



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

CURSO DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE AO SUICÍDIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

INGRID LARISSA RODRIGUES DOS REIS - 12/0013266

BRASÍLIA, 2017



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

COLEGIADO DE ENFERMAGEM

Ingrid Larissa Rodrigues dos Reis

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE AO SUICÍDIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina:
“Trabalho de Conclusão de Curso II” como parte
das exigências para a conclusão do Curso de
graduação em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a DIANE MARIA SCHERER KUHN LAGO

Brasília, 2017

SUMÁRIO

RESUMO	3
INTRODUÇÃO	3
OBJETIVOS	6
MÉTODO	6
RESULTADOS	7
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	17
ANEXOS	23

ASSISTÊNCIA DE SAÚDE AO SUICÍDIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ingrid Larissa Rodrigues dos Reis¹

RESUMO

Objetivo: Visa revisar estudos sobre a atuação da equipe de enfermagem e de saúde na assistência à pessoa após tentativa de suicídio. **Método:** Trata-se de uma revisão de literatura sobre a assistência de Enfermagem e de saúde à pessoa após tentativa de suicídio e na prevenção do suicídio, abrangendo publicações de 2006 a 2016, em português, inglês ou espanhol. **Resultados:** 16 publicações foram selecionadas, sendo que 7 artigos referiam-se especificamente ao papel do enfermeiro na assistência ao paciente com risco de suicídio ou após a tentativa e 9 foram realizadas sobre a perspectiva da ação da equipe de saúde. **Conclusão:** Os manuais para a prevenção de suicídio ainda são pouco divulgados e As equipes de saúde ainda encontram-se despreparadas. Portanto, é necessário que existam ações para capacitação dos profissionais, pois esse é um dos primeiros passos para um plano de prevenção ao comportamento suicida.

Descritores: Assistência de Enfermagem no Suicídio; Risco de Suicídio; Prevenção do Suicídio.

¹Acadêmica de Enfermagem UNB. Brasília, Brasil. Email: ingrydreis3@gmail.com

Correspondência

Ingrid Larissa Rodrigues dos Reis

Av. das Araucárias 4150 R. Blend 316^a

Águas Claras CEP 71936250 - Brasília (DF), Brasil

(061) 98353-7242

INTRODUÇÃO

O suicídio é o ato final de um processo, que se fortalece diariamente, mediante pequenos pensamentos e atitudes discretas, o evento suicida é avaliado como fenômeno associado ao coletivo e tomado como um ato complexo e permeado por diversas variáveis

socioculturais. Ocorre quando um indivíduo finda sua vida intencionalmente. É um ato multifacetado e para seu entendimento devem ser analisadas diversas áreas do saber.¹

O suicídio é responsável anualmente, segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2012, por cerca de um milhão de óbitos, desconsiderando-se as tentativas de suicídio, cuja ocorrência é, aproximadamente, de dez a vinte vezes superior.² Estima-se ainda, que as taxas de suicídio tenham aumentado cerca de 60% em todo o mundo, estando entre as três primeiras causas de morte em indivíduos de 15-44 anos, e a segunda entre 14-20 anos. Por outro lado, existe ainda certa subnotificação sobre suicídios e os dados quanto às tentativas de suicídio são praticamente inexistentes, sendo que o IBGE estima que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório.³

Botega salienta ainda que o Brasil, apesar de apresentar um coeficiente relativamente baixo, é o oitavo país com o maior número absoluto de suicídio, sendo que em 2014, conforme dados do DATASUS foram registrados 10.653 óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente (CID X-60 a X-84) no país. Além disso, a ocorrência é expressivamente maior entre homens do que em mulheres, de forma que o número de óbitos por suicídio no sexo masculino, no Brasil, foi de 8.419 e de 2.223 no sexo feminino.³⁻⁴

É notório que o suicídio configura um problema sério de saúde que ocorre em países de elevada e de baixa renda, porém, são os países de baixa e média renda que apresentam a maior carga suicida do mundo. Nota-se, ainda, que esses países encontram-se despreparados para diminuir os casos de suicídio, seja devido à infraestrutura inadequada ou a falta de recursos materiais e humanos, estes não conseguem acompanhar a demanda crescente de assistência à saúde Mental.⁵

Tal situação é evidenciada pelo fato de poucos países incluírem a prevenção do suicídio em suas prioridades e apenas 28 apresentarem alguma estratégia nacional sobre o tema.⁵ Outro fator preocupante é reportado em um estudo que demonstrou que mais de 75% das vítimas de suicídio de uma comunidade procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e 45% no mês que cometeram suicídio.⁶ Sendo assim, percebe-se a crescente necessidade de criar e implementar programas de prevenção ao suicídio. Para tanto é necessário que os profissionais de saúde sejam

habilitados a identificar corretamente a vulnerabilidade ao suicídio de um indivíduo tendo como base os fatores de risco e de proteção que ele apresenta.

Entende-se como fatores de risco: circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém cometer suicídio, sua identificação é essencial para uma estratégia de prevenção ao suicídio dentro da comunicação terapêutica, pois, ao serem delineados, podem sugerir o grau do risco de suicídio e as intervenções possíveis. Além disso, importa compreender que não existe apenas um fator de risco que irá determinar o ato suicida, eles devem ser analisados em conjunto e serem inseridos no contexto de vida de cada paciente. Tal subjetividade é um dos fatores que tornam tão complexa para os profissionais de saúde a prevenção do ato suicida.⁶⁻⁷

Sendo assim, os fatores de risco podem ser individuais, socioculturais situacionais. Dentre os fatores individuais, incluem-se a idade, sexo, estado civil, profissão, residência, tentativas anteriores ou comportamentos autolesivos, doenças mentais e doenças físicas. Dentre os fatores socioculturais, têm-se os valores culturais e estigma, isolamento social, barreira no acesso aos cuidados de saúde e influência da mídia, sendo que para esse item, a Comissão de Prevenção de Suicídio da Associação Brasileira de Psiquiatria divulgou em Outubro de 2009, um guia com recomendações para a divulgação sobre o tema. Quanto aos fatores situacionais, encontram-se elencados itens como o desemprego, acesso a meios letais e acontecimentos negativos de vida recentes, esses fatores são considerados como estopins de um processo crescente do comportamento suicida.⁷

Em contra ponto, existem os fatores protetores, que correspondem a características e circunstâncias associadas à prevenção do comportamento suicida, estes são classificados em fatores individuais, capacidade na resolução de problemas e conflitos, iniciativa no pedido de ajuda, noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens, estratégias comunicacionais desenvolvidas, empenho em projetos de vida; familiares, bom relacionamento familiar, o suporte e apoio familiares e as relações de confiança e os fatores sociais, estar empregado, ter facilidade de acesso aos serviços de saúde, a articulação entre os vários níveis de serviços de saúde e

parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários, os valores culturais e pertencer a uma religião.⁸⁻⁹⁻¹⁰

A equipe de enfermagem tem papel importante diante da prevenção do suicídio uma vez que pode detectar os fatores de risco e trabalhar na prevenção do suicídio elaborando um plano de cuidado humanizado baseado no risco observado e reforçando os fatores de proteção. É necessário ainda que o enfermeiro esteja atento ao sofrimento dos familiares dos pacientes em risco ou que tentaram suicídio, além disso, o profissional pode estabelecer uma relação que resulte em uma cooperação de ajuda onde os familiares auxiliam o profissional na prevenção do suicídio.¹¹

OBJETIVOS

Esta pesquisa visa revisar artigos publicados sobre a atuação da equipe de saúde na assistência à pessoa após tentativa de suicídio, a fim de reconhecer as ações mais recorrentes para identificação do risco de suicídio e para sua prevenção, além de descrever as dificuldades encontradas pelas equipes no desempenho de suas funções.

MÉTODO

Trata-se de revisão sistemática de literatura sobre a assistência de saúde à pessoa após tentativa de suicídio e na prevenção do suicídio. A busca textual sobre o tema foi coletada a partir das bases de dados da BVS, Capes e Scielo, abrangendo artigos publicados entre os anos de 2006 a 2016, em português, inglês ou espanhol. Os descritores utilizados foram “assistência de enfermagem no suicídio”, “risco de suicídio” e “prevenção de suicídio”.

Inicialmente, foram encontrados 1.986 artigos. Após descartar as publicações que não se enquadravam na assistência à pessoa sob risco de suicídio, permaneceram 734 artigos possíveis de análise. Após segunda avaliação, foram removidos os títulos correspondentes às revisões de literatura e os textos não disponíveis gratuitamente na íntegra para leitura. Logo após a análise dos resumos, foram alocados 100 artigos para revisão de todo o texto. Destes, 16 artigos referentes à prevenção e assistência de saúde ao suicídio foram elencados. Como o objetivo principal deste estudo é a análise das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, foram selecionados apenas os artigos que contemplam estes tópicos.

RESULTADOS

Foram encontradas 16 publicações que enfatizaram a ação da equipe de saúde como um todo na assistência preventiva e emergencial frente ao comportamento suicida, enumerados segundo o ano em forma decrescente na Tabela 1.

Tabela 1 - Artigos classificados segundo ano, autor e periódico.

Número	Título	Autor (es)	Periódico	Ano de publicação
A1.	Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde - estudo qualitativo	Abreu HP	Online Brazilian Journal of Nursing	2008
A2.	Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio*	Avanci RC	Rev. Eletrônica saúde mental álcool e drogas	2009
A3.	Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família	Camara MC	Rev. Gaúcha Enferm	2010
A4.	Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio	Buriola AA	Anna Nery	2011
A5.	Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento	Kondo EH	Revista enfermagem USP	2011
A6.	O impacto do suicídio hospitalar em pacientes psiquiátricos Enfermeiros e sua necessidade de apoio	Takashi C	BMC Psychiatry	2011
A7.	Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional	Navaro MCC	Rev. Lat. Am. Enfermagem	2012
A8.	Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio	Heck RM	Texto contexto Enfermagem	2012
A9.	Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio	Marquetti FC	Rev Ter Ocup Univ São Paulo.	2014
A10.	Pacientes em Risco de Suicídio: Avaliação da Ideação Suicida e o Atendimento	Ferreira CLB	UNOPAR Ciênc. biol. saúde	2014
A11.	Impacto da formação "+Contigo" nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio	Santos JC	Rev. Lat. Am. Enfermagem	2014
A12.	Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar	Magalhães APN	J Bras Psiquiat	2015
A13.	Comportamento suicida entre dependentes químico	Cantão L	Revista Brasileira de Enfermagem	2015
A14.	Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida	Reisdorfer N	Revista enfermagem UFSM	2015
A15.	Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um centro de assistência toxicológica.	Moreira LM	Ciência e Enfermagem	2015
A16.	Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida	Oliveira CT	Rev. Inter. De Psicologia	2016

Entre as 16 publicações selecionadas com base nos critérios definidos para discussão sobre a prevenção do suicídio, sete publicações (A2, A4, A5, A6 A7, A11 e A14) referem-se especificamente ao papel do enfermeiro na assistência ao paciente com risco de suicídio ou após a tentativa, destas, quatro (A2, A4, A6 e A11) apresentam a ação da equipe de enfermagem sob uma visão preventiva do comportamento suicida, seja na ação de enfermagem na identificação do paciente com comportamento suicida, ou na prevenção propriamente dita do suicídio e três (A5, A7 e A13) focaram na ação emergencial em saúde mental. As demais publicações (A1, A3, A8, A9, A10, A12, A13, A15 e A16) relatam a ação da equipe de saúde, incluindo o enfermeiro, no comportamento suicida e na sua prevenção, de forma que três (A10, A12 e A15) são direcionadas à ação emergencial e seis (A1, A3, A8, A9, A13 e A16) à ação preventiva. Todos os artigos foram publicados em revistas da área de saúde, sendo que 10 foram publicados em periódicos específicos de enfermagem.

Dentre os achados voltados para as ações da equipe de saúde na prevenção do suicídio, os artigos A1 e A3 abordam a ação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o artigo A8 aborda a ação de profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nos casos de comportamento suicida, sendo que o primeiro é um estudo realizado por enfermeiros que buscaram saber como funciona o atendimento da equipe na saúde primária tendo como base a visão de agentes comunitários. O segundo, também realizado por enfermeiros, buscou identificar a visão de usuários quanto ao atendimento ao paciente com comportamento suicida na atenção primária e o último objetivou conhecer a atuação dos profissionais do local.

Tabela 2 - Artigos segundo os métodos, objetivos e resultados

Nº	Método	Objetivos	Resultados
A1.	Estudo transversal utilizando dados da fase pré-hospitalar de atendimento às vítimas de tentativa de suicídio no município de Arapiraca, no ano de 2011. Para análise dos dados, foram realizados teste exato de Fisher, teste t de Student e regressão logística múltipla.	Investigar as características das vítimas de tentativa de suicídio atendidas em serviço pré-hospitalar e os intervalos de tempo consumidos nessa fase de atendimento	Foram atendidas 80 vítimas de tentativa de suicídio pelo serviço de atenção pré-hospitalar. As mulheres, com idade superior a dos homens, foram as que mais tentaram suicídio (n = 44, 55%), e a intoxicação por medicamentos foi o método mais utilizado (n = 44, 55%). As tentativas de suicídio ocorreram com maior frequência no outono (n = 29, 36,25%), no dia de domingo (n = 18, 22,5%), principalmente no período vespertino (n = 33, 41,25%). O tempo gasto para o atendimento pré-hospitalar variou entre 34,4 e 40,5 minutos. As variáveis que estiveram associadas às tentativas de suicídio por sexo foram idade (p = 0,03) e tempo de
A2.	Pesquisa descritiva com análise	Analisar	a A interação enfermeiro-paciente foi positiva,

- de uma interação enfermeiro-paciente, embasada no referencial teórico compreensivo da relação de ajuda.
- interação de um enfermeiro com um paciente que tentou o suicídio.
- considerando-se um primeiro contato. A paciente realizou uma autoreflexão sobre a tentativa de suicídio, o que a ajudou a se compreender melhor, seus limites e as forças que interagem dentro de si.
- A3. Estudo qualitativo, participaram da pesquisa 12 sujeitos cuja entrevista foi semi-estruturada com análise temática para a apreensão de percepções do transtorno mental vivido aos temas: história de vida sofrida, desavenças familiares.
- Identificar percepções de transtorno mental, elaboradas pelas pessoas que recebem atendimento de saúde mental na Estratégia Saúde da Família.
- As percepções contêm aspectos ligados às carências econômicas, afetivas, relacionais que fazem parte da dinâmica de vida dos sujeitos, os tornam vulneráveis e demonstram a abrangência do processo saúde-doença. Destacou-se a menção do suicídio, evidente de modo significativo nos depoimentos, apontamos a importância de se atentar aos conceitos elaborados pelas pessoas que são o objeto do cuidado e ressaltamos a necessidade de diretrizes organizacionais de assistência que respondam à pluralidade da demanda.
- A4. Estudo qualitativo. As entrevistas foram realizadas em local reservado na própria Unidade onde os informantes trabalhavam e após o turno de trabalho. Elas tiveram uma duração média de 30 minutos e, após consentimento, foram gravadas. O tratamento dos dados deu-se por meio de referencial metodológico da análise de conteúdo
- Conhecer a assistência de enfermagem oferecida aos familiares de indivíduos que tentaram suicídio, durante o atendimento inicial da ocorrência.
- Sugere que os enfermeiros percebem a estrutura da instituição como algo que limita a realização de cuidados mais abrangentes aos familiares, de forma que o excesso de trabalho é apontado como um dos principais fatores do não cuidado à família, negligenciando o despreparo profissional e psicológico para o acolhimento de famílias em situação de crise ou extremo sofrimento. As dificuldades advindas pelo despreparo psicológico e a falta de habilidades para o atendimento em situações de tentativa de suicídio revelam, por parte dos profissionais da saúde, comportamentos de agressividade, desprezo, preconceito e incompreensão, refletindo no cuidado prestado.
- A5. Pesquisa qualitativa exploratória desenvolvida em 2008, num Centro Municipal de Urgências Médicas/Curitiba. Os dados foram obtidos mediante entrevista semiestruturada e organizados em categorias temáticas
- Conhecer a concepção da equipe de enfermagem sobre emergências em saúde mental e analisar como se desenvolve a abordagem da equipe de enfermagem ao usuário com transtorno mental em situação de emergência.
- Para os participantes, emergências psiquiátricas são situações que apresentam risco de vida para a pessoa ou a terceiros. Como características de emergência citaram: comportamento agressivo e agitado, tentativa de suicídio e abuso de substâncias. A primeira impressão do comportamento do paciente e a tentativa de diálogo determinam quais condutas os profissionais adotam. Reconhecem dificuldade e despreparo na abordagem ao paciente. Conclui-se que há necessidade de educação permanente sobre novos serviços e adaptações dos existentes para o atendimento nessa área.
- A6. Estudo Qualitativo-Quantitativo. As experiências com suicídio hospitalar foram investigadas usando um questionário anônimo e auto-relatado, que foi, juntamente com o Impacto da Escala de Evento Revisada, administrado a 531 enfermeiras psiquiátricas.
- A pesquisa foi conduzida para examinar o estresse pós-suicídio em enfermeiros e a disponibilidade de serviços de saúde mental e educação relacionada ao suicídio.
- A taxa de enfermeiros que encontraram suicídio do paciente foi de 55,0%. O impacto médio do Impact of Event Scale-Revised (IES-R) foi de 11,4. A proporção de entrevistados com alto risco (≥ 25 no índice IES-R de 88 pontos) para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi de 13,7%. No entanto, apenas 15,8% dos entrevistados indicaram ter acesso a programas de cuidados de saúde mental pós-suicídio. A pesquisa também revelou uma baixa taxa de enfermeiros que relataram participar de seminários hospitalares sobre prevenção de suicídios ou cuidados de saúde mental para enfermeiros (26,4% e 12,8%, respectivamente).
- A7. Estudo descritivo e transversal, que utiliza o contraste de médias para a comparação entre grupos e a análise correlacional das variáveis envolvidas, buscando associações. Os profissionais de enfermagem responderam a um
- Avaliar a atitude e a influência da inteligência emocional é o objetivo deste trabalho.
- Os resultados mostram atitude geralmente desfavorável perante o comportamento suicida. A dimensão moral do suicídio faz a diferença entre profissionais de saúde mental e emergência.

questionário para avaliar as atitudes suicidas e inteligência emocional.

- A8. Estudo qualitativo foi realizado num município da Região Sul do Rio Grande do Sul- Brasil. Foram realizadas 26 entrevistas semiestruturadas com os profissionais da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial, no segundo semestre de 2006. Os dados foram analisados e organizados em temáticas. A rede que acolhe - o usuário com risco ou tentativa de suicídio no espaço-território vivido; Os caminhos de diálogo com a intersectorialidade; e Cuidado ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial com tentativa ou risco de suicídio.
- Conhecer a visão e a atuação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, acerca do acolhimento de pessoas com tentativa ou risco de suicídio.
- Foi observada a existência de equipe multiprofissional comprometida, que procura realizar um acompanhamento humanizado, unindo esforços com diferentes sistemas e setores da sociedade civil, com a finalidade de implementar um plano de cuidado e eliminar o risco de suicídio do usuário.
- A9. Estudo exploratório-descritivo, composto de um mapeamento do fenômeno, abordando o local e período recortado pelo estudo. A pesquisa é de natureza qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com os sujeitos com tentativas de suicídio.
- Conhecer as transformações do cotidiano no mês anterior à tentativa de suicídio dos sujeitos.
- A população estudada foram os sujeitos com tentativa de suicídio no Município de Santos/SP no período de janeiro/08 a junho/09. No período e local designados, foram realizadas 8 entrevistas, dos 38 casos de tentativas de suicídio registrados. Foram analisados os resultados das entrevistas e construído um “mapa de risco de suicídio” através das variáveis de alterações do cotidiano.
- A10. Qualitativa-quantitativa. A pesquisa foi realizada em duas etapas: durante o atendimento hospitalar devido a tentativa de suicídio e após seis meses. Os dados foram coletados por meio de análise documental do Registro Interno de Atendimento Psicológico, Escala de Ideação Suicida Beck e entrevista semiestruturada elaborada pelas pesquisadoras.
- Identificar a sintomatologia dos pacientes atendidos na unidade de Emergência após tentativa de suicídio e, após seis meses da tentativa, verificar se ocorreu o acompanhamento psicológico ambulatorial após o atendimento na unidade de Emergência.
- Durante a primeira etapa da pesquisa, observou-se baixa adesão ao tratamento psicoterápico e alto nível de ideação suicida, demonstrado pelas respostas de maior graduação na Escala de Ideação Suicida. Na segunda etapa, observou-se um menor nível de ideação suicida segundo a Escala Beck e busca por atendimento psicológico.
- A11. Quantitativo, com recolhimento de dados através do Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida, aplicado antes e depois da formação.
- Avaliar os resultados da formação “+Contigo”, desenvolvida por enfermeiros e dirigida a 66 profissionais de saúde das equipes de saúde escolar integrados nos Cuidados de Saúde Primários
- Verificaram-se aumentos significativos de conhecimentos em prevenção do suicídio e de mudanças de atitudes dos profissionais de saúde perante o indivíduo com comportamentos suicidas.
- A12. Estudo transversal utilizando dados da fase pré-hospitalar de atendimento às vítimas de tentativa de suicídio no município de Arapiraca, no ano de 2011. Para análise dos dados, foram realizados teste exato de Fisher, teste t de Student e regressão logística múltipla.
- Investigar as características das vítimas de tentativa de suicídio atendidas em serviço pré-hospitalar e os intervalos de tempo consumidos nessa fase de
- Foram atendidas 80 vítimas de tentativa de suicídio pelo serviço de atenção pré-hospitalar. As mulheres, com idade superior a dos homens, foram as que mais tentaram suicídio (n = 44, 55%), e a intoxicação por medicamentos foi o método mais utilizado (n = 44, 55%). As tentativas de suicídio ocorreram com maior frequência no outono (n = 29, 36,25%), no dia de domingo (n = 18, 22,5%), principalmente no período vespertino

- | | | |
|------|---|--|
| | atendimento | (n = 33, 41,25%). O tempo gasto para o atendimento pré-hospitalar variou entre 34,4 e 40,5 minutos. As variáveis que estiveram associadas às tentativas de suicídio por sexo foram idade (p = 0,03) e tempo de transporte (p = 0,01). |
| A13. | Estudo exploratório, retrospectivo e descritivo baseado em abordagem quantitativa, e dados coletados dos prontuários de pacientes com diagnósticos F10 a F19, segundo a CID10, atendidos no serviço no ano de 2013. Buscou-se identificar possível associação entre as variáveis independentes (história familiar, psiquiátrica e pessoal) e a variável dependente (comportamento suicida). | Descrever o perfil de dependentes químicos atendidos em um serviço de saúde mental, a frequência de comportamento suicida entre os participantes e as associações entre essas duas problemáticas. |
| A14. | Pesquisa qualitativa e descritiva, realizada com 10 profissionais de um hospital geral. Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada e a análise dos dados seguiu os passos da análise temática. | Analisar o conhecimento e as estratégias de intervenção de profissionais de enfermagem de um hospital geral, acerca do comportamento suicida. |
| A15. | Estudo retrospectivo realizado com 409 Fichas de Notificação e de Atendimento dos pacientes atendidos em um Centro de Assistência Toxicológica no ano de 2010. A análise se deu por meio de comparação entre proporções, seguindo o nível de significância de 5%. | Caracterizar os pacientes atendidos por tentativa de suicídio, no Centro de Assistência Toxicológica de um hospital de Fortaleza, Ceará, Brasil. |
| A16. | Estudo qualitativo, realizado nas dependências de um Hospital Universitário (HU), localizado em uma cidade no Rio Grande do Sul. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas individuais com nove profissionais. | Conhecer a formação, a conduta e as reações emocionais dos profissionais de saúde mental frente ao comportamento suicida. |
| | | Foram agrupados em dois temas, sendo que o primeiro versa sobre a concepção dos profissionais sobre suicídio e o segundo discute as intervenções junto a pessoas que tentaram ou com risco para o suicídio. A equipe de enfermagem apresenta fragilidade no conhecimento sobre o comportamento suicida o que repercute nas intervenções realizadas. Para tanto, destaca-se a importância e necessidade de qualificação desses profissionais no intuito de proporcionar cuidados efetivos a pessoas com risco ou tentativa de suicídio. |
| | | Evidenciou-se a predominância do ato suicida no sexo feminino (58,2%) e nos adultos jovens (62,8%), procedentes da zona urbana (87,8%) e estudantes (16,1%) em relação à ocupação. As tentativas de suicídio ocorreram na própria residência do indivíduo (89,5%), utilizando a autointoxicação por medicamentos (51,8%), seguidos pelos agrotóxicos de uso agrícola (31,2%). Foram identificados sete casos (1,7%) em que os pacientes possuíam transtorno mental. O tratamento dos pacientes atendidos por tentativa de suicídio foi baseado em sua maioria na assistência clínica (98,8%), sem suporte psicológico ou psiquiátrico durante o período de internação ou encaminhamento para instituição psiquiátrica após a melhora do quadro clínico da intoxicação. Identificou-se que houve uma forte relação entre o grau de envenenamento dos pacientes e a variável sexo (p<0,001). |
| | | Verificou-se que o desconforto emocional foi relatado com maior frequência pelos participantes deste estudo, bem como percepções de déficits na formação acadêmica para lidar com o comportamento suicida. Quanto ao manejo, a conduta adotada pela equipe está de acordo com os manuais que orientam como lidar com essas situações. |

Vale ressaltar que a publicação de Botega (2006) foi utilizada para nortear a análise e posterior discussão dos demais textos, tendo em vista sua relevância no tema proposto. Outro texto analisado devido sua importância é o manual da OMS “Saúde

pública: ação para a prevenção de suicídio”² e o manual do Ministério da saúde “Prevenção do suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental”.¹²

DISCUSSÃO

Utilizando as ideias de BOTEGA, (2006) como norteador da análise do comportamento suicida e de sua prevenção, afirma-se que a grande chave para a prevenção do suicídio é o reconhecimento precoce dos fatores de risco e reforço dos fatores protetores, de forma que as ações preventivas estejam focadas no que pode ser transformado, evitando-se o evitável e amenizando aquilo que ultrapassa a possibilidade de intervenção. Esse autor trabalha sobre a perspectiva de que dois terços dos que comentem suicídio anunciam sua intenção a pessoas próximas e que 50% dos que morrem por suicídio foram à uma consulta médica em algum momento no período de seis meses, além disso, afirma que cerca de 93% poderiam ser diagnosticados com algum transtorno de humor, dependência de álcool ou esquizofrenia e o risco de suicídio em indivíduos com episódio depressivo é vinte vezes maior do que em pacientes não depressivos, sendo assim, Botega afirma que o diagnóstico e tratamento correto da depressão e outros transtornos mentais constitui uma das medidas de prevenções mais eficazes contra o suicídio.

Ainda, quanto à prevenção de suicídio, é possível classificar as estratégias de prevenção em universal - para o público em geral; seletiva - para grupos com risco elevado e indicada para indivíduos com alto risco. Outro ponto importante abordado pelo autor é que de 15 a 25% das pessoas que tentaram suicídio repetirão o ato no período de um ano, e 10% conseguem efetivamente matar-se nos dez anos seguintes.⁹

Um estudo realizado em 2014 utilizou o último dado citado e construiu um instrumento de prevenção de suicídio, denominado “Mapa de Risco de Suicídio” que abordam as mudanças de comportamento durante o percurso suicida. O mapa foi realizado de acordo com os achados, cujas alterações do comportamento no mês anterior à tentativa afetaram as atividades de sociabilidade, relações afetivas, atividades laborais, atividades escolares e de lazer, atividades de rotina, cuidados pessoais, corporais, sentimentos como sensação de abandono e outros sinais como bilhetes no dia da tentativa. Sendo assim, a maior contribuição desse estudo é a importância dos

profissionais de saúde buscarem junto com a família ou pessoas próximas as mudanças de comportamento do indivíduo.¹

Todos os artigos estudados envolveram os conceitos já afirmados por Botega em seu texto: “Prevenção do comportamento suicida” e abordaram as medidas de prevenção publicadas em manuais de grande relevância, de forma que os estudos não apresentaram divergências para a discussão. Porém, quando analisados os estudos focados no comportamento de enfermagem e das equipes de saúde em geral, frente ao suicídio notou-se que existe um despreparo dos profissionais frente ao comportamento suicida, fato esse abordado por Botega e evidenciado nos artigos A5 e A16. Diante disso, foi exposto que muitas equipes, principalmente as hospitalares, não conhecem ou não utilizam protocolos para atender os pacientes atendidos após a tentativa de suicídio, bem como não preenchem adequadamente as fichas para posterior identificação dos casos de tentativas. Entretanto, enfatizam a importância de entrar em contato com as equipes ambulatoriais para que estas deem prosseguimento ao tratamento.^{1,15}

Estudos voltados para a ação de enfermagem como os realizados por Navaro em 2012 e Reisdorfer em 2015 também assinalam as atitudes desfavoráveis diante das tentativas de suicídio pelos profissionais de enfermagem, de forma que o primeiro apontou que os profissionais da saúde mental comportam-se melhor frente à situação e rejeitam frases como “o suicídio é um ato imoral”. Kondo enfatizou o atendimento de enfermagem na emergência de saúde mental, entre esses profissionais também existem certas dificuldades no atendimento ao paciente que chega na emergência devido à uma tentativa de suicídio, pois, inicialmente, o profissional de enfermagem deve abordar o paciente para saber se este encontra-se colaborativo e se ainda apresenta algum risco para si ou para a equipe, avaliando assim, se existe alguma necessidade de contenção. Outra dificuldade encontrada pelos profissionais de enfermagem que também são relatadas em outros estudos é a falta de sensibilidade e de preparo da equipe em relação ao sofrimento do paciente, bem como sentimentos como medo, raiva, pena e insegurança. Nesse estudo identificou-se também que muitos técnicos de enfermagem não consideravam tentativas de suicídio como emergência psiquiátrica.¹²⁻¹³⁻¹⁴

Ao analisar os artigos relacionados à prevenção ambulatorial, nota-se que as equipes de saúde encontram as mesmas dificuldades relatadas por estudos emergenciais,

cuja equipe de saúde muitas vezes não está capacitada para atender pacientes com risco de suicídio o que mostra que ainda é necessária uma capacitação para que os profissionais sejam capazes de compreender o sofrimento do paciente em crise e realize um planejamento e realizem anamneses exploratórias envolvendo os familiares de forma a buscar fatores de risco e a entender se o paciente já apresenta algum comportamento que indique o processo suicida e, assim, conseguir intervir com maior eficácia no processo, buscando sempre fortalecer os fatores de proteção e instigando o paciente junto com a família a buscar soluções para os problemas que o levam à ansiedade e angústia.

Por outro lado, as equipes de saúde mental e especialmente dos CAPS, e algumas equipes da ESF apresentaram melhor comportamento quanto à postura dos profissionais no atendimento aos pacientes, o que pode ser atribuído ao fato dos profissionais estarem mais abertos a escutar os pacientes e preocupados em minimizar os riscos. Oliveira demonstrou em seu estudo que os profissionais de uma equipe de saúde mental de um Hospital Universitário também se sentiam despreparados e não tinham conhecimento quanto aos manuais de prevenção de suicídio que poderiam auxiliar de forma exitosa nas ações de prevenção. Porém, estes utilizaram as condutas previstas durante a anamnese e tomaram as ações de prevenção cabíveis à situação. Dentre as formas de cuidar, destacou-se a utilização de técnicas da comunicação e relacionamento terapêuticos para abordagem mais efetiva, incluindo situações de emergência, nas quais há manifestações de intenso sofrimento.¹⁶

Além da equipe de saúde mental, um estudo sobre a ação dos agentes comunitários na estratégia da saúde da família demonstrou que estes profissionais conseguem notar o comportamento suicida melhor que os outros profissionais, isso demonstra a necessidade da articulação entre os profissionais da atenção básica, para que em conjunto estes consigam identificar e atender o paciente em risco de suicídio. Para tanto, segundo a OMS, elaborou um plano de prevenção que, em conformidade com os estudos analisados, orienta os profissionais de saúde à escutar com empatia, levar a situação a sério, indagar sobre o comportamento suicida, informar outros profissionais sobre o risco para comportamento suicida e restringir o acesso a meio letais.¹⁷

Embora os artigos retratem a importância de estratégias terapêuticas, não foi achado nenhum estudo sobre experiência de programas de prevenção que utilizassem novas estratégias terapêuticas em âmbito ambulatorial e nem em âmbito hospitalar. Consequentemente não houve contribuições quanto aos meios mais eficazes para prevenção do suicídio, pois tais estudos ou buscaram descrever os perfis de pacientes que cometem suicídio com base no número de casos e em descrever medidas de prevenção já descritas nos manuais, além de buscar compreender se elas eram ou não realizadas.

Quanto às publicações referentes ao atendimento emergencial, tanto os estudos voltados para a ação de enfermagem, quanto para a ação de profissionais em geral, nota-se a dificuldade de encontrar informações relativas às tentativas de suicídio, de forma que em muitos casos a motivação é maquiada por acidentes graves e quando estudado, percebe-se que na verdade tratava-se de uma tentativa de suicídio ou suicídio propriamente dito. Além disso, muitos casos de tentativas de suicídio não chegam ao hospital devido à baixa complexidade e consequência. Os estudos afirmam ainda que a prevalência de tentativas é superior em mulheres, porém, é a população masculina que consegue efetivamente cometer o suicídio na primeira tentativa, pois utilizam de métodos mais letais.^{15,18}

No texto de Magalhães observou-se uma frequência de tentativa de suicídio de uma pessoa para cada 4,6 dias, no serviço pré-hospitalar. Entre os mecanismos utilizados para o auto-extermínio identificou-se o uso frequente de medicamentos e de agrotóxicos. Sendo assim, para a prevenção do suicídio esse estudo contribuiu ao trazer a necessidade do controle sobre a prescrição e a distribuição de medicamentos, principalmente psicofármacos, e sobre a utilização de agrotóxicos, optando pela utilização de agrotóxicos de menor toxicidade para redução do auto envenenamento. Esse autor afirma ainda que é necessário realizar capacitações nos serviços de atendimento pré-hospitalar, devendo priorizar as habilidades para o atendimento precoce, a manutenção da vida das vítimas, o reconhecimento dos casos de tentativa de suicídio, as principais formas de atuação e o preenchimento adequado das fichas de atendimento pré-hospitalar.¹⁸

Diante do exposto, nota-se a necessidade de se estabelecer processos de educação permanente à equipe de enfermagem para o atendimento em saúde mental, sendo que as intervenções da equipe de enfermagem diante às situações de risco para o suicídio devem incluir o acolhimento do paciente em local seguro para ambos, a anamnese, o exame do estado mental, avaliação e classificação do risco para o suicídio, construir uma rede de apoio juntamente com serviços especializados, familiares/cuidadores e administrar terapia medicamentosa, se houver necessidade. O plano de tratamento deve ser flexível e passar por revisões periódicas.^{13-14-15,19}

CONCLUSÃO

Percebe-se que os manuais para a prevenção de suicídio ainda são pouco divulgados e equipes ainda encontram-se despreparadas para prestar a assistência de qualidade ao paciente com comportamento suicida. Portanto, é necessário que existam ações para capacitação dos profissionais, utilizando os manuais como meio de aprendizado pois esse é um dos primeiro passo para um plano de prevenção ao comportamento suicida. Contudo, deve-se admitir a existência de equipes que de fato conseguem, mesmo diante das dificuldades, manter os pacientes em risco de suicídio vinculados ao local de tratamento utilizando de meios de comunicação terapêutica e auxiliando os pacientes na solução de conflitos. É importante compreender ainda que a participação da família e de pessoas próximas na identificação de comportamentos suicidas é de suma importância para o profissional de saúde, bem como a participação desses, de forma positiva, em seu processo de recuperação.

Faz-se necessário realizar novos estudos sobre diferentes instrumentos de prevenção do suicídio, pois os estudos recentes analisados não trouxeram contribuições nessa área. Tal fato pode ser reflexo de estudos focados na utilização de manuais existentes, deixando de lado medidas comumente utilizadas por equipes de saúde mental em CAPS, como terapias através da dança, arte outras atividades de envolvimento e consequente inserção social desses pacientes que pode apresentar algum impacto positivo na prevenção do comportamento suicida. Além disso, pode ser válida a implementação de protocolos para prevenção de suicídio nos serviços de saúde para nortear a ação dos profissionais, visto que muitas instituições não os possuem o que pode refletir no despreparo desses profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Marquetti, FC; Milek, G. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. Rev. Ter Ocup Univ. 2014;25(1):18-26. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/64664/87286>. Acesso em: 17/06/2017
2. World Health Organization (WHO). Saúde Pública Ação Para A Prevenção De Suicídio. 2012. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>. Acesso em: 17/06/2017
3. Botega, NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psico 25(3): 231-236. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>. Acesso em: 17/06/2017
4. DATASUS. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Óbitos por Causas Externas - Brasil: Óbitos por Residência por Região e Grande Grupo CID10 2014. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Acesso em 17/06/2017
5. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: A global imperative. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&a=1. Acesso em: 17/06/2017
6. Abreu, KP de; Kohlrausch, ER; Lima, MADS. Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde - estudo qualitativo. Online braz j nurs 2008;7(3).Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1715/415>. Acesso em: 17/06/2017
7. Governo de Portugal - Direção Geral de saúde (DGS). Plano Nacional De Prevenção do Suicídio 2013/2017. Portugal: DGS, 2013
8. Associação Brasileira de Psiquiatria. Comportamento suicida: Conhecer para prevenir dirigido para profissionais de imprensa. ABP 2009. Disponível em: http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2013/10/cartilha-suicidio_2009_light.pdf. Acesso em: 17/06/2017

9. Botega, NJ. **Prevenção do comportamento suicida.** *Psico.* 2006 v. 37, n.3, p. 213-220.
10. Diogo, I; Fernandes, M; Anes, EMJ. **Prevenção do Suicídio: Fatores de Risco e Intervenção.** Portugal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, jun 2013. p 407-555. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/10268/1/Preven%C3%A7%C3%A3o%20do%20suic%C3%ADio.%20Fatores%20de%20risco%20e%20interven%C3%A7%C3%A3o%20ESSa%202013.pdf>. Acesso em: 17/06/2017
11. Buriola, AA; Arnauts, I; Decesaro, M das N; Oliveira, MLF de; Marcon, SS. **Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio.** Rio de Janeiro: Esc Anna Nery. 2011;15(4):710-216. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400008. Acesso em: 17/06/2017
12. Ministério da Saúde. **Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental.** Universidade Estadual de Campinas: 2006
13. Navarro, M^aCC; Martinez, M^aCP. **Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional.** *Rev Latino Americana Enfermagem.* 2012; 20(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000600019&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 17/06/2017.
14. Reisdorfer, N; Araujo, GM de; Hildebrandt, LM; Gewehr, TC; Nardino, J; Leite, MT. **Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida.** *Rev De Enfermagem Da UFSM.* 2015;5(2):295-304. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790>. Acesso em: 17/06/2017.
15. Kondo, EH; Vilella, JC; Borba, L de O; Paes, MR; Maftum, MAS. **Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento.** *Rev Esc Enfermagem USP.* 2011;45(2):501-507. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200028. Acesso em: 17/06/2017.
16. Oliveira, CT de; Collares, LA; Noal, MHO; Dias, ACG. **Percepções de uma equipe de saúde mental sobre o comportamento suicida.** *Gerais, Rev Interinst Psicol.* 2016;9(1): 78-89. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202016000100007 Acesso em: 17/06/2017.

17. Heck, RM; Kantorski, LP; Borges, AM; Lopes, CV; Santos, MC; et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012;21(1):26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1> Acesso em: 17/06/2017.
18. Magalhães, APN de; Alves, V M; Comassetto, I; Lima, PC; Faro, ACM; Nardi, AE. Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. *J Bras Psiquiatria*, 2015;63(1):16-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n1/047-2085-jbpsiq-63-1-0016.pdf>. Acesso em: 17/06/2017.
19. Avanci, RC; Furefato; ARF; Scatena, MCM; Pedrão, LJ. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. Ribeirão Preto: *Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog.* 2009;5(1):1-15. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762009000100006. Acesso em: 17/06/2017.
20. Camara, MC; Pereira, MAO. Percepções de transtorno mental de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(4):730-737. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400017. Acesso em: 17/06/2017.
21. Ferreira, CLB; Gabarra, LM. Pacientes em Risco de Suicídio: Avaliação da Ideação Suicida e o Atendimento. *UNOPAR Cient Ciênc biol Saúde.* 2014;16(2). Disponível em: <http://revista.unopar.br/biologicasaude/revistaBiologicas/getArtigo?codigo=00001581>. Acesso em: 17/06/2017.
22. Santos, JC; Simoes, RMP; Erse, MPQA; Façanha, JDN; Marques, Lafam. Impacto da formação “+Contigo” nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2014;22(4):679-684. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00679.pdf. Acesso em: 17/06/2017.
23. Cantão, L; Botti, NCL. Comportamento suicida entre dependentes químico. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEN.* 2016;69(2):389-396. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0389.pdf>. Acesso em: 17/06/2017.
24. Moreira, LM; Martins, MC; Gubert, FA; Sousa, FSP. Perfil de pacientes atendidos por tentativa de suicídio em um centro de assistência toxicológica. *CIENCIA Y ENFERMERIA* 2015;21(2):63-75. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_07.pdf. Acesso em: 17/06/2017.
25. Takahashi C, Chida F, Nakamura H, Akasaka H, Yagi J, Koeda A, Takusari E, Otsuka K, Sakai A. The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry*, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063822/pdf/1471-244X-11-38.pdf>. Acesso em: 17/06/2017.
26. Marin L.; Oliveira HB; Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2012
27. Ores LC, Quevedo LA, Jansen K, Carvalho AB, Cardoso TA, Souza LDM, et. al. Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):305-312. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n2/09.pdf>. Acesso em: 17/06/2017.
28. Bidlle VS1, Sekula LK, Zoucha R, Puskar KR. Identification of Suicide Risk Among Rural Youth: Implications for the Use of HEADSS. *J Pediatr Health Care*. 2010 may-jun; 24(3):152-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20417887>. Acesso em: 17/06/2017.
29. Neves SM. *Internação e Suicídio: Protocolo de Atenção aos Sinais*. 1ª ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Criança e da Juventude, 2010.
30. Schnitman G, Kitaoka EG, Arouca GSS, Lira ALS, Nogueira D, Duarte MB. Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. *Rev Baiana De Saúde Pública*, 2010;34(1):44-59. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/12/17>. Acesso em: 17/06/2017
31. Façanha JDN, Erse MPQA, Simões RMP, Amélia L, Santos JC. Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção believe. *SMAD Rev Elet Saúde Mental Alcool e Drogas*. 2010;6(2):1-16. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38699>. Acesso em: 17/06/2017

32. Silva LHP da, Guimarães NA, Borba LO, Mantovani MF, Paes MR, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):585-590. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a21>. Acesso em 18/06/2017
33. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Prevenção do suicídio no nível local: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. Porto Alegre: CORAG, 2011. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano11/034704do1ao64.pdf>. Acesso em 18/06/2017
34. Bezerra Filho JG, Werneck GL, Almeida RLF de, Oliveira MIV de. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(5): 833-844. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 18/06/2017.
35. Minayo, MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Manga RMN. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):300-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3170.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
36. Rodrigues ME da, Silveira TB, Jansen K, Cruzeiro ALS, Ores, L, Pinheiro RT, et al. Risco de suicídio em jovens com transtornos de ansiedade: estudo de base populacional. *Psico USF*. 2012;17(1):53-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v17n1/a07v17n1.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
37. Conte M, Meneghel SN, Trindade AG, Ceccon RF, Hesler LZ, Cruz CW. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2017-2026. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/13.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
38. Oliveira MIV de, Bezerra Filho JG, Feitosa RFG. Estudo epidemiológico da mortalidade por suicídio no estado do Ceará no período 1997-2007. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2012;36(1):159-173. Disponível em: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/244/pdf_59. Acesso em 18/06/2017.

39. Silveira RE da, Santos AS, Ferreira LA. Impacto da morbi-mortalidade e gastos com suicídio no Brasil de 1998 a 2007. *Rev pesquis cuid fundam.* 2012;4(4): 3033-3042. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1859/pdf_662. Acesso em 18/06/2017.
40. Molina MRAL, Wiener CD, Branco JC, Jansen K, Souza LDM de, Tomasi E. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev psiquiatr clín.* 2012;39(6):194-197. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n6/03.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
41. Machado DB, Santos DN dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J bras psiquiatria.* 2015;64(1):45-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n1/0047-2085-jbpsiq-64-1-0045.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
42. Ferreira NS, Pessoa VF, Barros RB, Figueiredo AEB, Minayo MCS. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Ciênc saúde coletiva.* 2014;19(1):115-126. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00115.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
43. Ceccon RF, Meneghel, SN, Tavares JP, Lautert L. Suicídio e trabalho em metrópoles brasileiras: um estudo ecológico. *Ciênc saúde coletiva.* 2014;19(7): 2225-2234. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000702225&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em 18/06/2017.
44. Faria YO, Gandolfi L, Moura LBA. Prevalência de comportamentos de risco em adulto jovem e universitário. *Acta paul enferm* 2014;27(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0591.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
45. Fraça CL, Murta SG. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicol cienc prof* 2014;34(2):318-329. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000200005. Acesso em 18/06/2017.
46. Sehnem SB, Palosqui V. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. *Fractal, Rev Psicol.* 2014;26(2):365-378. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v26n2/1984-0292-fractal-26-02-00365.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
47. Protocolo de atendimento e acompanhamento aos usuários com história de tentativa de suicídio e ideação suicida. 2ª Versão. Palmas: 2015. Disponível em: <https://dvspalmas.files.wordpress.com/2015/10/protocolo-intento-suicida-2-versao.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
48. Sistema Único de Saúde. Estado de Santa Catarina. Risco de Suicídio: Protocolo Clínico. Santa Catarina: 2015.
49. Cavalcante FG, Minayo MCS. Qualitative study on suicide attempts and ideations with 60 elderly in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(6):1655-1666. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1655.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
50. Cerqueira Y, Lima P. Suicídio: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção. *Revista IGT na Rede*. 2015; 12(23): 444 - 458. Disponível em : <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:WJOQLP35ixQJ:https://www.igt.psc.br/ojs/include/getdoc.php%3Fid%3D2809%26article%3D494%26mode%3Dpdf+%amp;cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em 18/06/2017.
51. Vidal CEL, Contijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad saúde colet*. 2013;21(2):108-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>. Acesso em 18/06/2017.
52. Bertolote JM, Santos CM, Botega JN. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras de Psiquiatria*. 2010; 32(ii). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>. Acesso em 18/06/2017.

ANEXOS

ANEXO 1

Diretrizes para Autores Revista REUOL

Estrutura dos artigos:

TÍTULO (somente no idioma original); AUTORES (1-8); RESUMO (somente no idioma original); DESCRITORES (Português/Inglês/Espanhol); CREDENCIAIS DOS AUTORES; AUTOR

RESPONSÁVEL PELA CORRESPONDÊNCIA (endereço completo); INTRODUÇÃO; OBJETIVO; MÉTODO; RESULTADOS; DISCUSSÃO; CONCLUSÃO; REFERÊNCIAS.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais em todos os artigos INTRODUÇÃO, MÉTODO, RESULTADOS, DISCUSSÃO (RESULTADOS/DISCUSSÃO), CONCLUSÃO. Os AGRADECIMENTOS e FINANCIAMENTO deverão constar antes das REFERÊNCIAS, se constarem no artigo.

Os seguintes documentos devem ser anexados no sistema da Reuol:

1. Artigos em uma das categorias ORIGINAL, RELATO DE CASO CLÍNICO, RELATO DE EXPERIÊNCIA (que envolvam SERES HUMANOS) deve anexar os documentos (a) e (b); os demais, apenas o (b) como documento suplementar:

a) CÓPIA DA APROVAÇÃO do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

b) FORMULÁRIO de declaração (download em http://www.ufpe.br/revistaenfermagem_authorship_responsibility.doc)

◆ LAYOUT DA PÁGINA:

1) PAPEL OFÍCIO (21,59 x 35,56 cm)

2) MARGENS DA PÁGINA: de 2,0 cm em cada um dos lados

◆ LETRA: Trebuchet MS de 12-pontos

◆ NÃO USAR: rodapé, notas, espaçamento entre parágrafos, não separar as seções do artigo

◆ ESPAÇAMENTO DUPLO ENTRE LINHAS em todo o ARTIGO

◆ IDIOMAS: Português e/ou Inglês e/ou Espanhol. Em se tratando de tradução* o artigo o ORIGINAL deve ser encaminhado também como documento suplementar ou em arquivo único (ORIGINAL + TRADUÇÃO). *A Reuol indica por meio de LISTA REVISORES/TRADUTORES BI e TRILÍNGUES, após finalizado o processo de avaliação com o parecer de APROVADO. Consulta ao Editor deve ser feita antes da TRADUÇÃO.

♦ **TEXTO:** sequencial e justificado sem separar as seções (página inicial e as que se seguem).

♦ **NÚMERO DE PÁGINAS:**

1) 30 PÁGINAS (excluindo-se página inicial, agradecimentos e referências);

2) PÁGINAS NUMERADAS no ângulo superior direito a partir da primeira página;

3) MARGENS LATERAIS DO TEXTO: 0,5 cm.

♦ **TÍTULO:** somente no idioma do artigo, com 15 ou menos palavras; **NÃO EMPREGAR:** siglas e elementos institucional, do universo geográfico, de dimensão regional, nacional ou internacional. Apresentar apenas os elementos do OBJETO DE ESTUDO ou dos DESCRITORES DeCS: <http://decs.bvs.br>

♦ **AUTORES:** 1-8 no máximo.

Nome completo de cada um, separados por vírgulas, numerados sobrescritos. *Ex: Ednaldo Cavalcante de Araújo¹, Maria Prado²

♦ **RESUMO:** somente no idioma original, **NÃO MAIS** que 150 palavras. Deve-se iniciar e sequenciar o texto com letra minúscula após os seguintes termos: Objetivo: Método: Resultados: Conclusão: ****Descritores/Descriptors/Descriptores** (iniciais em letra maiúscula (exceto os termos conectivos), separados por ponto e vírgula (;): *Devem ser extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do Medical Subject Headings (MeSH).

***MÉTODO** – tipo de estudo, população/amostra, instrumento de coleta/análise dos dados.

***MÉTODO** – Revisão Sistemática de Literatura/ Revisão Integrativa de Literatura: tipo de estudo; delimitação temporal; fonte de busca (bases de dados, bancos de dados, repositórios, coleções de bibliotecas virtuais); os procedimentos adotados para a análise crítica dos estudos; apresentação da revisão.

DESCREVER AS CREDENCIAIS DOS AUTORES

1) Formação, maior titulação, principal instituição a que pertence, cidade, estado (sigla), país e E-mail. *Ex: 1Enfermeiro, Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação

em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco/PPGENF/UFPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: reuol.ufpe@gmail.com

*Autor responsável para troca de correspondência: nome completo, endereço completo (Rua; Av.; Bairro; Cidade; Estado; CEP, telefone (celular).

Correspondência

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Av. Prof. Moraes Rego, s/n

Bairro Cidade Universitária

CEP 50670-901-Recife (PE), Brasil

(083) 99993-6636

◆ **TEXTO:** manuscritos Originais, Relato de experiência, Estudos de casos clínicos, Análise reflexiva, Informativo, Nota prévia, de Revisões de literatura sistemática e integrativa devem apresentar: 1) Introdução; 2) Objetivo/s; 3) Método; 4) Resultados; 5) Discussão (Resultados e Discussão); 6) Conclusão; 7) Agradecimentos (opcional); 8) Financiamento (se tiver sido) 9) Referências (Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

*A categoria ABSTRACT terá estrutura igual ao texto extraído do estudo original, porém as REFERÊNCIAS são obrigatórias.

*Método – tipo de estudo; população; amostra; critérios de inclusão/exclusão da amostra; o instrumento de coleta de dados; os procedimentos para a coleta e análise dos dados; citação da aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa e número do CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética.

*Método – Revisão Integrativa de Literatura

► tipo de estudo, os procedimentos adotados para a revisão: hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, delimitação temporal, instrumento de coleta de dados, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (instrumento usado), avaliação dos estudos incluídos na revisão

(instrumento usado para avaliar o RIGOR METODOLÓGICO E VIÉS DOS ESTUDOS), classificação dos níveis de evidências dos artigos a serem analisados (CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE EVIDÊNCIA), processo de análise dos estudos/interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

◆ TABELAS (conjunto TABELAS + FIGURAS = 05): devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto, conteúdo em fonte 10 com a primeira letra em maiúscula. Se usar dados de outra fonte, publicada ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Não usar linhas horizontais ou verticais internas. Colocar material explicativo em notas abaixo da tabela, não no título. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

◆ ILUSTRAÇÕES (conjunto FIGURAS + TABELAS = 05): fotografias, desenhos, gráficos e quadros são considerados Figuras, que devem ser elaboradas em cores (use as várias tonalidades do verde). O título deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. As figuras devem ser elaboradas no programa Word ou Excel permitindo acesso ao conteúdo e não serem convertidas em figura do tipo JPEG, BMP, GIF, etc. Os dados devem estar explícitos (n e %). Enviar as planilhas do Excel.

◆ CITAÇÕES: as citações serão identificadas no texto por suas respectivas numerações sobrescritas, sem a identificação do autor e ano, sem uso dos parênteses e colocado após o ponto final, quando convier (vide exemplo)*. Números sequenciais devem ser separados por hífen; números aleatórios, por vírgula.

*Ex: (1). deixá-lo sem o parêntese, sobrescrito e colocado após o ponto final. .1

Nas citações diretas até três linhas incluí-las no texto, entre aspas (sem itálico) e referência correspondente conforme exemplo: 13:4 (autor e página); com mais de três linhas, usar o recuo de 4 cm, letra tamanho 12 e parágrafo 2,0 linhas (sem aspas e sem itálico), seguindo a indicação de autor e data.

Depoimentos: na transliteração de comentários ou de respostas, seguir as mesmas regras das citações, porém em itálico, com o código que representar cada depoente entre parênteses.

♦ REFERÊNCIAS: de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

♦ NÚMERO DE REFERÊNCIAS: 30 no máximo (atualizadas nos últimos 5 anos, exceto para Revisões Integrativa, Sistemática/Metanálise). No mínimo, 60% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 3 anos. Citar, pelo menos, 3 referências estrangeiras. Recomenda-se não citar teses, dissertações, monografias, TCCs, livros (exceto os que fundamentam o método de pesquisa) e capítulos. Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês)

- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

- Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

- Na lista de referências, as referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

- Referenciar o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

- Quando o documento possui de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula; quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina “et al”.

- Com relação a abreviatura dos meses dos periódicos consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec

EXEMPLOS:

1. Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de. Work conditions and ergonomic factors of health risks to the Nursing team of the mobile emergency care/SAMU in Recife City. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Apr [cited 2010 Oct 12];4(1):145-52. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746>

2. Rozenfeld M, Santos Junior BJ dos, Silveira CLS, Araújo EC de, Loyola Filho AI, Uchoa E, et al. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>