

MANEJO DO COMPORTAMENTO SUICIDA: ESTRATÉGIAS CLÍNICAS E PERCEPÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

**MANAGEMENT OF SUICIDAL BEHAVIOR: CLINICAL STRATEGIES AND
PERCEPTIONS REGARDING PSYCHOLOGY TRAINING**

Ciências Humanas • 13/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/791836475](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/791836475)

Claudia Regina Zilke¹

Cláudia Elisa Grasel²

Elcio Luiz Bonamigo³

RESUMO

O manejo do comportamento suicida envolve avaliação do risco, tomada de decisão clínica e manejo das repercussões emocionais associadas aos atendimentos. Este estudo teve como objetivo analisar as estratégias utilizadas por psicólogos clínicos no manejo do comportamento suicida e as percepções de estudantes do final do curso de Psicologia sobre sua preparação para essa demanda. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada com seis estudantes de Psicologia e nove psicólogos clínicos, distribuídos em dois grupos focais conduzidos em formato remoto. As transcrições foram submetidas à análise de conteúdo. Entre os psicólogos, foram identificados o uso da supervisão, o manejo estruturado e a mobilização da rede de apoio, além de fragilidades na formação, repercussões emocionais relacionadas à responsabilidade clínica e sentimentos de impotência e insegurança profissional. Entre as estudantes, foram identificadas fragilidades na formação acadêmica, insegurança na condução dos atendimentos, repercussões emocionais, uso da supervisão, estratégias de manejo clínico e busca por formação complementar. Os resultados confirmam a hipótese de que psicólogos clínicos e estudantes em fase final da graduação enfrentam desafios técnicos, emocionais e éticos relacionados ao manejo do comportamento suicida e indicam a necessidade de formação, supervisão e suporte profissional diante dessa demanda.

Palavras-chave: comportamento suicida; Psicologia; formação profissional; manejo clínico; supervisão clínica.

ABSTRACT

Managing suicidal behavior involves risk assessment, clinical decision-making, and managing the emotional repercussions associated with patient care. This study aimed to analyze the

strategies used by clinical psychologists to manage suicidal behavior and the perceptions of final-year psychology students regarding their preparedness for this demand. This qualitative, exploratory, and descriptive study involved six psychology students and nine clinical psychologists, organized into two focus groups conducted remotely. Transcripts were subjected to content analysis. Among the psychologists, findings included the use of supervision, structured management, and the mobilization of support networks, alongside gaps in training, emotional repercussions linked to clinical responsibility, and feelings of powerlessness and professional insecurity. Among the students, findings highlighted gaps in academic training, insecurity in conducting sessions, emotional repercussions, the use of supervision, clinical management strategies, and the pursuit of supplementary training. The results confirm the hypothesis that clinical psychologists and final-year students face technical, emotional, and ethical challenges regarding the management of suicidal behavior, and they indicate a need for training, supervision, and professional support in addressing this demand.

Keywords: suicidal behavior; Psychology; professional training; clinical management; clinical supervision.

1. INTRODUÇÃO

O suicídio é reconhecido como um problema de saúde pública que demanda ações de prevenção, assistência e monitoramento (WHO, 2014). Estima-se que mais de 720.000 pessoas morram por suicídio anualmente no mundo, sendo 73% desses óbitos registrados em países de baixa e média renda. Entre pessoas de 15 a 29 anos, o suicídio corresponde a terceira principal causa de morte (WHO, 2025).

No campo da saúde mental e da clínica psicológica, o comportamento suicida é compreendido como um continuum dinâmico, relacional e de gravidade progressiva (Evangelista *et al.*, 2025; Magalhães; Soeiro; Morais, 2025). Essas manifestações incluem a ideação suicida, os desejos de morte, o planejamento, as tentativas e a consumação do ato (Andrade *et al.*, 2021; Casarin, 2021). Sua compreensão envolve determinantes genéticos, psicológicos, sociais, históricos e culturais (Beletti *et al.*, 2024; Piccinini; Figueirêdo; Miranda, 2025). Em situações nas quais o sofrimento psíquico é percebido como insuportável, a tentativa de suicídio pode estar relacionada à busca por sua interrupção, sem necessariamente expressar o desejo de morrer (Azevedo; Schrock, 2021; Beletti *et al.*, 2024).

O manejo clínico do comportamento suicida envolve decisões em circunstâncias de risco de morte. Medo, insegurança, falta de preparo, mitos e estigmas relacionados ao suicídio podem interferir na condução desses atendimentos (Botega, 2023). Na prática clínica, diferentes recursos podem compor o manejo, entre eles a avaliação do risco, a elaboração de planos de segurança, os encaminhamentos, a mobilização da rede de apoio e a supervisão clínica (Reul *et al.*, 2024).

A preparação para o manejo do comportamento suicida envolve questões relacionadas à formação em Psicologia. Entre estudantes em períodos mais avançados da graduação, podem estar presentes sentimentos negativos diante do suicídio e menor percepção da própria capacidade profissional para lidar com essa demanda (Kirchner; Queluz, 2019). O acesso a conteúdos sobre suicídio está relacionado à menor intensidade de respostas emocionais negativas e à maior percepção de competência profissional (Andrade *et al.*,

2021). Dificuldades relacionadas à segurança e à preparação para o manejo do comportamento suicida também estão presentes entre estudantes dos períodos finais da graduação em Psicologia (Magalhães; Soeiro; Moraes, 2025).

No exercício profissional, por sua vez, o psicólogo clínico se depara com decisões e responsabilidades relacionadas ao atendimento de pessoas com comportamento suicida (Beletti *et al.*, 2024; Reul *et al.*, 2024). A investigação da percepção dos estudantes do último ano da graduação sobre sua preparação e das estratégias utilizadas por psicólogos clínicos possibilita examinar o manejo do comportamento suicida em dois momentos da trajetória profissional. A análise dessas perspectivas pode contribuir para a compreensão das dificuldades relacionadas à formação e dos recursos utilizados na prática clínica diante dessa demanda.

Esta pesquisa foi orientada pela seguinte questão: quais estratégias são adotadas por psicólogos clínicos no manejo do comportamento suicida e como estudantes de Psicologia percebem sua formação para essa demanda? Partiu-se da hipótese de que psicólogos clínicos e estudantes em fase final da graduação enfrentam desafios relacionados aos aspectos técnicos, emocionais e éticos do manejo do comportamento suicida. O estudo teve como objetivo analisar as estratégias utilizadas por psicólogos clínicos no manejo do comportamento suicida e as percepções de estudantes do final do curso de Psicologia sobre sua preparação para essa demanda.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O conceito de comportamento suicida compreende diferentes manifestações que incluem a ideação, a intenção, o planejamento,

as tentativas e o ato suicida. Segundo Botega (2023), o comportamento suicida envolve pensamentos e atos relacionados ao desejo consciente e intencional de acabar com a própria vida. Fukumitsu (2014) sugere que o comportamento suicida deve ser compreendido em suas dimensões existencial, relacional e simbólica, como uma manifestação de pedido por reconhecimento e por uma escuta empática em face do sofrimento intenso.

O manejo do comportamento suicida pode envolver insegurança diante da possibilidade da morte do paciente, medo, falta de capacitação, ausência de protocolos bem definidos e mitos e estigmas associados ao suicídio. Esses aspectos podem estar relacionados à preparação do profissional para ouvir, avaliar e intervir diante dessa demanda. Botega (2023) destaca que muitos psicólogos se sentem despreparados para lidar com pacientes em risco, o que resulta em posturas defensivas e hesitação na atuação clínica. Entre os mitos relacionados ao suicídio estão a ideia de que falar sobre o tema pode estimular o ato e a interpretação da ideação suicida como estratégia de manipulação.

As dificuldades mencionadas podem interferir no cuidado oferecido e na formação do vínculo terapêutico com indivíduos em sofrimento extremo. Esse vínculo favorece a escuta, o acolhimento e o suporte emocional. De acordo com Fukumitsu (2014), o profissional responsável por acolher indivíduos em situação de vulnerabilidade deve estabelecer uma presença clínica atenta e sensível, capaz de perceber aquilo que não é explicitamente expresso verbalmente, validando a dor e oferecendo um espaço para sua expressão sem julgamento de valor. A autora também enfatiza que essa presença clínica contribui para a reconstrução da confiança na relação terapêutica. Para Botega (2023), a inexistência de vínculo pode

intensificar sentimentos de desamparo, fomentando o isolamento frequentemente presente na ideação suicida. O autor também destaca a relação do vínculo com a sustentação do sofrimento até que o paciente possa reorganizar suas possibilidades internas.

Percepções negativas, estigmas, preconceitos e crenças relacionados ao suicídio podem interferir na atuação clínica diante dessa demanda. Essas dificuldades também podem estar relacionadas à formação inicial em Psicologia, em que temas como a morte e o suicídio podem ser tratados de forma limitada (Souza; Pacheco, 2019; Guareschi *et al.*, 2009). A ausência de componentes curriculares voltados à escuta e à intervenção clínica diante do sofrimento, de supervisão e de espaços para reflexão ética pode contribuir para que profissionais ingressem na prática clínica com insegurança e dificuldades para lidar com situações de risco. Segundo Souza e Pacheco (2019) e Guareschi *et al.* (2009), mesmo quando o assunto é contemplado durante a formação, seu estudo pode permanecer concentrado em aspectos teóricos, estatísticos ou diagnósticos, com menor aproximação das situações encontradas na prática clínica. Souza e Pacheco (2019) também afirmam que uma formação desarticulada da prática pode favorecer respostas genéricas, atitudes defensivas e o afastamento dos profissionais diante de situações de risco.

O manejo do comportamento suicida pode envolver diferentes recursos clínicos. Reul *et al.* (2024) examinaram a experiência de psicólogos clínicos no atendimento a pacientes com comportamento suicida e constataram que a avaliação do risco, o desenvolvimento de planos de segurança, o encaminhamento para outros profissionais, o fortalecimento da rede de apoio e a supervisão clínica são recursos utilizados por esses profissionais. O

estudo também relaciona essas estratégias ao estabelecimento do vínculo terapêutico e ao reconhecimento das próprias limitações profissionais no manejo de situações de risco (Reul *et al.*, 2024).

A literatura apresentada indica que a atuação diante do comportamento suicida está relacionada tanto à preparação construída durante a formação quanto às condições encontradas no exercício clínico. Essa relação sustenta a análise das experiências de estudantes e profissionais diante das exigências envolvidas no atendimento de pessoas em risco de suicídio.

3. METODOLOGIA

3.1. Desenho e Tipo de Pesquisa

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que investiga as percepções de estudantes de Psicologia sobre sua preparação para o manejo do comportamento suicida e as estratégias utilizadas por psicólogos clínicos diante dessa demanda. Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa investiga processos, relações e significados atribuídos pelos participantes às suas experiências. Barbour (2009) relaciona esse tipo de pesquisa à compreensão de experiências, interações e sentidos produzidos em contextos sociais e institucionais.

3.2. Participantes e Amostragem

A seleção dos participantes deu-se por meio de amostragem intencional e por conveniência, considerando a relação dos participantes com o fenômeno investigado (Barbour, 2011). A amostra final do estudo foi composta por dois grupos distintos, totalizando 15 participantes: o primeiro grupo reuniu seis estudantes

do último ano do curso de graduação em Psicologia ($n = 6$), vinculadas a diferentes instituições de ensino superior brasileiras e inseridas em estágio supervisionado; o segundo grupo foi constituído por nove psicólogos clínicos ($n = 9$), com tempo mínimo de dois anos de atuação clínica e com experiência no manejo do comportamento suicida.

Os participantes eram provenientes de diferentes estados brasileiros, sendo as estudantes de Psicologia de Ceará, Goiás, Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo, e os psicólogos clínicos de Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. A constituição dos grupos considerou recomendações relativas ao número de participantes em grupos focais, com indicação de seis a doze integrantes (Barbour, 2009; Gatti, 2005).

3.3. Instrumentos de Coleta de Dados

Para a caracterização dos participantes, foi aplicado um questionário sociodemográfico digital, composto por questões sobre idade e sexo.

A coleta de dados qualitativos foi realizada por meio de grupos focais, com a utilização de roteiros semiestruturados elaborados previamente com base nos objetivos da pesquisa. Essa metodologia possibilita examinar experiências e sentidos produzidos a partir da interação entre os participantes (Stewart; Shamdasani, 1990; Wibeck; Dahlgren; Öberg, 2007). Os roteiros contemplaram questões comuns aos dois grupos sobre a percepção do suicídio como demanda na prática clínica, a formação recebida durante a graduação, a percepção de preparo para lidar com o comportamento suicida e as estratégias e os recursos relacionados ao manejo.

Para os psicólogos clínicos, foram incluídas questões sobre capacitações posteriores à graduação, experiências, aprendizados e desafios no manejo de pacientes com comportamento suicida. Já para as estudantes de Psicologia, foram incluídas questões sobre dúvidas relacionadas ao manejo, condutas consideradas diante de pacientes em risco de suicídio e conhecimentos que julgavam necessários para se sentirem mais preparadas para essa atuação.

3.4. Procedimentos de Coleta de Dados

O recrutamento dos participantes foi conduzido por meio da divulgação de convites em redes sociais e grupos de WhatsApp. Realizaram-se duas sessões distintas e independentes de grupos focais em formato síncrono e remoto, por meio da plataforma de videoconferência Zoom. Um grupo foi composto por estudantes de Psicologia e o outro por psicólogos clínicos.

Os encontros virtuais foram moderados pela pesquisadora, com base nas perguntas do roteiro semiestruturado. O grupo focal de psicólogos clínicos teve a duração síncrona de 1 hora, 44 minutos e 17 segundos, enquanto o encontro com as estudantes de Psicologia durou 54 minutos e 35 segundos. As sessões foram integralmente audiogravadas e videogravadas mediante autorização dos participantes e, posteriormente, submetidas à transcrição literal para constituição do corpus textual de análise.

3.5. Procedimentos de Análise dos Conteúdos

O corpus constituído pelas transcrições literais dos grupos focais foi analisado por meio da análise de conteúdo de Bardin (2021). A análise foi desenvolvida em três fases. Na fase de pré-análise foram realizadas a organização das transcrições e a leitura flutuante do

corpus. Na exploração do material, segmentos de texto foram definidos como unidades de registro, compostas por frases e parágrafos, e submetidos à codificação. As unidades de registro foram agrupadas conforme os núcleos de sentido, dando origem às categorias temáticas de cada grupo investigado.

Na fase de tratamento dos resultados, inferência e interpretação, as categorias foram analisadas e discutidas em relação à literatura. Como recurso auxiliar na análise de dados, utilizou-se a ferramenta de inteligência artificial generativa ChatGPT (OpenAI) para apoiar a organização do corpus inicial, das matrizes de codificação e dos agrupamentos das unidades de registro, bem como a identificação de recorrências.

As transcrições inseridas na ferramenta foram previamente anonimizadas, sem informações que permitissem a identificação dos participantes. As sugestões de agrupamento e categorização geradas pela ferramenta foram revisadas pela pesquisadora a partir das transcrições originais e dos procedimentos da análise de conteúdo de Bardin (2021). A pesquisadora realizou ajustes nos agrupamentos e códigos sugeridos e definiu as categorias temáticas utilizadas na análise. A interpretação dos dados e a discussão dos resultados foram realizadas pela pesquisadora.

3.6. Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado em conformidade com as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc) CAAE: 90394225.6.0000.5367.

Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram eletronicamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Autorização de Gravação de Áudio e Vídeo, após receberem informações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, os possíveis desconfortos emocionais relacionados ao tema do suicídio e os benefícios associados. Os dados de identificação pessoal foram retirados das transcrições e os discursos foram codificados para preservar o anonimato dos participantes. As gravações e transcrições permaneceram sob a guarda da pesquisadora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa foram organizados a partir de dois grupos distintos de participantes: estudantes de Psicologia em fase final de formação ($n = 6$), com média de idade de 34,83 anos ($DP = 11,65$), todas do sexo feminino (100%), e psicólogos clínicos ($n = 9$), com média de idade de 41,44 anos ($DP = 6,89$), dos quais oito eram mulheres (88,89%) e um era homem (11,11%). Para preservar a identidade dos participantes, as falas foram identificadas pela letra P, seguida de numeração. Em cada grupo, a numeração foi realizada separadamente, correspondendo a P1 a P6 entre as estudantes de Psicologia e a P1 a P9 entre os psicólogos clínicos.

A análise dos dados resultou na definição de categorias temáticas para cada grupo, a partir da codificação e do agrupamento das unidades de registro segundo as regularidades identificadas nas falas dos participantes. A seguir, são apresentados os resultados referentes às categorias identificadas entre as estudantes de Psicologia e, na sequência, às categorias identificadas entre os psicólogos clínicos.

4.1. Percepções das Estudantes de Psicologia Sobre a Formação e o Manejo do Comportamento Suicida

Entre as estudantes, os relatos apontaram dificuldades relacionadas à formação para o manejo do comportamento suicida, insegurança diante dos atendimentos, repercussões emocionais, uso da supervisão, estratégias para a condução dos casos e busca por formação complementar. A análise desses relatos resultou nas categorias temáticas apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias temáticas identificadas no grupo de estudantes de Psicologia

Tema	Categoria	Descrição
1	Fragilidades da formação acadêmica para o manejo do comportamento suicida	Contato limitado com o tema durante a graduação, insegurança nos atendimentos e dificuldades na relação entre conhecimento teórico e prática clínica.
2	Gestão emocional da responsabilidade clínica	Angústia, medo de falhar, dúvidas sobre a própria capacidade de atuação e sobrecarga emocional diante dos atendimentos.
3	Supervisão como eixo estruturante da aprendizagem clínica	Uso da supervisão para orientação, discussão dos casos e manejo das dúvidas relacionadas aos atendimentos.
4	Estratégias práticas de manejo clínico	Escuta e acolhimento, avaliação do risco e encaminhamento diante dos limites percebidos na condução dos casos.

5	Busca por formação complementar e continuada	Busca por cursos, leituras e outros conhecimentos diante das lacunas percebidas na graduação e das demandas encontradas na prática clínica.
---	--	---

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Tema 1: Fragilidades da formação acadêmica para o manejo do comportamento suicida

As participantes apontam limitações na formação acadêmica quanto ao manejo do comportamento suicida, sobretudo pela ausência ou superficialidade com que o tema é abordado ao longo da graduação. Uma participante relata: “eu não me lembro, durante a graduação, da gente ter estudado o suicídio de uma maneira aprofundada, não há disciplina que abordasse dentro dela” (P4). Quando presente, o conteúdo aparece de forma pontual, como indica outra fala: “foi comentado em uma aula, mas nada muito aprofundado” (P1). Os relatos indicam que o tema não foi trabalhado de forma sistemática durante a formação das participantes. Segundo Magalhães, Soeiro e Moraes (2025), a ausência de indicação expressa sobre o suicídio nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) torna sua inclusão dependente da iniciativa individual de docentes e coordenadores. Essa condição pode contribuir para diferenças na inserção do tema nos cursos de Psicologia (Piccinini; Figueirêdo; Miranda, 2025).

Nos relatos, essa lacuna aparece associada à percepção de despreparo e insegurança diante dos atendimentos. Uma participante afirma que “quando apareceu um caso, eu não sabia muito bem o que fazer” (P2) e outra relata: “eu ficava com receio de

conduzir errado e piorar a situação” (P3). As dúvidas também aparecem na avaliação da própria condução do atendimento. Uma acadêmica relata: “eu fazia o que eu achava que era certo, mas ficava na dúvida se estava conduzindo da melhor forma” (P3). De acordo com Magalhães, Soeiro e Moraes (2025) e Andrade *et al.* (2021), a insuficiência de preparo técnico pode ampliar o desconforto emocional do clínico e favorecer respostas defensivas, o que reforça a necessidade de preparação do futuro profissional para o manejo do comportamento suicida.

As fragilidades na formação aparecem, ainda, associadas à dificuldade de associação entre conhecimento teórico e prática clínica, especialmente diante da necessidade de tomar decisões durante os atendimentos. Os relatos apresentados neste tema indicam que as estudantes percebem limitações em sua formação para o manejo do comportamento suicida. Essa percepção reforça as discussões sobre a necessidade de revisão dos currículos de graduação frente às demandas contemporâneas (Jacó-Vilela, 2024). Nesse contexto, a clínica é apresentada como espaço de transição entre a formação acadêmica e a prática profissional, onde a experiência clínica pode ser relacionada aos referenciais teóricos e à orientação técnica e ética (Garone *et al.*, 2025).

Tema 2: Gestão emocional da responsabilidade clínica

Os relatos evidenciam que o manejo do comportamento suicida mobiliza diferentes respostas emocionais nas participantes, especialmente diante da responsabilidade implicada na condução dos casos. Uma participante afirma que “eu ficava muito angustiada com a possibilidade de acontecer alguma coisa com o paciente” (P2), indicando preocupação com possíveis desfechos durante o

acompanhamento. Essa mobilização subjetiva envolve lidar com a angústia e a ambivalência relacionadas ao sofrimento do paciente (Botega, 2023). O desconforto emocional relatado pelas estudantes também aparece relacionado às dúvidas sobre sua capacidade de conduzir esses atendimentos. Sentimentos de culpa e desânimo podem estar presentes quando há dificuldade em discriminar as próprias emoções daquelas mobilizadas na relação terapêutica (Andrade *et al.*, 2021; Botega, 2023).

A responsabilidade pela condução dos atendimentos também aparece associada ao medo de falhar. Uma participante relata que “eu tinha medo de não dar conta, de não perceber alguma coisa importante” (P5), expressando preocupação com a possibilidade de não identificar situações relacionadas ao risco durante o atendimento.

A insegurança também pode estar presente nos momentos finais da graduação. Kirchner e Queluz (2019) identificaram que estudantes em períodos mais avançados apresentaram mais sentimentos negativos e menor percepção da própria capacidade profissional diante do comportamento suicida. Nesse contexto, o reconhecimento dos limites da atuação pode contribuir para que o estudante não atribua a si o controle sobre o desfecho do caso. Nessa direção, Oliveira e Antunes (2020) apontam a importância de abandonar expectativas de onipotência, compreendendo que a continuidade da vida do paciente não pode ser atribuída exclusivamente ao terapeuta e aos seus métodos.

Em alguns casos, essa vivência é acompanhada por sensação de sobrecarga emocional. Uma estudante relata que “era muito pesado lidar com isso sozinha, eu saía dos atendimentos pensando muito no

caso” (P6), demonstrando que as repercussões emocionais do atendimento permaneciam após o término da sessão. No contexto do estágio, essas experiências envolvem também o desenvolvimento de recursos para lidar com as próprias reações diante das demandas clínicas (Lopes; Castro, 2018). A supervisão clínica é apresentada na literatura como um recurso para lidar com o desgaste emocional e contribuir para a construção da identidade profissional (Vieira; Souza, 2022; Glidden *et al.*, 2023).

Tema 3: Supervisão como eixo estruturante da aprendizagem clínica

A supervisão aparece nos relatos como um recurso utilizado pelas estudantes na condução dos casos envolvendo comportamento suicida, especialmente para a discussão das intervenções e das decisões clínicas. Uma participante relata que “eu levava sempre esses casos para a supervisão, porque eu precisava de orientação” (P1), indicando a busca por suporte diante de dúvidas relacionadas aos atendimentos. A supervisão também contribui para o desenvolvimento teórico e técnico e para a articulação entre teoria e prática profissional (Glidden *et al.*, 2023).

As estudantes também relacionam a supervisão à construção da segurança profissional diante do manejo do comportamento suicida. Uma estudante relata que “na supervisão a gente conseguia pensar melhor no caso, ver outras possibilidades” (P4), indicando que esse espaço favorecia a discussão de diferentes possibilidades de condução clínica. Conforme apontam Ximenes e Barreto (2018), a supervisão deve favorecer o desenvolvimento de um olhar crítico, que ultrapasse a reprodução de técnicas e insira o estudante em uma prática orientada por princípios éticos e compromisso social. Nesse contexto, a clínica-escola configura-se como espaço de

transição formativa, no qual o estudante, acompanhado por um profissional experiente, desenvolve gradualmente autonomia para atuar em situações de crise (Garone *et al.*, 2025).

A experiência da supervisão, entretanto, não elimina todas as dúvidas relacionadas à condução dos casos. Uma estudante relata que “às vezes eu saía da supervisão ainda com dúvida sobre o que fazer” (P3), mostrando que as incertezas podiam permanecer mesmo após a discussão do caso. Botega (2023) relaciona o compartilhamento das experiências em espaços de supervisão à elaboração do desgaste emocional e à condução ética do processo terapêutico.

Tema 4: Estratégias práticas de manejo clínico

O repertório de estratégias práticas das estudantes para o atendimento a pacientes com comportamento suicida aparece nos relatos associado à escuta e ao acolhimento da dor psíquica. A escuta aparece como ponto inicial da condução clínica, conforme indica o relato de uma participante: “eu tentava primeiro ouvir bem o paciente, entender o que estava acontecendo, antes de qualquer coisa” (P4), indicando a busca pela compreensão da demanda antes da definição de outras condutas. Botega (2023) relaciona a disponibilidade afetiva do terapeuta para lidar com a angústia do paciente à escuta no contexto da crise suicida.

A avaliação do risco é mencionada como elemento que orienta as decisões clínicas, conforme ilustrado no relato: “eu procurava perceber o quanto aquilo era imediato, se tinha plano, se tinha alguma coisa mais concreta” (P2), que demonstra a atenção à existência de planejamento e à possibilidade imediata de ocorrência

do comportamento suicida. Entre os recursos descritos na literatura para situações de crise estão a identificação do risco e a elaboração de planos de segurança. Turecki *et al.* (2019) diferenciam os planos de segurança dos denominados “contratos de não suicídio”, apontando que acordos informais carecem de evidências de eficácia. Os autores descrevem o plano de segurança e o planejamento de resposta à crise como ferramentas breves, estruturadas e colaborativas. Nuij *et al.* (2021), por sua vez, diferenciam os efeitos dessas intervenções sobre o comportamento suicida e sobre a ideação suicida, indicando que seus resultados não são equivalentes para esses desfechos. Assim, o plano de segurança constitui um recurso para o manejo da crise, enquanto o sofrimento psíquico e a ideação suicida podem permanecer presentes e demandar acompanhamento clínico (Nuij *et al.*, 2021).

Os encaminhamentos são acionados quando as estudantes identificam limites na própria atuação ou na estrutura do estágio. Uma participante afirma: “teve momentos em que eu precisei encaminhar, porque eu não me sentia segura de conduzir sozinha” (P6), mostrando que o encaminhamento também integra as estratégias relatadas pelas participantes diante dos limites percebidos na condução do caso. Fukumitsu (2014) destaca a necessidade de que a Psicologia não atue de forma isolada diante de situações de risco e a participação da rede de apoio no cuidado.

Tema 5: Busca por formação complementar e continuada

A busca por formação complementar apresenta-se como uma resposta das estudantes às lacunas percebidas na formação acadêmica para o manejo do comportamento suicida. Conforme a fala de uma participante, “não pela faculdade, não é pela graduação

que eu me sinto preparada, é uma preparação que eu acho que vai além” (P4). O relato indica que a percepção de preparo não é atribuída somente à formação recebida durante a graduação. Magalhães, Soeiro e Morais (2025) apontam que a ausência de indicação expressa sobre o suicídio nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) faz com que sua inclusão dependa da iniciativa de docentes e coordenadores.

A busca por formação complementar também aparece relacionada às demandas encontradas na prática clínica, como expresso na fala da participante: “quando começaram a aparecer esses casos, eu fui atrás de estudar por fora, porque eu não me sentia preparada” (P5). Para Beletti *et al.* (2024), a insuficiência formativa impulsiona o acadêmico a recorrer a cursos complementares como tentativa de reduzir a incerteza na condução clínica.

A procura por cursos e leituras aparece como estratégia de preparação para os atendimentos, conforme o relato de uma participante: “eu fui procurar mais conteúdo justamente pra entender melhor como agir nessas situações” (P2). Esse achado pode ser relacionado aos resultados apresentados por Andrade *et al.* (2021), segundo os quais estudantes que acessam materiais sobre a temática tendem a apresentar menor intensidade de respostas emocionais negativas e maior percepção de competência profissional. A literatura também discute a necessidade de formação para intervenções direcionadas ao comportamento suicida (Turecki *et al.*, 2019; Bryan; Rudd, 2024; Michels *et al.*, 2024).

A busca relatada pelas participantes ocorre diante das dificuldades percebidas na formação e na prática clínica. As falas indicam que esse movimento ocorre predominantemente por iniciativa

individual e com limitado suporte institucional: “a gente acaba tendo que ir atrás sozinho, ver cursos, leituras, porque não vem algo direcionado” (P6). Mattos, Rodrigues e Souza (2022) discutem a graduação como etapa inicial da formação profissional e a continuidade do processo formativo. Mesmo com a busca por outros conhecimentos, as participantes relatam a permanência de dúvidas quanto à aplicação prática: “às vezes a gente estuda, mas ainda fica na dúvida se aquilo realmente se aplica” (P3). Assim, a procura por cursos e leituras não elimina as incertezas relatadas pelas estudantes diante da aplicação dos conhecimentos na prática clínica.

4.2. Experiências dos Psicólogos Clínicos no Manejo do Comportamento Suicida

Entre os psicólogos clínicos, os relatos apontaram fragilidades na formação para o manejo do comportamento suicida, repercussões emocionais relacionadas à responsabilidade clínica, uso da supervisão, estratégias de manejo, mobilização da rede de apoio e sentimentos de impotência e insegurança profissional. A análise desses relatos resultou nas categorias temáticas apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2. Categorias temáticas identificadas no grupo de psicólogos clínicos

Tema	Categoria	Descrição
1	Fragilidades da formação acadêmica para o manejo do	Contato limitado com o tema durante a graduação e insegurança diante do manejo clínico do comportamento suicida.

	comportamento suicida	
2	Gestão emocional da responsabilidade clínica	Questionamentos sobre a própria competência, repercussões emocionais dos atendimentos e dificuldades relacionadas aos limites da responsabilidade profissional.
3	Supervisão como principal espaço de sustentação	Uso da supervisão para discussão dos casos, manejo das repercussões emocionais e reconhecimento dos limites da atuação profissional, incluindo dificuldades de acesso a esse suporte.
4	Manejo clínico estruturado e uso de protocolos	Identificação de fatores de risco e proteção, comunicação direta sobre o comportamento suicida, investigação do sofrimento e do risco, acordos terapêuticos, plano de segurança e estratégias de regulação emocional.
5	Articulação da rede de apoio e cuidado interdisciplinar	Construção e mobilização da rede de apoio, definição de contatos de segurança, orientação das pessoas envolvidas no cuidado e atuação conjunta com outros profissionais e serviços de saúde.
6	Sentimento de impotência e insegurança profissional	Impotência e insegurança relacionadas à avaliação do risco, aos limites da atuação profissional e às situações em que outras fontes de suporte ao paciente são reduzidas.

Tema 1: Fragilidades da formação acadêmica para o manejo do comportamento suicida

Os participantes apontam lacunas na formação recebida durante a graduação em Psicologia no que se refere ao manejo do

comportamento suicida, especialmente pela forma pontual com que relatam ter tido contato com o tema ao longo do percurso acadêmico. Um dos participantes relata: “na disciplina de Psicopatologia a nossa professora falou sobre, mas não foi assim aquele tema que nós fizemos um estudo bem-feito de, inclusive, nos preparar um pouco para receber e responder essa demanda” (P5). A percepção de que o tema recebeu espaço reduzido durante a graduação também aparece em outro relato: “por ser um tema delicado, talvez tivesse que ter um semestre sobre isso, porque se a faculdade está te preparando para atender, deveria ter um peso nas coisas” (P9). Silva e Daiuto (2017) apontam que a formação acadêmica costuma priorizar a capacidade de curar, tratar e prolongar a vida, enquanto as discussões sobre a morte recebem menor espaço. Segundo os autores, o estudo do suicídio pode ser deslocado para áreas correlatas ou receber menor atenção durante a formação.

As lacunas percebidas na formação também aparecem associadas à insegurança dos participantes diante do manejo clínico. Ao avaliar a própria capacidade de atuação, um dos participantes relata: “eu nunca me sinto preparada pra atender uma demanda como essa, por mais que seja uma mesma demanda, os casos são completamente diferentes, então eu nunca me sinto preparada pra atender, de verdade não” (P2). Outro participante descreve sua reação diante de uma situação de risco: “uma pessoa estar ali falando, quero me matar, vou fazer isso agora, não tenho esperança nenhuma, eu com certeza, buscaria um profissional, pediria não sei como pra pessoa, pelo amor de Deus, espera eu te ajudar” (P9).

Os relatos mostram que a experiência profissional não elimina as dúvidas e a percepção de despreparo diante dessas situações. Nessa

direção, Stoppa *et al.* (2020) identificam o déficit na formação acadêmica como um dos fatores associados à insegurança na atuação em saúde mental. Resultados semelhantes foram observados por Langaro, Carvalho e Bonamigo (2022), ao identificarem que profissionais da saúde vinculados à rede pública relataram não se sentir preparados para atender pacientes com comportamento suicida, apontando insuficiência de formação e dificuldades relacionadas ao manejo e à inserção desses pacientes na rede de saúde mental. De forma complementar, Ligório *et al.* (2024) também relacionam fragilidades na formação ao desconforto emocional e à insegurança no manejo do comportamento suicida.

Tema 2: Gestão emocional da responsabilidade clínica

Para o psicólogo, o manejo do comportamento suicida é descrito como uma experiência de impacto emocional, relacionada à responsabilidade envolvida no cuidado diante do sofrimento psíquico intenso e do risco de morte do paciente. A complexidade dessa demanda é percebida no relato de um dos participantes: “a minha percepção enquanto prática na clínica é que de fato é uma demanda muito complexa, delicada, de uma responsabilidade infinita, humana, ética, de todas as suas facetas” (P5). Outro participante relata o impacto emocional associado a essa demanda: “por ser um tema tão desafiador, difícil e dolorido, preparada não me sinto, mas sempre tentando buscar um preparo pra bancar junto com o paciente e estar com ele” (P1). Azevedo e Schrock (2021) apontam que o manejo do risco de morte pode mobilizar conflitos emocionais no psicólogo e discutem a necessidade de reconhecimento dos limites da própria atuação. Nesse contexto, a corresponsabilidade delimita a participação do profissional no

cuidado sem atribuir a ele o controle sobre as escolhas e o desfecho do paciente.

A responsabilidade envolvida no processo terapêutico também aparece relacionada a questionamentos sobre a própria atuação. O contato com situações de risco pode mobilizar dúvidas em relação à competência técnica, como expresso no relato do participante: “a gente se coloca em xeque, coloca a nossa competência em xeque, e é difícil, esse impacto emocional e separar essas coisas, o que é dele e o que é nosso” (P2). As repercussões dessa experiência também são identificadas no relato de outro participante: “eu precisei lidar com duas tentativas no mesmo paciente que hoje está recuperado, já teve alta, mas eu não me recuperei, então eu não me sinto preparado para lidar com essas demandas” (P7).

Beletti *et al.* (2024) apontam que, diante da gravidade do comportamento suicida, o profissional pode assumir uma responsabilidade ampliada em relação ao desfecho do caso, o que se associa a sentimentos de culpa e desgaste emocional. Os autores ressaltam o reconhecimento dos limites da atuação clínica, evitando tanto a atribuição de controle absoluto sobre a vida do paciente quanto a desresponsabilização frente ao cuidado. Essa delimitação contribui para a condução ética do cuidado e para a preservação emocional do profissional no exercício clínico (Beletti *et al.*, 2024).

Tema 3: Supervisão como principal espaço de sustentação

A supervisão aparece nos relatos dos psicólogos como um recurso utilizado para a condução dos atendimentos e para lidar com as repercussões emocionais relacionadas ao manejo do comportamento suicida. Essa função é evidenciada no relato: “eu

me faço assessorar muito pela supervisão e isso me ajuda muito na clínica, eu conto muito com a supervisão, então isso me ajuda a ir me preparando para receber essas demandas” (P5). As falas também mostram a procura pela supervisão diante das repercussões emocionais dos atendimentos: “levo muitas angústias pra minha supervisora, que também é minha psicóloga, então, já levo as duas coisas pra ela” (P9) e no relato: “obviamente depois do atendimento, buscando supervisão, desabando, chorando, buscando momentos de se reconfortar, é a violência que nos atravessa dentro do setting terapêutico” (P1). Esses relatos mostram que os participantes recorrem à supervisão diante das demandas da prática clínica e das experiências emocionais relacionadas aos atendimentos. Vieira e Souza (2022) relacionam a supervisão ao apoio na elaboração das experiências vividas e ao desenvolvimento da autonomia clínica.

O reconhecimento dos próprios limites também aparece relacionado à supervisão e à psicoterapia. Um participante relata: “duas coisas que eu aprendi foi sobre acolher o paciente e acolher os meus limites como terapeuta porque senão a gente enlouquece. Reforçar isso na supervisão e na terapia foi muito importante” (P2). A fala indica que o reconhecimento dos limites da atuação integra a experiência do profissional diante desses atendimentos. Espaços de apoio ao terapeuta são relacionados ao manejo das repercussões emocionais decorrentes da prática e à prevenção de desgaste e sobrecarga emocional (Fukumitsu; Scavacini, 2013; Beletti *et al.*, 2024).

Os relatos também indicam dificuldades relacionadas ao acesso a esses recursos, especialmente pelo custo financeiro da supervisão e da psicoterapia. Essa condição é evidenciada no relato: “eu sinto muito desamparada nesse sentido, né? Então, se não for eu ir atrás

de uma supervisão e eu pagar, se não for eu fazer uma terapia, paga, não tenho nenhum suporte” (P8). Nesse caso, a participante relata que o acesso ao suporte depende de sua própria iniciativa e do pagamento pelos serviços. A literatura também discute a necessidade de suporte técnico e emocional aos profissionais que atuam com comportamento suicida (Ligório *et al.*, 2024; Evangelista *et al.*, 2025).

A necessidade de apoio ao próprio profissional também aparece em outro relato: “se eu que atendo tenho o amparo suficiente para lidar com a magnitude de sofrimento, porque isso vai me impactar inegavelmente. Então, se há rede de apoio pra mim, é preciso ter ajuda pra quem ajuda” (P7). Essa fala direciona a discussão para a existência de uma rede de apoio destinada ao próprio psicólogo. A troca de experiências entre profissionais contribui para a compreensão e o aprimoramento da prática clínica, especialmente em contextos de maior complexidade emocional (Carneiro; Caldas; Sampaio, 2011). Ferracioli e Santos (2022) relacionam a supervisão à qualificação do trabalho psicológico e ao apoio ao profissional diante das demandas da prática clínica.

Tema 4: Manejo clínico estruturado e uso de protocolos

O manejo clínico do comportamento suicida é descrito pelos participantes a partir de diferentes recursos, entre eles a identificação de fatores de risco e de proteção, a comunicação com o paciente e a investigação de aspectos relacionados ao risco de suicídio. Uma participante menciona a identificação desses fatores como parte do manejo: “é importante a identificação dos fatores mesmo protetivos e fatores de risco para minimizar o risco” (P3). Outro recurso mencionado é a comunicação direta sobre o

comportamento suicida: “falar de forma muito natural sobre esse desejo de morte, sobre essa ideação, sobre essa desesperança, jogar muito limpo com o seu paciente” (P8). A literatura inclui, entre os aspectos investigados no manejo do comportamento suicida, o nível de desesperança e desamparo, a presença de transtornos psiquiátricos, o histórico de experiências traumáticas, a presença de dor psíquica insuportável (psychache), a existência de intenção e planejamento suicida e o acesso a meios letais (Evangelista *et al.*, 2025; Botega, 2023; Barros; Aquino, 2019).

A investigação do planejamento suicida pode, contudo, gerar desconforto no profissional: “me sinto um pouco desconfortável de perguntar para a pessoa: ‘mas o que você quer fazer? O que você pensa?’” (P9). A estratificação do risco em baixo, moderado ou alto direciona intervenções e encaminhamentos conforme a necessidade de proteção do paciente (Menezes, 2020; Beletti *et al.*, 2024).

A adoção de estratégias e protocolos, entretanto, não exclui a necessidade de investigar a dimensão subjetiva do sofrimento envolvido no comportamento suicida. Um dos participantes descreve a busca pela compreensão do sentido atribuído pelo paciente à própria dor: “tento primeiro entender o sentido que ele está atribuindo a essa dor, sem reduzir isso a alguma categoria diagnóstica, esse próprio espaço de escuta já traz um alívio” (P3). A preocupação em não deslegitimar o sofrimento é expressa por outro participante: “quando suicídio aparece como única opção, justificar o porquê que a vida vale a pena é deslegitimar o desejo de morrer, isso produz uma tremenda solidão de que a pessoa sabe que você não compreendeu ela” (P7). Nessa direção, Feijoo (2019) e Azevedo e Schrock (2021) destacam que o atendimento a pessoas em

sofrimento extremo não deve se restringir a uma condução centrada em protocolos, mas requer uma postura clínica implicada, capaz de reconhecer a singularidade da experiência subjetiva e favorecer a construção de vínculo terapêutico.

A condução clínica envolve, ainda, a adaptação das estratégias às condições apresentadas pelo paciente. Barros e Aquino (2019) e Beletti *et al.* (2024) discutem a necessidade de considerar as características do paciente e do contexto na definição das intervenções. Entre os recursos descritos para o manejo estão a avaliação do caso, os acordos terapêuticos e o plano de segurança. A construção de combinados e a comunicação com o paciente são identificadas na prática relatada por uma participante: “então fazer combinados de confiança com esse paciente, e de trabalhar com total transparência, ou seja: aqui, nesse espaço, a gente precisa falar a verdade. Por mais dura que ela seja, a gente precisa falar a verdade” (P2). Rainbow, Russell e Melia (2026) discutem a construção conjunta do plano de segurança e relacionam a sua utilização ao envolvimento entre clínico e paciente e à adaptação do plano às condições de cada caso.

A relação de confiança entre psicólogo e paciente integra essa forma de condução clínica. Botega (2023) relaciona a comunicação e a aliança terapêutica à construção do plano de segurança e à definição de medidas de proteção. Fukumitsu e Scavacini (2013) e Beletti *et al.* (2024) discutem o vínculo terapêutico e a construção de possibilidades de enfrentamento diante da crise suicida. Além dos recursos relacionados à avaliação do risco, à comunicação e à segurança, os profissionais descrevem estratégias voltadas à regulação emocional e às atividades cotidianas. Uma participante relata o uso do “lugar seguro” durante os atendimentos: “trabalhar o

lugar seguro tem ajudado bastante, porque tu consegues trabalhar isso desde as primeiras sessões e reforçar o quanto isso pode ser bom, então antes que o risco maximize” (P4). Outro participante relata o uso da ativação comportamental: “ir resgatando as situações que foram prazerosas, o que dá pra fazer de ativação comportamental, buscando conforme a situação permite, compreendendo esses pensamentos, sentimentos e comportamentos para a gente ir trabalhando” (P1).

Essas falas apresentam diferentes recursos utilizados pelos psicólogos no manejo do comportamento suicida, incluindo a identificação de fatores de risco e proteção, a comunicação direta sobre o comportamento suicida, a investigação do sofrimento, a construção de combinados e o uso de estratégias voltadas à segurança e à regulação emocional. Nessa direção, Barros e Aquino (2019) e Ligório *et al.* (2024) apontam que a mobilização de recursos protetivos e de estratégias de enfrentamento contribui para ampliar a tolerância ao sofrimento psíquico, favorecendo respostas menos impulsivas e mais voltadas à autopreservação do paciente.

Tema 5: Articulação da rede de apoio e cuidado interdisciplinar

No manejo do comportamento suicida, os participantes relatam a mobilização da rede de apoio como parte do cuidado ao paciente. A construção dessa rede pode envolver pessoas para além do núcleo familiar. Por ser um fenômeno complexo e multideterminado, a prevenção e o manejo do suicídio podem envolver a família, a comunidade e os diversos níveis de atenção à saúde (Santos; Kind, 2020; Evangelista *et al.*, 2025). Um participante descreve a construção dessa rede durante o acompanhamento: “a rede de apoio muitas vezes o paciente não tem, ajudar o paciente a ter a

construção da rede de apoio é sensacional, né, porque não precisa ser a família ou quem está ali do lado, pode ser muito mais ampla” (P2).

A definição de pessoas que podem ser acionadas em situações de necessidade integra essa construção. Uma participante relata que o contato de segurança nem sempre pertence à família: “se eu precisar acionar a tua rede, eu vou acionar, quem são as pessoas, com quem que a gente pode contar, quem é esse contato de segurança que eu vou ter, muitas vezes não é um familiar, né, é um amigo, é alguém de fora” (P1). A presença de vínculos significativos e a estruturação de um suporte social são relacionadas a fatores de proteção e ao suporte emocional ao sujeito em sofrimento (Arraz *et al.*, 2024; Evangelista *et al.*, 2025).

A participação da rede requer, contudo, atenção às condições das pessoas envolvidas no cuidado. Um participante relata a necessidade de orientar familiares que apresentavam sofrimento diante da situação: “houve necessidade de preparar a rede de apoio com o letramento e limites em casos de familiares, que entravam em sofrimento em tentar amparar o paciente, isso às vezes piorava as circunstâncias, virava gatilho” (P7). A orientação da rede é mencionada novamente por outra participante: “a própria rede de apoio desqualifica e para o paciente é um vínculo forte, mas o processo de psicoeducação com essa rede é fundamental, porque muitas vezes ele acaba se desqualificando, e não compreendendo o contexto” (P3). A literatura discute a orientação de familiares e pessoas próximas como parte do cuidado, incluindo aspectos relacionados à comunicação, à compreensão do comportamento suicida e às reações emocionais presentes nesse processo (Arraz *et al.*, 2024; Azevedo; Schrock, 2021; Barros; Aquino, 2019). A participação

da rede de apoio pode, ainda, integrar as medidas previstas para situações de risco (Beletti *et al.*, 2024; Botega, 2023).

A articulação do cuidado envolve outros profissionais e serviços de saúde. Uma participante sintetiza essa necessidade ao mencionar o desafio: “da gente conseguir fazer essa rede de apoio do paciente da família, da equipe médica, da equipe de saúde” (P8). A literatura relaciona o manejo do comportamento suicida à atuação de diferentes profissionais e serviços, incluindo a avaliação psiquiátrica e, quando indicada, a intervenção medicamentosa (Botega, 2023; Beletti *et al.*, 2024; Menezes, 2020). A articulação entre profissionais e serviços contribui para distribuir o cuidado entre os diferentes componentes da rede (Evangelista *et al.*, 2025; Santos; Kind, 2020).

As falas apresentadas nesta categoria mostram que a rede mobilizada pelos psicólogos pode incluir familiares, amigos, contatos de segurança e profissionais de saúde. Os relatos indicam ainda a construção da rede quando ela não está disponível, a orientação das pessoas envolvidas no cuidado e a articulação com outros profissionais. Esses recursos situam o manejo clínico para além da relação entre psicólogo e paciente e evidenciam a participação de diferentes fontes de suporte no cuidado.

Tema 6: Sentimento de impotência e insegurança profissional

Os sentimentos de impotência e insegurança são relatados pelos psicólogos diante do manejo do comportamento suicida. Um participante descreve diretamente essa experiência: “o meu sentimento é um sentimento de impotência e de despreparo, eu ficava pensando: gente, mas será que é só aqui?” (P8). A insegurança quanto à avaliação do risco é expressa por outro participante: “será

que eu não ignorei algum elemento que aumentou o risco do paciente e eu deixei passar?” (P4). Turecki *et al.* (2019) discutem as limitações da previsão do suicídio no nível individual e do uso isolado de instrumentos padronizados na avaliação de risco. Já Beletti *et al.* (2024) e Oliveira e Antunes (2020) apontam que o atendimento ao comportamento suicida pode envolver carga emocional e ansiedade e discutem os limites da responsabilidade do profissional diante do desfecho do caso. Azevedo e Schrock (2021), por sua vez, ressaltam que o terapeuta pode ter sua vocação profissional questionada e vivenciar intensos conflitos emocionais, especialmente quando assume a ideia ilusória de que pode evitar o desfecho letal e controlar isoladamente as escolhas do outro.

Outra questão relatada pelos participantes refere-se à situação em que o psicólogo se percebe como uma das poucas fontes de suporte disponíveis ao paciente. Uma participante afirma: “às vezes o nosso paciente só vai ter a nós mesmos, é bom, mas é muito angustiante, é muito pesado, né?” (P2). Situação semelhante é descrita em outro atendimento: “eu era praticamente a única pessoa com quem ela tinha alguma socialização. E aí pensei, meu Deus do céu. Só tenho eu” (P4). A responsabilidade atribuída ao acompanhamento psicológico é mencionada ainda em relação às expectativas da família: “quando um paciente que tem uma ideação suicida está em terapia, a família dele entra numa tranquilidade maior, como se isso fosse uma garantia e a gente sabe que isso não é verdade, a terapia também não garante nada” (P2). Os relatos mostram a preocupação dos profissionais diante de situações nas quais percebem reduzida participação de outras fontes de suporte ao paciente. Beletti *et al.* (2024) e Oliveira e Antunes (2020) discutem, nesse contexto, os limites da atuação do psicólogo e da responsabilidade assumida pelo profissional diante da vida do paciente.

Os resultados indicam que a impotência e a insegurança estão presentes nos relatos dos profissionais diante de diferentes situações relacionadas ao manejo do comportamento suicida, como a avaliação do risco, a possibilidade de não identificar elementos relacionados ao agravamento do caso e a percepção de ocupar uma posição de suporte diante de uma rede reduzida. Essas experiências remetem ao reconhecimento dos limites da atuação profissional e da possibilidade de controle sobre o desfecho do caso (Botega, 2023; Silva; Daiuto, 2017).

Em conjunto, os resultados dos dois grupos mostram que o manejo do comportamento suicida envolve dificuldades relacionadas à formação e à preparação técnica, repercussões emocionais diante dos atendimentos e questões relacionadas à responsabilidade e aos limites da atuação profissional. Entre as estudantes, essas dificuldades aparecem associadas à percepção de preparo para a prática clínica, ao uso da supervisão e à busca por formação complementar. Entre os psicólogos, os relatos incluem estratégias de avaliação e manejo, mobilização da rede de apoio, supervisão e reconhecimento dos limites da atuação diante do risco de suicídio. Esses resultados sustentam a hipótese formulada neste estudo de que estudantes em fase final da graduação e psicólogos clínicos enfrentam desafios técnicos, emocionais e éticos relacionados ao manejo do comportamento suicida.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada permite compreender que os psicólogos clínicos utilizam diferentes recursos no manejo do comportamento suicida, que envolvem avaliação do risco e dos fatores de proteção, investigação do sofrimento, comunicação com o paciente, medidas

de segurança, mobilização da rede de apoio e supervisão. Entre as estudantes de Psicologia, a formação para essa demanda é percebida como insuficiente diante das situações encontradas na prática clínica, com relatos de insegurança, dificuldades na relação entre conhecimento teórico e prática e busca por supervisão e formação complementar. Dessa forma, os achados respondem à questão de pesquisa e atendem ao objetivo proposto ao identificar as estratégias utilizadas pelos psicólogos clínicos e as percepções das estudantes sobre sua preparação para o manejo do comportamento suicida.

Os resultados mostram que a experiência profissional amplia os recursos utilizados no manejo, mas não elimina a insegurança nem as repercussões emocionais relacionadas aos atendimentos. A supervisão está presente nos dois grupos, embora relacionada a demandas distintas. Entre as estudantes, está vinculada à orientação diante das dúvidas e à aprendizagem clínica; entre os psicólogos, também se relaciona à discussão dos casos, às repercussões emocionais e ao reconhecimento dos limites da atuação profissional.

A hipótese formulada é confirmada, uma vez que os desafios técnicos, emocionais e éticos estão presentes nas experiências dos dois grupos. Os aspectos técnicos envolvem a preparação e as decisões relacionadas à avaliação e ao manejo do risco; os emocionais aparecem na insegurança, angústia, sobrecarga e impotência; e os éticos estão relacionados à responsabilidade clínica, aos limites da atuação e às decisões que envolvem a rede de apoio e outros profissionais no cuidado.

Os achados indicam a necessidade de ampliar, na formação em Psicologia, o contato com conhecimentos e situações relacionados

ao manejo do comportamento suicida, aproximando a formação teórica das demandas encontradas na prática clínica. No exercício profissional, a permanência de dúvidas e repercussões emocionais indica a necessidade de continuidade da formação e de acesso à supervisão e a recursos de suporte ao psicólogo.

O número de participantes e a amostragem intencional e por conveniência delimitam o alcance dos resultados. Pesquisas com psicólogos clínicos e estudantes de outras instituições e contextos de atuação podem investigar diferenças relacionadas à formação, ao acesso à supervisão e aos recursos utilizados no manejo do comportamento suicida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Betânia Tinti de *et al.* Atitudes de universitários da área da saúde relacionadas ao comportamento suicida. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, e25210514804, 2021. DOI: <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14804>.

ARRAZ, Amanda dos Santos *et al.* Redes de apoio e cuidado interdisciplinar na prevenção do suicídio. **Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 112-125, 2024.

AZEVEDO, Mariana de Souza; SCHROCK, Emma. O impacto emocional do comportamento suicida no psicólogo clínico: uma revisão de literatura. **Revista de Psicologia Clínico-Hospitalar**, v. 29, n. 1, p. 45-60, 2021.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2021.

BARROS, Renata da Silva; AQUINO, Thiago Antonio Avellar de. O manejo do comportamento suicida na clínica psicológica: desafios e possibilidades. Logos & Existência: **Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial**, v. 8, n. 2, p. 134-149, 2019.

BELETTI, Julia Heliodoro *et al.* O psicoterapeuta diante do comportamento suicida: sentimentos, dificuldades e limites da prática. **Psicologia USP**, v. 35, e230045, p. 1-12, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e230045>.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BRYAN, Craig J.; RUDD, M. David. **Brief cognitive behavioral therapy for suicide prevention**. New York: Guilford Press, 2024.

CARNEIRO, Cristiane de Sousa; CALDAS, Marcus Tullius; SAMPAIO, Joseane de Souza. O sofrimento psíquico na clínica-escola: a escuta psicológica em casos de comportamento suicida. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 16, n. 2, p. 175-182, 2011.

CASARIN, Geovana Vargas *et al.* Acolhimento psicológico em situação de crise suicida: relato de experiência. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 15, e74101522769, 2021. DOI: <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22769>.

EVANGELISTA, Lucas Silva *et al.* O manejo estruturado do comportamento suicida: desafios e práticas na psicologia clínica. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, v. 21, n. 1, p. 89-102, 2025.

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. **A clínica psicológica em face do suicídio**. Rio de Janeiro: IFEN, 2019.

FERRACIOLI, Mariana de Oliveira; SANTOS, Manoel Antônio dos. Supervisão clínica em psicologia: o suporte ético e técnico no atendimento de crises. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 27, e51432, 2022.

FUKUMITSU, Karina Okajima; SCAVACINI, Karen. Suicídio: uma questão de saúde pública e um dever da psicologia. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 1, p. 170-187, 2013.

FUKUMITSU, Karina Okajima. **Sobreviventes do suicídio: o luto silenciado**. São Paulo: Summus, 2014.

GARONE, George Heitor Bastos *et al.* A clínica-escola como espaço de formação ética, técnica e cidadã: a importância do estágio supervisionado em psicologia. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 14, n. 7, e4514749206, 2025. DOI: <http://doi.org/10.33448/rsd-v14i7.49206>.

GATTI, Bernardete A. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 457–469, 2005.

GLIDDEN, Rosina Forteski *et al.* Estágio em Psicologia Clínica e supervisão em Serviços-Escola de Psicologia: caracterização e avaliação de estagiários. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S. l.], v. 16, n. 2, e19792, p. 1-19, 2023. DOI: <http://doi.org/10.36298/gerais202316e19792>.

GUARESCHI, Pedrinho A.; BIZERRA, Maíra; SCHNEIDER, Sandra. A formação em Psicologia e o desafio da inserção no SUS. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 101-107, jan./mar. 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/9XXzzx7KSFZqgZpQWGqhWTq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2025.

JACÓ-VILELA, Ana Maria. A Psicologia no Brasil: Formação e Institucionalização. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 44, n. spe1, e287307, p. 1-10, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003287307>.

KIRCHNER, Luziane de Fátima; QUELUZ, Francine Nathalie Ferraresi Rodrigues. Conhecimento e atitudes de universitários acerca do suicídio: Influências sociodemográficas e acadêmicas. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 4, p. 3120-3130, jul./ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-077>.

LANGARO, Francielle; CARVALHO, Ana Paula de; BONAMIGO, Irme Salete. Preparo dos profissionais de saúde para o manejo do comportamento suicida na rede pública. **Revista de Saúde Coletiva (Physis)**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320114, 2022.

LIGÓRIO, Bruno Silva *et al.* Ansiedade, insegurança e atitudes de psicólogos frente ao paciente com comportamento suicida. **Psico-USF**, v. 29, n. 2, p. 287-299, 2024.

LOPES, J. S. S.; CASTRO, R. C. De estagiário à psicoterapeuta: sobre a descoberta de um novo lugar. **Quaderns de Psicologia**, Barcelona, v. 20, n. 2, p. 141-158, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1444>.

MAGALHÃES, Gleycielle Silva; SOEIRO, Ana Cristina Vidigal; MORAIS, Carlos Arthur da Silva. Prevenção e manejo do comportamento suicida na perspectiva de futuros psicólogos: implicações para a formação profissional. **REBENA - Revista Brasileira de Ensino e Aprendizagem**, [S. l.], v. 12, p. 524-543, 2025. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17050836>.

MATTOS, Larissa Silva; RODRIGUES, Maria Eduarda de Souza; SOUZA, Roberto da Silva. A formação contínua em psicologia frente às demandas contemporâneas da saúde mental. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 3, e124, 2022.

MENEZES, Ana Cláudia Silva. A estratificação de risco de suicídio na clínica psicológica: diretrizes para intervenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, e00123520, 2020.

MICHELS, Tatiana *et al.* Modelos de intervenção baseados em evidências na prevenção de comportamento suicida: regulação emocional e suporte. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 51, n. 1, p. 34-45, 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

NUIJ, Chani *et al.* Safety planning for prevention of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Psychiatry**, v. 78, n. 10, p. 1120-1130, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2333>.

OLIVEIRA, Flávia de; ANTUNES, Kelly Andressa da Silveira Kaipers. Estudos sobre o impacto do suicídio de pacientes psicoterápicos na dinâmica do profissional psicológico. In: **Políticas afirmativas e**

direitos humanos: refrações do mundo globalizado. Mafra/SC: Ed. da UnC, 2020. p. 90-104.

PICCININI, Blandina Daniel Babo de Oliveira; FIGUEIRÊDO, Alessandra Aniceto Ferreira de; MIRANDA, Dayse Assunção. O comportamento suicida no contexto universitário: uma revisão integrativa da literatura. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 35, e350219, 2025. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0103-73312025350219pt>.

RAINBOW, Emma; RUSSELL, Sarah; MELIA, John. Clinical utility and personalization of safety planning for suicidal crisis. **Clinical Psychology Review**, v. 118, e102431, 2026.

REUL, Cláudia dos Santos; TERRA, Márcia Ribeiro; VIANA, Patrícia Ribeiro. Manejo do comportamento suicida por psicólogos clínicos: experiências e desafios. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 10, n. 1, p. 89-104, 2024. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/1174>. Acesso em: 14 maio 2025.

SANTOS, Lucas Oliveira dos; KIND, Luciana. A rede de atenção psicossocial e o cuidado interdisciplinar ao paciente com comportamento suicida. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190562, 2020.

SILVA, Marcus Vinicius de Oliveira; DAIUTO, Marilena de Souza. A formação acadêmica e o silenciamento sobre a morte: implicações para a psicologia. **Revista da SPAGESP**, v. 18, n. 2, p. 89-102, 2017.

STEWART, David W.; SHAMDASANI, Prem N. **Focus groups:** theory and practice. Newbury Park: Sage Publications, 1990.

STOPPA, Mariana Rodrigues *et al.* Desafios na atuação dos profissionais de saúde mental frente ao suicídio: o impacto da formação superior. **Revista Subjetividades**, v. 20, n. 3, e9872, 2020.

TURECKI, Gustavo *et al.* Suicide and suicide risk. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 5, n. 1, p. 1-22, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>.

VIEIRA, Érico Douglas; SOUZA, Jéssica Rodrigues de. A supervisão em Psicologia como espaço de formação e de acolhimento. **Itinerarius Reflectionis**, Jataí, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2022.

WIBECK, Victoria; DAHLGREN, Lars Owe; ÖBERG, Gunilla. Learning in focus groups: an analytical dimension for enhancing focus group research. **Qualitative Research**, v. 7, n. 2, p. 249–267, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suicide mortality rate (per 100 000 population). WHO data, 2025. Disponível em: <https://data.who.int/indicators/i/F08B4FD/16BBF41>. Acesso em: 26 jun. 2025.

XIMENES, Celina Maria Aragão; BARRETO, Carmem Lúcia Brito Tavares. A supervisão clínica em psicologia no contexto de clínica-escola no Brasil. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 22, n. 1, p. 67-81, 2018.

Financiamento

O presente estudo contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de bolsa de estudos concedida à autora.

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde –
Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba, SC. E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde –
Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba, SC. E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Docente do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde –
Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba, SC. E-mail:
[acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)