 6;25(1):106. doi: 10.1186/s12888-025-06552-6. PMID: 39915725; PMCID: PMC11800530.
24. Damiano RF, Tavares H. Suicídio e Impulsividade. In: DAMIANO et. al. Compreendendo o Suicídio. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2021. P. 400-415.
25. Souza J, Munhoz DM, Paixão EAAL et. al. Abordagem na Tentativa de Suicídio: Manual teórico-prático para profissionais da segurança pública. Fortaleza: Pamper, 2017.
26. Santos ASS, Souza TRP. O Sofrimento como fenômeno da vida: superando pensamentos suicidas através da logoterapia. Universidade Católica de Salvador: Salvador, 2024.
27. Escobedo-Aedo PJ, Méndez P, Álvarez R, Baca-García E, Porras-Segovia A. Predictors of Suicide Attempts and Reattempts in a Sample of Chilean Adolescents. Early Interv Psychiatry. 2025 Mar;19(3):e70024. doi: 10.1111/eip.70024. PMID: 40050958.
28. Frankl VE. O sofrimento humano: fundamentos antropológicos da psicoterapia. E. M. de O. Filho, Ed.; R. Bittencourt & K. Bocarro, Trans., 2019.
29. Cassorla RMS. Estudos sobre suicídio: psicanálise e saúde mental – São Paulo: Blucher, 2021.
30. Diniz D. Entretodos: Solitário Anônimo. Dailymotion, 2018. Disponível em: <https://www.dailymotion.com/video/x6nnp7l>. Acesso em: 24 fev. 2025.
31. Hall C, Dourado G. A vida que vale a pena ser vivida. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.
32. Santos JS, Melo MH. Bioética: a luta pela vida. São Paulo: Editora Paulinas, 2008.
33. Visoki E, Moore TM, Zhang X, Tran KT, Ly C, Gatavinsk MM, DiDomenico GE, Brogan L, Fein JA, Warrier V, Guloksuz S, Barzilay R. Classification of Suicide Attempt Risk Using Environmental and Lifestyle Factors in 3 Large Youth Cohorts. JAMA Psychiatry. 2024 Oct 1;81(10):1020-1029. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.1887. PMID: 39018056; PMCID: PMC11255979.
34. Galasiński D, Ziółkowska J. The end of ambivalence. A narrative perspective on ambivalence in the suicidal process. Suicide and Life-threatening Behavior, 00, 1–12, 2024. <https://doi.org/10.1111/sltb.13101>
35. Fartacek C, Fartacek R, Schiepek GK, Sturm J, Aichhorn W, Plöderl M. Dynamic association between suicidal ambivalence and suicide risk among individuals with a history of suicide attempts. Suicide and Life-threatening Behavior, 00, 1–9, 2024.
36. COREN – SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN/SP 020/2013 – CT.