



UNIRB-CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ALAGOINHAS
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

BRENO JOSÉ DANTAS CARDOSO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TENTATIVA DE SUICÍDIO
ATENDIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

ALAGOINHAS

2022

BRENO JOSÉ DANTAS CARDOSO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TENTATIVA DE SUICÍDIO
ATENDIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem do UNIRB-
Centro Universitário de Alagoinhas

Orientador: Prof. Me. Lucas Kayzan Barbosa
da Silva

ALAGOINHAS

2022

BRENO JOSÉ DANTAS CARDOSO

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TENTATIVA DE SUICÍDIO
ATENDIDO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção de título de Bacharelado em Enfermagem do UNIRB-Centro Universitário Alagoinhas.

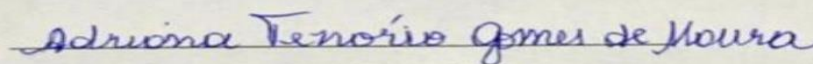
Data de Aprovação

12/07/2022

Banca Examinadora:



Prof. Me. Lucas Kayzan Barbosa da Silva (Orientador)
UNIRB-Centro Universitário Arapiraca



Prof. Esp. Adriana Tenório Gomes de Moura
Faculdade Estácio de Sá Arapiraca



Prof. Ma. Julyanna de Melo Ribeiro
UNIRB-Centro Universitário Arapiraca

BIBLIOTECA ZUZA PEREIRA / FACULDADE REGIONAL DE ALAGOINHAS– UNIRB

CARDOSO, Breno José Dantas

Assistência de enfermagem ao paciente em tentativa de suicídio atendido na Urgência e Emergência / Breno José Dantas Cardoso. - Alagoinhas, 2022. 57f.

Monografia (Graduação) Curso de Bacharelado em Enfermagem – Faculdade Regional de Alagoinhas – UNIRB.

Orientadora: Prof. Me. Lucas Kayzan Barbosa da Silva.

1. Tentativa de Suicídio. 2. Assistência de Enfermagem. 3. Urgência e Emergência I. Assistência de enfermagem ao paciente em tentativa de suicídio atendido na Urgência e Emergência.

CDD 610.73

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho
a Deus, sustento do meu ser;
a minha mãe, geratriz de minha vida;
aos viventes, razão de meu proceder.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Bom Deus pela Graça de mesmo a muito custo terminar o início desta reflexão sobre a assistência ao paciente que tentou suicídio. Sou grato ainda ao meu mestre Adeanio Lima, inspiração para a docência e na enfermagem, além da professora Janaína Caribé e na pessoa dela todos os meus demais professores. Ainda aproveito para agradecer ao professor Lucas Kayzan pela salvífica orientação prestada e meus amigos Ana Rita Soares e padre Charles Assis que muito me apoiaram nessa jornada.

RESUMO

Todos os anos morrem mais pessoas por suicídio que por HIV, câncer de mama e até mesmo guerras. Cerca de 700 mil pessoas cometem suicídio por ano segundo a OMS, e para cada pessoa que se mata pelo menos outras 20 tentam se suicidar, aumentando o risco de desfecho fatal a cada nova tentativa. Inicialmente pode ser difícil prevenir a tentativa inicial, mas uma vez que o paciente tenta o suicídio e é socorrido, ele é atendido na rede de urgência e emergência, onde a enfermagem desempenha papel primordial na assistência ao paciente. Esse trabalho avaliou a conduta assistencial da enfermagem frente ao paciente que tentou suicídio e as formas de melhoria da qualidade assistencial. Para isso, foi realizada pesquisa de levantamento bibliográfico de fontes indexadas como, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), LILACS, e PUBMED, e repositório de Periódicos da CAPES selecionando artigos compreendidos no período entre 2012 a 2022. A partir da análise do material coletado foi constatado o grande potencial da assistência de enfermagem nos casos de tentativa de suicídio visto serem os profissionais que acompanham o paciente em todo o período de tratamento na urgência e emergência. Entretanto, de acordo com o levantamento, o potencial terapêutico da assistência de enfermagem fica em sua maioria reduzido, devido à assistência atual ser majoritariamente voltada para os componentes biológicos do cuidado. Como resultado deste trabalho ficou evidente a necessidade de um autoconhecimento e desconstrução de estigmas socioculturais sobre o suicídio, associado a uma formação mais robusta em saúde mental, seja na graduação ou na formação continuada para que o potencial terapêutico dos cuidados de enfermagem seja prestado com maior qualidade.

Palavras-Chave: Suicídio. Tentativa de Suicídio. Assistência de Enfermagem. Urgência e Emergência.

ABSTRACT

Every year more people die from suicide than from HIV, breast cancer and even war. About 700,000 people commit suicide each year, according to the WHO, and for every person who kills themselves, at least 20 more try to commit suicide, increasing the risk of a fatal outcome with each new attempt. Initially, it may be difficult to prevent the initial attempt, but once the patient attempts suicide and is rescued, he is treated in the urgency and emergency network, where the nurse plays a key role in patient care. This study evaluated the care behavior of nurses in the face of patients who attempted suicide and ways to improve the quality of care. For this, a bibliographic survey of indexed sources was carried out, such as Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (BVS), LILACS, and PUBMED, and CAPES Periodicals repository, selecting articles from 2012 to 2022. Based on the analysis of the material collected, the great potential of nursing care in cases of attempted suicide was verified, since it is the professional who accompanies the patient throughout the treatment period in urgency and emergency. However, according to the survey, the therapeutic potential of nursing care is mostly reduced, because current care is mostly focused on the biological components of care. As a result of this work, it became evident the need for self-knowledge and deconstruction of sociocultural stigmas about suicide, associated with a more robust training in mental health, whether in undergraduate or continuing education so that the therapeutic potential of nursing care is provided with greater quality.

Keywords: Suicide. Suicide attempt. Nursing Care. Urgency and emergency.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
IASP - Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio
GLUT - Enzima sintetizadora de glutamina
ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
RAPs - Rede de Atenção Psicossocial
SAE - Sistematização da Assistência em Enfermagem

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxas de suicídio por região no período de 20 anos (2000 a 2019).	32
Figura 2 - Evolução da taxa de mortalidade por idade no período de 2000 a 2019	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores de risco para o suicídio	37
Quadro 2 - Fatores precipitantes mais importantes na tentativa de suicídio.	38
Quadro 3 - Fatores que favorecem o tratamento ambulatorial do paciente suicida	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxas de suicídio por região no período de 20 anos (2000 a 2019).....	33
Tabela 2 - Evolução da taxa de mortalidade por idade no período de 2000 a 2019.....	34
Tabela 3 - Meios de tentativa de suicídio.	34
Tabela 4 - Tipos de produtos utilizados nas tentativas de suicídio por intoxicação.....	35
Tabela 5 - Síntese dos estudos selecionados.	47
Tabela 6 - Distribuição da amostra por ano de publicação.....	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	OBJETIVOS.....	18
1.1.1	Objetivo Geral.....	18
1.1.2	Objetivos específicos	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	Histórico do Suicídio	19
2.2	TEORIAS.....	23
2.2.1	Teorias Sociológicas.....	23
2.2.2	Teorias Psicológicas	25
2.2.3	Teorias Biológicas	27
2.2.4	Teorias de Enfermagem.....	29
2.3	EPIDEMIOLOGIA/DADOS GOVERNAMENTAIS	32
2.4	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	35
3	METODOLOGIA.....	43
4	RESULTADOS	46
4	DISCUSSÃO.....	49
4.1	Estigmas e apreensões na assistência de enfermagem	49
4.2	Ambivalência	50
4.3	Recursos utilizados na assistência.....	51
4.4	Ambiente do cuidado	51
4.5	Fatores de qualidade no atendimento	52
4.6	Formação dos profissionais.....	52
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas houve um alarmante aumento dos casos de suicídio no Brasil e no mundo, gerando grande impacto emocional, social e econômico. Apesar da maior taxa de suicídio por 100 mil habitantes ainda ocorrer em países ricos, no geral 79% dos casos ocorrem nos países de baixa renda, com uma infraestrutura e rede de assistência deficitária. Além disso, ocorreu uma mudança no perfil da faixa etária dos suicidas, havendo uma migração do grupo dos mais idosos para os mais jovens representando nestes últimos uma das principais causas de morte de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2019).

Apesar de tomar proporções globais atualmente, o suicídio existe desde o surgimento do homem, estando presente em toda a história registrada, variando, entretanto, na forma como é entendido pelas sociedades, desde ato tolerado e encorajado, até totalmente repudiado e criminalizado. A compreensão do suicídio, bem como de seus motivadores, está ligada à cultura, à época, a religião e a política vigente, como afirma Kaplan; Sadock (2017).

O suicídio pode ser traduzido como morte de si mesmo, uma vez que vem do latim *suicidium*, em que *sui* quer dizer, a si mesmo, e *cidium* significa assassinato. Entretanto esse conceito é muito básico e não comporta toda a complexidade do ato. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2014) o suicídio é o ato deliberado, consciente, mesmo que com presença de ambivalência, onde o indivíduo executa ação com objeto que julga letal, com finalidade de obter a própria morte.

Dentro da suicidologia outros termos são usados como crise suicida, pensamento suicida, ideação suicida, tentativa de suicídio e por fim o suicídio. Inicialmente há o pensamento de morte de si, que não é tão incomum dentro das pessoas que possuem algum comportamento suicida. Na ideação há uma consistente relação com a existência de transtornos mentais, presença de dor e doenças como câncer e HIV, há ainda uma ideia ou plano desenvolvido. Já em relação à tentativa de suicídio não há necessariamente uma motivação objetiva em morrer, entretanto trata-se sempre de um suicídio frustrado, que não resultou em morte do indivíduo (BOTEGA, 2012).

Outra definição sobre tentativa de suicídio é de que se trata de comportamento que visa à própria morte sem, no entanto obter êxito, porém com indícios explícitos ou implícitos de finalidade autodestrutiva (KAPLAN; SADOCK, 2017).

Em um grupo de 100 pessoas, cerca de 5,3% já tiveram pensamentos suicidas, 2% formularam um plano ou ideia suicida e outros 0,4% já tentaram o suicídio. Na representação gráfica dessas manifestações de graus suicidas a figura que melhor representa o cenário é um

iceberg onde apenas o cume, ou seja, as tentativas são geralmente assistidas nas unidades de atendimento (BOTEGA, 2012).

Nesse trabalho a tentativa de suicídio é a manifestação suicidológica abordada como objeto principal. Entretanto, pela sua associação direta ao suicídio, este por vezes é também abordado e se constitui como base de referencia, por ser o desfecho que a assistência visa impedir e também por dispor de números mais apurados, mesmo sabendo que dentro da suicidologia há uma significativa dificuldade com a precisão dos números, ocorrendo subnotificações de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2021).

O suicídio, a princípio pode parecer um problema de ordem individual, entretanto o agravo à saúde correspondeu pela causa anual de morte de mais de 800 mil pessoas no mundo, de acordo com OPAS (2012), o que representou 1,4 % das mortes registradas, tornando-se em 2012 segundo a mesma organização, a 15ª causa de mortalidade geral no mundo, afetando principalmente os jovens entre 15 a 29 anos, sendo responsável pela segunda maior causa de morte nesta faixa etária (OPAS, 2012).

Embora o número de vítimas de suicídio tenha caído para 703 mil, esse número ainda é assustador, pois de acordo com o mais recente relatório de Estimativas Globais em Saúde voltadas para o Suicídio, há mais mortes de pessoas no mundo por suicídio do que por malária, câncer de mama, HIV/AIDS e até mesmo do que guerras (OMS, 2021, tradução nossa).

Dentre os jovens há um destaque para os homens, pois, são os que mais concretizam o intento, cerca de quatro vezes mais que as mulheres, segundo Kaplan e Sadock (2017). Este contingente de pacientes é, no entanto muito maior quando se considera que para cada pessoa que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida, de acordo com o 30º Boletim Epidemiológico (2017). Esse número de tentativas pode aumentar ainda mais, dependendo de cada realidade regional.

De acordo com Kaplan e Sadock (2017), nos Estados Unidos o número de suicídios registrados superam os de homicídios. Enquanto o número de homicídios fica em torno de 20 mil mortes por ano, o suicídio gera mais de 35 mil casos anuais, e como sabemos o número de tentativas é muito maior, portanto é necessária uma intervenção clínica neste quadro de saúde pública.

Neste sentido a rede de atenção em urgência e emergência é o serviço onde primeiramente estes pacientes tentantes buscam ajuda ou são encaminhados, visto que a emergência é onde os clientes com agravos em saúde que implicam sofrimento intenso e ou risco imediato de vida são atendidos, bem como, na urgência, uma vez que uma urgência

consiste em ocorrência de agravos a saúde com potencial risco a vida em que o assistido requer cuidado imediato (BRASIL, 2014).

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), o maior risco de novas tentativas de suicídio e da consumação do suicídio é a tentativa anterior, junto com quadro de doença mental. Estima-se que das pessoas que cometeram suicídio, ao menos 50 % já haviam tentado anteriormente. Este quadro é agravado em países subdesenvolvidos como o Brasil, onde os fatores de risco sociais como, a desigualdade de emprego, de educação e renda são mais significativos.

No país, de acordo com Botega (2012), dos pacientes que tentaram suicídio, um em cada três é atendido em pronto-socorro. Nesse contexto, o profissional de enfermagem é o que mais tempo passa junto a estes pacientes. Entretanto, mais importante que apenas a assistência, é a qualidade nesta assistência desempenhada pela enfermagem, uma vez que, segundo Botega (2015) o enfermeiro é o profissional que pode desempenhar papel fundamental para a prevenção do suicídio quando em atendimento a uma pessoa pós-tentativa de suicídio.

Os pacientes quando internados em hospitais gerais tem o risco de cometerem suicídio três vezes mais, quando comparados à população geral (BOTEGA, 2015). Para este autor apesar do risco ser maior nestes ambientes, a enfermagem por permanecer a maior parte do tempo junto ao paciente, pode exercer um papel fundamental na prevenção do suicídio. Entretanto, para Botega (2012) falta treinamento suficiente em saúde mental, bem como se faz necessária a mudança de atitudes e comportamentos frente ao atendimento do paciente suicida, visto que, essas são consideradas como atitudes negativas em sua maioria de acordo com o autor.

Para Cassorla (1991) há também o desafio do enfermeiro em não incorrer em desprezo na assistência ao paciente que tentou suicídio. De acordo com o autor a maioria das pessoas e em especial os profissionais de saúde tem por objetivo viver e mais que isso, salvar vidas, enfrentar a morte, e a atitude do paciente choca por ser diametralmente oposta.

Na visão de Cassorla (1991), há uma outra questão muito importante, o atendimento realizado comumente se resume ao ponto de vista meramente orgânico. Não havendo geralmente oferta de assistência voltada à saúde mental e social durante e atendimento ao paciente que tentou o suicídio e muito menos depois da alta. O que implica em grandes prejuízos no tratamento dos mesmos. De acordo com o autor a dificuldade no tratamento se dá pela quase inexistência de uma rede de apoio em saúde mental na urgência, entretanto existem outros fatores.

Como resultado deste trabalho, espera-se delimitar os fatores necessários para a

assistência de qualidade prestada pelo enfermeiro ao paciente em crise suicida. Para tanto, espera-se validar a importância de uma boa formação profissional em saúde mental, como meio de aumento na qualidade da assistência e desmistificação dos estereótipos sobre o suicídio que incidem sobre a atuação dos enfermeiros.

Considerando – se assim a provável oportunidade fundamental de prevenção e proteção que os cuidados do enfermeiro podem exercer sobre o paciente suicida, bem como, quantitativo de horas em assistência ao paciente, é crucial a investigação dos fatores necessários para uma assistência de maior qualidade no ambiente de urgência e emergência, visto ser este o local onde o paciente com comportamento suicida é atendido em seu estado mais grave e portando mais necessitado de assistência.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Discutir a assistência realizada pela enfermagem junto aos pacientes que tentaram suicídio, atendidos nos serviços de urgência e emergência.

1.1.2 Objetivos específicos

Caracterizar a produção científica acerca dos recursos utilizados na assistência de enfermagem aos pacientes que tentaram suicídio, atendidos na rede de urgência e emergência.

Avaliar a efetividade dos recursos utilizados pelo enfermeiro no cuidado ao cliente após tentativa de suicídio.

Identificar os fatores de qualidade presentes na assistência de enfermagem ao paciente que tentou suicídio.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Histórico do Suicídio

A origem do termo suicídio embora seja atribuído pela maioria dos pesquisadores como proveniente do latim, tem por alguns outros a sua gênese em 1643 na Inglaterra com a publicação do livro *Religione Medici* de Sir Thomas Browne (MELEIRO, 2018).

Apesar disso, independentemente da origem do termo, a prática do evento é compreendida como existente desde a estrutura tribal até os dias atuais. Todavia a motivação do intento vem variando nos mais diversos motivos e entendimentos. Inicialmente, entre os povos primitivos, por exemplo, as motivações eram desde idade avançada - pois o idoso era visto como um peso para a comunidade - até uma forma de vingança, visto que, em algumas culturas havia o entendimento que o espírito do suicida retornaria para destruir seus inimigos, além de que havia uma cobrança social que o inimigo morresse de forma análoga ao suicida. Dentre outras motivações, a preservação da honra e a fuga de escravidão eram comuns, fato último presente na história formativa do Brasil onde alguns africanos para evitarem a escravização tiravam a própria vida (BOTEGA, 2015).

O autoextermínio do homem primitivo se ancorava em ideias fantasiosas de uma imortalidade gloriosa alcançada por meio deste ato. Para os gregos o suicídio era tido como um direito, desde que fundamentado em uma razão sólida do contrário era tido como uma ofensa aos deuses e ao Estado. (BOTEGA, 2015).

O suicídio de Sócrates relatado por seu discípulo Platão em Fedão deixa claro o entendimento dos gregos sobre a razoabilidade do suicídio quando em face de razões justificadas. Entretanto o próprio Sócrates representado como Fedão, pouco antes de se matar com a cicuta, ensina aos discípulos que o acompanhavam que é ilícito a um soldado sentinela tirar própria vida, pois esse ato estaria a ofender os deuses, pois o primeiro é propriedade do segundo, assim como, eles ficariam - os cidadãos - furiosos caso os escravos comessem a se matar, pois havia nisso uma injustiça, ao ser tirado uma “propriedade” que pertencia a eles. (PLATÃO, [Tradução: Carlos Alberto Nunes, 2012]).

No período medieval a Igreja Católica e os Estados utilizaram dessas ideias socráticas para justificarem medidas de proibição do suicídio, tendo como medida corretiva muitas vezes o confisco dos bens, além disso, os mortos por suicídio não recebiam sepulturas dentro da

cidade e as mãos dos mesmos, por vezes eram decepadas e enterradas separadamente objetivando uma completa distinção de um cadáver comum do de um suicida.

Atualmente a Igreja Católica mantém seu posicionamento sobre o ser humano não ser dono de sua vida, mas sim um administrador de um dom que o próprio Deus confiou. Entende ainda que o suicídio é uma grave falta, pois contradiz o justo amor de si mesmo, contradizendo a inclinação natural do homem de conservação da vida. Em seu Catecismo a Igreja ainda se declara ser agravante o suicídio cometido com intenção de servir de exemplo, em especial, aos jovens. Entretanto a edição típica vaticana, trás algumas mudanças na doutrina católica:

Distúrbios psíquicos graves, a angústia ou o medo grave da provação, do sofrimento ou da tortura podem diminuir a responsabilidade do suicida.

Não se deve desesperar na salvação das pessoas que se mataram. Deus pode, por caminhos que só Ele conhece dar-lhes ocasião de arrependimento salutar. A Igreja ora pelas pessoas que atentaram contra a própria vida (CIC, p595, 2000).

Entre os romanos o entendimento sobre o suicídio variou ao longo do tempo. Apesar de certa ambivalência, havia um rechaço ao autoextermínio. A ideia de morte romana onde havia certa neutralidade e até mesmo louvor a uma morte gloriosa defendida em especial pelos epicuristas, que entendiam que o suicídio traria apenas uma realidade irremediável. Entretanto a partir do século II d.C., com o declínio da influência estoica, o rechaço prevalece (MELEIRO, 2018).

Em algumas culturas, no entanto o suicídio foi encorajado, no México antigo, por exemplo, havia até mesmo uma deusa específica do suicídio. A deusa maia Ixtab, representada com uma corda no pescoço era a protetora dos indígenas suicidas. Já na cultura japonesa antiga, o ritual do *seppuku* ou *harakiri* era tido como uma forma de redenção para o samurai que perdeu a honra (MELEIRO, 2018).

De acordo com Botega (2012) a partir do século XVII há uma mudança de perspectiva sobre o suicídio, de condenação passa a ter um reconhecimento de alienação, de doença mental. Em 1610 um teólogo anglicano chamado John Donne escreveu defendendo que nem sempre o suicídio é naturalmente um pecado, podendo haver outras formas de ser entendido. O *Biathanatos* foi publicado somente dezesseis anos após a morte de Donne, por pedido do próprio autor que entendia a polêmica que seus escritos causariam, pois ele coloca como possibilidade de causa um humor forte e traiçoeiro que levaria nessa força à morte de si, o que será posteriormente aproveitado por Freud (BOTEGA, 2012).

Para Meleiro (2018) com o surgimento do Iluminismo, há um olhar sempre mais crítico e cético, uma revisão das crenças tradicionais. Desse modo as penas existentes para os que

cometiam ou tentavam suicídio começavam a serem abrandadas, como na França pós revolta francesa e na Prússia, onde já em 1794, não se tinha punição para quem tentasse suicídio. Assim, pouco a pouco o suicida foi sendo entendido como *non compos mentis* (não tendo a cabeça no lugar) e visto cada vez mais como um sujeito mais com problemas de ordem mental que de ordem espiritual. Nesse ponto se destaca Esquirol, tido como o primeiro a desenvolver em psiquiatria uma teoria sobre o suicídio e a tratar como doença mental (MELEIRO, 2018).

Com o advento da Revolução Industrial no século XIX a sociedade foi profundamente alterada, êxodo rural, transformação do ambiente urbano, do processo de trabalho e da forma de agir das pessoas na sociedade. Nessa realidade de profundas mudanças surge uma nova ciência, a sociologia, e em 1897 com o livro *O suicídio*, Émile Durkheim desloca o foco do suicídio que está até então totalmente sobre o indivíduo, para a sociedade e seus problemas sociais (BOTEGA, 2012).

Com o passar das décadas outras ciências se debruçaram sobre o assunto, abordando de forma mais sistemática. Atualmente várias ciências como genética, estatística, psiquiatria dentre outras tentam responder as questões relativas ao suicídio, como disposto no livro *Crise Suicida*:

Na pós-modernidade, respaldada pelos aportes científicos, a responsabilidade pelo suicídio diluiu-se em um conjunto complexo de influências que consolidaram, desde o século XVII, o novo olhar sobre o indivíduo – antes pecador, agora vítima. Vítima de sua fisiologia cerebral, da decepção amorosa, das misérias humanas, das calamidades sociais; vítima de uma organização política e econômica que conduz à perda de sentido e ao desespero, a uma vida desprovida de sentido, a mortes aparentemente sem razão (BOTEGA, p 27, 2012).

No final do século XX a Organização das Nações Unidas – ONU, com o apoio técnico da OMS desenvolveu e publicou o documento: *Prevenção do suicídio: diretrizes para a formulação e implementação de estratégias nacionais*. Esse documento foi o marco de uma ação de combate ao suicídio, coordenada a nível global, fundamental para o desenvolvimento do conhecimento sobre o comportamento suicida e o desenvolvimento de estratégias. No documento destacou-se a necessidade de abordagens multidisciplinares e a necessidade de uma coordenação nacional para implementar e avaliar as estratégias em cada país. Através desse documento inicial foi desenvolvida a ideia de suicídio como evento multicausal e a existência de diversos fatores de risco (ONU, 1996).

Outro importante marcador global foi o lançamento em 2013 do Plano de Ação de Saúde Mental da OMS com objetivo de reduzir os suicídios em 10% entre os 2013 a 2020. Em 2014

é lançado o relatório Prevenindo o suicídio: um imperativo global como forma de avaliar o desenvolvimento e alcance do plano de ação traçado. Um fato preocupante é que apenas 40 países aderiram à estratégia, sendo que desses países poucos são em desenvolvimento, que são os países onde concentram 79 % dos casos (OMS, 2014).

Já em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são implementados pela ONU, tendo como um dos objetivos, reduzir o suicídio em um terço até 2030. Terceiro dos 17 objetivos propostos pela organização, o ODS constitui um dos marcos de ação a nível mundial de intervenção no comportamento suicida. (ONU, 2015). Por fim, foi estabelecido pela OMS juntamente com a Associação Internacional de Prevenção ao Suicídio - IASP o dia 10 de setembro como o Dia Mundial da Prevenção ao Suicídio. Dessa forma há uma catalisação de esforços nesta data.

No Brasil as políticas públicas em relação ao suicídio tem início com a Portaria 1.876 de agosto de 2006, que trata das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. A portaria aborda a grave situação de saúde pública proveniente do suicídio, com destaque para os mais jovens, o documento considera os diversos grupos de risco para o suicídio e tentativas de suicídio, bem como os danos e sequelas para o indivíduo, família e sociedade, gerando ônus também para o poder público. Ao considerar todos esses elementos o documento trás a responsabilização das três esferas da gestão, bem como a articulação entre os órgãos públicos e privados, com vista no desenvolvimento de estratégias de promoção de qualidade de vida; comunicação do suicídio como agravo prevenível; atendimento em todos os níveis de atenção e educação permanente em todos esses níveis de atenção, inclusive na urgência e emergência (BRASIL, 2006).

Apesar de não abordar diretamente o suicídio, a Rede de Atenção Psicossocial - RAPs é implementada através da Portaria 3.088 de 2011 onde tem por finalidade a criação, ampliação e articulação da rede de atenção a pessoas com sofrimento mental, uso de crack, álcool e outras drogas. Tem por vista, prestar um atendimento qualificado pautado no acolhimento e acompanhamento inclusive das situações de urgência. Sabe-se que o suicídio é um comportamento que envolve sofrimento psíquico, assim como há uma associação entre os transtornos, adições e o suicídio sendo a ampliação e integração da rede um avanço nas opções de atendimento a estes pacientes (BRASIL, 2011).

Uma das inovações dentro da RAPs foi a constituição dos seus componentes, dividida em cinco pontos, I- Atenção Básica, II- Atenção Psicossocial, III- Atenção em Regime Residencial, IV- Serviço Hospitalar de Referência e V-Atenção de Urgência e Emergência

(BRASIL, 2011). É interessante notar que apesar de certa inovação nos primeiros três componentes o nível Hospitalar e de Urgência e Emergência é mantido, pois é totalmente complementar aos demais serviços, dada a sua capilaridade e o caráter de serviço contínuo principalmente para o atendimento de surtos.

Para implementação de qualquer projeto é necessário recursos, dessa forma em 2017 um recurso específico para a prevenção e atenção integral saúde do indivíduo que tentou suicídio foi destinado através da Portaria 3.491. Já em 2019 a Política Nacional de Prevenção a Automutilação e do Suicídio é instituída através da Lei 13.819. Dentre seus objetivos estão a garantia de acesso aos cuidados psicossociais aos indivíduos em ideação suicida, aos que tentaram suicida, além da consolidação da notificação compulsória e da promoção da educação permanente para os profissionais de todos os níveis da atenção (BRASIL, 2017, 2019).

2.2 TEORIAS

2.2.1 Teorias Sociológicas

No início do século XIX o suicídio tornou-se objeto de maior atenção de vários estudos, em especial na França. Os estatísticos e alienistas da época atribuíam o suicídio a causas individuais, estado civil, influencia da religião ou patologias de cunho mental quase que exclusivamente, embora, na maior parte das vezes houvesse uma supervalorização dos fatores biológicos (QUEIROZ, 2020).

A mudança na abordagem sobre o tema ocorreu com Émile Durkheim. O pai da sociologia postula sobre a relação entre o suicídio, a pressão e a tensão social. Durkheim entende o suicídio como:

um ato deliberado e executado pelo próprio indivíduo, de forma consciente e intencional, cujo anseio e objetivo final é o fim da vida. Destarte, o comportamento suicida diz respeito aos pensamentos, aos planos e à tentativa propriamente dita, resultando direta ou indiretamente de um ato que, respectivamente, pode ser positivo – tiro por arma de fogo – ou negativo – greve de fome, infligido pela própria vítima (DURKHEIM, 2000).

Como forma de legitimar a tese sociológica, Durkheim segundo Queiroz (2020), buscou desconstruir as teorias vigentes e formulou conceitos específicos para cada uma das várias incidências de suicídio, sempre apoiado em dados estatísticos apurados para a época.

Para Durkheim (2000), o suicídio não é um tipo de loucura ou mania como defendido na sua época, visto que na loucura, o louco permanece neste estado em todo o seu tempo de loucura. O que não ocorre com a maioria dos suicidas, que passam todo o tempo de sua vida de forma normal e consistente e em seguida tem um rompante de impulsividade e busca cometer o ato. Para tanto ele observa que na população judia há uma grande frequência de loucura que não é acompanhada pela frequência de suicídios, que nos judeus é baixíssima.

Como resultado dos estudos, em sua obra *O suicídio: estudo de sociologia*, o sociólogo divide o autoextermínio em três categorias sociais: os egoístas, altruístas e anômicos. O primeiro grupo é configurado por indivíduos que não estão integrados fortemente a nenhum grupo social, para tanto, ele analisa as principais religiões presentes no contexto europeu e como os índices de suicídio se comportam em cada uma delas (QUEIROZ, 2020).

Ao analisar o Catolicismo, o Protestantismo e o Judaísmo, Durkheim nota que apesar de terem proibições igualmente duras em relação ao suicídio, há uma grande discrepância entre as duas religiões cristãs, sendo a taxa de suicídio entre os protestantes sempre mais alta do que a de católicos. Entretanto, entre judeus, apesar de apresentarem alguns fatores de risco a mais que os outros grupos religiosos, estes tem o menor índice de suicídio, o que o autor atribui a intensa integração social. Para Émile, o suicídio egoísta ocorre por ausência de coesão social, de unidade do indivíduo com seu grupo (DURKHEIM, 2000).

O suicídio egoísta ocorre por conta do excesso de individualismo, que prolifera quando a sociedade religiosa perde o poder de coesão. Mas, não apenas essa sociedade tem relevância no impacto do suicídio, a sociedade familiar também se apresenta como fator de coesão. Vale salientar que dentro da família existem para o sociólogo, alguns graus de coesão, variando o nível do benefício entre os sexos e idades, mas, sobretudo se há ou não presença de prole, o que aumenta substancialmente a integração dos indivíduos reduzindo a chance de suicídio egoísta (ALMEIDA, 2018).

Desta forma, solteiros, viúvos ou casais sem filhos, no ponto de vista Durkheimiano, apresentam maior predisposição a esse tipo de suicídio. Que em última análise para o sociólogo, representa uma desagregação da sociedade política, com um excessivo individualismo (QUEIROZ, 2020).

Já os suicídios altruístas são para Durkheim (2000), resultantes de uma excessiva integração, como a de um soldado kamikaze na Segunda Guerra Mundial. Se no suicídio egoísta o problema é a individuação excessiva, no altruísmo há uma excessiva ausência de

individação. O homem se mata mais também quando está integrado demasiado fortemente ao grupo, como ocorre entre povos mais primitivos.

No suicídio altruísta há uma impessoalidade construída desde a infância onde o indivíduo é habituado a não valorizar a própria vida, e mais que isso, a desprezar aqueles que se apegam à vida. Isso ocorre principalmente em comunidades menores ou mais integradas como dos antigos cristãos. No suicídio altruísta o indivíduo troca um bem presente pela ideia de um bem posterior, grupal ou em outra vida como no caso dos mártires cristãos ou os hindus, o fato é que sempre o suicida altruísta tira sua vida por amor a outras coisas, em especial ao grupo. Esse bem é sempre algo externo ao eu (DURKHEIM, 2000).

Há ainda os suicídios anômicos. Neste tipo, o suicídio é motivado por crises, em especial crises financeiras. Quando há um colapso econômico, há uma forte tendência de aumento de índices de suicídio, entretanto isso não é necessariamente resultante apenas da dureza da vida mais austera e da miserabilidade, pois a mesma tendência de alta ocorre em crises de prosperidade. Uma vez que para o sociólogo, a crise associada ao suicídio anômico está muito relacionada ao desequilíbrio social. Há nesse movimento de crises uma grande ruptura e rearranjo no corpo social (ALMEIDA, 2018).

2.2.2 Teorias Psicológicas

Em seu livro *Luto e melancolia*, Sigmund Freud (1917) observa que há em certas pessoas uma predisposição para o estado melancólico. Freud usa o luto como base para explicar a melancolia. No luto a pessoa tem seus investimentos libidinais perdidos pela perda do objeto amado, podendo ele ser a pátria, coisa ou pessoa, sendo, entretanto, na maior parte das vezes uma pessoa o objeto amado perdido. Em todas as circunstâncias o objeto amado é real e, sobretudo o indivíduo enlutado tem consciência deste. Há sofrimento no luto, entretanto esse se dissipa com o passar do tempo e as provocações deste.

Na visão de Freud, há um estado doloroso no luto e um desinteresse pelo mundo no tocante às coisas que fazem a pessoa em luto lembrar-se do objeto amado perdido. Mas, uma vez que a realidade prova que esse objeto não mais existe a pessoa transfere esse investimento libidinoso para outro objeto. Isso, todavia não ocorre no estado melancólico, pois o objeto amado do indivíduo não morreu ou literalmente se perdeu. A perda na melancolia é uma perda ideal. Como uma noiva que perde o futuro esposo não por morte do mesmo, mas porque este a abandonou (ALMEIDA, *et al*, 2020).

Dessa forma, na melancolia por vezes sabe-se o que a pessoa perdeu, mas não o que da pessoa se perdeu no objeto perdido. Esse estado doloroso de perda gera na pessoa a melancolia, definida por Freud como:

A melancolia se caracteriza por um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e um rebaixamento do sentimento de autoestima, que se expressa em autorrecreminações e autoinsultos, chegando até a expectativa delirante de punição (FREUD, 1917).

Para Freud é perca de tempo meramente contradizer o melancólico, pois nesse estado há um empobrecimento do próprio ego. Há uma identificação tão grande com o objeto amado que a pessoa acaba fazendo uma partição do seu próprio ser, odiando, punindo o outro em si próprio e em última análise como uma tentativa de anular psicologicamente a perda do objeto, o melancólico busca se vingar da pessoa ou do ambiente que gerou esta perda, matando-se. Existe assim um ambiente de inúmeras e constantes batalhas no inconsciente entre amor e ódio, desligar a libido do objeto e outra para defender essa libido, há uma ambivalência que culmina em uma sobreposição pelo ego que busca eliminar a dor.

O suicida segundo Freud (1917) realiza um luto em si mesmo do seu próprio eu, imaginando o efeito de seu suicídio sobre as outras pessoas. Não existe, portanto o desejo de se matar necessariamente, mas sim, o de dar uma resposta a uma dor sofrida. Além desta fantasia, a fantasia de controle onipotente, de imortalidade, de expiação, assim como uma forma de intolerância à dor da perda ou mesmo fuga, é atribuída pelo pai da psicanálise como motivadores do ato.

Apesar de não se debruçar sobre o estudo do suicídio, Freud aborda o suicídio dentro da teoria das pulsões de morte (*Tânatos*) e vida (*Eros*). Essas pulsões serviram de base para o desenvolvimento dos estudos de Karl Menninger que postula a existência de ao menos três tipos de componentes no comportamento suicida. Sendo estes o desejo de matar, o desejo de morrer e o de ser morto.

Para Menninger todo suicídio é antes de tudo um homicídio. Nele o desejo primário é de matar o objeto ou uma pessoa, que terá que suportar o peso da morte. Outros, entretanto possuem o desejo de ser morto, como forma inconsciente de culpabilidade, de punição ao ego. Dessa forma para o ato suicida nesta concepção é composta por três componentes, podendo

coexistirem, mas havendo sempre, porém a presença do desejo de morrer (KAPLAN E SADOCK, 2017).

No desejo de matar, Menninger de certa forma dá uma continuidade no pensamento freudiano, visto que o suicida nesta visão se mata com o objetivo de matar o outro introjetado em seu eu. Como exemplo ele cita um filho que se suicida após discussão com o pai que duramente e ou frequentemente o repreendeu, ele em seguida é encontrado morto. Na visão de Menninger o jovem neste caso queria matar o pai, todavia o amava demais para tal, ou o temesse o bastante ou ainda temesse as circunstâncias e consequências do assassinato do patriarca. Matando então a presença do pai que havia nele (MENNINGER, 1970).

No desejo de ser morto há uma relação entre culpa e punição, entre dor e prazer. O indivíduo inconscientemente busca ser morto por um masoquismo. Enquanto no suicídio onde o ato causal era a vontade de matar e, portanto uma agressão, no suicídio por ato de ser morto, há uma submissão. O indivíduo age de forma passiva, visando não ter a responsabilidade direta sobre o intento. Como um jovem que dirige imprudente e violentamente ou que se envolve rotineiramente em brigas. Há uma procura por ocasiões de morte, há um desejo de ser morto ora por outro carro em uma colisão, ora pelo adversário na luta, ou até mesmo pelo proposital agravamento de uma doença (MENNINGER, 1970).

2.2.3 Teorias Biológicas

Na perspectiva biológica, vários estudos buscaram encontrar um gene determinante que leva ao cometimento do suicídio. Entretanto, apesar dos avanços da ciência moderna, não foi possível encontrar nenhum gene específico. Apesar disso, é inegável que há predisposições genéticas envolvidas na tendência ao suicídio. Os achados evidenciam antes, que o comportamento é provocado pela relação de múltiplos genes.

De acordo com Muñoz (2018, tradução nossa) o risco de uma pessoa cometer suicídio tendo parentesco com um suicida é de 3 a 10 vezes mais, que as pessoas controle. Em gêmeos monozigóticos a taxa de concordância em suicídio foi de 24,1%, frente a 2,8% em gêmeos dizigóticos, o que também é relatado em Kaplan e Sadock (2017). Segundo os autores além da relação da maior prevalência entre os gêmeos univitelinos, até mesmo entre pessoas adotadas, mas, com parentesco com algum suicida a predisposição ao comportamento suicida é maior. Há segundo os autores, uma relação entre impulsividade e agressividade que são fatores de riscos para o suicídio, passados geneticamente.

A incapacidade de controlar a impulsividade e agressividade são características fenóticas geralmente presentes no paciente suicida. O suicídio está relacionado à presença de transtornos psiquiátricos. As autópsias psicológicas revelam que cerca de 95% dos suicidas possuíam algum adoecimento mental, em especial Transtorno Depressivo Maior, Transtornos de Personalidade, Bipolaridade e Esquizofrenia. Vale salientar que os transtornos de humor representam 70% dos casos (PITHON; SCIPPA, 2020).

Uma explicação para a predominância dos transtornos de humor é a conduta de impulsividade e agressividade aumentada que está relacionada com defeitos na neurotransmissão da serotonina, responsável pela resposta ao estresse, mas também por conta dos baixos níveis de seu metabólito. O ácido 5 hidroxí-indolacético (5-HIAA) no líquido cefalorraquidiano foi detectado em baixa, após estudos *post-mortem* de pessoas que cometeram suicídio. A descoberta ocorreu quando ao investigar o uso de drogas antidepressivas direcionadas a neurotransmissão serotoninérgica, notou-se que havia uma relação não apenas com a depressão, mas também com os indivíduos com comportamento suicida (MUÑOZ, 2018, tradução nossa).

De acordo com Python e Scippa (2020) há uma correlação entre o maior risco de intencionalidade e letalidade na tentativa de suicídio de pessoas com alterações maiores no metabolismo de serotonina do que nos que não possuem essa alteração. Pacientes depressivos portadores de mutação nos genes de regulam a serotonina tem duas vezes mais chances de suicídio. A razão entre serotonina e suicídio é, portanto inversamente proporcional, quanto menos serotonina maior as chances de suicídio.

Há ainda estudos que sinalizam a desregulação dos genes envolvidos no metabolismo do glutamato. Ao comparar indivíduos que morreram por suicídio com outros que morreram por outras causas foram detectadas desregulações no metabolismo de reabsorção do glutamato, uma vez que a enzima sintetizadora de glutamina (GLUT) fica com sua expressão reduzida, o que gera, por conseguinte um acúmulo nas fendas sinápticas afetando a eficiência da transmissibilidade elétrica neuronal, desta forma a desregulação pode afetar no suicídio. Todavia, esse neurotransmissor excitador é considerado com cautela devido a relação com a sua presença na morte celular cerebral, o que até então pode dar margem a falsos resultados (MUÑOZ, 2018, tradução nossa).

Entretanto, recentemente foi descoberta a função da cetamina em dose subanestésica para o manejo de quadros agudos de ideação suicida. O fármaco age justamente como bloqueador do canal de receptor de glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA). Isso permite

uma rápida resposta antidepressiva e até uma reversão de alguns déficits sinápticos (PITHON E SCIPPA, 2020).

Estudos menos relevantes apontam também para a relação do baixo nível de colesterol e fatores inflamatórios. Os estudos mostram que em pacientes com comportamento suicida os níveis de colesterol são diminutos. Em pacientes que tentaram suicídio os níveis de LDL encontrados foram significativamente mais baixos que nos pacientes que não tentaram o suicídio. A relação da baixa no colesterol como depressão e suicídio, está justamente pela função precursora do cortisol importante hormônio de resposta ao estresse. Em relação ao processo inflamatório, foi encontrado significativo aumento de citocinas, fator de necrose tumoral e interleucina 6, bem como a redução da presença de interleucina 2 nos cérebros dos pacientes suicidas (MUÑOZ, 2018, tradução nossa).

2.2.4 Teorias de Enfermagem

Na Enfermagem não há nenhuma teoria que trate especificamente do suicídio. Entretanto, algumas teorias podem ser aplicadas pelo enfermeiro na assistência ao cliente que tentou suicídio. A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e a Teoria das Marés de são exemplos que se enquadram.

Na Teoria das Relações Interpessoais o objetivo da enfermagem consiste em entender o comportamento dos clientes e identificar as dificuldades utilizando de métodos de relação interpessoal para saná-los. Nesse processo tanto o paciente quanto o enfermeiro entram em um contínuo de desenvolvimento. A teoria é constituída de 4 etapas que são subsequentes e inter-relacionais, sendo elas: orientação, identificação, exploração e resolução (JESUS; et al,2021).

Para que as etapas ocorram, alguns pontos devem ser observados, com destaque para a comunicação. Nesse sentido tanto a linguagem verbal quanto a não verbal, os aspectos racionais e irracionais desempenham significativo impacto no desempenho e avanço de cada etapa. E nesse processo o enfermeiro deve além de se adaptar, exercer alguns papéis a depender da etapa a ser implementada e o progresso do paciente, a saber: pessoa desconhecida, pessoa significativa, técnico, counseleng e educador (PINHEIRO, *et al*, 2019).

É importante salientar que na fase inicial tanto o paciente, enfermeiro e familiares são desconhecidos, seja completamente, seja da situação vivenciada pelo indivíduo que busca assistência, além de que a relação interpessoal não se resume apenas a paciente e enfermeiro, mas também a outras pessoas que possam fazer parte do processo terapêutico como aquelas que

compõem a família. Dito isso, na orientação busca-se entender qual o problema atual, qual as necessidades do paciente e familiares. Para tanto, à medida que a enfermeira escuta, um padrão se forma e é possível se orientar sobre a situação. Isso possibilita que o paciente orientado pelo enfermeiro esclareça o problema e direcione as energias acumuladas para necessidades não preenchidas (GEORGE, et al 2000).

Na fase de identificação segundo Pinheiro e colaboradores, 2019, o cliente pode idealizar o enfermeiro como uma figura ou um símbolo, variando de acordo com as experiências anteriores, devendo o enfermeiro trabalhar a dependência e independência. Para George, et al, 2000, nessa fase o paciente consegue ter um maior pertencimento e capacidade de lidar com o problema identificado, o que reduz os sentimentos de desamparo e desesperança.

Durante a exploração, o paciente goza de certa autonomia sobre seu tratamento, participando ativamente do mesmo. Entretanto nesse ponto é comum atritos por independência, cabendo ao enfermeiro auxiliar no processo de exploração de suas emoções, estabelecendo novas metas e sobretudo escutando e esclarecendo o paciente em suas dificuldades e demandas, cabendo aqui o desempenho do papel de técnico e conselheiro (PINHEIRO, et al, 2019).

Por fim, na fase de resolução o problema inicial já está superado, e a identificação com a enfermeira é descontinuada, visando à independência do cliente em relação a enfermeira e vice-versa. É importante salientar que há uma certa semelhança entre as 4 etapas da Teoria de Peplau e a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, onde ocorre coleta de dados na orientação; coleta e diagnóstico na identificação; planejamento e implementação na exploração e avaliação na resolução (PINHEIRO, et al, 2019).

A Teoria das Marés é outra teoria de enfermagem que tem uma aplicabilidade muito boa no manejo com os pacientes de tentativa de suicídio. Proposta em 2000 pelo enfermeiro e professor Phil Barker, ela aborda a dinâmica da maré, o comportamento do barco e demais elementos metafóricos para trabalhar os processos contínuos de mudança que ocorrem na vida das pessoas, a saúde, doença, papel do enfermeiro na assistência dos indivíduos (LIMA, et al, 2022).

De acordo com a análise de Teixeira, et al, (2018), o foco da teoria está no cliente, mais especificamente em identificar o que precisa ser feito para resolver, adaptar ou superar os problemas de saúde mental. Para tanto o paciente é o protagonista do processo do próprio cuidado, tendo significativa importância as suas vivências e histórico. O enfermeiro no Tidal Model atua como um “salva-vidas”, em momentos de crises, mas, sobretudo como um

facilitador, auxiliando e direcionando para uma ressignificação das experiências de adoecimento.

Segundo Feitas, et al, 2020, na Teoria de Barker a vida é uma viagem de barco por um oceano de experiências. A água representa a mudança, dada a sua fluidez, o barco por vezes está em águas calmas, em outros momentos, entretanto enfrenta tempestades e pirataria e pode começar a inundar ou afundar, necessitando ser guiado a um porto seguro, receber reparos, superar os traumas e retornar a sua viagem no oceano de experiências.

No manejo do paciente que tentou suicídio o enfermeiro deve comportar-se inicialmente como um salva-vidas, mas, sobretudo como um facilitador e direcionador junto com o paciente para realizar os reparos necessários no barco de sua psique e demais campos da vida, necessários para o retorno ao oceano de experiências.

Entendendo que os recursos para a recuperação se encontram com o próprio paciente, Barker representa o cliente em três dimensões: o Mundo como sendo a esfera social, o Eu como tudo o de mais íntimo na pessoa e o outro como a capacidade de interação com os demais. Compreendendo ainda as crises como importantes fontes de aprendizado, a teoria vem sendo aplicada em casos de ideação/tentativa de suicídio, dada a boa aplicabilidade desde a população jovem até a idosa (LIMA, et al, 2022).

O Tidal Model não possui fórmulas, o que exige bastante criatividade do enfermeiro em sua aplicação que, no entanto, possui seis princípios orientadores: a virtude da curiosidade, o poder da desenvoltura, o valor de respeitar os desejos da pessoa em um processo de colaboração ativa, a visualização da crise como oportunidade, possuir metas e a busca de ações simples que permitam experimentar uma mudança (FREITAS, et al, 2020).

Por fim, dez compromissos ou proposições dão sustentação na prática da Teoria das Marés. Valorizar a voz do cliente, a história, as experiências do sujeito; Respeitar a língua, a forma única como ela se comunica, suas metáforas; Desenvolver uma curiosidade genuína ou seja ter interesse e esmiuçar sobre os fatos; Tornar-se aprendiz, pois ninguém sabe mais do paciente do que ele próprio; Revelar sabedoria pessoal, que se constitui em ajudar o cliente a tomar ciência de sua sabedoria pessoal; Ser transparente, deixar claro o que está sendo feito e o porque; Utilizar o kit de ferramentas disponíveis; Capacidade de dar um passo além; Dar o presente do tempo, sendo assim deixar que as mudanças ocorram em seu ritmo e por fim, Experimentar mudança constante ou seja, ter consciência que a mudança é inevitável e constante, dessa forma a ansiedade e angústia são reduzida (TEIXEIRA, et al, 2018).

2.3 EPIDEMIOLOGIA/DADOS GOVERNAMENTAIS

De acordo com a OMS, em 2012 foram registradas mais de 804 mil mortes por suicídio no mundo, representando uma taxa média de 11,4 suicídios por 100.000 habitantes. Uma média de 15,0 suicídios por 100 mil entre homens e 8,0 suicídios por 100 mil entre as mulheres. Em 2019, entretanto, foram estimadas 703 mil mortes por suicídio, ou seja, uma redução aparente de 101 mil óbitos. Essa redução parece estar de encontro com a meta de redução do suicídio em 10% no período entre 2013 a 2020 proposto pela OMS. É importante salientar, todavia que esses números são na verdade muito maiores, visto haver uma séria dificuldade na notificação e na qualidade destas, havendo segundo a Organização, países onde a notificação é até mesmo proibida (OMS, 2012, 2019).

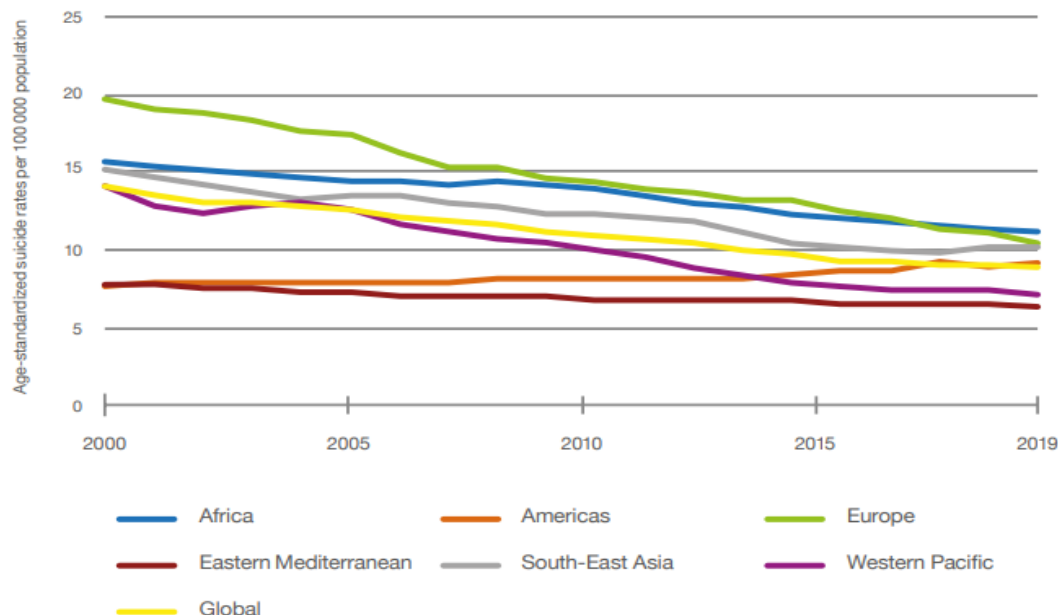
Desta forma, há um grande esforço na modelagem dos dados para que possa haver uma equivalência entre os números apresentados por cada país, dada a disparidade na qualidade dos dados notificados. Segundo a OMS, dos 183 países que a compõem, apenas 60 foram capazes de apresentar dados de alta qualidade. Os dois terços restantes dos países membros são compostos de países de baixa e média renda, que carecem fortalecer o registro civil de óbitos, sistemas de estatísticas vitais, coleta e registro de informações sobre causa de morte e autópsia verbal, além de pesquisas frequentes de saúde domiciliar para que seus dados possam ser mais fidedignos (OMS, 2021).

Das mortes por autoextermínio estima-se que 79% ocorrem nos países de baixa e média renda. Quando o número de suicídios é avaliado segundo o sexo, há um claro aumento nos índices masculinos, isso ocorre nas Américas, mas também na Europa e África, com 14,2 suicídios por 100 mil homens, 17, 1 e 18,0 respectivamente, todas elas superiores à média masculina global que ficou em 12, 6 suicídios por 100.000 homens (OMS, 2021).

Quando comparado gênero e renda, as mulheres em países de renda média e baixa apresentaram índices de suicídio superior ao das mulheres em condições melhores de renda. Já nos homens os dados mostram que a relação é justamente oposta. De acordo com o estudo os homens em países de alta renda tiveram taxas superiores ficando com o equivalente a 16,5 suicídios por 100.000 mil homens.

No período entre 2010 a 2016 houve uma redução de 9,8% no número global de suicídios, ocorrendo uma significativa variação entre os continentes. Na região do Mediterrâneo Oriental a redução foi de 17%, já na região Europeia 47% e no Pacífico Oriental uma queda de 49% dos casos. Entretanto apesar da diminuição nas demais regiões, os índices na América estão em uma cresceram 17% como mostrado na figura abaixo:

Tabela 1 - Taxas de suicídio por região no período de 20 anos (2000 a 2019).



Fonte: Retirado de: Suicide worldwide in 2019.

O Brasil acompanhou a tendência continental. O 33º Boletim Epidemiológico (2021) revela um aumento de 43% no número anual de mortes por suicídio, saindo de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019, um crescimento quatro vezes maior que a taxa de crescimento da população brasileira no igual período. Houve segundo o boletim, um aumento de suicídio em todas as faixas etárias com a manutenção do maior risco de suicídio entre os homens. Vale salientar, entretanto que segundo o levantamento as gerações Y (nascidos entre 1981 e 1995) e a Z (nascidos após 1995) há uma maior susceptibilidade ao efeito do estresse, ansiedade, depressão, assim como o próprio suicídio.

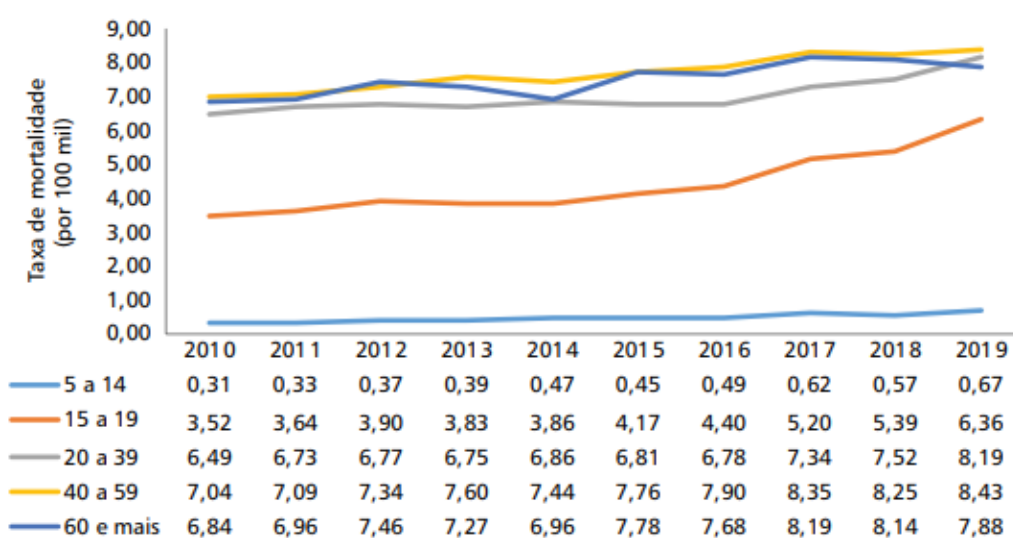
O suicídio é a quarta causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos, sendo precedido por lesões de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Entretanto, sabe-se que um significativo número de acidentes de trânsito e outros agravos, tratam antes de tudo de na realidade, suicídios não notificados (OMS, 2019).

No Brasil, a ocorrência de lesões autoprovocadas se concentraram entre os jovens de 20 a 39 anos, com 46,3% dos casos, conforme o 33º Boletim Epidemiológico (2021), ao todo foram registradas 124.709 violências autoprovocadas, com aumento de 39,8% em comparação a 2018 (BRASIL, 2021). Em 2017 foi registrado que 86,2% das tentativas de suicídio ocorrem no ambiente urbano, bem como, chama a atenção o fato de 31,3% das lesões autoprovocadas serem

de caráter repetitivo o que em 2019 aumentou para 40,9%. Há uma relação entre o suicídio e as lesões autoprovocadas, o que é agravado pela repetição (BRASIL, 2017, 2021).

Entre os homens o risco de cometer suicídio é 3,8 vezes maior que nas mulheres, ficando em 2019 uma taxa de 10,7 suicídios masculinos por 100 mil, frente a 2,9 nas mulheres. Se entre os sexos há uma grande diferença entre quem mais comete suicídio e quem mais tenta, entre raça e cor, essa distinção é de apenas 4,9%. Os brancos 47,3% e os negros 42,4%.

Tabela 2 - Evolução da taxa de mortalidade por idade no período de 2000 a 2019.



Fonte: Retirado de BRASIL, 2021.

Mais de 76% dos casos de tentativa de suicídio registrados foram ou por envenenamento ou por objeto cortante, como indicado na tabela abaixo:

Tabela 3 - Meios de tentativa de suicídio.

Envenenamento	83.470	60,2%
Objeto cortante	22.421	16,2%
Enforcamento	8.636	6,2%
Objeto contundente	1.775	1,3%
Substância ou objeto quente	1.205	0,9%
Arma de fogo	699	0,5%
Outros	20.472	14,8%

Total	138.678	100%
--------------	---------	------

Fonte: Adaptado do 33º Boletim Epidemiológico (2021).

2.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

O cuidado de enfermagem está pautado em cinco etapas que devem ser realizadas sempre que o enfermeiro prestar assistência, independente do setor e nível de assistência em saúde no qual o atendimento ocorra. Assim de acordo com a Resolução COFEN-359/2009 sempre deve ocorrer a Sistematização da Assistência em Enfermagem – SAE, e para tal faz-se uso do Processo de Enfermagem. Esse Processo consiste segundo Art I parágrafo segundo em Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Desta forma ao abordar o paciente suicida na rede de urgência e emergência o enfermeiro coleta os dados fundamentais para o atendimento, direcionado para o quadro fisiológico do paciente, mas também o psicológico. Para Mello (2008) por serem primordiais para a sobrevivência, a assistência fisiológica é de primeira ordem, no entanto, o enfermeiro não deve deixar de sistematizar cuidados no âmbito psicológico, social e espiritual, haja visto a preconização de uma abordagem holística.

Das tentativas de suicídio, mais da metade são por envenenamento o que requer procedimentos como sondagem, lavagem gástrica, monitorização cardíaca e renal, assumida pelos profissionais como cuidados de enfermagem, onde há maior segurança e propriedade na assistência a esses clientes (BRASIL, 2021).

Em estudo de Moreira e colaboradores (2015) notou-se a variedade de drogas usadas para a tentativa de suicídio por intoxicação, como mostra a tabela 2. Dos produtos utilizados há um maior índice de intoxicações com outros medicamentos com 22,5%, seguida de 20,1% por chumbinho, anticonvulsivante com 9,9% e antidepressivo com 7,3% das substâncias utilizadas.

Tabela 4 - Tipos de produtos utilizados nas tentativas de suicídio por intoxicação

Tipos de tóxico utilizados:	Porcentagem
Chumbinho	20,1%
Carbonato	4%
Organofosforados	4,8%

Outro Agrotóxico/ Uso Agrícola	2,3%
Ácido Muriático	1,2
%	
Outro Domissanitário	1,8%
Antidepressivo	7,3%
Anticonvulsivante	9,9%
Ansiolítico	6,6%
Antipsicóticos	5,5%
Agente Tóxico Desconhecido	0,7%
Outros Medicamentos	22,5%
Produto Veterinário	2,9%
Raticida	4,8%
Cosmético	0,4%
Produto Químico Industrial	
0,9%	
Droga de Abuso	3%
Agrotóxico/Uso doméstico	1,3%
Total	100%

Fonte: Adaptado de Moreira *et al* (2015).

Ao constatar a natureza da prioridade da assistência biológica, Fontão *et al* (2017) entende como necessário o enfoque biologicista, entretanto coloca como necessária a superação da exclusividade que esse modelo de assistência atualmente retém. O cuidado nessa perspectiva fica limitado, o que é compreendido pelos enfermeiros da urgência e emergência.

Em estudo realizado por Moreira *et al* (2015), a lavagem gástrica e carvão ativado representaram 64,3% das principais condutas e encaminhamentos, seguidas do uso do carvão ativado com 12,2% e a lavagem gástrica com 6,4 %. As três condutas representaram mais de dois terços dos procedimentos de enfermagem, e quando somados aos demais procedimentos técnicos, representam quase que a totalidade absoluta. Em contrapartida o suporte em saúde mental e encaminhamento para Instituição Psiquiátrica, representaram apenas 1,2% das condutas adotadas.

Ainda nessa pesquisa, 16,5% dos pacientes receberam evolução como melhora clínica não confirmada e 14, 2% como evasão, o que sugere que os procedimentos adotados não foram

suficientes para reestabelecer o equilíbrio biológico e tão pouco o mental, visto que este não é priorizado dentro destas principais condutas (MOREIRA et al 2015).

Para Mello (2008) após cuidados de desintoxicação e estabilização deve ser realizada a avaliação psiquiátrica, com atenção para pesquisa de transtornos mentais. Além da monitorização e orientação do paciente, o enfermeiro deve ter especial cuidado no acondicionamento dos psicofármacos, bem como a acompanhamento cauteloso da ingestão dos medicamentos para evitar que o paciente os acumule com finalidade de cometer suicídio.

Para além dos serviços citados, uma das prioridades na assistência clínica é a investigação sobre o uso de drogas, visto que se sabe que há relação entre o suicídio e o consumo de álcool e outras drogas. Para que essa avaliação ocorra, uma fonte de informações relevantes são os familiares, acompanhantes e próprio paciente quando este se encontra consciente (MELLO, 2008).

De acordo com Santos (2019) os familiares e acompanhantes são fontes valiosas de informações acerca do comportamento diário do cliente, apresentando o histórico de atitudes que possam sinalizar algum tipo de risco suicida, que deve ser nesse momento trabalhado em conjunto com o restante da equipe, paciente e familiares. Essas informações são obtidas com a capacidade de aproximação do profissional junto ao familiar e trazê-lo para a cena do cuidado intensificando os vínculos do paciente e família, esclarecendo os mesmos sobre como proceder diante de atitudes de comportamento suicida.

Além disso, os dados demográficos são colhidos, com atenção para os fatores de risco, como sexo masculino, faixa etária, situação empregatícia, estar desempregado, sem suporte familiar, acesso a meios letais, presença de doenças crônicas e psiquiátricas, bem como ter histórico familiar de suicídios ou tentativas anteriores (MELLO, 2008).

O enfermeiro deve estar atento aos fatores de risco para o suicídio, como os presentes no quadro 1, para sistematizar os cuidados com melhor qualidade para o paciente.

Quadro 1 - Fatores de risco para o suicídio

Fatores demográficos:
- Sexo masculino
- Adultos jovens (19 a 49 anos) e idosos
- Viúvos, divorciados e solteiros

- Ateus e protestantes tradicionais > católicos e judeus
- Minorias étnicas e identitárias
Transtornos mentais:
- Depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, abuso de álcool e outras drogas , transtornos de personalidade
- Histórico familiar de doença mental
- Ausência de tratamento mental ativo
- Ideação ou plano suicida
- Tentativa de suicídio anterior
- Histórico de suicídio na família
Fatores psicossociais:
- Abuso físico ou sexual
- Perda ou separação dos pais na infância
- Isolamento social
- Desemprego
- Desesperança e desamparo
- Ansiedade intensa
- Baixa autoestima
-Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade de humor, perfeccionismo.
- Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades
Outros
- Acesso a meios letais
- Doenças incapacitantes

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Apesar da avaliação de todos os fatores de risco serem importantes para a mensuração da probabilidade e gravidade da tentativa de suicídio os fatores predisponentes são os mais relevantes. Os fatores precipitantes são os mais recentes no momento da tentativa e, portanto devem ser os primeiros a serem investigados na tentativa de suicídio.

Quadro 2 - Fatores precipitantes mais importantes na tentativa de suicídio.

Desilusão amorosa
Separação conjugal
Conflitos relacionais
Derrocada financeira
Perda de emprego
Embriaguez
Sentimento profundo de desonra e vergonha
Facilidade de acessar meios letais

Fonte: Adaptado de Botega (2015).

Para Carvalho (2012) as intervenções de enfermagem devem consistir principalmente na manutenção segurança do paciente que tentou suicídio, visto que o risco de autoagressão e nova tentativa de suicídio são grandes. Deste modo a enfermagem deve realizar constante e discreta vigilância ao paciente.

A assistência ao paciente que tentou suicídio está muito relacionada ao tipo de transtorno mental presente no cliente atendido, mas problemas de ordem orgânica também podem causar manifestações semelhantes a quadros de transtorno mentais. Distúrbios eletrolíticos e hormonais, hipóxia, hipoglicemia, trauma craniano, além de abuso ou abstinência de drogas são causas de síndrome mental orgânica. A síndrome mental orgânica mais comum é o *delirium*. O paciente nesse quadro pode vir a tentar suicídio, entretanto, a correção do desequilíbrio orgânico resulta no reestabelecimento da consciência e o risco de suicídio fica diminuto (MELLO, 2008).

O comportamento violento também pode ser causado por origem orgânica, entretanto, transtornos de personalidade e uso abusivo de drogas também são causadores da síndrome, e todos elevam o risco a suicídio. Em situações de comportamentos violentos, a conduta geralmente é abordar verbalmente o paciente a fim de contê-lo inicialmente pela terapia comunicacional e posteriormente caso a tentativa não surta o efeito desejado a intervenção deve ser realmente a contenção física e administração de medicação quando necessária (MELLO, 2008).

A assistência ao paciente que tentou suicídio quando direcionada também para a doença mental de base é uma ação muito importante. No entanto, de forma geral o enfermeiro deve sempre considerar as emoções do paciente que tentou suicídio, mas também as suas próprias. Para que o processo terapêutico ocorra da melhor forma é necessário que o enfermeiro tenha um significativo autoconhecimento sobre si e suas emoções, pois, geralmente os enfermeiros

experenciam bastante ansiedade e estresse no dia a dia do trabalho, em especial no setor de urgência e emergência (SANTOS, RS et al, 2017).

A partir do autoconhecimento, o enfermeiro deve empregar a comunicação terapêutica, que consiste na competência do profissional, a partir de seus conhecimentos de comunicação humana conduzir o paciente a perceber e descobrir a sua própria capacidade de identificar as limitações, percebendo, no entanto seu real tamanho e as competências necessárias para solucionar os problemas. A comunicação terapêutica tem como finalidade resgatar e estimular a autonomia e autocuidado do paciente (KONDO et al, 2011).

Para que essa comunicação seja efetiva o enfermeiro pode fazer uso da autorreflexão, que consiste em refletir determinada situação de sua própria experiência, como forma de conduzir terapeuticamente o paciente que tentou suicídio a realizar reflexões sadias e equilibradas em sua própria vida. A autorreflexão do enfermeiro serve como fio guia para o paciente. Para que isso ocorra, entretanto, é necessário um olhar empático e acolhedor do enfermeiro (SANTOS, RS et al 2017).

Com essas ferramentas o profissional enfermeiro possibilita ao paciente, a vocalização, a exteriorização de sentimentos de agressividade, impulsividade e perfeccionismo. Todavia vale salientar que a comunicação não se resume apenas na linguagem verbal. O paciente também se comunica através do gestual e o bom enfermeiro está atento a essas comunicações. Para tanto é necessário que o enfermeiro empregue tempo de observação, o que é um certo desafio na rotina de urgência e emergência e sua fluidez. Mas a despeito dessa característica a urgência e emergência ainda é considerada um ambiente privilegiado quando se refere a oportunidade de interação com a pessoa que atentou contra a própria vida (SANTOS. RS et al 2017).

O enfermeiro deve implementar o relacionamento terapêutico. Nele o nível de empatia e interesse sincero são fundamentais. É preciso ainda verbalizar interesse sobre o estado do cliente, informar e esclarecer o papel de apoio e desejo de ajudá-los (KONDO et al, 2011).

Alguns dos diagnósticos de enfermagem mais utilizados destacados são: risco de violência dirigida a si próprio por motivação de sentimentos de desespero e desesperança; desesperança relacionada a sistema de apoio ausente ou ineficaz associado a visão de menos valia (TOWNSEND et al, 2002).

O tratamento farmacológico varia conforme a doença de base envolvida na tentativa de suicídio. Entretanto as drogas são geralmente antidepressivos, estabilizadores de humor e antipsicóticos. A eletroconvulsoterapia também pode ser empregada em alguns casos a

depende da urgência e da disponibilidade. O tratamento com lítio, entretanto, é melhor aceito e possui bons resultados em pacientes que tentaram suicídio, em especial nos casos com presença de transtorno bipolar, embora ele também sirva nos casos onde há a presença de transtorno depressivo, reduzindo em até três vezes o risco de suicídio. A eficácia do lítio se dá justamente pela regulação do humor, bem como no controle da agressividade e impulsividade (QUEVEDO; IZQUIERDO, 2020).

Em relação aos psicotrópicos, a clozapina é uma das drogas mais eficazes, principalmente, no paciente em tentativa de suicídio com esquizofrenia. Dentro da farmacologia do suicídio a grande desvantagem é a demora do início do efeito da droga no organismo do indivíduo (QUEVEDO; IZQUIERDO, 2020).

De acordo com Kaplan e Sadock (2017) uma importante ferramenta para o tratamento do paciente que tentou suicídio é o acordo de solicitação de atenção hospitalar de emergência imediata quando o indivíduo perceber a impossibilidade de administração dos impulsos suicidas. O risco de tentativa deve estar presente nos registros do paciente e o profissional deve estar sempre disponível a atender o paciente na percepção do descontrole de seus impulsos.

Apesar da terapêutica de confiança, como medida preventiva também deve ser afastado dos pacientes todos os objetos perfurocortantes, medicações ou quaisquer outros objetos que apresentem risco ao paciente. Além disso, o cliente deve estar em leito próximo a enfermaria em local isolado dos demais pacientes, sem acesso a escadas ou janelas ou com estas gradeadas. Outro cuidado bastante importante é no momento de transporte do paciente para realização de exames ou outros procedimentos fora da enfermaria, os pacientes devem estar contidos e sedados quando em agitação, turvação da consciência ou estado de *delirium* (BOTEGA, 2012).

Apesar de todos os esforços do enfermeiro e da equipe, nos casos em que o paciente está resoluto no suicídio o isolamento e contenções não conseguem impedir que o paciente tente ou mesmo cometa o suicídio. Significativa atenção também deve ser prestada em pacientes com melhoras súbitas, onde há maiores chances do desenvolvimento do suicídio paradoxal, onde pelo efeito da ação de fármacos serotoninérgicos por exemplo, o paciente sente - se cheio de energia podendo colocar em prática os impulsos suicidas. Dessa forma o enfermeiro deve manter observância aumentada após a administração desses fármacos (KAPLAN e SADOCK, 2017).

Outro cuidado no tratamento é no momento da troca de plantões de enfermagem onde segundo Botega (2012) ocorrem cerca de 30 a 50 % dos suicídios entre pacientes internados.

Uma alternativa a ser adotada é a autorização de acompanhante a todo o momento de permanência do paciente na unidade.

Em síntese, existem alguns fatores que o enfermeiro deve observar para favorecer o sucesso e a eficácia do tratamento, que vão além da execução dos cuidados biológicos, como mostrado no quadro abaixo:

Quadro 3 - Fatores que favorecem o tratamento ambulatorial do paciente suicida

Intencionalidade suicida relativamente baixa
Ausência de um plano suicida e de meios facilmente acessíveis para executá-lo
Capacidade de estabelecer boa aliança terapêutica
Comprometimento do paciente com uma proposta de tratamento
Paciente capaz de garantir que não se agredirá
Ausência de registro de comportamento impulsivo
Ausência de psicose ou abuso de álcool ou de outras drogas
Ausência de tentativa de suicídio no passado
Ausência de fatores estressantes graves em casa
Ausência de sérias complicações por problemas físicos
Inexistência de isolamento, presença de rede de apoio social disponível.

Fonte: Retirado de Botega (2012).

3 METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão integrativa, onde a finalidade se constitui na síntese de resultados obtidos em pesquisas sobre determinado tema de maneira sistemática e ordenada (ERCOLE, et al, 2014). De cunho descritivo, o estudo foi realizado através de levantamento bibliográfico, utilizando-se de pesquisa em diversas bases de dados indexadas como, Scientific Eletronic Library Online - SciELO, Biblioteca Virtual em Salud - BVS Salud, BVS Brasil, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, PUBMED, MEDLINE, e no banco de teses/dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram utilizados descritores selecionados no Descritores em Ciência da Saúde – DeCS, tais como: “assistência de enfermagem”, “crise suicida”, “tentativa de suicídio”, “urgência e emergência” e utilizado o operador booleano “AND”.

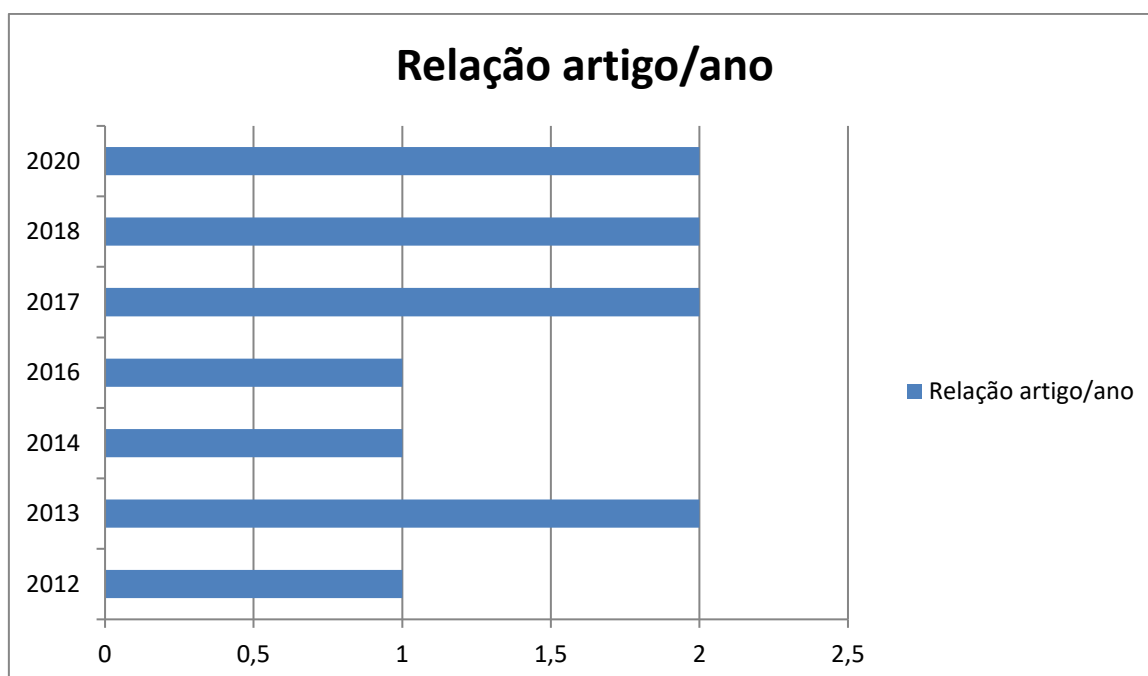
A seleção dos artigos e demais produções seguiu o critério de inclusão: 1- Literatura científica publicada em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; 2- abarcada no período de 2012 a 2022; 3- disponíveis na íntegra; 4- encontrados em base de dados LILACS, biblioteca virtual BVS Salud, BVS Brasil, PUBMED, MEDLINE E SciELO e banco de teses e dissertações da CAPES contendo temática relacionada ao suicídio, assistência em enfermagem, atendimento em urgência e emergência, tentativa de suicídio. Foram encontrados 381 artigos, sendo descartados 42 por não estarem dentro do período estabelecido e 276 pelo critério de idioma. Dos artigos restantes 89 foram descartados após análise do título e 5 após análise do resumo. O material coletado enfim foi analisado integralmente através de leitura dinâmica dos 11 artigos restantes onde os 11 foram utilizados no texto.

Como critérios de descarte foram excluídos os artigos e literatura em outros idiomas que não o português, inglês e espanhol; publicados em período anterior a 2012.

4 RESULTADOS

Os artigos selecionados foram publicados no período de 2012 a 2020, não havendo grande variação na quantidade de publicações entre os anos, tendo ocorrido um aumento na produção no período entre 2017 a 2020, vale salientar que 2017 foi o primeiro ano de publicação do Boletim Epidemiológico sobre Suicídio. As publicações trabalhadas tiveram produção no Brasil e divulgados em português, inglês e espanhol. A distribuição dos estudos foi representada na tabela abaixo:

Tabela 5 - Distribuição da amostra por ano de publicação.



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

A Tabela 6 mostra a síntese dos artigos selecionados ordenados decrescentemente por ano. A tabela traz ainda o objetivo de cada estudo, o título, a metodologia e os autores. Cinco dos onze artigos tratam da assistência prestada ao paciente que tentou suicídio, dois sobre a percepção da enfermagem e três tratam do perfil do paciente e atendimentos. Houve ainda um artigo que avaliou a influência da inteligência emocional na assistência e outro que avalia os pontos de sucesso nos cuidados prestados.

Tabela 6- Síntese dos estudos selecionados.

Título	Autores	Periódico	Ano, País	Objetivo	Metodologia
Atitudes do Profissional de Enfermagem em Relação ao Comportamento Suicida: Influência da Inteligência Emocional.	NAVARRO, MCC	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Brasil, 2012	Avaliar a atitude e a influência da Inteligência Emocional no atendimento ao paciente com comportamento suicida	Estudo Descritivo e Transversal
Perfil do paciente com intoxicação exógena por “chumbinho” na abordagem inicial em serviço de emergência.	DANTAS, JSS	Revista Eletrônica de Enfermagem	Brasil, 2013	Conhecer o perfil do paciente intoxicado por chumbinho admitido na emergência, descrevendo a abordagem inicial e o desfecho do mesmo, após o tratamento.	Retrospectivo Descritivo
Suicide attempts in a emergency hospital	ALVES, VM	Arq Neuropsiquiatria	Brasil, 2013	Caracterizar o perfil das tentativas de suicídio (TS) que foram atendidos num Hospital de Alagoas, no ano de 2010	Análise documental descritiva
Assistência hospitalar na tentativa de suicídio	GUTIERREZ, BAO	Psicologia USP	Brasil, 2014	Discutir pontos de sucesso na assistência hospitalar direcionada a	Artigo de revisão

				quem tentou suicídio	
Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós-tentativa de suicídio	LIBA, YHAO	Journal Health NPEPS	Brasil, 2016	Identificar a percepção dos profissionais acerca dos cuidados prestados a pacientes que tentaram suicídio.	Descritivo exploratório
O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório.	SANTOS, EGO	Online Brazilian Journal of Nursing	Brasil, 2017	Analisar o olhar do enfermeiro do setor de urgência e emergência no que diz respeito ao cuidado ao paciente que tentou suicídio.	Estudo exploratório-descritivo
A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva	SANTOS, RS	Revista de Enfermagem UFPE	Brasil, 2017	Realizar análise reflexiva da atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio	Revisão narrativa de literatura.
Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio	FONTÃO, MC	Revista Brasileira de Enfermagem	Brasil, 2018	Analisar o cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio na percepção da equipe de enfermagem	Estudo exploratório descritivo
Ambivalência que afeta os técnicos de enfermagem e	BITELO, MS	Instituto Federal de	Brasil, 2018	Evidenciar a complexidade	Relato de caso

demais profissionais da saúde ao lidarem com a problemática do paciente de tentativa de suicídio em suas rotinas de trabalho		Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul		do processo saúde-doença, destacando a dimensão do aspecto psicológico nos cuidados que são prestados pelo técnico de enfermagem.	
Tentativas de suicídio notificadas em um hospital de ensino no estado do rio grande do sul, 2014-2016.	GRILOLETT O, AP	Revista Online de Pesquisa Cuidar é Fundamental	Brasil, 2020	Caracterizar os intentos de suicídio notificados em um hospital de ensino do estado do Rio Grande do Sul.	Pesquisa qualitativa, retrospectiva e descritiva.
Cuidado de enfermagem em urgência/emergência às pessoas que tentam suicídio*	FONTÃO, MC	Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas	Brasil, 2020	Caracterizar o cuidado de Enfermagem em urgência/emergência às pessoas que tentam suicídio	Artigo de revisão integrativa

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4 DISCUSSÃO

4.1 Estigmas e apreensões na assistência de enfermagem

Em pesquisa realizada por Santos, Ego et al, (2017), a insegurança e a dificuldade em abordar os tentantes de suicídio foram uma constante entre os profissionais de enfermagem no serviço de emergência. De acordo com as autoras, os sentimentos de desconforto, despreparo e medo estão presentes no atendimento da maioria dos casos. O não saber como se posicionar, leva ao aprofundamento de uma assistência meramente biologicista, sendo a humanização e a acolhida pouco utilizadas e quando brevemente aplicados são mais voltados aos familiares.

Para Gutierrez (2014), o atendimento diferencial não ocorre. Sendo a atenção prestada à família voltada tão somente a coleta de informações referentes à tentativa de suicídio. Entretanto, no profissional ocorreu sentimentos de angústia e sofrimento ante a situação de despreparo. Para a autora o que se espera é o fornecimento de apoio, zelo e esclarecimento, o que não ocorre, sob justificativa de condições estruturais precárias e a dinâmica da urgência e emergência.

Esses sentimentos estão mais presentes quando há a incapacidade do profissional de se desnudar de suas próprias convicções religiosas e insere estas no processo de cuidado, havendo um prejuízo na assistência. (SANTOS, RS et al, 2017). Além disso, de acordo com Navarro e Martinez (2012), a discriminação através da concepção de que as pessoas que tentaram suicídio são manipuladores e chamadores de atenção, não apenas dificultam a adesão ao tratamento, quanto são umas das principais razões para as pessoas com transtornos mentais não busquem tratamento.

Os profissionais de enfermagem possuem uma bagagem cultural, moral, pessoal e religiosa que influencia diretamente na qualidade da assistência. Tanto os profissionais quanto a assistência prestada são frutos do meio e do tempo em que estão inseridos. Como resultado dessa equação, sentimentos negativos foram externados quanto a assistência ao paciente que tentou suicídio. Esses sentimentos como, medo, desconforto e insegurança podem ser resinificados com o conhecimento de si, sua profissão, do paciente e a realidade do sofrimento por trás da tentativa do suicídio.

4.2 Ambivalência

Outra dificuldade encontrada pelos enfermeiros é a contradição entre seus esforços em salvar a vida do cliente que aparentemente quer perde-la. O instinto de autopreservação presente em quase todas as pessoas está também nos enfermeiros e isso inicialmente causa uma repulsa, ou ao menos uma dificuldade na identificação com o suicida. O caráter agressivo do seu intento parece a priori agredir o instinto de autopreservação da enfermagem.

Além disso, os profissionais de enfermagem podem usar do mecanismo de negação da necessidade de cuidados em saúde mental pelo paciente que tentou suicídio, visto o sentimento de impotência em cumprimento de um cuidado integral, do investimento afetivo necessário para criar e manter vínculo afetivo, diferente da prescrição de medicação e execução de procedimentos (FONTÃO, et al, 2020).

A compreensão sobre ambivalência no cuidado ao sobrevivente da tentativa de suicídio não se resume a encontrar erros, como aponta Bitelo (2018), mas antes entender o que o suicídio representa para o profissional e sobretudo, entender que no fim das contas a tentativa de suicídio tem na maioria das vezes uma base em um transtorno mental, tratando-se de uma doença como outra, devendo a atenção ser voltada para a pessoa e seu sofrimento. Além disso, há uma necessidade de reflexão sobre a morte e as limitações dos cuidados como um todo, compreendendo que o suicídio não necessariamente é sinônimo de falha nos cuidados.

4.3 Recursos utilizados na assistência

A assistência à pessoa que tentou o autoextermínio é majoritariamente biologicista. Monitorização cardíaca, controle dos sinais vitais, sondagem, punções venosas, lavagem gástrica, testes neurológicos, administração de medicações e outros procedimentos como aponta Fontão et al (2018) e (DANTAS, et al, 2013).

Os recursos medicamentosos e os procedimentos que agem sobre a sintomatologia e quadro biológico é sem dúvida imprescindível e o objetivo primário de um atendimento na urgência e emergência. No entanto, esse tipo de cuidado não anula ou inviabiliza a assistência mental, ao contrário a assistência mental potencializa a assistência biológica, visto aumentar a adesão aos recursos oferecidos. A dicotomia entre os recursos é antes de tudo uma falácia da facilidade e comodidade, visto não requerer grandes investimentos emocionais e de tempo.

4.4 Ambiente do cuidado

O ambiente de urgência e emergência requer uma dinamicidade e priorização do cuidado com vistas a uma reversão, estabilização e manutenção do quadro clínico. O enfoque central do setor associado a sobrecarga de trabalho propicia um cuidado além de fragmentado, registrado deficitariamente. Os prontuários carecem de registros e de qualidade nos dados coletados (DANTAS, et al, 2013).

O serviço de urgência e emergência não tem como regra ambientes silenciosos e calmos para que o paciente possa ser alojado. O comum são ambientes com alto fluxo e rotatividade, inviabilizando aparentemente uma atenção mais reflexiva (SANTOS, EGO, et al, 2017).

4.5 Fatores de qualidade no atendimento

Santos, et al, (2017) salientam que para um atendimento satisfatório é necessário maior autoconhecimento da equipe de enfermagem. Dessa forma, segundo os autores é possível a redução do estresse e ansiedade presentes nos profissionais corroborando para um atendimento de maior qualidade.

Uma das características mais notáveis da enfermagem é a educação em saúde (DANTAS, et al, 2013). Em campanhas de combate a doenças como câncer de próstata, de mama ou mesmo no controle da hipertensão há uma assiduidade na educação em saúde por parte da enfermagem, o que não ocorre na tentativa de suicídio que tem um impacto populacional significativo, tanto na população nacional, quanto mundial.

Para Gutierrez (2014) a abordagem inicial realizada ao paciente assistido em emergência de saúde mental quando realizada com qualidade e presteza é definitiva para a adesão a todo o tratamento, implicando no resultado do processo terapêutico e até mesmo após o atendimento. O acolhimento é, portanto uma das tecnologias mais importantes no atendimento ao suicida, relacionando-se positivamente com a redução nas tentativas de suicídio subsequentes. Vale salientar que segundo a mesma autora esses cuidados devem ser prestados considerando-se a tríade paciente/família/profissional de saúde para ser ainda mais efetivos.

4.6 Formação dos profissionais

Apesar de tudo, por serem os profissionais dentro do serviço de urgência e emergência que estão mais próximos e em contato direto com pacientes em crise suicida, os enfermeiros tem a oportunidade de realizarem um atendimento humanizado com ênfase na escuta qualificada e no diálogo, sendo necessário para isso, entretanto uma formação mais robusta, que lhe confira maior segurança (SANTOS, RS, et al, 2017).

Através da formação apropriada a assistência de enfermagem pode realmente melhorar a qualidade do serviço prestado ao paciente que tentou suicídio, uma vez que a comunicação terapêutica, relacionamento terapêutico, são habilidades que necessitam de uma especificidade no desenvolvimento e implementação.

É necessário para tal que o profissional enfermeiro seja capacitado para a assistência em saúde mental, em especial para o cuidado ao suicídio. Dentro dos componentes curriculares da maioria das grades de enfermagem a saúde mental está inserida, apesar disso, de acordo com estudo realizado por Santos; Azevedo et al (2017), os enfermeiros sentem dificuldade e não se sentem capacitados para abordar o usuário em crise suicida. Essa dificuldade está associada

segundo a pesquisa muito com a abordagem pouco clara e não intensa na graduação, assim como pela falta de capacitação por parte do hospital no desempenho dessas atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As produções acadêmicas tiveram maior enfoque na abordagem de enfermagem, que inegavelmente tende a maior concentração na assistência biológica, de estabilização e manutenção orgânica, o que em um primeiro momento é fundamental, embora insuficiente para atender com plena satisfação esse paciente que tem na urgência e emergência o primeiro e mais importante atendimento após a tentativa de suicídio.

A concentração de recursos e esforços neste segmento do cuidado ocorre por vários fatores, desde os estigmas e a construção social e religiosa negativa acerca do tentante ao suicídio até o próprio ambiente físico e rotina da urgência e emergência, que sugerem uma rapidez e objetividade no atendimento. Entretanto, os recursos utilizados não tem demonstrado uma real eficácia, visto os índices de novas tentativas de suicídio e da concretização do mesmo. Essas novas tentativas ocorrem devido aos cuidados não abordarem em sua maioria o cerne do atendimento ao tentante de suicídio, que é a reabilitação do cliente em sofrimento mental.

Em geral, a equipe de enfermagem tem ciência dessa necessidade e reconhecem como fatores de qualidade e efetividade no atendimento a ampliação dos cuidados ofertados, fazendo uso em maior proporção de tecnologias leves como ouvir reflexivamente, observação atenta e interpretação das mensagens verbal e não verbal, a escuta qualificada.

Deste modo, é preciso uma formação mais sólida nas competências em saúde mental, que perpassam pela formação acadêmica e também nas próprias unidades de trabalho através da educação continuada. Todos esses esforços externos maximizam o processo de cuidado do enfermeiro, ampliando o leque de serviços ao paciente suicida, anteriormente restrito a práticas biologicistas, proporcionando um cuidado realmente holístico e efetivo.

Por fim, o aumento na qualidade da assistência de enfermagem ao paciente que tentou suicídio apresenta lacunas que podem ser solucionadas em três eixos: I – autoconhecimento e desconstrução de estereótipos negativos e discriminantes relacionados ao suicídio; II- ampliação da formação acadêmica em saúde mental e educação continuada na área; III- emprego de tecnologias leves em saúde no processo terapêutico do cuidar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Felipe Mateus de. **O Suicídio: contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade**. Aurora, Marília, v.11, n. 1, p. 119-138, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.36311/1982-8004.2018.v11n1.07.p119>>. Acesso em: 07 jun.2022.

ALMEIDA, Suedy Alves de Oliveira; *et al.* **Suicídio: Aspectos gerais e o papel da psicologia na sua compreensão**. Revista Referências em Saúde da Faculdade Estácio de Sá de Goiás- RRS-FESGO. RRS-FESGO | v.3, n.2, p.127-136, 2020. Disponível em: <<http://periodicos.estacio.br/index.php/rrsfesgo/article/viewFile/9198/479674>>.28. Acesso em: 08 jun.2022.

ALVES, VM; et al. **Suicide attempts in a emergency hospital**. Arq Neuropsiquiatr. 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/anp/a/b9QwBgQ3bDJtxfWXfPZt59s/?lang=en>>. Acesso em: 08 jun.2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Conselho Federal de Medicina (CFM) Brasília, 2014. Disponível em: <<https://www.hsaude.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>>. Acesso em: 04 mar.2020.

BÍBLIA CATOLICA ONLINE. **Romanos 14**. Edição Ave Maria. Disponível em: <<https://www.bibliacatolica.com.br/biblia-ave-maria/romanos/14>>. Acesso em: 21 out. 2021.

BITELO, Marçal Silveira. **Ambivalência que afeta os Técnicos de Enfermagem e demais profissionais da saúde ao lidarem com a problemática do paciente de Tentativa de Suicídio em suas rotinas de trabalho**. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1051373/tcc-marcal-silveira-bitelo.pdf>>. Acesso em: 12 jun.2022.

BRASIL. PORTARIA Nº 354, DE 10 DE MARÇO DE 2014. **"Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência"**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html>. Acesso em: 14 out.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. v 48, n 30, 2017. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/acolhida/bibliografia/2017025PerfilepidemiologicodastentativaseobitosporsuicidionoBrasilearededeatenaoasade.pdf>. Acesso em: 15 out.2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Nº 13.819 de 26 de abril de 2019**. Brasília – DF. 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.htm>. Acesso em: 23 out.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 3.491 de 18 de dezembro de 2017**. Brasília – DF. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3491_22_12_2017.html>. Acesso em: 23 out.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. **Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília – DF. 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 23 out.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. **Portaria 1.876 de 14 de agosto de 2006**. Brasília – DF. 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acessado em: 23 out.2021.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. v 52 | set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf>. Acesso em: 06 out.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental** [Internet]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acessado em 15 out.2021.

BOTEGA, Nery. J. **Crise suicida: avaliação e manejo [recurso eletrônico]**. Porto Alegre: Artmed, 2015. e-PUB. Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/xsvxxs8>>. Acesso em: 07 abr.2020.

BOTEGA, Nery José. **Prática psiquiátrica no hospital geral** [recurso eletrônico]: **interconsulta e emergência** / organizador, Nery José Botega. – 3. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2012. Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/s1vvvxe>>. Acesso em: 15 out.2021.

CARMONA-NAVARRO MC, PICHARDO-MARTÍNEZ MC. **Attitudes of nursing professional towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence**. Rev. Lat. Am Enfermagem. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>>. Acesso em: 15 out.2021.

CASSORLA, RMS. **O que é suicídio**. Editora Brasiliense. São Paulo – Brasil. Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/evexv0n>>. Acesso em: 15 out.2021.

CARVALHO, Marissol Bastos de. **Psiquiatria para enfermagem**. Organizadora Marissol Bastos de Carvalho. São Paulo: Rideel, 2012. Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/8cev01>>. Acesso em: 15 out.2021.

COFEN. **Resolução COFEN Nº 0678**. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/RESOLUCAO-COFEN-No-0678-2021.pdf>>. Acesso em: 14 out.2021.

DURKHEIM, Émile. **O Suicídio Estudo de Sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000 – (Coleção Tópicos). Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/ee8xc1s>>. Acesso em: 01 mai.2020.

FONTAO, Mayara Cristine et al. **Cuidado de enfermagem em urgência/emergência às pessoas que tentam suicídio**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 122-132, dez. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762020000400015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun.2022.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de; *et al.* **Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamentado no TIDAL MODEL: revisão integrativa**. Rev. Bras. Enferm. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/BcgMBds58t8Cm866dkLHskS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09 jun.2022.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. Tradução, introdução e notas: Marilene Carone São Paulo: Cosac Naify, 2013. Disponível em:<<https://docero.com.br/doc/xs80s8s>>. Acesso em: 06 mai.2020.

GEORGE, Julia. B et al. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos às Práticas Profissionais**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1235781>>. Acesso em: 05mai.2020.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. **Assistência hospitalar na tentativa de suicídio**. Psicol. USP [online]. 2014, v 25, n.3, p.262-269. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642014000300262&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 nov.2020.

KONDO, Érika H; et al. **Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento**. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/J86FR6xn6qgffVCrmrBjNsk/?lang=pt>>. Acesso em: 06 out.2021.

LIMA, José Leandro Ramos de; *et al.* **Aplicabilidade do Tidal Model por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo**. Research, Society and Development, v. 11, n. 1, 2022. Disponível em:<[25168-Article-295140-1-10-20220111.pdf](#)>. Acesso em: 09 jun.2022.

MELEIRO, Alexandrina, MAS. **Psiquiatria: estudos fundamentais**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. Disponível em:<<https://docero.com.br/doc/eex8ee0>>. Acesso em: 22 out.2021.

MELLO, Inaiá Monteiro. **Enfermagem Psiquiátrica e saúde mental na prática**. São Paulo: Atheneu, 288 p, 2008. Disponível em:<<http://brutus.facol.com/plataforma/assets/uploads/base/publicados/d768ed63dda4861e0d84e86ab4f2f658.pdf>>. Acesso em: 19 out.2021.

MENNINGER, Karl. **Eros e Tânatos O homem contra si próprio**. IBRASA – Instituição Brasileira de Difusão Cultural S. A. Disponível em:<<https://www.skoob.com.br/livro/pdf/eros-e-tanatos/livro:232707/edicao:260338>>. Acessado em: 14 out.2021.

MOREIRA, Daiane Luz; *et al.* **Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um centro de assistência toxicológica.** CIENCIA Y ENFERMERIA XXI v 2, p 63-75, 2015. Disponível em: <scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_07.pdf>. Acesso em: 08 nov.2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Folha informativa – Suicídio.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em 28 fev.2020.

OPAS/OMS. **Uma pessoa morre por suicídio a cada 40 segundos, afirma OMS.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:suicidio-uma-pessoa-morre-a-cada-40-segundos-afirma-oms&Itemid=839>. Acesso em: 08 mai.2020.

PITHON, Camila Costa; SCIPPA, Angela Miranda. In: QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan. **Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos** [recurso eletrônico] / Organizadores, João Quevedo, Ivan Izquierdo. – Porto Alegre: Artmed, 2020. p. 736-75. Disponível: <<https://docero.com.br/doc/eex8een>>. Acesso em: 27 nov.2021.

PLATÃO. **Fedão.** [Tradução: Carlos Alberto Nunes]. Créditos da digitalização: Membros do grupo de discussão Acrópolis (Filosofia). Disponível em: <<https://lelivros.love/book/download-fedon-platao-em-epub-mobi-e-pdf/>>. Acesso em: 22 out.2021.

QUEVEDO, João; IZQUIERDO, Ivan. **Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos** [recurso eletrônico] / Organizadores, João Quevedo, Ivan Izquierdo. – Porto Alegre: Artmed, 2020. Disponível: <<https://docero.com.br/doc/eex8een>>. Acessado em: 27 nov. 2021.

QUEIROZ, José Benevides. **O Suicídio na Sociologia Brasileira.** Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar, v. 10, n. 3, set.- dez. 2020, p. 1453-1480. Disponível em: <<https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/723>>. Acesso em: 07 jun.2022.

REISDORFER, N. et al. **Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida.** Revista de Enfermagem da UFSM. p 295-304, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790/pdf>>. Acesso em: 08 nov.2020.

SADOCK, Benjamin J, et al. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica** [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-12925>>. Acesso em: 06 mai.2020.

SANTOS, EGO; et al. **O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório**. Disponível em:<<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/877236/objn-pdf.pdf>>. Acessado em: 04 mar.2020.

SANTOS, RS; et al. **A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva**. Revista de Enfermagem UFPE on line., Recife, p 742-8, 2017. Disponível em:<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032026>>. Acesso em: 12 out.2021.

TEIXEIRA, Liana Araújo; et al. **The Tidal Model: analysis based on Meleis's perspective**. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0394>>. Acesso: 09 jun.2022.

VERCHI, Benjamin. **Etimologia do suicídio**. Etimologia Origem e Conceito. Disponível em: <<https://etimologia.com.br/suicidio/>>. Acesso em: 02 set.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive mental health action plan 2013-2020**. Geneva: WHO; 2013. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>>. Acesso em: 21 out.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO; 2014. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>>. Acesso em: 21 out.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: how to start a survivors group**. Geneva: WHO; 2008. Disponível em:<https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_survivors.pdf>. Acesso em: 21 out.2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates**. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>>. Acesso em: 21 out. 2021.