REVISTA DA SBPH

Atitude de profissionais de saúde diante do comportamento suicida de gestantes e puérperas

Health professionals' attitudes toward suicidal behavior among pregnant and postpartum women

Gabriela Cattel ALBARAÇIN[1]
Ana Paula BASQUEIRA[1]
Larissa Borges MALIMPENSA[1]
Tatianne Ferrari NEVES[1]

[1] Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto/UNIARARAS, Faculdade de Psicologia. Araras, SP, Brasil.

Correspondência:
Gabriela Cattel Albaraçin
gabrielacattel@fho.edu.br

Recebido: 05 jun. 2025
Revisado: 16 set. 2025
Aprovado: 19 set. 2025

Como citar (APA):
Albaraçin, G. C., Basqueira, A. P., Malimpensa, L. B., & Neves, T. F. (2025). Atitude de profissionais de saúde diante do comportamento suicida de gestantes e puérperas. *Revista da SBPH, 28*(Esp 1), e007. https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.Esp_1.896.

Financiamento:
Financiamento próprio.

Conflito de interesses:
Os autores declaram não haver conflito de interesses.

CC BY

Resumo

O comportamento suicida é uma das principais causas evitáveis de mortalidade materna, que pode ser agravado pela negligência das questões emocionais durante a gestação. Compreender a atitude de profissionais da saúde (PDS) sobre o manejo de gestantes e puérperas em sofrimento psíquico, incluindo comportamento suicida, e identificar as dificuldades enfrentadas nesse cuidado. Pesquisa quanti-qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 84384924.1.0000.5385), com coleta de dados via Google *Forms* a partir de questionário sociodemográfico, o Questionário de Atitudes frente ao Comportamento Suicida (QACS), condutas realizadas e questões abertas sobre gestantes em sofrimento. Participaram 46 profissionais da saúde. O teste de Kruskal-Wallis, seguido do pós-teste de Dunn com correção de Holm, indicou diferenças significativas entre categorias profissionais de Psicologia e Enfermagem nos escores de capacidade de cuidado a pacientes com comportamento suicida e de direito ao suicídio. Para fins comparativos com a literatura prévia, também foram conduzidas análises de ANOVA com pós-teste de Tukey-Kramer. O escore total médio foi de 52,37 (DP=10,98) indicando que, apesar do reconhecimento da importância do cuidado, ainda há dificuldades e ambivalências que podem impactar a prática clínica. A análise qualitativa, com 8 participantes, apontou desafios como insegurança, ausência de protocolo, sobrecarga de trabalho, encaminhamento e fragilidades na articulação interdisciplinar e intersetorial. Evidenciou-se a importância da corresponsabilização do PDS para um cuidado integral, que promova uma escuta qualificada, além do envolvimento da rede de apoio no plano de cuidado. Estudo exploratório, evidenciou que o manejo de gestantes e puérperas em sofrimento demanda capacitação contínua, estratégias de cuidado de saúde mental para PDS, abordagens integradas, fluxograma e suporte institucional contínuo para qualificar a assistência e prevenir desfechos adversos.

Descritores: Pessoal da saúde; Intervenção na crise; Comportamento autodestrutivo; Gravidez; Puerpério.

Abstract

Suicidal behavior is one of the main preventable causes of maternal mortality, which can be aggravated by neglecting emotional issues during pregnancy. Understand the attitude of health professionals (HPs) regarding the management of pregnant and postpartum women experiencing psychological distress, including suicidal behavior, and identify the difficulties faced in this care. Quantitative-qualitative research, approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 84384924.1.0000.5385), with data collection via Google Forms from a sociodemographic questionnaire, the Questionnaire on Attitudes towards Suicidal Behavior (QACS) and open questions about pregnant women in distress. Forty-six HPs participated. The mean QACS score was 52.37 (SD=10.98), indicating intermediate attitudes toward suicidal behavior in this population. The Kruskal-Wallis test, followed by Dunn's post hoc test with Holm correction, revealed significant differences between Psychology and Nursing in the dimensions "capacity for care" and "right to suicide," with psychologists showing more favorable attitudes. Complementary analyses with ANOVA and Tukey-Kramer were conducted for comparison with previous literature and showed convergent results. The qualitative analysis, with eight participants, highlighted challenges such as insecurity, lack of protocols, work overload, referral difficulties, and weaknesses in interdisciplinary and intersectoral collaboration. The importance of co-responsibility of the HPs for comprehensive care, which promotes qualified listening, in addition to the involvement of the support network in the care plan, was highlighted. Conclusion: The management of pregnant women in distress demands continuous training, mental health care strategies for HPs, integrated approaches, flowchart and continuous institutional support to qualify care and prevent adverse outcomes.

Descriptors: Health personnel; Crisis intervention; Self destructive behavior; Pregnancy; Puerperium.

INTRODUÇÃO

O suicídio é uma questão de saúde pública no Brasil e, apesar da gravidade, ainda há escassez de estudos acadêmicos voltados ao suicídio materno, o que reforça a necessidade de produção de conhecimento na área. A ideação suicida é mais prevalente entre mulheres adultas jovens com transtornos mentais diagnosticados (Botega et al., 2005), e o suicídio é uma das causas centrais de morte em mulheres no período que vai da gestação até um ano após o parto (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2020). Em alguns países, o suicídio perinatal é responsável por 5% a 44% das mortes maternas e é marcado pelo uso de métodos mais violentos, do que em outros tipos de suicídio e momentos da vida (Khalifeh et al., 2016).

No Brasil, apesar das tentativas de suicídio serem pouco frequentes durante a gestação e o puerpério em comparação à população em geral, o suicídio ainda está atrelado a 20% das mortes no período pós-parto (Grillo et al., 2024). Isso pode acontecer porque a gravidez e o puerpério são momentos sensíveis à vida da mulher, podendo vir à tona problemas de saúde mental já existentes. No entanto, estima-se que 50% das mulheres com problemas de saúde mental perinatal e com risco de suicídio não são identificadas e, consequentemente, não fazem tratamento, mesmo em contato constante com os serviços de saúde (Bauer et al., 2014). Apesar do risco de morbidade materna, há subnotificação de casos de suicídio no Brasil e os números registrados de lesões autoprovocadas intencionalmente não condizem com a realidade, o que pode impactar nos dados epidemiológicos e consequentemente na construção e implementação de políticas públicas (Botega, 2022).

Quando ocorre uma tentativa de suicídio, o paciente é acolhido pelos serviços de saúde por meio de diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde o atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional. Botega (2022) e Bertolote (2012) destacam a importância no preparo desses profissionais para favorecer a adesão ao tratamento e ofertar cuidados em saúde mental, naquele equipamento ou, se necessário, em outro ponto de atenção.

Neste cenário, destaca-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que direciona e organiza os serviços de saúde mental no país ao propor um modelo de cuidado pautado na integralidade e continuidade, articulando diferentes pontos da rede (Ministério da Saúde [MS], 2011a). Diante disso, compreende-se que o enfrentamento das demandas relacionadas ao comportamento suicida é uma responsabilidade compartilhada por todos os profissionais da rede de saúde, independentemente do nível de atenção que atuam, o que evidencia a importância de contar com profissionais capacitados na identificação precoce de sinais de adoecimento mental, gerindo e acompanhando os riscos relacionados ao suicídio, intervindo de maneira adequada quando necessário, encaminhando aos serviços pertinentes (World Health Organization [WHO], 2021).

Além da RAPS, outras políticas nacionais dispõem sobre cuidados às gestantes e puérperas, destacando-se a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que prevê ações e assistências à saúde de gestantes e neonatos, com o objetivo de ampliar o acesso à qualidade de assistência (MS, 2005). De modo complementar, a Rede Cegonha institui uma rede de cuidado que assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante todo o período de concepção e pós-concepção, incluindo a gravidez, o parto, o puerpério, o nascimento e o desenvolvimento seguro da criança (MS, 2011b). Neste contexto, a Portaria

1.020/2013, estabelece a inclusão do psicólogo como membro integrante da equipe de atendimento a gestantes de alto risco, reforçando a importância do cuidado integral à saúde materna e infantil (MS, 2013b).

Todavia, os profissionais de saúde podem não se sentir capacitados para lidarem com o comportamento suicida (Pimenta et al., 2024). Esse achado dialoga com pesquisas anteriores de Bertolote (2012) e Botega (2022), que já indicavam desconforto emocional e lacunas na formação acadêmica como dificuldades centrais no manejo desse comportamento. Apesar da relevância do tema, poucos estudos analisam especificamente as atitudes dos profissionais de saúde diante do comportamento suicida no ciclo gravídico-puerperal.

Considerando este contexto, este estudo teve como objetivo compreender as atitudes dos profissionais de saúde frente ao atendimento de gestantes e puérperas em sofrimento psíquico, incluindo o comportamento suicida, bem como analisar de que modo tais profissionais intervêm nesse contexto e quais as dificuldades encontradas no âmbito dos serviços de saúde. Justifica a realização deste estudo a lacuna existente na literatura científica quanto à abordagem das atitudes e práticas de profissionais de saúde diante do sofrimento e comportamento suicida gestacional e perinatal. Esta temática, ainda pouco explorada, demanda maior aprofundamento científico, podendo contribuir para futuras capacitações de profissionais de saúde, assim como no reconhecimento e manejo de situações de risco à saúde mental perinatal.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 84384924.1.0000.5385). Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem quali-quantitativa e corte transversal, realizado entre profissionais de saúde que atuam com gestantes e puérperas. A pesquisa foi divulgada presencialmente em três equipamentos da RAPS e, de forma remota, por cinco canais digitais (*e-mail*, *LinkedIn*, *Facebook*, *WhatsApp* e *Instagram*).

AMOSTRAGEM

A amostra foi não probabilística, por conveniência. O critério de inclusão foi ser profissional de saúde em atuação com gestantes e puérperas; aqueles que não atendiam eram automaticamente excluídos pelo formulário eletrônico. Não foi realizado estudo-piloto nem cálculo amostral, pois a coleta se encerrou com o esgotamento dos dados qualitativos. A participação foi voluntária e condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

INSTRUMENTOS

1. Questionário sociodemográfico e profissional (*Google Forms*), com dados pessoais, categoria profissional e práticas de cuidado em saúde mental

2. Questionário de Atitude em Relação ao Comportamento Suicida (QACS), validado no Brasil por Botega et al. (2005). O autor foi contatado e autorizou a aplicação

online, distinta da original, com adaptação da escala *Likert* (1-5) para o formato digital. Foram realizados pré-testes com três estudantes da área da saúde, que confirmaram a clareza do instrumento.

3. Entrevista qualitativa semiestruturada, aplicada por videoconferência (*Google Meet*) aos participantes que manifestaram interesse. As entrevistas foram gravadas com o consentimento e foram transcritas integralmente.

ANÁLISES QUANTITATIVAS

As respostas do QACS foram analisadas segundo suas subescalas originais (sentimentos em relação aos pacientes; capacidade de lidar com situações envolvendo comportamento suicida; direito ao suicídio). Dada a distribuição assimétrica e heterogênea dos grupos profissionais, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis como análise principal, seguido do pós-*hoc* de Dunn com correção de Holm. Para fins de comparação com a literatura (Botega et al., 2005; Storino et al., 2018), foram também conduzidas análises complementares de ANOVA de uma via, seguida do teste de Tukey-Kramer. O nível de significância adotado foi de 5% ($p<0,05$).

ANÁLISES QUALITATIVAS

O material das entrevistas foi tratado segundo a metodologia clínico-qualitativa (Turato, 2013). A análise seguiu as etapas de transcrição, codificação, categorização e validação por pares. Utilizou-se a análise de conteúdo temática (Bardin, 1977/2011), que permitiu a identificação de núcleos de sentido e a construção das categorias analíticas. Quatro pesquisadoras realizaram a codificação de forma independente, discutindo posteriormente as convergências para definição final das categorias. O esgotamento de dados qualitativos foi o critério de encerramento da coleta dos dados quantitativos.

Os achados quantitativos e qualitativos foram integrados por meio de triangulação metodológica (Minayo, 2012), estratégia que amplia a compreensão do fenômeno, diminui vieses e fortalece a validade do resultado. Também permite explorar simultaneamente a profundidade interpretativa dos dados qualitativos e a mensuração objetiva dos dados quantitativos, favorecendo maior robustez e validade dos resultados (Creswell & Plano Clark, 2013).

RESULTADOS

A seção de resultados está organizada em três partes: (i) caracterização sociodemográfica da amostra; (ii) análise quantitativa dos dados obtidos por meio da Escala QACS; e (iii) análise qualitativa das entrevistas realizadas com os profissionais da saúde. As subseções a seguir apresentam os dados conforme essa estrutura.

CARACTERÍSTICA DA POPULAÇÃO

A amostra foi composta por 46 profissionais da saúde, sendo a maioria do sexo feminino (97,8%), com predominância de idades entre 24 e 41 anos (69,6%). Em relação ao estado civil, 50,3% eram casados e 30,8% solteiros.

No que diz respeito à saúde mental dos profissionais, 60% relataram fazer acompanhamento psicológico, 27,5% faziam ambos (psicológico e psiquiátrico), e 28.6% indicaram histórico familiar de suicídio. Apenas 7,5% não realizavam nenhum

tipo de acompanhamento. Esses dados refletem uma amostra jovem, majoritariamente feminina, com histórico de envolvimento prévio com saúde mental, o que pode influenciar sua atitude diante do comportamento suicida.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A amostra foi composta por 43 profissionais já formados, uma vez que três respostas foram desconsideradas: duas por se referirem a estagiários e uma que indicava "outros" sem especificação da atuação profissional. A categoria mais representativa foi a de psicólogos (39,5%), seguida por técnicos de enfermagem (14%), médicos (9,2%) e enfermeiros (9%). As demais categorias, como fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais e acupunturistas, apresentaram participação mais pontual.

Quanto ao tempo de atuação profissional, a maioria relatou ter entre um e seis anos de experiência. Apenas um participante referiu atuar há mais de 30 anos. Em relação ao vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS), 27 profissionais (62,8%) afirmaram não atuar diretamente na rede pública, enquanto os demais estavam distribuídos nos níveis secundário (31,6%), terciário (21,0%), quaternário (15,8%) e primário (10,6%).

No que se refere à participação em eventos formativos, 34,8% relataram ter participado de capacitações sobre saúde mental há mais de seis meses; 13,9% afirmaram nunca ter participado de nenhum evento relacionado à temática, e 2,3% indicaram ter tido contato com a temática apenas durante a graduação. Esse panorama reforça a heterogeneidade da amostra em termos de formação continuada.

ATITUDE EM RELAÇÃO AO COMPORTAMENTO SUICIDA

Os escores individuais dos participantes foram calculados a partir dos itens do Questionário de Atitudes frente ao Comportamento Suicida (QACS), organizados em quatro subescalas propostas por Botega et al. (2005): Sentimentos em relação ao paciente, Capacidade para lidar com situações de risco, Direito ao suicídio e Questões não agrupadas (QNA). As análises estatísticas foram conduzidas com auxílio do Python, utilizando os pacotes pandas, SciPy e *statsmodels*.

A distribuição dos dados foi relativamente simétrica, com médias próximas às medianas. O escore de Sentimentos apresentou a maior média (M=13,39; Md=12; DP=5,39), indicando que os profissionais expressam sentimentos ambíguos diante do cuidado de pacientes com risco suicida. Isso pode envolver empatia e compaixão, mas também desconforto emocional, dilemas éticos ou sentimentos de impotência. O escore de Capacidade (M=12,10; Md=13; DP=3,50) reflete a autopercepção sobre competência técnica, segurança e preparo no manejo clínico dessas situações. Já o escore de Direito ao suicídio (M=13,02; Md=13; DP=3,65) aborda julgamentos morais e crenças sobre a autonomia do paciente, podendo estar relacionado a valores pessoais, convicções religiosas ou bioéticas. As QNA (M=13,84; Md=14; DP=3,92) foram mantidas na análise por conterem itens potencialmente relevantes, embora não agrupados teoricamente.

O teste de Kruskal-Wallis identificou diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais nos escores de Capacidade (H_{10}=22,95, p=0,011) e Direito ao suicídio (H_{10}=20,13, p=0,028). Para o escore de Sentimentos, observou-se uma tendência de diferença entre grupos (H_{10}=17,09, p=0,072), enquanto as QNA não apresentaram significância (H_{10}=8,29, p=0,60).

Nas comparações múltiplas (teste de Dunn com correção de Holm), apenas uma diferença manteve significância após correção: Psicólogos apresentaram escores significativamente mais altos que Técnicos de Enfermagem no domínio Direito ao suicídio (p=0,018). Esse resultado sugere que psicólogos tendem a reconhecer mais amplamente a autonomia do paciente frente ao comportamento suicida, o que pode refletir tanto sua formação quanto aspectos ético-clínicos da profissão.

Outras comparações apresentaram valores próximos ao limiar de significância, como Psicólogos *vs*. Técnicos de Enfermagem no escore de Capacidade (p=0,082) e Sentimentos (p=0,066), bem como Enfermeiros *vs*. Psicólogos (p=0,148). Tais tendências, embora não estatisticamente confirmadas, indicam padrões diferenciais entre categorias profissionais, que merecem investigação com amostras maiores.

AVALIAÇÃO DO MANEJO DE COMPORTAMENTO SUICIDA DE GESTANTES

Entre os 46 profissionais participantes, 95,7% (n=44) afirmaram nunca ter perdido uma paciente por suicídio, enquanto 4,3% (n=2) relataram já ter vivenciado esse tipo de perda.

Para explorar percepções subjetivas relacionadas ao manejo do comportamento suicida em gestantes e puérperas, foram aplicadas cinco afirmações em escala *Likert* (1= discordo totalmente a 5= concordo totalmente). As médias das respostas variaram entre 2,82 e 3,40, com mediana três em todos os itens – o que sugere uma tendência à neutralidade ou leve concordância. A menor média foi associada à afirmação "Você acredita que o gênero do profissional faz diferença no cuidado?" (M=2,82), indicando uma leve discordância. A maior média foi observada na afirmação "Você se sente preparado para intervir em casos que envolvam o manejo de mulheres grávidas ou puérperas com comportamento suicida?" (M=3,40), sugerindo maior autopercepção de preparo.

O teste do qui-quadrado de aderência aplicado às respostas não indicou diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições (χ^2=8,69; gl=12; p= 0,73), apontando uniformidade nas percepções relatadas.

Com relação às ações adotadas no manejo de casos, os participantes puderam selecionar múltiplas respostas. As opções mais referidas foram: permitir que a paciente verbalizasse suas angústias (81,8%), escutar e seguir os protocolos do serviço (63,6%) e comunicação com a equipe (54,5%). Em contrapartida, práticas como desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular (6,8%) e notificação ao município (9,1%) foram pouco mencionadas. Tais lacunas podem indicar dificuldades na formalização institucional do cuidado, tema que será retomado na discussão. A Tabela 1 apresenta essas respostas.

Tabela 1. Ações relatadas pelos profissionais no manejo do comportamento suicida em gestantes

Ação	n	%
Permitiu que a paciente verbalizasse suas angústias	36	81,8%
Escutou e seguiu os protocolos do serviço	28	63,6
Comunicou a equipe	24	54,5
Entrou em contato com a família	24	54,5
Realocou a paciente em local protegido	13	29,5%
Fez interlocução com a rede (RAPS)	14	31,8
Medicou	4	9,10
Notificou o caso ao município	4	9,10
Desenvolveu Projeto Terapêutico Singular (PTS)	3	6,8
Pediu que outro profissional atendesse	3	6,8

Nota: Respostas múltiplas foram permitidas; por isso, os percentuais somam mais de 100%. Dois participantes não selecionaram nenhuma alternativa; n=44.
Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

RESULTADOS QUALITATIVOS

Dos 46 participantes da pesquisa quantitativa, oito profissionais participaram da etapa qualitativa. A partir da análise das entrevistas, com base no referencial clínico-qualitativo e na análise de conteúdo, foram identificadas cinco categorias principais: (i) protocolo e corresponsabilização dos atendimentos de saúde; (ii) relação entre comportamento suicida e transtornos mentais; (iii) suporte emocional ao profissional; (iv) impacto do contato com gestantes e puérperas com comportamento suicida; e (v) capacitação profissional.

PROTOCOLOS E CORRESPONSABILIZAÇÃO DOS ATENDIMENTOS DE SAÚDE

Os Protocolos consistem em instruções detalhadas com o objetivo de assegurar uniformidade na realização de tarefas específicas. Esses documentos orientam a tomada de decisões em relação ao diagnóstico, manejo e tratamento de condições clínicas determinadas, visando padronizar condutas profissionais dentro do ambiente de trabalho. Sua aplicação contribui para reduzir a variabilidade de informações e práticas entre os integrantes da equipe de saúde, promovendo limites claros de atuação entre os diferentes profissionais, oferecendo um cuidado seguro para minimizar riscos e potenciais danos no atendimento à saúde (Costa et al., 2018).

Todavia, identificou-se que a padronização dos protocolos no Brasil é pouco estruturada, considerando que falta literatura, bem como educação permanente, matriciamento e treinamento para os profissionais.

> *"Não, **não tinha nenhum protocolo**. Relacionado à puérpera, também não tinha nenhum protocolo."* (grifos nossos; Participante 1, psicóloga, 2025)

> *"**Nunca me foi ensinado um protocolo específico**, só de orientar realmente a um acompanhamento profissional."* (grifos nossos; Participante 2, fisioterapeuta, 2025)

A partir do relato das participantes, evidencia-se a ausência de protocolos específicos, para o atendimento de gestantes e puérperas em risco de comportamento suicida, bem como a carência de orientações formais e de treinamentos estruturados, que ensinem procedimentos padronizados.

Apesar do reconhecimento da gravidade do comportamento suicida, as ações das equipes segundo os relatos restringem-se a encaminhamentos que evidenciam fragilidades na corresponsabilização, falhas na instituição e prejuízos no trabalho de rede, como destacando *pelas participantes:*

> *"[...] Quando a gente geralmente tá ali no pronto atendimento, se vem alguma coisa, uma tentativa de suicídio, algo agudo, **a gente basicamente encaminha para outro hospital**. [...] Mas tem algumas vezes que a gente identifica comportamentos de risco, pacientes com vulnerabilidades, que não têm uma rede de apoio e que estão com discursos de morte. **A gente não se sente seguro para liberar essas pacientes**. [...] Aí a gente precisa internar. Só que temos dificuldade. **Quando não é uma emergência clara, é difícil**. [...] A psicologia também funciona no nosso serviço, mas só em horário comercial, [...] **Então não tem um protocolo certinho**."* (grifos nossos; Participante 5, médica, 2025)

> *"Então, a gente costuma colocar em quarto com uma janela mais diferenciada [...] os obstetras deixam a alta a critério da psicóloga."* (Participante 7, técnica de enfermagem, 2025)

Segundo os relatos, as atitudes dos profissionais diante do comportamento suicida são pautadas em práticas como encaminhamentos e transferência para outros serviços hospitalares ou internação em casos graves; entretanto, a conduta fica sob responsabilidade do psicólogo, quando este profissional está disponível. A equipe reconhece as limitações, como falta de protocolo e disponibilidade restrita do psicólogo, evidenciando sua insegurança e desconhecimento de avaliação de risco, manejo e, consequentemente, falta corresponsabilização da equipe multiprofissional na gestão do cuidado, que por sua vez, pode ser amparada somente no julgamento clínico do profissional de saúde mental.

RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO SUICIDA E TRANSTORNOS MENTAIS

TRANSTORNOS MENTAIS, GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

A gestação é um momento de transformações biológicas, psicológicas e sociais na qual mulheres que apresentam predisposição em relação a transtornos psiquiátricos podem vivenciar situações desafiadoras durante esse período (Azevedo et al., 2025). Todavia, também ficou evidente o desconhecimento acerca do que são os transtornos mentais, a partir dos seguintes relatos:

> *"**Sim**. Quando a gente fala ali da depressão pós-parto, por exemplo [...]. **Então isso já é um fator de risco para o comportamento suicida.** E outros transtornos que também são comuns [...]. Então, **com certeza as coisas estão entrelaçadas**."* (grifos nossos; Participante 1, psicóloga, 2025)

> *"Sim, nossa, muita relação, né? **não é que seja excludente, né?** Eu entendo isso. Mas **tem muita relação**. [...] Então, muitas pacientes com transtorno bipolar, com transtorno de personalidade borderline também."* (grifos nossos; Participante 5, médica, 2025)

> *"Assim, **eu vejo que muitos têm transtorno mental**[...]. **De transtorno também, tinha uma que tinha um grau de síndrome de Down leve** [...] Às vezes, são uma gestante que tem cinco, seis gestações. Um **quadro de pobreza extrema, abandono do parceiro, abandono da família. Ou até, às vezes, por questão do sexo da criança. Às vezes, não é aquilo que ela esperava**."* (grifos nossos; Participante 7, técnica de enfermagem, 2025)

As falas dos profissionais demonstram a percepção de que há uma correlação entre transtornos mentais e o comportamento suicida, além de apresentar a falta de conhecimento sobre o tema. Nesse contexto, a depressão pós-parto é apontada como um importante fator de risco, ao lado de outros transtornos, como o transtorno bipolar e o transtorno de personalidade borderline. Tal associação mostra-se coerente com a literatura, uma vez que as transformações biopsicossociais são capazes de afetar o comportamento, a identidade pessoal da mulher e sua dinâmica familiar.

FATORES ASSOCIADOS A TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTO SUICIDA

Nota-se que os motivos que levam as gestantes a apresentarem comportamento suicidas são complexos e multifatoriais. Entretanto, os fatores de risco mais frequentes são questões de vulnerabilidade, pois acontecimentos como contexto familiar conturbado, pobreza, consumo de álcool e outras drogas, maus tratos e abusos e gravidez não planejada podem desencadear esses comportamentos, aspectos que precisam ser rastreados durante o pré-natal (Sousa et al., 2023). Mulheres com histórico de violência sexual também apresentam maiores riscos de comportamentos suicidas (Gabriel & Mendes, 2023). Aspectos psicossociais foram evidenciados na fala poucos participantes, demonstrada abaixo:

> *"[...]* ***Eu acho que é um conjunto de fatores, só que eu não sei nem os fatores que podem influenciar****. Talvez eu ache que fatores que a gente acredite, que a gente observa também em outras situações, como uma família disfuncional, algum trauma, alguma experiência também já na família, eu acho talvez, mas eu não acho que esses são os fatores determinantes [...]."* (grifos nossos; Participante 2, fisioterapeuta, 2025)

Apesar da compreensão do comportamento suicida enquanto multifatorial, o depoimento evidencia a incerteza do profissional quanto aos fatores de risco associados ao comportamento suicida, o que pode levar à dificuldade na detecção e cuidado a grupos mais vulneráveis.

SUPORTE EMOCIONAL AO PROFISSIONAL

SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DE SAÚDE

Ao analisar a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde, torna-se fundamental considerar os fatores psicossociais e biológicos que permeiam o exercício profissional, os quais frequentemente se manifestam por meio de sinais emocionais, podendo evoluir para quadros de adoecimento psíquico. Nesse sentido, a atenção à saúde mental desses profissionais revela-se tão importante quanto às medidas de proteção física e biológica, pois contribui diretamente para a segurança e a eficácia no desempenho de suas funções assistenciais (MS & Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2024).

Segundo os participantes, a prática difere do que é indicado na literatura, a partir das seguintes falas:

> *"No hospital a gente tem o psicólogo ocupacional lá, que vai ser o psicólogo para os profissionais.* ***Na prática, não****. Na prática cada um vai lidar com o seu problema ali fora do hospital. E na prática ainda o que acontece é que nós, psicólogos hospitalares, a gente acaba tendo que amparar esse sofrimento, né? Então,* ***não é a nossa função ser psicólogo da equipe, mas acaba a gente às vezes fazendo até roda de conversa, ou às vezes dando um acolhimento ali pontual no corredor mesmo, porque a gente sabe que não tem esse amparo. E para o psicólogo em si, é só se você pagar por fora mesmo*** *. Eu não atuei na pediatria com isso, mas eu faço minha terapia, então já lidei com isso em terapia também."* (grifos nossos; Participante 1, psicóloga, 2025)

> *"Na teoria, atendimento psicológico não. [...] pra gente que tá na residência médica, a gente tem muito pouco horários livres, [...] Então a gente acaba que não consegue fazer e participar desse tipo de atendimento.* ***Então é oferecido sim, mas muitas vezes a gente não consegue****.* ***E nesses casos específicos assim também não tem****."* (grifos nossos; Participante 5, médica, 2025)

Percebe-se que a saúde mental dos trabalhadores é influenciada por fatores psicossociais, evidenciando a necessidade de um cuidado voltado a esses aspectos enquanto prevenção do adoecimento. Entretanto, há uma discrepância entre o que é previsto e a realidade referida pelos participantes, que consideram o suporte psicológico institucional insuficiente, evidenciando as fragilidades na assistência destinada aos profissionais da saúde. Isso se torna ainda mais evidente na fala da participante psicóloga, que é reconhecida como profissional de referência no cuidado, mesmo quando não é o responsável pelo cuidado de saúde mental dos trabalhadores Como resultado, esta profissional pode apresentar sobrecarga pelo trabalho que desempenha no local e pelo acolhimento que presta aos colegas.

IMPACTO PELO CONTATO COM PACIENTES GESTANTES E PUÉRPERAS QUE APRESENTARAM COMPORTAMENTO SUICIDA

QUESTÕES DE GÊNERO

Na literatura científica, não foram localizados artigos que abordassem especificamente os atravessamentos vivenciados por mulheres enquanto profissionais no atendimento a pacientes que apresentaram sofrimento ou comportamento suicida perinatal. Todavia, alguns estudos sugerem que profissionais de saúde – incluindo mulheres – desempenham um papel crucial na identificação e apoio a gestantes e puérperas em risco de suicídio (Reid et al., 2022). Cabe ressaltar que, no questionário quantitativo, metade das respostas indicaram discordância parcial da afirmação "Você acredita que o gênero do profissional faz diferença no cuidado?".

> *"**Acho que interfere, interfere bastante.** É, eu acho que falando por mim, né? **Agora, assim, eu acho que a gente às vezes vê tantas coisas ruins acontecendo que a gente se questiona se a gente realmente quer passar por isso mesmo**. É, às vezes são experiências muito ruins e que a gente acaba se impactando, né? Não se afetar às vezes, né? Então, acho que acho que sim. **Acho que a residência mudou um pouco também a minha visão assim de enxergar aspectos da maternidade, de enxergar alguns desafios, né? De ver. É algumas situações difíceis. Acho que mudou muita coisa, né?"*** (grifos nossos; Participante 5, médica, 2025)

GRAVIDEZ REAL

A maternidade é tradicionalmente atribuída como a principal missão social do gênero feminino, sendo idealizada como o exercício de um papel de mãe "perfeita e normal", caracterizado por paciência e total dedicação às necessidades do filho (Tourinho, 2006). Contudo, quando a mulher assume uma postura que diverge das expectativas socialmente estabelecidas, ela frequentemente é vista como inadequada ou incapaz (César et al., 2020). Essas dificuldades ficam evidentes a partir dos dados obtidos na entrevista com os profissionais que atuam diretamente com esse público:

> *"Eu acho que foi bom, acho que **foi trazendo outros olhares, outras perspectivas de tipo, ai, todo gestante é feliz ah,***

> ***eu sempre pensava assim na minha cabeça*** *[...].*" (grifos nossos; Participante 2, fisioterapeuta, 2025)

> *"[...]* ***É que a maioria da família espera que a própria esteja feliz****. [...]* ***É, que não seja um momento lindo o nascimento de um bebê. Mas é que tem todo um entorno****."* (grifos nossos; Participante 7, técnica de enfermagem, 2025)

A maternidade é socialmente construída como um papel marcado pela dedicação integral e pelo amor incondicional, estabelecendo padrões que nem todas as mulheres conseguem ou desejam alcançar. Quando a vivência materna não corresponde a essas expectativas, podem emergir sentimentos de culpa, insegurança e frustração.

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Os profissionais da saúde apresentam dificuldade de identificar e lidar com os pacientes com comportamentos suicidas, o que pode ocasionar conflitos internos e gerar emoções negativas nos profissionais, o que evidencia a necessidade de treinamento específico para os profissionais da saúde para aprimorar suas competências (Baptista et al., 2022). Estudos apontam que 90% das pessoas que morrem por suicídio tiveram contato com profissional da saúde nos três meses anteriores a sua morte (De Leo et al., 2013).

A falta de preparo se fez presente em muitos relatos, tais como:

> *"[...]* ***Acho que eu aprendi mesmo na prática*** *e conversando com outras profissionais. Também tive essa* ***dificuldade de conseguir achar material.***(grifos nossos; Participante 2, fisioterapeuta, 2025)

> *"[...]* ***Eu não acho que existia um treinamento pra nós que estávamos ali na linha de frente, né?****"* (grifos nossos; Participante 4, fonoaudióloga, 2025)

> *"[...]* ***A equipe não está muito habituada a algumas coisas****. [...] Exemplo, é paciente, tem ideação ao suicídio, mas tipo alguns cuidados que a gente sabe que precisa ter, fica um pouco comprometido, sabe?* ***Quando essas pacientes ficam na enfermaria com a gente, é sempre um desafio****. Porque ninguém tá muito habituado, depende das interconsultas para verem [...]. Mas assim,* ***longe ainda do ideal, porque falar que a gente tem manejos assim que sabe manejar muito bem eu estaria mentindo****.* (grifos nossos; Participante 5, médica, 2025)

Os profissionais da saúde frequentemente enfrentam condições de trabalho adversas e que podem comprometer sua capacidade de atuar e aumentar o risco de adoecimento mental, o que pode impactar no manejo de pacientes que apresentam comportamentos suicidas. Os relatos dos profissionais revelam a ausência de um

treinamento formal, destacando que o aprendizado acontece no cotidiano ou a partir de trocas informais com colegas. Essas falas destacam que, apesar da experiência adquirida na prática, há insegurança e necessidade de capacitação específica para aprimoramento profissional.

De modo geral, a análise qualitativa evidenciou lacunas importantes no manejo do comportamento suicida no período gestacional e puerperal, refletidas na ausência de protocolos estruturados, na fragilidade de articulação da equipe multiprofissional, bem como na insuficiente capacitação dos profissionais de saúde para lidar com situações de risco. Também se destacou a percepção da associação entre transtornos mentais e a gestação ou puerpério, além do impacto emocional que o contato com essas situações gera nos trabalhadores, frequentemente sem suporte institucional adequado. Apesar dessas limitações, as falas apontam caminhos possíveis para a construção de práticas mais integradas e humanizadas, que envolvam corresponsabilização, capacitação e fortalecimento da rede de apoio. Essas questões serão aprofundadas na discussão dos resultados à luz da literatura científica.

DISCUSSÃO

Os resultados quantitativos indicaram que a maioria dos participantes era do sexo feminino, casada e de religião católica. Quanto à área de atuação, a maior parte era composta por psicólogos e enfermagem, sem capacitação específica em transtornos mentais, com tempo de exercício profissional entre quatro e seis anos, predominantemente no setor privado da saúde, e já com experiência prévia no cuidado de gestantes e puérperas. Sobre o manejo do comportamento suicida nesse público, as respostas foram variadas: uma parcela expressiva dos profissionais relatou sentir-se capaz de oferecer ajuda, enquanto outros associaram o manejo a concepções como “tirar a ideia de suicídio da cabeça da pessoa”, “a vida é um dom de Deus e só Ele pode tirar” ou ainda mencionaram experiências pessoais, como “já passei por situações que me fizeram pensar em cometer suicídio”, evidenciando percepções morais, religiosas e de juízos de valor durante o cuidado com mulheres que apresentam sofrimento.

Na análise qualitativa, emergiram percepções que aprofundam a compreensão dos significados atribuídos pelos profissionais ao manejo do comportamento suicida em gestantes e puérperas. As narrativas revelaram contradições importantes relacionadas tanto às concepções pessoais e religiosas quanto às experiências profissionais, evidenciando dilemas, inseguranças e estratégias adotadas diante dessas situações. Essa incongruência evidencia que os dados quantitativos, isoladamente, não refletem com fidedignidade as experiências e dificuldades enfrentadas na prática. A abordagem qualitativa mostrou-se fundamental para identificar essas lacunas, reforçando a importância da metodologia mista na investigação de fenômenos complexos, como o cuidado em saúde mental de puérperas e gestantes. Identificou-se uma correlação estabelecida pelos participantes entre transtornos mentais ao comportamento suicida, assim como a atribuição da responsabilidade do manejo dessas pacientes somente a psicólogos e médicos, que parece relacionada à falta de capacitação e ausência de protocolos específicos.

A pesquisa contou com uma amostra diversa, abrangendo 11 categorias profissionais distintas. Os participantes atuavam em diversos contextos institucionais, tanto no setor público quanto no privado, mas apenas 10,5% (n=2) dos trabalhadores do

SUS atuavam na Atenção Primária de Saúde (APS). Esse dado mostra-se relevante, ao considerarmos que a APS é a porta de entrada da RAS, equipamento onde o cuidado de pré-natal inicia. Quando necessário o compartilhamento do cuidado entre equipamentos de maior densidade tecnológica, a APS permanece como referência, e também receberá o binômio quando houver alta (MS, 2011b).

Os relatos qualitativos e quantitativos revelaram contradições significativas, e para melhor apresentação e discussão os dados foram categorizados em eixos temáticos e subdivididos em categorias: sofrimento psíquico das gestantes e dos profissionais de saúde; atitude do profissional de saúde; barreiras institucionais; manejo e possíveis atravessamentos de gênero;

SOFRIMENTO PSÍQUICO DE GESTANTES

Os transtornos mentais comuns (TMC) tem prevalência variável, mas foi identificada em 43,1% das gestantes (Ludermir et al., 2014). Os transtornos depressivos e ansiosos são os transtornos mentais mais frequentes durante o período gestacional (Souza et al., 2025). Já o transtorno bipolar pode se manifestar de forma mais intensa com episódios depressivos ou de mania que exigem intervenção instantânea. Ressalta-se que o período gestacional pode agravar os sintomas, que podem estar presentes antes mesmo da gestação.

Sintomas como fadiga, alterações de sono, apetite, peso e libido, comuns em episódios depressivos, podem ainda ser confundidos com sintomas da gestação, o que pode levar à dificuldade diagnóstica. A depressão, por sua vez, pode representar risco tanto para a mãe quanto para o feto, uma vez que está associada à restrição do crescimento intrauterino e ao aumento da probabilidade de parto prematuro (Yonkers et al., 2004). Segundo Botega (2017) os transtornos e sintomas psiquiátricos são frequentes e tendem a acontecer do primeiro ao terceiro trimestre ou até um mês após o nascimento da criança, e são influenciados por alterações hormonais, sociais e psicológicas. Esses aspectos foram evidenciados nos relatos das participantes, que associaram a presença de transtornos mentais ao comportamento suicida em gestantes e puérperas.

Os resultados deste estudo indicaram que 37,8% (n=17) dos participantes no questionário associaram o comportamento suicida aos transtornos mentais. Em poucos relatos houve a compreensão de fatores como vulnerabilidade socioeconômica e violência enquanto possíveis causas do comportamento suicida; de forma geral, os participantes consideraram o transtorno mental enquanto causa. Botega et al. (2017) aponta o comportamento suicida como um fenômeno complexo e multidimensional e não necessariamente vinculado ao transtorno mental, que resulta da interação de diversos fatores psicológicos, sociais, biológicos e culturais.

Apesar da gestação ser o período em que a mulher em idade reprodutiva está em maior contato com profissionais de saúde, poucas medidas de rastreio de transtornos mentais são implementadas no pré-natal. Quando implementadas, os transtornos mentais costumam ser identificados e tratados com medidas eficientes ainda na gestação, prevenindo que esse sofrimento se desdobre no puerpério (Azevedo et al., 2025).

A partir do relato dos entrevistados percebe-se a importância de capacitar a equipe para o reconhecimento de fatores associados a transtornos mentais e comportamento suicida, bem rastrear contextos de vulnerabilidade social, cenário familiar e outras

questões de ordem subjetiva. Azevedo et al. (2025), afirma que apesar de existirem alguns instrumentos que auxiliem no rastreamento de sintomas sugestivos de transtornos mentais ainda na gestação, há dificuldade na implementação desses protocolos na rotina de pré-natal.

Faz-se necessário considerar o impacto sobre os próprios profissionais de saúde, que precisam reconhecer sinais de sofrimento psíquico, lidar com situações de vulnerabilidade social e acolher demandas complexas – fatores que podem gerar intensa sobrecarga emocional. Assim, deve-se analisar a repercussão emocional para os trabalhadores, uma vez que a saúde mental influencia diretamente na qualidade do cuidado prestado.

SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais da saúde enfrentam condições laborais adversas, caracterizadas por jornadas extensas, remunerações inadequadas e constante exposição a enfermidades e transtornos, comprometendo a capacidade funcional do indivíduo e contribuindo para o desenvolvimento de quadros adoecedores (Rosa et al., 2021).

Na amostra, 72,5% (n=29) dos participantes realizam acompanhamento psicológico, 28,3% (n=13) têm histórico familiar de comportamento suicida e 40% (n=18) dos profissionais já passaram por situações que os fizeram pensar em cometer suicídio. Os trabalhadores da área da saúde estão particularmente suscetíveis a consequências psicológicas severas devido ao intenso sofrimento físico e mental vivenciado em seus locais de atuação. Isso mostra a importância dos processos psicoterapêuticos individuais, fazendo-se necessário a promoção do cuidado em saúde mental por parte da instituição de saúde (MS & Fiocruz, 2024).

Entretanto, os relatos dos participantes apontam para uma discrepância no suporte à saúde mental dos profissionais. Apesar de existir previsão de atendimento psicológico disponibilizado pela instituição, a realidade referida pelos participantes é de um serviço limitado ou inacessível, levando os próprios trabalhadores a buscarem apoio fora do hospital ou, em alguns casos, com os psicólogos da instituição que assumem funções fora de suas atribuições, como o acolhimento dos colegas da equipe. O Conselho Federal de Psicologia (2019) prevê a atuação do psicólogo hospitalar na relação da tríade paciente-equipe-familiar, e o cuidado de membros da equipe pode ser realizado por psicólogos organizacionais ou hospitalares, desde que a atividade de cuidado da equipe esteja em seu escopo.

ATITUDE DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Ao comparar os dados quantitativos com os dados qualitativos, notaram-se algumas divergências: 55,6% (n=25) dos profissionais alegaram sentir-se capaz de ajudar alguém que tentou se matar, entretanto, na análise qualitativa observou-se que os profissionais sentem-se incapazes de ajudar no manejo deste comportamento, devido a falta de protocolo existente. As atitudes mais frequentes relacionadas ao cuidado (Tabela 1) foram a escuta ativa do sofrimento, o atendimento baseado nos protocolos de saúde da instituição e a comunicação do caso para a equipe. No entanto, a notificação ao município e articulação em rede foram práticas de cuidado menos realizadas, porém igualmente importantes.

Segundo Pimenta et al. (2024) há uma tendência a priorizar encaminhamentos aos médicos e ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas nota-se uma fragilidade na intersetorialidade e na articulação em rede bem como a subutilização das práticas

de notificações municipais. Essas constatações reforçam a análise sobre a falta de protocolo e formalização que apoiem práticas como escuta ativa, comunicação em equipe, notificação e articulação em rede, justificando a urgência de instrumentos que consolidam essas ações como rotineiras no cuidado.

Além dessa atitude, 42,2% (n=19) dos profissionais afirmaram que, ao lidar com alguém que manifesta intenção de suicídio, sua resposta é "tentar tirar aquilo da cabeça da pessoa". O atendimento ao paciente que apresenta comportamentos suicidas é influenciado por vários fatores, especialmente pelas atitudes adotadas pelos profissionais de saúde. Reações negativas durante o atendimento podem refletir lacunas na formação acadêmica, que muitas vezes não oferece preparo adequado para lidar com situações de morte, principalmente quando a decisão parte do próprio indivíduo (Ferreira et al., 2019). Essa postura pode agravar a condição do paciente, cuja dor acaba sendo percebida como algo banal, facilmente descartável, dependendo apenas de sua "boa vontade" para ser superada.

Outro dado relevante é o fato de que 50% (n=23) dos profissionais alegaram ter participado há menos de seis meses de eventos relacionados à saúde mental. Entretanto, na entrevista qualitativa, a maioria dos participantes relatou aprender na prática a execução do seu trabalho, revelando que não há um treinamento ou capacitação voltada a esse tema, considerando o contato com as pacientes um momento desafiador. Ferreira et al. (2018), aponta que os profissionais da saúde, diante de pacientes com comportamentos suicidas, frequentemente se mostram despreparados. De acordo com os autores, essa falta de preparo pode ser atribuída à sobrecarga de trabalho, à ausência de capacitação, à falta de uma rede de apoio e à carência de políticas públicas eficazes. Segundo Almeida e Vedana (2020) a maioria dos profissionais da saúde não possuem treinamento de manejo diante do comportamento suicida, inclusive relataram nunca ter lido materiais sobre o assunto, apesar de já terem tido contato com usuários que tentaram suicídio.

Para Pimenta et al. (2024) a capacitação profissional está associada a atitudes positivas em relação ao comportamento suicida, possibilitando ao profissional mais confiança nas atitudes tomadas durante o atendimento. Em contrapartida, profissionais desamparados podem ter insegurança na prática, e podem precisar realizar investimento próprio na aquisição de conhecimentos, o que pode individualizar uma responsabilidade que deveria ser das instituições. Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe a formação continuada como uma das principais estratégias para superar essas dificuldades, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores nesse processo (MS, 2013).

Dessa forma, entende-se que a participação recente dos profissionais em eventos sobre saúde mental não tem se traduzido em preparo efetivo para lidar com o comportamento suicida, revelando lacunas nas estratégias de formação oferecidas pelo sistema de saúde.

BARREIRAS INSTITUCIONAIS

Para o enfrentamento do comportamento suicida, é fundamental que o sistema de saúde se articule em rede e que tenham protocolos estabelecidos. Esses elementos são essenciais para possibilitar a identificação precoce de indivíduos em situação de risco e para a realização de intervenções apropriadas em todos os níveis de atenção à saúde, promovendo tanto a prevenção quanto o manejo adequado (Secretária de Estado da Saúde, 2021).

Ao analisar os dados quanti-quali, foi possível observar que existem diversas barreiras institucionais que prejudicam diretamente a atuação dos profissionais. A principal delas está na condução do comportamento suicida sem um protocolo específico: na parte quantitativa (Tabela 1) houve divergência nas respostas analisadas, já que 63,6% dos participantes ao lidarem com comportamento suicida, seguiam os protocolos do serviço de saúde; entretanto, ao abordarem a mesma temática na pesquisa qualitativa, os profissionais afirmaram não existir um protocolo específico, ficando à mercê da avaliação individual.

Em concordância com estes dados, a literatura apresenta escasso material científico acerca dos protocolos de manejo do comportamento suicida no público de gestantes ou puérperas. No material elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que estabelece diretrizes sobre o tema, é apresentado um questionário destinado à coleta de informações junto ao paciente, familiares e amigos, com a finalidade de identificar fatores de risco e de proteção relacionados à saúde mental. Contudo, a avaliação do risco de suicídio é indicada para ser realizada exclusivamente por médicos (Baldaçara et al., 2024).

Apesar da relevância das diretrizes propostas pela ABP (Baldaçara et al., 2024), o impacto disso para a assistência em saúde é significativo, já que reduz o cuidado em saúde mental a uma área do conhecimento, reduzindo os fluxos de acolhimento e diminuindo a importância do cuidado interdisciplinar, além de fomentar uma atuação fragmentada. Esse tipo de ação contraria e enfraquece a corresponsabilização da equipe multiprofissional e diverge da lógica de integralidade preconizada pelo SUS. Igualmente, a falta de protocolos específicos compromete a detecção precoce e a intervenção adequada frente a situações de risco, que precisam ser cuidadas em equipe.

Em nosso estudo, identificamos que há pouca responsabilização, formação e segurança dos profissionais de saúde, prevalecendo a lógica de encaminhamento a outros pontos de atenção da RAPS. Segundo Uchôa et al. (2025), mesmo reconhecendo a gravidade do comportamento suicida, as equipes de saúde limitam suas ações ao encaminhamento para outros serviços e à prescrição de medicamentos. Esse cenário revela a falta de conhecimento dos fluxos das RAPS e evidencia a fragilidade na corresponsabilização da equipe de saúde e na organização do cuidado de pacientes que apresentam comportamento suicida.

Sem diretrizes claras, há maior possibilidade de condutas assistenciais descontinuadas, dificultando a articulação entre os diferentes níveis de atenção e reduzindo a eficácia das estratégias de prevenção. Tal lacuna pode resultar em subnotificação, atraso no atendimento e aumento da vulnerabilidade dessas mulheres, impactando não apenas sua saúde mental, mas também o desfecho gestacional e o desenvolvimento infantil. Nesse sentido, a inexistência de protocolos direcionados pode perpetuar desigualdades no cuidado e limitar a implementação de políticas públicas efetivas voltadas à proteção integral da mãe e do bebê.

Deve-se considerar a complexidade desse fenômeno e toda a sua dimensão como um problema de saúde pública e que demanda toda a atenção da Rede de Saúde (Secretária de Estado da Saúde, 2021). Assim, torna-se imprescindível que o enfrentamento ao suicídio seja pautado em estratégias multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, que articulem diferentes níveis de atenção e valorizem práticas de prevenção, acolhimento e cuidado contínuo.

MANEJO E POSSÍVEIS ATRAVESSAMENTOS DE GÊNERO

Ainda que com um número significativo de participantes (46) para um estudo quanti-quali, apenas um participante se identificou enquanto homem, o que pode apontar para a força de trabalho composta majoritariamente por mulheres nos espaços de saúde (Boniol et al., 2019).

Os resultados quantitativos demonstraram que 37,8% (n=17) dos profissionais percebem influência do gênero no cuidado, enquanto 57,8% (n=26) consideram que a condição de gestante ou puérpera da paciente impacta as práticas relacionadas ao comportamento suicida. Além disso, 37,8% (n=17) indicaram que o desejo de ter filhos pode interferir no manejo desses casos. Isso evidencia que dimensões pessoais do profissional podem interferir nas decisões e abordagens adotadas, indicando a necessidade de conscientização e treinamento para minimizar vieses de gênero.

Na literatura consultada para o desenvolvimento deste trabalho, não foi possível identificar materiais que explorassem as percepções das mulheres profissionais de saúde no manejo de casos de comportamento suicida perinatal. Dessa forma, compreender essa dinâmica é essencial para a formação de protocolos sensíveis às variáveis de gênero, que considerem as diferenças individuais e promovam práticas de cuidado mais equitativas e seguras. Neste trabalho, enquanto limitação, não foram abordadas as interseccionalidades entre raça, classe e outros determinantes sociais de saúde, mas que se constituem enquanto fundamentais na construção de qualquer análise.

Neste sentido, o conjunto de pressões sociais de gênero e modelos idealizados de maternidade contribuem para o distanciamento entre a experiência real e a expectativa construída, o que favorece o sofrimento psíquico dessas mulheres. Nesse contexto, a mídia desempenha um papel significativo na promoção de um modelo idealizado de maternar, o qual não corresponde à realidade vivida por muitas gestantes e mães, contribuindo para o distanciamento entre a experiência real e a expectativa socialmente construída (Bonesso & Auriani, 2022).

Outro aspecto destacado nos relatos qualitativos refere-se à vivência da gravidez real. Conforme aponta Tourinho (2006), existe uma exigência social de que a mãe nutra um amor incondicional pelos filhos, ainda que muitas mulheres não experimentem esse sentimento de maneira plena, manifestando emoções como raiva, insegurança e culpa. As dificuldades concretas do exercício da maternidade acabam frequentemente invisibilizadas, em detrimento de representações idealizadas que associam a experiência materna apenas à felicidade. Essa idealização pode impactar negativamente a saúde mental, sobretudo de mulheres em situação de maior vulnerabilidade social, que não se enquadram nos modelos tradicionais de maternar. A pressão para corresponder a tais expectativas e a internalização de estereótipos de gênero contribuem para o adoecimento psíquico (Oliveira, 2024).

Os resultados qualitativos e quantitativos divergem quanto à influência do gênero no cuidado. Os relatos qualitativos indicam que a vivência desses atendimentos impacta de maneira significativa na trajetória profissional e pessoal, despertando reflexões sobre o desejo de maternar e os desafios da gestação e do puerpério na vida da mulher, enquanto nos dados quantitativos há uma leve tendência à discordância. Apesar da divergência entre os dados respondidos pelos mesmos participantes, este resultado pode também estar enviesado pela amostra, composta majoritariamente por mulheres, e carece de novos estudos com amostra mais diversa em relação ao gênero do participante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa alcançou seus objetivos ao analisar as atitudes de profissionais de saúde frente ao comportamento suicida de gestantes e puérperas. O objetivo geral foi plenamente contemplado ao evidenciar não apenas as percepções, mas também os dilemas éticos, a insegurança técnica e os desafios emocionais enfrentados por esses profissionais. Os objetivos específicos, identificar os desafios no manejo e analisar a capacitação dos profissionais, também foram atendidos, revelando lacunas significativas na formação, ausência de protocolos e fragilidades na corresponsabilização das equipes de saúde.

Os resultados quantitativos indicaram que, embora os profissionais relatem se sentir preparados, essa percepção é contradita por evidências de desconhecimento técnico, ausência de protocolos específicos e centralização da responsabilidade no psicólogo, frequentemente sem apoio ou capacitação formal. Já os dados qualitativos aprofundaram essa compreensão, apontando para o impacto emocional do cuidado, a inexistência de fluxos institucionais e a escassez de espaços de apoio e supervisão. Um achado particularmente original do estudo foi a influência subjetiva do desejo prévio de maternar na vivência das profissionais do sexo feminino diante desses casos, fenômeno pouco explorado na literatura atual.

Além disso, a pesquisa revelou que, apesar do reconhecimento da complexidade do comportamento suicida, a maior parte dos profissionais ainda o associa predominantemente à presença de transtornos mentais, o que evidencia uma visão clínica restrita, com menor ênfase nos fatores sociais, estruturais e de gênero. Esse dado ressalta a importância de uma abordagem mais abrangente e interdisciplinar, que considere a singularidade da gestação e do puerpério como contextos de vulnerabilidade psíquica.

Como limitações, destaca-se a utilização de um instrumento originalmente desenvolvido para outro público, embora adaptado e validado para o presente estudo. A ausência de um estudo-piloto impediu a definição de tamanho amostral ou de efeito, o que compromete a generalização estatística dos achados. Ainda, o formato de coleta com caixas de seleção sem opção “não se aplica” pode ter limitado a expressão dos respondentes. Tais limitações, no entanto, não invalidam os achados, mas reforçam seu caráter exploratório e indicativo para pesquisas futuras.

A originalidade da pesquisa reside na articulação entre dados quantitativos e qualitativos para tratar de um tema ainda invisibilizado nas políticas públicas: o comportamento suicida em gestantes e puérperas. A escassez de protocolos específicos e de capacitação sistematizada aponta para uma lacuna concreta no cuidado obstétrico, com implicações tanto para a saúde das mulheres quanto para a saúde mental dos profissionais.

Recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem a investigação em diferentes contextos regionais e avaliem intervenções formativas desde a graduação em saúde. Também se sugere o desenvolvimento de protocolos específicos de detecção, manejo e encaminhamento para essa população, assim como o fortalecimento de práticas de matriciamento e apoio institucional que promovam a corresponsabilização entre os diferentes membros da equipe.

Capacitar os profissionais não é apenas uma exigência técnica, mas um compromisso ético na promoção de saúde integral de gestantes e puérperas.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: APB, GCA, TFN, LBM; **coleta de dados:** TFN, LBM; **análise dos dados:** APB, GCA, TFN, LBM; **redação do manuscrito:** APB, GCA, TFN, LBM; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** APB, GCA, TFN, LBM.

REFERÊNCIAS

Almeida, A. S., & Vedana, K. G. G. (2020). Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de estratégias de saúde da família. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 16*(4), 92-99. https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165054.

Australian Institute of Health and Welfare. (2020). *Maternal deaths in Australia: 2015–2017.* Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://www.aihw.gov.au/getmedia/8acc8a97-3af3-4ca4-99e7-829167e57d50/aihw-per-106.pdf?v=20230605182723&inline=true.

Azevedo, R. C. S., Camacho, L. F., & Albaracin, G. C. (2025). Saúde mental, distúrbios psiquiátricos e gravidez. In A. L. Silva Filho, C. E. Fernandes, & M. C. O. Wender (Eds.), *Tratado de obstetrícia* (2a ed., pp. 497-507). Febrasgo.

Baldaçara, L., Calfat, E. L. B., Périco, C. A.-M., Pinto, F. I., Rocha, G. A., Leite, V. S., Porto, D. M., Grudtner, R. R., Diaz, A. P., Meleiro, A. M. A. S., Silva Filho, H. C., Tung, T. C., Quevedo, J., Silva, A. G. (2024). Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria para o manejo do comportamento suicida: triagem e avaliação: tradução revisada e ampliada de: https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0994 e https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1108. *Debates em Psiquiatria, 14*, 1–12. https://doi.org/10.25118/2763-9037.2024.v14.1260.

Baptista, M. N., Cunha, F. A., Batista, H. H. V., & Cremasco, G. S. (2022). Programas de prevenção ao suicídio: revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática, 24*(2), ePTPPA14095. https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPPA14095.pt.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977).

Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., & Iemmi, V. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. Personal Social Services Research Unit. https://doi.org/ 10.13140/2.1.4731.6169.

Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. Editora Unesp.

Bonesso, C.F., & Auriani, M. (2022). A romantização da maternidade nas redes sociais: impacto psicológicos, opressão de gênero e idealização. *Arte 21, 18*(1), 60–80. https://doi.org/10.62507/a21.v18i1.431.

Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K., & Campbell, J. (2019). *Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries*. World Health Organization. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf.

Botega, N. J. (2017). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Artmed.

Botega, N. J. (2022). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Artmed.

Botega, N. J., Reginato, D. G., Silva, S. V., Cais, C. F. S., Rapeli, C. B., Mauro, M. L. F., Cecconi, J. P., & Stefanello, S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Brazilian Journal of Psychiatry, 27*(4), 315–318. https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000400011.

César, R. C. B., Loures, A. F. & Andrade, B. B. S. (2020). A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. *Revista Mosaico, 10*(2 supl), 68-75. 14 (1). https://doi.org/10.21727/rm.v10i2Sup.1956.

Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf.

Costa, A. N. B., Almeida, E. C. B., & Melo, T. S. (2018). Elaboração de protocolos assistenciais à saúde como estratégia para promover a segurança do paciente. *Revista Brasileira de Educação e Saúde, 8*(1), 25–30. https://doi.org/10.18378/rebes.v8i1.5479.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2013). *Pesquisa de métodos mistos* (2a ed.). Penso.

De Leo, D., Draper, B.M., Snowdon, J. & Kõlves, K. (2013). Contacts with health professionals before suicide: missed opportunities for prevention?. *Comprehensive Psychiatry, 54*(7), 1117–1123. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.05.007.

Ferreira, G. S., Fajardo, A. P., & Mello, E. D. (2019). Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 29(4)*, e290413. https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290413.

Ferreira, M. L., Vargas, M. A. O., Rodrigues, J., Trentin, D., Brehmer, L. C. F. & Lino, M.M. (2018). Comportamento suicida e atenção primária à saúde. *Enfermagem em Foco, 9*(4), 50-55. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1803.

Gabriel, J. C. & Mendes, M. L. R. (2023). A ideação suicida: fatores de risco no período perinatal. *Revista Bionorte, 12*(suppl 3), 37-43. https://doi.org/10.47822/bn.v12iSuppl.3.800.

Grillo, M. F. R., Collins, S. M. B., Zandonai, V. R., Zeni, G., Alves, L. P. C., & Scherer, J. N. (2024). Análise de fatores associados à saúde mental em gestantes e puérperas no Brasil: uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 73*(2), e20230098. https://doi.org/10.1590/0047-2085-2023-0098.

Khalifeh, H., Hunt, I. M., Appleby, L. & Howard, L. M. (2016). Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry, 3*(3), 233–242. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1.

Ludermir, A. B., Valongueiro, S., Araújo, T. V. B. (2014). Transtornos mentais comuns e violência por parceiro íntimo durante a gravidez. *Revista de Saúde Pública, 48*(1), 29–35. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004538.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva, 17*(3), 621–626. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007.

Ministério da Saúde (BR), & Fundação Oswaldo Cruz. (2024). *Saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde: diretrizes para formulação de políticas públicas em emergências em saúde pública*. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/saude-do-trabalhador/saude-mental-dos-trabalhadores-dos-servicos-de-saude.

Ministério da Saúde (BR). (2005). *Portaria n. 1.067, de 4 de julho de 2005: institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal*. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-poltica-nacional-de-ateno-obsttrica-e-neonatal-2.pdf.

Ministério da Saúde (BR). (2011a). *Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

Ministério da Saúde (BR). (2011b). *Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011: institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS: a Rede Cegonha*. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

Ministério da Saúde (BR). (2013). *Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS*. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

Oliveira, C. P. (2024). *A romantização da maternidade e os impactos no psiquismo da mulher: desafios contemporâneos* (Trabalho de conclusão de curso, Centro Universitário Serra dos Órgãos). Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://bibonline.unifeso.edu.br/pergamumweb/downloadArquivo?vinculo=NUxUSzdQMFkyOWtSVzF3Y21WellUMHpORGttWVdObGNuWnZQVGcxTWpFd0puTmxjVkJoY21GbmNtRm1iejB4Sm5ObGNWTmxZMkZ2UFRnbWEyRnIaR1Y0UFU0bWJHOWpZV3hCY25GMWFYWnZQVU5QVFZCQlVsUkpURWhCVFVWT1ZFOG1ibTl0WlVOaGJXbHVhRzg5TURBd01ETTRMekF3TURBek9EWXlMbkJrWmc9PVoxWUZVN1Q=&nomeExtensao=.pdf.

Pimenta, L. F. A., Brito, A. A. C., Lima, A. I. O., & Santos, P. F. B. B. (2024). Prevenção ao suicídio na Atenção Primária, na percepção de profissionais de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 34*, e34091. https://doi.org/10.1590/S0103-7331202434091pt.

Reid, H.E., Pratt, D., Edge, D., & Wittkowski, A. (2022). Maternal suicide ideation and behaviour during pregnancy and the first postpartum year: a systematic review of psychological and psychosocial risk factors. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 765118. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.765118.

Rosa, S. C. D., Reis, M. J., Fernandes, M. N. F., Chaves, M. & Esteves, R. B. (2021). Saúde mental da equipe multiprofissional de Centro de Atenção Psicossocial durante enfrentamento de crises inerentes ao trabalho. *Research, Society and Development, 10*(11), e298101119554. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19554.

Secretária de Estado da Saúde (DF), Comitê Permanente de Prevenção do Suicídio. (2021). *Manual de orientações para o atendimento à pessoa em risco de suicídio*. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/183291/Manual-de-orientacoes-para-o-atendimento-a-pessoa-em-risco-de-suicidio.pdf/67c4072f-448f-d7d5-b049-73960ec1e73c?t=1648938681954.

Sousa, A. L. V., Ribeiro, I. G., Cordeiro, I. P., Amaral, L. V., Cruz, L. M., Pereira, L. F. A., Santos, M. C. C., Silva, M. E. L. B., & Spósito, P. A. F. (2023). Transtornos mentais e o período gestacional. *E-Acadêmica, 4*(2), e3042491. https://doi.org/10.52076/eacad-v4i2.491.

Souza, G. M., Oliveira, J. S., Nascimento, M. T., Silva, S. N., & Gaspar, V. C. O. (2025). Transtornos mentais na gestação e seus impactos na saúde da gestante e do feto: Uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review, 8*(3), e79987. https://doi.org/10.34119/bjhrv8n3-150.

Storino, B. D., Campos, C. F., Chicata, L. C. O., Campos, M. A., Matos, M. S. C., Nunes, R. M. C. M., & Vidal, C. E. L. (2018). Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cadernos Saúde Coletiva, 26*(4), 369–377. https://doi.org/10.1590/1414-462X201800040191.

Tourinho, J. G. (2006). A mãe perfeita: idealização e realidade: algumas reflexões sobre a maternidade: v1. *Zenodo*. https://doi.org/10.5281/zenodo.14903359.

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (6a ed.). Vozes.

Uchôa, J. M. A., Landim, L. O. P., Sampaio, J. C., & Pinto, A. G. A. (2025). Atenção às demandas das pessoas com comportamento suicida na RAPS de um município do centro-sul do Ceará: saberes e práticas dos profissionais de saúde. *Saúde e Sociedade, 34*(2), e240383pt. https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240383pt.

World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. Recuperado em 19 de setembro de 2025, de https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1.

Yonkers, K. A., Wisner, K. L., Stowe, Z., Leibenluft, E., Cohen, L., Miller, L., Manber, R., Viguera, A., Suppes, T. & Altshuler, L. (2004). Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *American Journal of Psychiatry, 161*(4), 608-620. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.4.608.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto
Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes
Editor associado: Thiago Vasconcellos
Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd
Coordenação editorial: Andrea Hespanha
Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias