

SUICÍDIO E ESTIGMA: UMA ANÁLISE BIOÉTICA DAS MORALIDADES CORRENTES EM NARRATIVAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹

SUICIDE AND STIGMA: A BIOETHICAL ANALYSIS OF PREVAILING MORALITIES IN HEALTH PROFESSIONALS' NARRATIVES

Luana Lima Santos Cardoso

Doutora e mestra em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Bacharela em Humanidades e em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

E-mail: luanalima.sc@outlook.com

Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

Possui pós-doutorado em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB). Doutor em Ética Aplicada às Ciências Clínicas pela Universidade de Sherbrooke, Canadá. Mestre em Medicina e Saúde com concentração em Bioética pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Médico. Professor associado no Departamento de Saúde Coletiva da UnB e professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB.

E-mail: claudiolorenzo.unb@gmail.com

Wanderson Flor do Nascimento

Doutor em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre, especialista e graduado em Filosofia pela UnB. Professor associado no Departamento de Filosofia da UnB, professor do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UnB.

E-mail: wandersonn@gmail.com

Resumo: Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 726 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos. Entre os principais fatores de risco estão as dificuldades e adversidades no acesso a serviços de saúde e a baixa qualidade da atenção dispensada aos tentantes. Apesar de a regulação das práticas de saúde e a reflexão ética sobre o impacto de condições contextuais nos processos de adoecimento integrarem o escopo de atuação da Bioética, as abordagens do campo sobre o tema têm se limitado às discussões acerca do suicídio assistido e do suicídio racional, no âmbito dos debates sobre eutanásia, o que difere, conceitual, epistemológica e eticamente, do fenômeno geral do suicídio. O objetivo deste

¹ Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) o apoio durante a realização deste estudo.

artigo foi analisar, do ponto de vista bioético, as moralidades correntes de profissionais de saúde responsáveis pelo primeiro atendimento, a partir de suas compreensões sobre suicídio. Foram entrevistados 19 profissionais, entre médicos, enfermeiros e técnicos de Enfermagem, atuantes em serviços de emergência de três grandes hospitais públicos. Os resultados demonstram representações do fenômeno amplamente associadas a princípios nocivos, que vão desde a compreensão da tentativa de suicídio como manipulação, fruto de uma tentativa radical de “chamar atenção”, até o retrato atualizado do processo histórico estigmatizante que vincula o ato à tríade pecado-crime-loucura. Defende-se, por fim, a necessidade de que o tema passe a ser abordado com maior frequência pela Bioética, com o fito de orientar processos formativos dos profissionais de saúde, bem como o desenvolvimento de políticas de saúde e protocolos institucionais, visando a um cuidado mais humanizado aos tentantes e a estratégias de prevenção mais efetivas.

Palavras-chave: Bioética. Suicídio. Estigma. Profissionais de saúde. Sistemas de Saúde.

Abstrat: According to the WHO, 726,000 people die by suicide every year, and among the main risk factors are difficulties and adversities in accessing healthcare services, as well as the poor quality of care provided to suicide attempters. Although the regulation of healthcare practices and ethical reflections on the impact of contextual conditions on health are within the scope of Bioethics, the field's approaches to the topic have been largely limited to discussions on assisted suicide and rational suicide in the context of euthanasia debates. However, these concepts differ conceptually, epistemologically, and ethically from the broader phenomenon of suicide. The objective of this article was to analyze, from a bioethical perspective, the prevailing moral understandings of healthcare professionals responsible for initial care regarding suicide. Nineteen professionals, including physicians, nurses, and nursing technicians, were interviewed in emergency services of three large public hospitals. The results reveal representations of the phenomenon that are strongly associated with harmful principles, ranging from viewing suicide attempts as acts of manipulation or extreme attempts to “seek attention” to perpetuating the historically stigmatizing perspective that links the act to the sin-crime-madness triad. The study argues for the necessity of more frequent engagement with this issue within Bioethics, aiming to guide the training of healthcare professionals, the development of health policies, and the establishment of institutional protocols. Such efforts are essential for fostering more humanized care for suicide attempters and promoting more effective suicide prevention strategies.

Keywords: Bioethics. Suicide. Stigma. Health Personnel. Health System.

INTRODUÇÃO

De acordo com a estimativa mais recente da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicada em agosto de 2024, aproximadamente 726 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano, e estima-se que o número de indivíduos que tentam suicídio seja cerca de 20 vezes maior. Algo em torno de 73% desses casos ocorrem em países de baixa e média rendas, onde o suicídio é a terceira principal causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos. Esses dados refletem disparidades socioeconômicas e geopolíticas mesmo entre as regiões periféricas do planeta. Em um relatório anterior, mais abrangente, intitulado *Suicídio no mundo*, a OMS registrou uma redução de 9,8% na taxa global de suicídios entre 2010 e 2016, mas, enquanto na região do Sudoeste Asiático a queda foi de 4,2% e na região do Pacífico Ocidental, de 19,6%, na região das Américas houve um acréscimo de 6% no mesmo período. No Brasil, na última estimativa realizada em 2021, houve mais de 15,5 mil suicídios por ano, o que equivaleria a uma morte a cada 34 minutos, posicionando-a como 27^a causa de mortalidade no país e a terceira entre a população jovem (Brasil, 2024).

A World Health Organization (2024) agrupa os fatores de risco em cinco grandes categorias: 1. sistemas de saúde, 2. âmbito comunitário, 3. meio social, 4. relacionamentos afetivos e interpessoais e 5. características individuais. No que se refere ao sistema de saúde, além dos aspectos propriamente associados à estrutura dos sistemas de saúde, tais como as dificuldades e adversidades para o acesso a uma atenção profissional qualificada, está bem demonstrado, segundo o relatório, que a desvalorização das tentativas anteriores é um dos fatores responsáveis pelo próprio aumento do número de suicídios.

Já tem sido demonstrado que compreensões e atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde em relação às pessoas que tentam ou concluem um suicídio são os elementos determinantes da baixa qualidade do cuidado de saúde prestado a esses pacientes. Botega (2015), ao aplicar um questionário sobre a assistência a pacientes suicidas e a 317 enfermeiros, constatou o seguinte: 85% afirmaram que “A vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar”; 50%, “Quem tem Deus no coração não vai tentar se matar”; 39%, “Quem quer se matar mesmo não tenta se matar”; 34%, “Às vezes, dá até raiva, porque há tanta gente querendo viver e aquele paciente querendo morrer”. Esse resultado demonstra a influência dos julgamentos morais à atenção prestada.

Estudos de natureza mais propriamente histórico-sociológica reconhecem que a fonte desse processo estigmatizante, desde os primórdios da modernidade, tem sido representada por uma tríade discursiva de pecado-crime-loucura (Guillon; Le Bonniec, 1984; Barbagli, 2019; Lima, 2020). A noção de pecado se deve em parte à compreensão de que o mandamento “Não matarás” se dirige também ao próprio sujeito na relação consigo, como popularizado por Santo Agostinho, desde a Idade Média, e que a

manteve, em certa medida, perene até nossos dias. Já a noção de crime teria suas origens entre os séculos XVI e XVIII, quando tomou propriamente dimensões civis e políticas, tornando comum a punição aos corpos dos suicidas, deixando-os insepultos ou provocando enforcamentos, decapitações e esquartejamentos que metaforizavam a condenação a uma “segunda morte”. Nos primórdios da cientifização moderna da medicina, a noção de loucura ou de patologia cerebral levava os médicos a autopsiar pessoas que cometeram suicídio em busca de alterações cerebrais estruturais ou químicas, as quais, mesmo não sendo encontradas, não os demoviam da compreensão de uma relação de causa-efeito com transtornos mentais. Foucault (1987) dirá que o olhar médico passou então a buscar nas cidades, em meio às populações e aos sujeitos, as razões que justificassem o fato de um indivíduo anteriormente considerado normal desejar a própria morte, de modo a identificar lugares e práticas de perversões e vícios a eles associados. Esse aspecto patologizante que estrutura o estigma talvez seja aquele que tenha persistido com maior força entre os profissionais de saúde.

Apesar de a literatura demonstrar certo consenso com relação à multifatorialidade causal do suicídio, há, na prática, uma hierarquização desses fatores pela psiquiatria hegemônica, de base biologicista. Bertolote e Fleischmann (2002) vincularam o transtorno mental a 97% dos 15.629 casos estudados. Diversos outros estudos também apresentam as incidências de transtorno mental em 90% a 98% dos casos de suicídio (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010). Outros autores, entretanto, questionam essas perspectivas que consideram reducionistas do sofrimento humano ao restringi-las à dimensão patológica, denunciando uma nomeação nosológica dos sentimentos e uma hipermedicalização da abordagem, que se mostram negligentes para com a complexidade da experiência existencial humana e invisibilizadora dos determinantes sociais que justificam a incidência desigual nos países de baixa renda e nas populações vulneráveis (Bloss, 2022; Navasconi, 2019; Lima, 2020).

Dada a gravidade do fenômeno e considerando que entre os atributos da bioética estão as reflexões e a regulação ética sobre as práticas de saúde, é digno de nota o silenciamento da bioética brasileira e internacional em relação ao problema do suicídio, salvo quando abordado no âmbito das discussões e reflexões sobre eutanásia, quase exclusivamente como suicídio assistido ou suicídio racional. Numa busca rápida no PubMed, em se utilizaram os descritores “bioethics” and “suicide” not “euthanasia” not “assisted” not “racional”, encontraram-se apenas quatro artigos (Hogan; Grumet, 2016; Saigle; Racine, 2018; Montreuil *et al.*, 2021; Arnon; Shahar; Klomek, 2024) que examinavam do ponto de vista ético as condutas médicas, a continuidade do tratamento em tentantes e a formação médica para a atuação na prevenção.

O presente estudo pretende contribuir para o preenchimento dessa lacuna, por meio de um estudo em ética descritiva que investigou a influência das moralidades

predominantes dos profissionais de saúde de unidades de emergências médicas em suas abordagens à admissão, à prestação dos primeiros cuidados e ao encaminhamento de pacientes que tentaram suicídio.

SUICÍDIO, BIOÉTICA E SAÚDE PÚBLICA

Como já demonstrado, o fenômeno do suicídio e os cuidados e a prevenção relacionados a ele não se constituem exclusivamente como um problema de saúde pública, mas, claramente também, como um problema bioético, considerando sua condição estigmatizada e estigmatizante, seus diversos conflitos e impasses morais, éticos e ontológicos, que envolvem populações, pacientes e profissionais (Lima, 2024). No entanto, tem sido comum que a bioética se dirija ao fenômeno do suicídio no âmbito das discussões sobre eutanásia, em que o suicídio assistido se constitui como um procedimento institucional que busca garantir o direito a morrer, respeitando a autonomia do paciente em determinar o momento de realizá-lo, mas levantando também preocupações relacionadas, por exemplo, à mercantilização do procedimento (Campbell, 2019; Picón-Jaimes *et al.*, 2022; Della Croce, 2023). Há, contudo, as reflexões éticas a respeito do direito de morrer independentemente de haver ou não doença física ou mental. Alguns autores vão advogar o suicídio como um ato de autonomia ao defendê-lo como um pilar do direito de morrer (Cabrera, 2011; Dadalto; Santos; Pereira, 2020).

Essa concepção que tende a reduzir o suicídio a um ato individual, isolado para relativizar ou descentralizar a patologização do ato, concebendo-a como parte de uma escolha ou decisão particular, ao mesmo tempo que evidencia a compreensão filosófica da vida como um direito e não como um dever, corre o risco de negligenciar aspectos contextuais da maior importância, como as condições mínimas de dignidade, sobretudo em realidades socioeconômicas e culturais de exclusão e vulnerabilidade, em que essas condições são constantemente violadas e nas quais os estudos estatísticos demonstram que estão as maiores taxas populacionais de suicídio.

O suicídio, em sentido mais amplo, tal como abordamos neste estudo, diferencia-se conceitual, ética e epistemologicamente dos fenômenos supracitados, sobretudo pelo distanciamento de uma morte institucionalizada e/ou vinculada a alguma doença orgânica, e, além disso, por uma compreensão das distinções entre as racionalidades que o motivam. A questão da organização dos serviços públicos e da qualidade da atenção aos tentantes, seja para a continuidade da atenção, seja para atuação na prevenção, precisa, portanto, tornar-se um objeto mais frequente de análise bioética, buscando intervir nos processos formativos profissionais com vistas à qualificação do cuidado.

Apesar da escassa literatura especializada que trabalha essa perspectiva, os poucos artigos internacionais que encontramos com essa abordagem parecem compartilhar determinadas preocupações. Na revisão de escopo realizada por Saigle e Racine

(2018), foram apontadas três categorias de desafios éticos aos profissionais de saúde no atendimento dos tentantes e de seus familiares: as tomadas de decisão em relação à assistência imediata, o desenvolvimento de vínculo terapêutico em condições crônicas e os fatores organizacionais dos serviços que impactam o atendimento. Dentro delas se destacam as incertezas em relação à resolução de problemas éticos envolvidos nos processos de cuidado e a influência negativa do estigma associado ao suicídio, revelando barreiras pessoais, educacionais e institucionais que comprometem o atendimento adequado.

Hogan e Grumet (2016) destacam a ocorrência de muitas mortes por suicídio entre pessoas que receberam recentemente atendimentos de saúde, o que demonstra, em alguma medida, falhas nesse atendimento e ausência de priorização da prevenção desse fenômeno, o que demandaria a implantação de novas estratégias, formas de manejo e tratamento e programas especiais em saúde mental visando à redução das mortes. Montreuil *et al.* (2021) aplicaram um questionário a 477 profissionais de saúde do Quebec sobre seus principais problemas cotidianos no atendimento aos tentantes e constataram uma ênfase na falta de tempo, no limite de recursos e na ausência de suporte profissional; além disso, a maioria reconheceu a deficiência de treinamento e educação ética para lidar com pacientes suicidas. É interessante notar que essas queixas vêm de profissionais que atuam em um sistema público de saúde classificado entre os cinco melhores do mundo (The Commonwealth Fund, 2021).

De acordo com Arnon, Shahar e Klomek (2024), a estratégia principal para a prevenção do suicídio em tentantes é o que eles chamam de “continuidade do cuidado” (*continuity of care* – CoC). Essa estratégia depende sobretudo de que essa continuidade alcance desde os níveis primários de atenção até os terciários, o que deve ocorrer por meio de uma formação profissional especial para todos os profissionais: responsáveis pelo primeiro atendimento na atenção primária, unidades de emergência e unidades de terapia intensiva. Além disso, devem-se estabelecer os protocolos de acompanhamento para os tentantes após os encaminhamentos. É imprescindível ainda a existência de diretrizes nacionais e institucionais para a formação profissional e a regulação do cuidado prestado ao paciente e à família dele.

No Brasil, a recente revisão sistemática realizada por Lima e Nascimento (2023), que incluía artigos, capítulos de livros, teses e dissertações, encontrou 20 publicações entre 2000 e 2021 sobre suicídio e bioética. Os resultados obtidos puderam ser divididos em três categorias temáticas: reflexões gerais sobre a estigmatização do comportamento suicida e suas repercussões na saúde; dilemas morais sobre o suicídio e princípios bioéticos; e análise ético-política do fenômeno do suicídio. Na primeira categoria, os estudos encontrados apontam para o imperativo da desestigmatização em função dos impactos danosos à assistência; na segunda categoria, os problemas éticos são

aprofundados por meio de questionamentos filosóficos acerca do suicídio, cujas soluções são alçadas por meio da problematização de princípios bioéticos, sobretudo o respeito à autonomia. Na terceira e última categoria, na qual os estudos são mais escassos, estão aqueles que abordam a complexidade do tema, dando ênfase aos contextos socioeconômicos e culturais, à interseccionalidade e à geopolítica do suicídio.

Parece claro que o conhecimento das moralidades correntes entre os profissionais da saúde na realidade brasileira sobre as tentativas e a efetivação dos suicídios é incontornável para qualquer atuação que busque alterar a gravidade da situação na qual se encontra o atendimento a esses pacientes, seja por meio de intervenções de formação, capacitação e educação continuada dos profissionais, seja por meio do desenvolvimento de políticas, programas, protocolos e outras normativas que busquem qualificar a atenção e prevenir novos casos.

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo baseado em análise de discurso envolvendo profissionais de saúde encarregados pelo primeiro atendimento após uma tentativa de suicídio que atuam em três serviços de emergência de grandes unidades hospitalares públicas da cidade de Salvador, na Bahia. A escolha por essas instituições se deu pela relevância e magnitude delas, uma vez que são referências no Sistema Único de Saúde (SUS) do estado da Bahia.

Os participantes do estudo foram oito enfermeiros (seis mulheres e dois homens), seis médicos (todos homens) e cinco técnicos de enfermagem (quatro mulheres e um homem), perfazendo um total de 19, número definido pelo processo de saturação próprio ao método de análise escolhido. Na codificação dos participantes, utilizou-se a abreviatura da categoria profissional: ENF para enfermeiros, TEC para técnicos de enfermagem e MED para médicos. No que concerne ao gênero, adotaram-se as letras O para masculino e A para feminino – seguidas da enumeração por ordem de entrevista realizada 1, 2... N. Por exemplo: ENFA1, TECO5, MEDO4.

A coleta de dados se deu por entrevistas semiestruturadas, realizadas nos locais de trabalho dos profissionais, tendo sido posteriormente transcritas e analisadas pelo método hermenêutico-dialético de Minayo (2014).

Quatro categorias analíticas foram definidas com base no referencial teórico, nos objetivos do estudo e nos achados empíricos: 1. “Compreensão das motivações e causas”; 2. “Arqueologia do estigma ao suicídio: o tripé histórico e outras percepções”; 3. “Efeitos das percepções morais nas práticas de cuidado e na interação com os pacientes”; 4. “Processos de acolhimento e procedimentos na internação do paciente com tentativa de suicídio na unidade de urgência e emergência”.

O presente estudo seguiu todas as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do CNS e foi aprovado pelo CEP da instituição proponente e pelos coparticipantes: CAEE nº 69503117.0.0000.0030 e nº 69503117.0.3001.0052.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreensão das motivações e causas

Os discursos demonstraram que a percepção hegemônica patologizante que trata a pessoa que cometeu suicídio ou o tentante como portador de algum transtorno mental se destacou em todas as categorias profissionais:

Muitas vezes a pessoa tem já um transtorno, né?! Trazido por família, ocasionado pela vida social, ou às vezes também já é genético, né?! (ENFO4).

Quadros [...] relacionados a baixos níveis de serotonina, basicamente depressão (TECO4).

Pra chegar ao ponto de uma pessoa tentar suicídio, eu acredito que ela deve ter algum distúrbio psicológico, algum distúrbio psiquiátrico [...]. Não entra na minha cabeça que uma pessoa sem nenhum tipo de predisposição a ter um distúrbio chegue a ponto de tentar o suicídio (MEDO2).

Os profissionais, ao mesmo tempo que nomearam as experiências de sofrimento como “depressão”, responderam com um repertório ampliado às motivações, como se vê na fala de ENFO4, que, apesar de reforçar o papel dos transtornos mentais e até possíveis causas genéticas, também compreende a “vida social” como causa. Dificuldades financeiras, desemprego, conflitos familiares, desilusões amorosas e traumas diversos também aparecem em alguns discursos, corroborando a compreensão mais ampla de fatores de risco, tal como assinalado pela World Health Organization (2014).

Eu acho que é uma dor que a pessoa tem que é muito grande. Algo que ela não consegue resolver e que ou ela pede ajuda e não consegue essa ajuda. [...] Eu acho que é uma dificuldade de comunicação (TECA1).

A crise financeira é um forte fator. Às vezes a pessoa se encontra numa situação difícil, não consegue fechar a conta, não consegue pagar o colégio do filho [...] relacionamentos amorosos... (ENFA3).

Desespero por algum motivo que não se vê mais saída: questão financeira, questão emocional ou relacionamentos... Então, eu colocaria as causas psíquicas ou psiquiátricas e as causas sociais como dois motivos fundamentais (MEDO4).

Desde essa perspectiva, o suicídio é interpretado como uma possível “saída” diante de um estado de intenso sofrimento psíquico, provocado pelas condições conjunturais, tal como assinalado nos estudos de Carvalho (2014) e Navasconi (2019).

Esses dados, comumente invisibilizados na suicidologia, já foram interpretados do ponto de vista bioético como uma hierarquização do valor da vida entre indivíduos de uma mesma população, em que algumas vidas se tornam mais propensas a formas de mortalidade politicamente provocadas. A própria incidência maior de suicídio entre pessoas negras é um exemplo disso (Lima; Nascimento, 2023). Sob a óptica defendida por esses autores, o suicídio pode ser considerado como mais um projeto de morte que não espelha apenas biografias individuais, mas também condicionantes e determinantes sociais da saúde, além de projetos estruturais de desvitalização que têm como efeito colateral levar o sujeito a tirar a própria vida.

Tendo em vista que o fenômeno do suicídio se localiza em um campo político de disputa, reconhece-se a necessidade de analisar as subjetividades e os modos de mal-estar no tempo vigente, especialmente no que tange ao enredamento neoliberal. O neoliberalismo ultrapassa a concepção de sistema econômico, configurando-se como um novo modelo mercantil de relações Estado-população-políticas, de processos de sociabilidade, produção de subjetividades, com efeitos evidentes sobre produção de desigualdades, cisões culturais, fragilização do tecido social, desertificação do campo do outro, estratégias de desmantelamento, inclusive do “desesperançar” (Dardot *et al.*, 2021).

Ademais, a internalização de princípios empresariais, como produtividade, rentabilidade, investimento, alta *performance*, otimização das habilidades e competências, defesa da liberdade, autorregulação etc., acontece por meio de um trabalho de *design* psicológico com repercussões em todas as esferas da vida (Safatle, 2020). Dito de outro jeito, a esfera econômica não é desprovida de sentimentos; ao contrário, é saturada e orientada desde essa via (Illouz, 2011), gerando uma manifestação híbrida entre economia e psicologia, um regime de gestão social que dá contorno às novas gramáticas do sofrimento psíquico (Safatle; Silva Junior; Dunker, 2020).

Quando TECAI fala em “dificuldade de comunicação”, ela vai ao encontro da compreensão de que o suicídio é um ato de comunicação sem ouvintes, tal como encontramos nos trabalhos de Moretto *et al.* (2017), Dunker (2015) e Birman (2012). De acordo com esses autores, o ato suicida representa o resultado de uma provável interdição na

manifestação da demanda, de apelo, de uma dimensão simbólica que circunscreve o sujeito sob uma condição de apartamento social e emudecimento, somados ao cenário de desaparecimento de uma comunidade de ouvintes. Enfim, o indivíduo precisa morrer para falar?

Já as motivações para as tentativas de suicídio foram abordadas pelos profissionais, de forma praticamente consensual, por meio de uma interpretação dos atos como estratégia para “chamar a atenção”.

Se essa era a intenção dele, tinha que ter procurado a atitude X/Y que era mais eficaz. E que, no fundo, no fundo, ele não quer fazer aquilo de jeito nenhum, que aquilo é só uma estratégia pra chantagem (MEDO3).

Ele não fez da forma certa. Ele não queria se matar, não, ele queria chamar a atenção (TECA2).

Não queria se matar, tá querendo chamar a atenção, não fez a coisa corretamente. Às vezes até dizem piadinha: “Ah, vou ensinar direito. Da próxima vez eu ensino como faz a coisa certa, pra não chegar nem aqui” (ENFA3).

Esse mito de uma dissimulação teatralizada é bastante explorado em diversos trabalhos, como os de Freitas e Borges (2017) e Wallauer e Maliska (2012), para os quais a dimensão de apelo é compreendida pelos profissionais como manipulação, teatralidade e exibicionismo. Essas percepções ganham ainda maior robustez quando os pacientes têm histórico de múltiplas tentativas de suicídio, o que pode gerar questionamentos desses profissionais acerca da escolha de métodos ineficazes e sugestões acerca de alternativas fatais. Na fala de ENFA3, fica bem clara essa perspectiva, incluindo ainda um sentimento de “raiva”, já apontada no trabalho de Botega (2015) – na perspectiva de 34% de enfermeiros que responderam ao questionário Suicide Behavior Attitude Questionnaire (SBAQ).

É evidente, portanto, a reprodução do mito, ao mesmo tempo que se revela uma desconsideração ou um desconhecimento dos profissionais de dois significativos conjuntos de dados científicos: a ambiguidade entre o desejo de viver e morrer, apontado pelos estudos psicológicos, e a tentativa de suicídio como um dos principais fatores de risco para a realização do ato (World Health Organization, 2014).

Arqueologia do estigma ao suicídio: o tripé histórico e outras percepções

Historicamente, as representações e percepções sobre o suicídio e o indivíduo que tenta ou consuma o ato são quase sempre associadas a noções negativas e de fraqueza, como declaradamente exposto pelos entrevistados.

Eu não aceito bem a tentativa de suicídio. Porque eu acho isso, é um ato de extrema covardia (MEDO2).

Eu acho que uma pessoa que tenta suicídio, a primeira coisa que vem em mente é fraqueza, né?! [...] Fraqueza psicológica, emocional. [...] a outra palavra que vem é futilidade (ENFA7).

Se tá tentando, tem algo errado, né?! A mente é fraca, né? (TECA3).

Nomeações como “fraqueza psicológica”, “fraqueza emocional” e “mente fraca” confirmam a estigmatização do tentante da forma já apontada na literatura (Tavares, 2013; Vidal; Gontijo, 2013; Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes, 2017). A concepção da loucura é atualizada hoje para abarcar muitos dos transtornos mentais, compreendendo desde o estatuto da desrazão até comportamentos indesejados, sendo recorrente em um vocabulário incorporado e automatizado pelos profissionais da saúde, que os expõem como se fossem crenças oriundas da produção do conhecimento sobre suicídio, conforme constatado nas definições dos entrevistados:

A pessoa tem [...] um transtorno, né?! Trazido por família, ocasionado pela vida social, ou às vezes também já é genético, né?! [...] Problemas com esquizofrenia ou depressão (ENFO4).

A gente sabe que isso é doença e que é tratável, né?! [...] Tá comprovado, né?! (MEDO6).

A ausência de indagação do *status* patológico alicerçado nas correntes da psiquiatria biologicista ampara, com vivacidade, a ideia do suicídio como fruto de um desequilíbrio mental. Trabalhos como o de Lima e Nascimento (2020) apontam para os efeitos danosos dessa interpretação e para a necessidade de dilatação argumentativa que possam ampliar as ferramentas de enfrentamento e, conseqüentemente, os modos de cuidado destinado às pessoas em extremo sofrimento psíquico.

O segundo eixo estigmatizante, o pecado, foi conjecturado nas falas com significativa influência religiosa:

Você cresce sabendo que você não pode atentar contra a sua própria vida. A própria religião evangélica diz que o suicida não tem perdão. [...] Então acho que a gente traz esses valores morais e a gente acaba condenando... (ENFA2).

Entre os muitos princípios regidos pela religião, estão a orientação às escolhas morais e a formação de sentidos para a vida e a morte. Esses dois aspectos se enlaçam na temática do suicídio. Primeiramente, na percepção do fenômeno:

Na verdade, eu creio assim, ninguém nasceu para morrer. O plano de Deus inicial não foi esse. [...] Pra mim sempre é um choque. [...] A proposta de Jesus é tentar viver. Vamos viver?! (TECA1).

A gente tende a cuidar e dizer: tira isso da cabeça. Seus dias têm a dimensão dada por Deus e você não pode intervir sobre isso (TECA5).

O suicídio compreendido como “falta de Deus”, aqui manifestado pelos profissionais, vai ao encontro dos resultados encontrados por Botega (2015). A orientação e as crenças religiosas refletem-se diretamente nos modos de intervenção em saúde desses pacientes. Alguém já em sofrimento psíquico é interpelado em sua fé e em sua religiosidade, constituindo-se, também, como violência simbólica.

O terceiro e último núcleo do estigma do suicídio, o crime, foi contemplado nas falas em que os participantes subjugaram e/ou compararam o atendimento aos tentantes ao atendimento aos “criminosos” por meio da aproximação do sentimento de injustiça e revolta, manifesto em ambos os casos.

É outra coisa assim, bandido baleado. [...] Toda equipe atende, vai pra cirurgia de pronto. Mas é uma coisa que revolta. Porque, assim, você tá com um monte de velhinho, um pré-diabético precisando de amputação ou de debridamento pra não perder o membro, um monte de jovem com tumor cerebral. Você tem uma série de situações. [...] E aí chegam seis bandidos. Deus me perdoe, mas a gente dá graças a Deus quando chega todo mundo morto, porque quando chega vivo, tira o recurso de alguém. Você tá entendendo? [...] É mais ou menos essa lógica. [...] Eu tô falando de um sentimento e é um sentimento da equipe. [...] Todo mundo tem esse sentimento de muita injustiça. E o suicídio acaba entrando um pouco nessa (ENFA7).

Aqui se evidenciam a perspectiva punitiva e uma perspectiva moral que estabelece graduações à dignidade humana. “A gente dá graças a Deus quando chega todo mundo morto” equivale a uma pena de execução ordenada por Deus. Trata-se de dados que corroboram a genealogia do poder sobre a vida, tal como analisada no estudo genealógico de Foucault (1982), bem como nos estudos de Guillon e Le Bonniec (1984), Barbagli (2019) e Lima (2020).

O indivíduo que tenta ou realiza o suicídio parece destituir do Estado, do hospital e dos profissionais de saúde o agenciamento da vida, confrontando o poder e saber dessas instituições. Essa ideia baliza a segunda paridade “criminal” estabelecida por alguns entrevistados, principalmente no que tange à reatividade aos atos: assim como as mulheres que sofrem ou realizam aborto, os tentantes são alvos de julgamento moral, ojeriza, discriminação, punição, entre outras violências simbólicas no ambiente assistencial.

Para além do tripé do estigma do suicídio, cabe ainda destacar percepções outras que demarcam a questão da interseccionalidade: os entrevistados delinearam distinções entre os perfis dos pacientes com tentativa de suicídio e os supostos motivos correspondentes: dilemas oriundos das relações amorosas foram vinculados às mulheres; entre os homens e idosos, a tentativa de interromper a vida foi circunscrita às dificuldades financeiras e/ou ao desemprego; entre a população jovem, os entrevistados demarcaram as situações de embarço com a orientação sexual (dissidente), envoltas por opressão, preconceito e não aceitação social, especialmente no meio intrafamiliar. Que compreensão assimilada é essa e como isso influencia os modos de assistência e cuidado?

Eu acho que a maioria das mulheres que tentam suicídio querem chamar a atenção. Não têm mesmo o objetivo de morrer. [...] Tanto que, por exemplo, os casos que chegam de homem são poucos, mas os que chegam, chegam em óbito. Ou vão logo a óbito. [...] Esses casos passionais eu não tenho tolerância (ENFA07).

A literatura aponta uma maior ocorrência de suicídio entre os homens e de tentativas entre as mulheres, compondo o paradoxo de gênero do comportamento suicida (Baére; Zanello, 2022). Os homens apresentaram um risco 3,8 vezes maior de morte por suicídio que as mulheres. As tentativas são, aproximadamente, inversamente proporcionais no Brasil e no mundo (Brasil, 2021). Ademais, a população LGBTQIAPN+ tem maior probabilidade de tentar suicídio na juventude, quando comparada às pessoas heterossexuais e cisgêneros (Hail-Jares *et al.*, 2023). Nesses grupos, a transição para a idade adulta representa um período sensível da vida, somado às violências LGBTfóbicas frequentes nos ambientes familiares e sociais (Brasil, 2024). Ainda que sombreado por

interpretações, o debate interseccional parece silenciado nos processos de formação, comprometendo a atuação dos profissionais de saúde em sua interação com os pacientes tentantes.

Efeitos das percepções morais nas práticas de cuidado e na interação com os pacientes

As percepções morais dos profissionais de saúde circunscritas na categoria anterior são identificadas como determinantes nas condutas práticas diante de pacientes tentantes. Levando em consideração as construções negativas associadas ao ato, os profissionais demonstram propensão a expressar o descontentamento do atendimento, particularmente por meio do desprezo e comedimento ao nível mínimo do cuidado.

O funcionário se vê explorado. [...] Ah, podia estar tratando de alguém que realmente precisa, de alguém que realmente não escolheu estar nessa situação, né?! [...] O cuidado, ele é diferenciado. Com certeza ele é diferenciado. Com certeza absoluta, é diferenciado (ENFA2).

A percepção que eu tenho de paciente do suicídio, que me vem à cabeça, primeiramente é isto: não deveria estar aqui, entendeu?! [...] Eu acho que é a coisa que mais me deixa irritada na emergência. [...] Eu acho um absurdo a gente fazer atendimento à tentativa de suicídio! (ENFA7).

A ética e o saber dos profissionais da saúde são fortemente circunscritos pela regência e pelo imperativo da vida, especialmente na emergência hospitalar. Nossos resultados corroboram a compreensão de autores como Kovács (2013) e Carvalho (2014) de que o ato suicida subverte não apenas o *ethos* das instituições de saúde, mas também confronta a própria função do exercício profissional em seu saber e fazer. A tentativa de suicídio parece carregar uma carga ou grau de “escolha” no *status* da internação hospitalar, de modo a desencadear uma extinção do sentimento de empatia da equipe, de credibilidade e legitimidade, e, conseqüentemente, a ausência de um atendimento apropriado ao sujeito em sofrimento psíquico.

Os eventos citados denunciam o impacto da moralidade nos modos de cuidado – identificado em pesquisas como as de Vidal e Gontijo (2013) e do Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes (2017). A primeira pesquisa, baseada em entrevistas com pacientes tentantes, denunciou, entre outras coisas, tratamentos hostis e desumanos por parte da equipe de saúde, especialmente nos casos em que não havia risco de morte.

O Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes (2017), por sua vez, realizou entrevistas com profissionais da saúde, tentantes e familiares de tentantes. Detectou-se a violação dos direitos: de não ser discriminado, não ser submetido à tratamento degradante, à saúde, à informação, à vida, à privacidade e à liberdade. Abalizaram-se discursos acusatórios, julgamentos morais e religiosos, priorização dos atendimentos às pessoas que “querem viver”, incitação ao suicídio, provocação ou agudização de dor como forma de punição à tentativa de suicídio etc. A razão fundante da internação autorizou os profissionais a demorar ou negar atendimento. Houve fissuras no sigilo; provisão de informação inadequada, especialmente no que tange ao registro no prontuário, com redução das possibilidades de acesso às alternativas terapêuticas e, conseqüentemente, modos de potencialização da vida e do viver. Observou-se ainda o impedimento de visita e comunicação com o meio externo, bem como contenções físicas e químicas durante internações – um cenário de negligência e reprodução da violência, com possíveis efeitos de agravamento dos quadros de sofrimento dos pacientes tentantes.

Outra operacionalização da discriminação detectada nos discursos diz respeito às sanções. Os profissionais relataram exemplos cujo protagonismo se aproxima da função de juiz ou justiceiro, possível vestígio do suicídio vinculado ao crime e, portanto, digno de castigo: “Você não quer morrer? Eu vou mostrar que, já que você resolveu viver, já que não teve jeito, então, não vai ser fácil pra você não. Pra você sofrer um pouquinho” (TECA1).

A punição compulsória foi também narrada por uma enfermeira em relação à postura de um colega.

Eu já recebi um paciente, por exemplo, que tentou suicídio por asfixia, enforcamento e foi entubado e eu via que tinha... O tubo do paciente não tava bem posicionado. Ele tava... “Ah, deixa ele, ele não quer morrer?” (ENFA8).

O signo de condenação atravessa distintas formas de discriminação durante o curso da internação, ora se apresentando pela via da agressividade, ora pelo discurso religioso ou pedagógico empregado com a finalidade de que esses pacientes aprendam com a experiência e não tentem se matar novamente. Ele pode surgir também como discurso munido de ânimo e incentivo, acalentador mais para o enunciador que para o destinatário, reduzindo e simplificando a complexidade do sofrimento, sem qualquer chance de ressonância positiva para quem escuta.

Por que você está querendo se suicidar? Olhe que céu bonito, que dia lindo! A gente tenta motivar ela a enxergar a vida dela. [...] Cadê seu

filho, sua filha? Você se lembra de quando você engravidou, que era a coisa mais linda? Ele olhando pra você, você olhando pra ele? O momento da amamentação, o momento do carinho, de chamar de mamãe (ENFO1).

Os nossos resultados confirmam a perspectivas de estudos como o de Marquetti (2011), demonstrando como a dinâmica dos serviços está impregnada por uma moralidade estigmatizante, de modo que a questão é, na prática, ignorada e esses pacientes são, em sua própria inclusão, excluídos. Essa exclusão se desdobra em problemas diversos: preenchimento incompleto nas fichas de notificação, especialmente via invisibilidade das interseccionalidades de raça, gênero e orientação sexual; condenações morais; violências institucionais; violação dos direitos humanos dos pacientes; medicalização do ato; fragilidade dos modos de cuidado e das políticas de promoção da saúde mental e prevenção do suicídio (Lima, 2024).

Alguns profissionais, entretanto, pareceram também compreender essa dimensão de negligência frequente no cuidado a esses pacientes, mas, tanto em nosso estudo como na literatura em geral, eles têm representado uma minoria. Um exemplo foi o da última enfermeira entrevistada.

Não sei o que acontece, as pessoas negligenciam esse respeito que tem que se ter. E é um paciente que requer muito cuidado. Porque, se você não tem respeito, cuidado principalmente, ele vai voltar e talvez ele volte sem condições de a gente conseguir salvá-lo (ENFA8).

Por fim, outros trabalhos empíricos e de revisão de literatura apontam para a correlação entre o estigma do suicídio e as violações, o estresse e o sofrimento causados aos tentantes (Silva; Sougey; Silva, 2015). Em outras palavras, o estigma é um fenômeno que fere a autonomia, a proteção à pessoa, a adesão ao tratamento, o cuidado, podendo culminar em outras comorbidades, dificuldade em novas buscas de ajuda, intensificando o risco de novas tentativas. Dito isso, demarca-se a urgência de proposições formativas aos profissionais de saúde que ultrapassem a perspectiva cognitivo-procedimental, utilizando estratégias sensibilizadoras, de mobilização emocional associada ao acesso a novas informações e abordagens.

Processos de acolhimento e procedimentos na internação do paciente com tentativa de suicídio na unidade de urgência e emergência

O imperativo de salvar vidas regula com tamanha intensidade o trabalho na emergência em que os entrevistados operam a supressão de outras dimensões, designadamente a psíquica.

A função toda da emergência é pra disponibilizar o recurso clínico, recurso assistencial. Médico atender, enfermagem medicar, a vaga de UTI, a lavagem, a cirurgia, se for o caso, o recurso. Então, o foco nosso é no recurso, o recurso clínico para aquele paciente, entendeu?! (ENFA7).

A literatura respalda o foco e conhecimento no recurso clínico em detrimento de uma assistência globalizada. Rocha, Araújo Filho e Ávila (2020) analisaram as falas de alunos do primeiro ano de Medicina, estagiários e formados, com a finalidade de compreender o manejo e a interação profissional com os pacientes tentantes. Entre os resultados encontrados, detectou-se a boa instrução no que diz respeito à administração de urgência e emergência, ao passo que foi identificado desconhecimento parcial e/ou integral em relação à notificação compulsória. A inconsistência diante da temática, segundo os médicos entrevistados, reflete o despreparo durante a graduação.

Por mais que a regra seja o trabalho focado em retirar o paciente do risco iminente de morte, alguns profissionais identificam a necessidade de pensar em uma práxis mais integrada, que dê conta do suporte ao paciente.

Eu acho que a gente tem ainda muita dificuldade de lidar no pós. Eu acho que a gente focou muito no aspecto meramente, digamos, médico da coisa assim, entubar, da intoxicação, dar o suporte de vida, essa coisa toda, mas depois a gente tem ainda uma dificuldade pra lidar com o indivíduo (MEDO3).

A tendência de a objetivação da clínica moderna seguir os moldes epistêmicos das ciências da natureza e o processo de hiperespecialização das ciências da saúde provocaram uma dissociação cartesiana das dimensões corporais e psíquicas na compreensão do fenômeno e na atuação profissional, fragmentando o saber do clínico e fazendo-o desconhecer tudo aquilo que não tenha uma representação objetiva exigida por sua disciplina científica (Lorenzo, 2006).

Todas as três unidades de emergência envolvidas na pesquisa possuíam serviços hospitalares de psiquiatria e de psicologia, os quais foram reconhecidos nos discursos, especificamente dos médicos, como oferecendo atuações importantes para a

internação dos tentantes após o atendimento na emergência. As demais categorias profissionais participantes não se alinham com eles. Alguns demonstraram um total desconhecimento sobre essas equipes e a viabilidade de solicitar interconsultas. Esses achados também podem apontar para uma possível baixa divulgação pelos hospitais desses serviços.

Alguns participantes sublinharam a indispensabilidade da vigília, em especial pelo risco de uma nova tentativa de suicídio: “Um paciente desse não pode ficar, nem um segundo, na minha opinião, sozinho” (MEDO2).

Outros destacam a necessidade de proteção à equipe e a outros pacientes, amparados no mito estigmatizante do tentante-transtornado-perigoso.

Ele pode chegar aqui, a gente estar atendendo qualquer outro paciente, ver uma seringa, pegar e tentar agredir um profissional nosso. Às vezes por um surto que ele está no momento. [...] A gente deixa ele isolado de uma certa forma (ENFO1).

Um procedimento suplementar descrito pelos entrevistados corresponde à convocação da família e à aliança com ela. A busca pelo apoio, bem como a demanda de cuidado durante e após a internação, representa uma intervenção idealizada. A família, se firmada com vínculos saudáveis, apresenta-se como fator de proteção do suicídio.

Geralmente esse é um paciente que a gente não dá alta sem ter a família envolvida nesse processo. [...] Sair acompanhado, chamar a atenção do risco aumentado de novas tentativas, né?! E também, de certo modo, oferecer um apoio ao paciente, né?! (MEDO3).

No que tange aos encaminhamentos aos serviços especializados em saúde mental pós-internação, alguns profissionais reiteraram a relevância e o cuidado com esse procedimento, outros sinalizaram partilhar informações de serviços, enquanto outros indicaram que o atendimento emergencial é pontual, sem compromisso, trabalho de rede ou atenção com as etapas posteriores: “Pronto, fiz o antídoto, tirei o paciente do risco iminente naquele momento, e essa parte desse acompanhamento posterior, que ele vai fazer depois, não é mais comigo” (ENFA2).

A falta de consenso na prática se aproxima de resultados de estudos que apontam uma tendência de não encaminhamento para os serviços especializados, oportunidades perdidas para instituir e/ou dar continuidade ao tratamento (Vidal; Gontijo, 2013; Observatório de Bioética e Direitos Humanos dos Pacientes, 2017). Apresentam-se, portanto, como demanda, proposições relacionadas às políticas públicas e/ou aos

programas para a organização de redes de atenção e diretrizes institucionais de acolhimento, tratamento e encaminhamento.

Depois da análise do cenário e das moralidades correntes nas narrativas dos profissionais de saúde, pode-se afirmar que a bioética se enquadra em pelo menos duas de suas dimensões: clínica, com seus conflitos e dilemas éticos estabelecidos nas ações e condutas condenatórias que comprometem o cuidado destinado às pessoas em sofrimento; e social, a partir dos elementos sociopolíticos que roubam os sentidos e a dignidade da existência, sobretudo por via da desesperança que acomete com força as populações vulnerabilizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos profissionais de saúde acerca das razões e motivações do suicídio aponta para um paradoxo discursivo registrado pela literatura. Os entrevistados reconhecem a existência de múltiplos fatores envolvidos, mas são categóricos quanto ao fundamento psicopatológico. As representações do fenômeno são amplamente associadas a princípios nocivos, desde a tentativa como manipulação, fruto de uma tentativa radical de “chamar a atenção”, até o retrato atualizado do histórico estigmatizante que vincula o ato a transtorno mental, pecado e crime. Por carregar intencionalidade e algum grau de escolha, os tentantes são enquadrados pela equipe como pacientes malquistos, sob suspeição e sem o acolhimento adequado. Por afirmarem o agenciamento da vida, os tentantes deslocam e confrontam o poder e saber das instituições e profissionais, de modo a desencadear a sensação de desapropriação ocupacional, continência do cuidado ao nível mínimo, omissão, mensagens pedagógicas ou de incentivo, ações de desprezo, exclusão, provocação, punição etc.

Dois quesitos são circunscritos por desencontros discursivos: a tessitura de trabalho com os psiquiatras e psicólogos durante a internação, bem como os encaminhamentos aos serviços especializados. Profissionais, equipes e serviços especializados existem em todos os hospitais da pesquisa, mas o aceno e/ou a troca com esses agentes não se apresentaram de modo orgânico: o recurso existe e é utilizado por uns, menosprezados por alguns e desconhecido por outros. Quanto aos encaminhamentos, alguns profissionais incorporam ao seu trabalho a responsabilidade ou sinalização dessa estratégia, enquanto alguns indicam abrir mão do procedimento por entenderem que o atendimento na emergência é pontual e sem compromisso com as fases posteriores. Os resultados apontam para uma discussão que não é apenas cognitiva, mas também abalizam questões culturais, morais, religiosas etc.

A análise bioética – realizada no presente trabalho – das moralidades correntes capturadas nas narrativas dos profissionais de saúde responsáveis pelo primeiro atendimento após uma tentativa de suicídio aponta para um espectro de reflexões e

proposições de ação em suas duas dimensões: na bioética clínica, a partir dos desvios éticos refletidos nas condutas reducionistas, condenatórias, negligentes e sem fundamentação; na bioética social, nos elementos sociopolíticos que sequestram sentidos da existência, causando frustrações quanto à eficiência e produtividade, assim como desesperança, sobretudo nos indivíduos e grupos vulnerabilizados.

A resignação e os tabus perante o tema e seus dilemas, que manifestam a moralidade como orientadora das condutas, apontam para a necessidade de aprofundamento na interface do suicídio com a bioética e a saúde pública brasileira. A bioética como área de saber tem pouco comprometimento e aprofundamento com a temática do suicídio e precisa começar a dar uma atenção mais especial ao fenômeno, que se encontra velado pelo tradicional tema da eutanásia. Especialmente as correntes que se propõem a servir a uma realidade latino-americana precisam dilatar o conceito e princípio da autonomia, dar visibilidade às interseccionalidades, às desigualdades, aos processos de medicalização, às inconsistências das políticas públicas, assim como aos projetos de morte que determinam os modos de viver, morrer e matar-se. Caso contrário, a bioética pode se tornar mais uma fonte de reprodução de violências e violações.

Os estigmas presentes nos discursos dos profissionais refletem uma colonização das subjetividades dos profissionais pelo trinômio pecado-crime-loucura e apontam para a necessidade de que os processos formativos elaborados para alterar as condutas não se centrem apenas em pedagogias cognitivas de apresentação de direitos e protocolos de ação, mas sejam capazes de fornecer uma formação mais ampla, que envolvam processos emocionais compreensivistas e resgatem as humanidades, seja para os cursos de graduação e pós-graduação, seja para os programas de educação continuada e capacitação.

A presente pesquisa teve como limitações o fato de ter sido realizada exclusivamente em serviços de emergência hospitalares e, portanto, em nível secundário de atenção, sem envolver profissionais da atenção primária ou dos níveis terciários, como UTI. No mesmo sentido, por ter sido realizada em apenas uma capital, pode não refletir, necessariamente, a realidade da formação profissional e o funcionamento da rede de atenção em outras cidades. Entretanto, o fato de tratarmos de processos de subjetivação moral de profissionais, influenciados por uma tradição histórica de abordagem do fenômeno a partir da tríade pecado-crime-loucura, em diversos estudos teóricos e empíricos, e em um país que apresenta incidência crescente do fenômeno, parece razoável supor que os resultados de estudos mais amplos seriam semelhantes. Além disso, como vimos, as deficiências da formação de profissionais de saúde para um atendimento integral aos tentantes são apontadas mesmo em estudos internacionais que envolvem sistemas de saúde que estão entre os melhores do mundo.

Pela constatação de que o suicídio se estabelece entre os processos de subjetivação e as conjunções sociopolíticas concedidas ao sujeito em sofrimento, o contributo deste trabalho refere-se à necessidade de desconstrução de saberes e práticas hegemônicos, levando a atuações mais eticamente comprometidas que superem: 1. a lógica da saúde biologicista; 2. um consumo acrítico do discurso da medicalização, que tende a invisibilizar e silenciar narrativas e sujeitos; 3. a adoção de posturas salvacionistas, morais, tutelares, vigilantes ou com soluções universais, que tendem a reproduzir violências e minimizar o cuidado.

Por fim, a relevância de entrevistar profissionais da saúde relaciona-se à constatação do tabu e das bases morais e religiosas que alicerçam as práticas em saúde. A validação do suicídio como um grave problema de saúde pública aponta para a necessidade de processos de sensibilização, capacitação e treinamento dos profissionais, de modo a ampliar e humanizar os seus repertórios e as intervenções clínicas, que contemplem, igualmente, a politização do ato.

REFERÊNCIAS

- ARNON, S.; SHAHAR, G.; KLOMEK, A. Continuity of care in suicide prevention: current status and future directions. *Frontiers in Public Health*, [s. l.], v. 8, n. 11, p. 1266717, 2024.
- BAÉRE, F.; ZANELLO, V. Sexualidade e os dispositivos de gênero no comportamento suicida. In: LIMA, L.; NAVASCONI, P. V. P. (org.). *(Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos*. Salvador: EDUFBA, 2022. p. 173-202.
- BARBAGLI, M. *O suicídio no Ocidente e no Oriente*. Tradução Federico Carotti. Petrópolis: Vozes, 2019.
- BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidologia*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 6-8, 2002.
- BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTECA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [s. l.], v. 32, p. 87-95, out. 2010.
- BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- BLOSS, T. Suicídio, política e sociedade: elementos para uma suicidologia crítica. In: LIMA, L.; NAVASCONI, P. V. P. (org.). *[Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidade e saberes pluriépistêmicos*. Salvador: EDUFBA, 2022. p. 67-93.
- BOTECA, N. J. *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- BRASIL. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, [s. l.], v. 52, 2021.

- BRASIL. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, [s. l.], v. 55, 2024.
- BROWN, W. *Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente*. Tradução Mario A. Marino e Eduardo Altheman C. Santos. São Paulo: Editora Filosófica Politeia, 2019.
- CABRERA, J. *A ética e suas negações: não nascer, suicídio e pequenos assassinatos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2011.
- CAMPBELL, C. Mortal responsibilities: bioethics and medical-assisted dying. *Yale Journal of Biology and Medicine*, [s. l.], v. 92, n. 4, p. 733-739, Dec. 2019.
- CARVALHO, S. *A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio*. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2014.
- DADALTO, L.; SANTOS, S. C.; PEREIRA, J. C. Suicídio racional: uma nova perspectiva acerca do direito de morrer. *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde*, [s. l.], v. 17, n. 34, p. 1-12, jul./dez. 2020.
- DARDOT, P.; GUÉGUEN, H.; LAVAL, C.; SAUVÊTRE, P. *A escolha da guerra civil: uma outra história do neoliberalismo*. Tradução Márcia Pereira Cunha. São Paulo: Elefante, 2021.
- DELLA CROCE, Y. Against commercial-assisted suicide. *Bioethics*, [s. l.], v. 37, n. 7, p. 617-623, 2023.
- DUNKER, C. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia*, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017.
- GUILLON, C.; LE BONNIEC, Y. *Suicídio: modo de usar*. Tradução Maria Ângela Villas. São Paulo: ENW, 1984.
- HAIL-JARES, K. et al. Self-harm and suicide attempts among incarcerated lesbian, gay and bisexual people in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, [s. l.], v. 57, p. 562-571, 2023.
- HOGAN, M.; GRUMET, J. Suicide prevention: an emerging priority for health care. *Health Affairs*, [s. l.], v. 35, n. 6, p. 1084-1090, 2016.
- ILLOUZ, E. *O amor nos tempos do capitalismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.
- KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. *Psicologia: Teoria e Prática*, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 69-82, 2013.

- LIMA, L. *Deverei velar pelo outro? Suicídio, estigma e economia dos cuidados*. Belo Horizonte: Dialética, 2020.
- LIMA, L. *Suicídio, bioética e neoliberalismo: entre as éticas da vida e as políticas de morte*. Salvador: EDUFBA, 2024.
- LIMA, L.; NASCIMENTO, W. F. do. Del suicidio: entre éticas de la vida y políticas de muerte. *Reflexiones desde el Brasil. Redbioetica – UNESCO*, [s. l.], v. 2, p. 91-100, 2020.
- LIMA, L.; NASCIMENTO, W. F. do. Produções bioéticas brasileiras acerca do suicídio: revisão sistemática. *Revista Bioética*, Brasília, v. 31, 2023.
- LORENZO, C. A Modernidade e a agonia da clínica. *Revista Pré-Textos*, [s. l.], v. 7, p. 33-41, 2006.
- MARQUETTI, F. *O suicídio como espetáculo da metrópole: cenas, cenários e espectadores*. São Paulo: FAP, Unifesp, 2011.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONTREUIL, M. et al. Everyday ethics of suicide care: survey of mental health care providers perspectives and support needs. *PLoS One*, [s. l.], v. 16, n. 4, p. e0249048, 2021.
- MORETTO, M. L. T. et al. O suicídio e a morte do narrador. *Psicologia USP*, [s. l.], v. 2, n. 28, p. 159-164, 2017.
- NAVASCONI, P. *Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTQI+*. Belo Horizonte: Letramento, 2019.
- OBSERVATÓRIO DE BIOÉTICA E DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES. *Relatório sobre direitos humanos dos pacientes em risco de suicídio no Brasil*. Brasília: OBDHP, 2017.
- PICÓN-JAIME, Y. et al. Euthanasia and assisted suicide: an in-depth review of relevant historical aspects. *Annals of Medicine and Surgery*, [s. l.], v. 11, n. 75, p. 103380, 2022.
- ROCHA, G.; ARAÚJO FILHO, G.; ÁVILA, L. Atitudes de médicos e estudantes de medicina com pacientes com ideação suicida. *Revista Bioética*, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 344-355, abr./jun. 2020.
- SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020. p. 13-43.
- SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.
- SAIGLE, V.; RACINE, E. Ethical challenges faced by healthcare professionals who care for suicidal patients: a scoping review. *Monash Bioethics Review*, v. 35, n. 1-4, p. 50-79, 2018.

- SILVA, T. de P.; SOUGEY, E. B.; SILVA, J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Revista Bioética*, v. 23, n. 2, p. 419-426, 2015.
- TAVARES, M. Suicídio: o luto dos sobreviventes. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org.). *Suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP, 2013. p. 45-58.
- THE COMMONWEALTH FUND. Health care system performance rankings. The Commonwealth Fund, 2021. Disponível em: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/202107/PDF_Schneider_Mirror_Mirror_2021_exhibits.pdf. Acesso em: 25 ago. 2025.
- VIDAL, C. E.; GONTIJO, E. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos de Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 108-114, jul./dez. 2013.
- WALLAUER, A.; MALISKA, M. *Suicídio: um desafio para profissionais de saúde*. Florianópolis: Pandion, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO, 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Suicide in the world*. Global health estimates. Geneva: WHO, 2024.

Recebido em: 25/02/2025

Aprovado em: 10/06/2025