



Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC/UBÁ
Curso De Enfermagem

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM
COMPORTAMENTO SUICIDA NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Nursing care to patients with suicid behavior in psychosocial care centers

Greizianne dos Anjos Carlos Milagre¹; Josiel da Silva Ferreira¹; Daniel Rodrigues Machado²

¹Discentes do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Presidente Antônio Carlos – FUPAC UBÁ.

²Enfermeiro efetivo na Secretaria Municipal de Saúde de Astolfo Dutra/MG. Residência em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense. Mestre em Saúde do Adulto pela Escola de Enfermagem da USP - São Paulo/SP. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Presidente Antônio Carlos - FUPAC, Ubá, Minas Gerais.

RESUMO

O comportamento suicida e suas consequências caracterizam sério problema de saúde pública global e todas as faixas etárias, sexos, classes sociais e regiões do mundo são afetadas. Os estudos buscam problematizar os impactos negativos desse evento na sociedade, considerando que o ato expressa a morte perpetrada pela própria vítima. Salienta-se que a detecção precoce de sinais/sintomas suicidários e a implementação de intervenções reversivas às divergências comportamentais promovem apoio qualitativo ao indivíduo, bem como a sua família e à comunidade com a qual ele convive, prevenindo os óbitos e suas consequências. O presente estudo teve como objetivo identificar como deve ocorrer a assistência de enfermagem ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com comportamento suicida. Trata-se de um estudo de revisão da literatura realizada a partir dos seguintes recursos informacionais virtuais para fundamentação teórica: Periódicos Eletrônicos de Enfermagem, *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico. Adicionalmente foram consultados livros, documentos organizacionais e legislações nacionais correlatas à temática. Este estudo, portanto, contribuiu para o fortalecimento e aprimoramento da assistência de enfermagem nos CAPS e demais serviços constituídos na Rede de Atenção à Saúde. Destaca-se a necessidade de ampliar o conhecimento nas escolas, comunidades, universidades, buscando a desmitificação do tema e eliminação do estigma, incentivando a cultura da paz e relacionamentos saudáveis para redução da ocorrência de óbitos decorrentes do suicídio.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Suicídio; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Suicidal behavior and its consequences characterize a serious global public health problem, all age groups, genders, social classes and regions of the world are affected. The studies seek to problematize the negative impacts of this event on society, considering that the act expresses the death perpetrated by the victim. It is highlighted that the early detection of suicidal signs/symptoms and the implementation of interventions that reverse behavioral differences promote qualitative support to the individual, as well as to their family and community in which they live, preventing deaths and their consequences. This study aimed to identify how nursing care should be provided to users of the Psychosocial Care Center (CAPS) with suicidal behavior. This is a literature review study based on the following virtual information resources for the theoretical foundation of this article: Electronic Nursing Journals, Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Academic Google. Additionally, books, organizational documents and national legislation related to the subject were consulted. This study, therefore, contributed to the strengthening and improvement of nursing care in CAPS and other services constituted in the Health Care Network. The need to expand knowledge in schools, communities, universities is highlighted, seeking to demystify the theme and elimination of stigma, encouraging a culture of peace and healthy relationships to reduce the occurrence of deaths resulting from suicide.

Keywords: Nursing Care; Psychiatric Nursing; Suicide; Mental Health Services.

Correspondência:

Nome: Greizianne dos Anjos Carlos Milagre

E-mail: greizianne6@gmail.com

Nome: Josiel da Silva Ferreira

E-mail: josiel.s.f95@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O suicídio é definido como o ato de tirar a própria vida deliberadamente. Tentativa de suicídio pode ser entendida como a conduta suicida que não causou morte. E a ideação suicida corresponde aos comportamentos que incluem pensar ou planejar o ato suicida. No presente estudo optamos pelo termo “comportamento suicida”, por este contemplar o fenômeno estudado em sua totalidade (Ferreira et al., 2018; WHO, 2014).

O comportamento suicida e suas consequências caracterizam sério problema de saúde pública global, pois todas as faixas etárias, sexos, classes sociais e regiões do mundo são afetadas. Estimativa mundial detectou que anualmente são registrados 703 mil óbitos por consequência de comportamento suicida. Esse agravo é uma das principais causas externas de mortes evitáveis. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio tem uma ocorrência de óbitos maior que a malária, HIV / AIDS, câncer de mama, guerra e homicídio. Configura-se, também, como a quarta causa de mortalidade em jovens de 15 a 29 anos para ambos os sexos, depois de lesões no trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Em 2019, aproximadamente uma a cada 100 mortes (1,3%) foi autoagressão consumada (WHO, 2021).

Os atos suicidas são episódios complexos e multifatoriais que podem incidir em todos os ciclos vitais, atingindo intensamente familiares, amigos e comunidade, que também precisarão de ajuda para lidar com o sofrimento. No âmbito da saúde, os estudos buscam problematizar os impactos negativos desse evento na sociedade, considerando que o ato expressa a morte perpetrada pela própria vítima. Nesse sentido, tal comportamento deve ser compreendido como produto da associação de diversos fatores sociais, culturais, psicológicos, biológicos e ambientais, demandando, portanto, intervenções específicas e longitudinais a cada indivíduo em risco (Heck et al., 2012; Ribeiro et al., 2018; WHO, 2014).

O agravo supramencionado apresenta-se como uma das muitas demandas complexas dos serviços de saúde. As equipes de enfermagem enfrentam essas situações, entre outros espaços, em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Departamentos de Urgência e Emergência e na especialidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Sabidamente, esses profissionais exercem papel essencial na assistência à saúde em diversos setores, bem como, possuem a capacidade de contribuir para a redução de danos causados pelo agravo estudado (Garcia et al., 2017).

O profissional de enfermagem também pode ser definido como agente terapêutico prestando cuidados de enfermagem em saúde mental. Assim, ocupar o lugar de agente terapêutico exige uma postura em que se prioriza o estabelecimento da relação terapêutica,

entendida como uma tecnologia de cuidado que permite o reconhecimento das experiências de vida do paciente e o estímulo à sua responsabilização na produção de sua sintomatologia, auxiliando-o na tomada das decisões terapêuticas (Braga, Chaga, Tomaz, 2021).

A edição mais recente da Taxonomia NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association*), publicada em 2021, apresenta o diagnóstico de enfermagem intitulado Risco de Comportamento Suicida, definido como suscetibilidade a atos autolesivos associados a alguma intenção de morrer. Os fatores de riscos elencados para esse diagnóstico de enfermagem na Taxonomia NANDA-I são: apatia; dificuldade em pedir ajuda, em lidar com a insatisfação e em expressar sentimentos; desempenho histórico ineficaz; dor crônica; controle de impulso ineficaz; comportamento autolesivo; auto-negligência; estoque de medicamentos; uso indevido de substâncias; ansiedade; sintomas depressivos; hostilidade; expressão de profunda tristeza, frustração e solidão; baixa autoestima; luto desadaptativo; desonra percebida; falha percebida; relato de culpa excessiva, desamparo, desesperança e infelicidade; ideação suicida; fácil acesso à arma; perda de independência e autonomia pessoal; processos familiares disfuncionais; suporte social inadequado; pressão de grupo inadequada; dificuldades legais; privação, desvalorização e isolamento social; e violência não abordada por terceiros (NANDA-I, 2021).

Na literatura científica há robustas evidências que documentaram os transtornos mentais como fatores preditores importantes do comportamento suicida. Porém, nem todo suicídio está associado ao transtorno mental, apesar da prevalência de comportamento suicida ser significativamente maior em pacientes diagnosticados com algum tipo de transtorno mental, como depressão, esquizofrenia, estresse pós-traumático, ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e bipolaridade (Ferreira et al., 2018).

Os integrantes das equipes multiprofissionais dos CAPS, quando há indicação, são responsáveis pelo acompanhamento intensivo de pessoas com transtorno mental. Tais profissionais lidam diariamente com pacientes em situação de crise e têm contato mais próximo com eles, o que, de alguma forma, facilita as intervenções terapêuticas. Entretanto, cabe mencionar que o comportamento suicida é uma questão complexa e multifatorial, demandando atenção prolongada de vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Por isso é tão importante promover capacitações e aprimorar ações de saúde mental, articulando Atenção Primária em Saúde (APS), Unidades de Emergências, dispositivos de assistência social e serviços especializados em saúde mental constituídos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em específico, os CAPS e a educação em saúde a população (Veras e Ribeiro, 2018).

Durante as aulas acadêmicas e ensino clínico em saúde mental observou-se que o comportamento suicida é um ato consciente de autoaniquilamento, vivenciado por um indivíduo em situação de vulnerabilidade, que percebe tal comportamento como a melhor solução para sair de uma dor psicológica insuportável. No primeiro instante, o indivíduo pode não pensar em autoquíria, pois os pensamentos dele estão voltados, simplesmente, a minimizar a dor e o sofrimento, ignorando a ação que está prestes a realizar.

Identificar os indivíduos com comportamentos suicidas e intervir precocemente é imprescindível e extremamente relevante para a qualidade da assistência de enfermagem em saúde mental. Salienta-se que a detecção precoce de sinais/sintomas suicidários e a implementação de intervenções reversivas às divergências comportamentais promovem apoio qualitativo ao indivíduo, bem como a sua família e à comunidade com a qual ele convive, prevenindo os óbitos e suas consequências.

Diante do exposto, este estudo tem a seguinte questão norteadora: como é apresentada na literatura científica a assistência de enfermagem recomendada aos usuários do CAPS com comportamentos suicidas? Nesse sentido, o presente estudo tem por objetivo identificar como deve ocorrer a assistência de enfermagem ao usuário do CAPS com comportamento suicida. Trata-se de um estudo de revisão da literatura realizada a partir dos seguintes recursos informacionais virtuais para fundamentação teórica: Periódicos Eletrônicos de Enfermagem, *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Google Acadêmico. Adicionalmente foram consultados livros, documentos organizacionais e legislações nacionais correlatas à temática do estudo.

Aspectos epidemiológicos do comportamento suicida

O suicídio não é diagnóstico nem transtorno mental, é um comportamento. Caracterizado pela ideação e o ato intencional de autoaniquilação, ou seja, matar-se. Os fatores que estão por trás do ato suicida são heterogêneos, e envolvem uma interação única de fatores biológicos, psicossociais e culturais para cada pessoa. Sendo assim, o suicídio não é um evento frívolo, é o resultado final de todo um processo (Porto, Delziovo, Queiroz, 2019).

Anualmente, no mundo, mais de 700 mil pessoas tiram a própria vida, correspondendo a uma morte a cada 40 segundos e as tentativas geram números ainda maiores. Cada suicídio é uma tragédia que afeta famílias, comunidades e países inteiros e tem efeitos duradouros nas pessoas próximas as vítimas. É um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo (OPAS, 2021).

Na Região das Américas, 81.746 mortes autoprovocadas por ano foram relatadas em

média de 2010 a 2014, destas, cerca de 80% ocorreram em homens. O suicídio é a terceira maior causa de morte entre jovens de 20 a 24 anos nas Américas. Pessoas de 45 a 59 anos têm a maior taxa de suicídio na Região, seguidas por pessoas com 70 anos ou mais. Os quatro métodos mais usados são asfixia, uso de armas de fogo, envenenamento com drogas e álcool e envenenamento com pesticidas e produtos químicos, representando 91% de todos os suicídios na Região. Trata-se de um grave problema de saúde pública, no entanto, se alicerçado em evidências científicas e com intervenções de baixo custo, os óbitos por suicídios podem ser evitados em tempo oportuno. Para uma efetiva prevenção, as respostas nacionais necessitam de ampla estratégia multissetorial (OPAS, 2021).

O Ministério da Saúde do Brasil publicou, em 2021, o Boletim Epidemiológico referente à mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas, evidenciando que, entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, aumentando em 43% o número anual de óbitos, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019. Em análise, as taxas de mortalidade ajustadas no período demonstraram risco de morte por suicídio aumentado em todas as regiões do país. Em 2019, a taxa nacional foi de 6,6 por 100 mil habitantes, as Regiões Sul e Centro-Oeste constaram as maiores taxas. Entre os homens, a taxa de mortalidade por suicídio, em 2019, foi de 10,7 por 100 mil. Entre as mulheres esse valor foi de 2,9, evidenciando que os homens apresentam um risco de morte 3,8 vezes maior do que as mulheres. O estudo demonstrou aumento da incidência de suicídios em todos os grupos etários, destacando aumento da mortalidade em adolescentes, com acréscimo de 81% no período e taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes. Observa-se, ainda, o aumento sustentado de 113% das mortes por suicídio em menores de 14 anos, com taxa de 0,7 por 100 mil habitantes.

Outro problema ligado ao comportamento suicida é o elevado número de pessoas que tentam o suicídio. Em artigo, Oliveira et al. (2016) apresentam que registros oficiais sobre tentativas de suicídio são escassos. Porém, estima-se que o número de tentativas supere a quantidade de suicídios de dez a vinte vezes, sendo, aproximadamente, uma tentativa de suicídio a cada meio segundo. Os autores supracitados chamam a atenção para o fato de que a probabilidade de tentativas aumenta depois da primeira, intensificando o risco de consumação do suicídio. Apontando os três principais determinantes como ocorrência de tentativa anterior, tem destaque o histórico de suicídio na família e em pessoas próximas e ser portador de transtornos mentais.

Dos Santos e Santos (2017) apontam incidência elevada de comportamento suicida na população juvenil. Essas autoras elencam alguns dos motivos que levam os adolescentes a

quererem se autoexterminar, como: transtornos depressivos, fatores externos como “*bullying*”, relacionamentos amorosos, convivência dificultada com os familiares, consumo de álcool e drogas. Elas enfatizam também a importância do meio familiar no intuito de ajudar o adolescente quando este estiver com pensamentos suicidas. A pessoa que tenta suicídio raramente procura alguém, muito menos um pronto-socorro, tornando o suicídio um problema oculto pela sociedade. Nesse sentido, a notabilidade da sociedade em perceber o suicídio como problema grave e sério, em que não há “frescuras” e fracassos, permite salvar vidas através de conversas, intervenções apropriadas de familiares, amigos e profissionais qualificados. Desse modo, procurar ajuda e abrir espaços para discussões claras e de forma terapêutica pode minimizar as elevadas taxas de suicídio entre os jovens.

Sousa, Perrelli, Botelho (2018) constata a insuficiência de estudos na área da enfermagem voltados ao comportamento suicida em idosos. Todavia, idosos com depressão apresentam sete vezes mais chance de cometer suicídio quando comparados aos não portadores do transtorno. Esses autores também pontuam que mortes por suicídio nesse grupo etário foram de idosos que possuíam histórico de tentativa de suicídio, repetindo com métodos mais violentos. Reportaram associações significativas do ato autodestrutivo com doenças cardiovasculares; doença pulmonar crônica; problemas de visão; diabetes mellitus; incontinência urinária; doença reumatoide e com doenças terminais, especialmente, câncer de próstata e pulmão no homem e câncer de mama na mulher idosa. Outros fatores como solidão, eventos traumáticos, violência intrafamiliar e a impotência sexual em homens estiveram associados ao suicídio em idosos.

Recentemente, estudos realizados demonstram de forma consistente um risco de morte por comportamento suicida 74% maior na população indígena, comparados aos não indígenas. É importante pontuar, ainda, que as tentativas de suicídio e as autoagressões são eventos discriminados e subnotificados. O estigma que envolve comportamento suicida e a saúde mental como um todo impede a procura por ajuda, que poderia evitar mortes. Ressalta-se que falar de modo responsável sobre o fenômeno opera muito mais como um fator de proteção do que como fator de risco, podendo, inclusive, contribuir para a ruptura do preconceito que cerca o assunto. Dessa forma, dialogar sobre o tema sem alarmismo, enfrentando os estigmas, conscientizar e estimular sua prevenção podem contribuir para o enfrentamento desse importante problema de saúde pública global (Ministério da Saúde, 2021).

Em panorama geral no contexto da pandemia de Covid-19, Nascimento, Maia (2021) demonstraram fatores de risco exacerbados para o comportamento suicida, no qual as consequências serão observadas a curto e a longo prazo. A revisão de literatura realizada

pelos autores direciona causalidade à presença de transtorno psiquiátrico associado a isolamento social, ao desemprego, à morte de pessoas próximas, ao uso de álcool, à violência doméstica, a notícias negativas, ao estigma social, ao acesso restrito a serviços de saúde, à solidão, a doenças neurológicas e a transtornos do sono provocados pelo cenário epidemiológico mundial. Os autores apontam que o acesso aos meios letais como analgésicos, pesticidas e arma de fogo durante o isolamento domiciliar são preditores ao suicídio, por ser o ambiente de maior ocorrência suicida associado à disponibilidade e ao sofrimento. Evidenciaram, também, exposição intencional à infecção de Covid-19 como método suicida.

Embora o cenário pandêmico potencialize o sofrimento, medidas protetivas são possíveis, adotando resposta interdisciplinar com intervenções universais, seletivas e indicadas. Nesse momento, práticas e políticas públicas focadas na prevenção do suicídio e promoção de saúde mental são de extrema relevância. A interação on-line pode ser considerada ferramenta importante de comunicação, fortalecendo laços sociais durante o distanciamento físico. Porém, é necessário atentar aos conteúdos virtuais, que possibilitam oferta de apoio e construção de vínculos, mas podem contribuir para a normalização do comportamento suicida. Diante do exposto, os profissionais de saúde devem abordar corretamente os sinais de alerta e risco, aumentando a conscientização através de capacitações, campanhas, conversas e competência para diminuir o estigma e prevenir as manifestações suicidas (FIOCRUZ, 2020).

Portanto, partindo-se do pressuposto de que para prevenir o suicídio em qualquer lugar do mundo, faz-se necessária a articulação intersetorial, alinhando políticas públicas de áreas prioritárias, como a saúde, educação e assistência social, entende-se que há urgência de mudanças estruturais no país para além da instituição da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e Suicídio. Em especial, valorizar a vida humana em sua totalidade, tornando o território igualitário e em condições habitáveis para toda sua população (Dantas, 2019).

A meta 3.4 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS) pondera reduzir em um terço as mortes prematuras por doenças não transmissíveis até 2030, por meio de ações de prevenção, tratamento e promoção da saúde mental e do bem-estar. No Brasil, estende-se à saúde do trabalhador e à prevenção do suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento. A meta, por si só, não exclui a possibilidade de ocorrer inúmeras situações suicidas. Nesse sentido, as equipes de saúde deverão se capacitar continuamente para uma assistência adequada aos pacientes em sofrimento psíquico, considerando a causalidade, fatores determinantes e condicionantes, buscando promover

intervenções frente a essas situações e ofertar o tratamento e acompanhamento eficaz para prevenir outras tentativas (IPEA, 2019; NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2021).

Comportamento suicida: a abordagem pela equipe de enfermagem

Prioritariamente, os profissionais de saúde devem prevenir o ato letal. A Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados. Alguns dos objetivos da referida legislação consistem em promover a saúde mental; prevenir a violência autoprovocada; controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (Brasil, 2019).

O importante papel do profissional de enfermagem no atendimento aos pacientes com comportamento suicida coloca-o como componente essencial na equipe multiprofissional, ao lado de outras categorias profissionais igualmente relevantes e imprescindíveis na composição do trabalho em time, que deve nortear a assistência em saúde mental. Os atendimentos de enfermagem devem ser sistematizados, devendo possuir diferentes abordagens a depender do contexto de cada paciente. Vale ressaltar que, geralmente, as abordagens devem ser voltadas à promoção da saúde, orientando o autocuidado e atendendo integralmente as famílias envolvidas, trabalhando e recuperando a qualidade de vida e prevenção de reincidências das tentativas, a fim de diminuir o fluxo de usuários nos setores de emergência psiquiátrica, referenciando e acompanhando os pacientes nos centros de tratamento especializados, criando um canal de comunicação eficaz, baseado em confiança, no fito de promover uma escuta ativa e qualificada, visando à reabilitação da saúde mental destes pacientes, a mais equilibrada possível (Braga, Chaga, Tomaz, 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é estratégica quanto à prevenção ao comportamento suicida, e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve ser o contato preferencial. A proximidade e vínculo desse nível de atenção facilita a identificação precoce de situações de vulnerabilidade e viabiliza intervenção da equipe

multiprofissional em concepção ampliada e interagindo com os diferentes campos do conhecimento. Nesse sentido, estratégias focadas na identificação e tratamentos das pessoas vulneráveis no contexto local devem ser implementadas. Indica-se que um dos componentes para o alcance deste objetivo é a oferta de programas de treinamento e educação permanente aos profissionais da APS (Ferreira, 2018).

Braga, Chaga, Tomaz (2021) afirmam que o local de procura mais comum logo após as tentativas de suicídio é o ambiente hospitalar para onde este paciente é levado pelo serviço de atendimento pré-hospitalar de emergência e conduzido ao atendimento especializado sob aspecto clínico médico. Neste momento de assistência, o enfermeiro interage com o paciente de forma a estabelecer um primeiro contato dotado de empatia, gerando um vínculo de confiança, facilitando uma relação de ajuda, e, através do canal de comunicação estabelecido verbal e não verbal, o enfermeiro deve estar atento às mensagens emitidas para quaisquer intervenções que possam ser necessárias. No serviço de emergência, o enfermeiro costuma ser o primeiro a ter contato com estes pacientes, implicando em uma avaliação e gestão muito mais precisas e cuidadosas. A promoção de um ambiente de cuidado que seja seguro e favorável a sua plena recuperação é condição indispensável no exercício do cuidado integral em saúde mental (Fontão, Rodrigues, Lino, 2018).

A melhor orientação quanto à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no contexto hospitalar é voltada à prestação de cuidados de suporte, como controle neurológico, hemodinâmico, sinais vitais e segurança do paciente, acompanhamento da avaliação psicológica/psiquiátrica, elaborando o cuidado mediante ao histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Outros procedimentos realizados na emergência são: lavagem gástrica e contenção física, quando necessário, classificação de risco do paciente suicida, punção venosa calibrosa, elevação das grades do leito, sondagens, coleta de amostras biológicas, monitorização cardíaca, solicitação de um acompanhante para vigilância por tempo integral, administração de medicamentos, cuidados de higiene e encaminhamentos para exames, estabelecendo, assim, uma rotina de cuidados com o paciente. É realizada, também, uma avaliação do nível de risco para tentativas de suicídio, carecendo de equipe multiprofissional, com a participação de psicólogo, psiquiatra, assistente social e médicos, para contribuir com assistência integral e otimizada (Braga, Chaga, Tomaz, 2021; Fontão, Rodrigues, Lino, 2018).

Burigo et al. (2015) referem que a equipe de enfermagem deve ser sensibilizada para uma assistência humanizada e especializada frente ao comportamento suicida, pois estes indivíduos apresentam propensão e vulnerabilidade elevada para uma nova tentativa. Para

garantir tratamento adequado como forma de evitar recaídas, a equipe deve prestar uma assistência diferenciada e conjugada com os serviços de assistência de saúde pública especializada em saúde mental. Reforçam que, nessas situações, é preciso olhar além da emergência atual, como o apoio à família e de outros profissionais da rede de atenção à saúde.

As mesmas autoras citadas no parágrafo anterior direcionam o profissional a não julgar quais foram os motivos que levaram a pessoa a querer cessar a própria vida. Em contrapartida, o profissional de enfermagem deve buscar entender o que está acontecendo com o usuário para que possa ser prestado um atendimento de forma idônea e sem pré-julgamentos. A equipe de enfermagem deve mostrar interesse pelo caso e realizar encaminhamento ao atendimento especializado. A capacitação da equipe de enfermagem é imperativa para que ela possa ir além de suas rotinas assistenciais, sabendo lidar empaticamente com o paciente, ofertando confiança e segurança para revelar seus sentimentos, problemas, medos e o que se passa no seu cotidiano, além de preencher uma lacuna criada pela desconfiança e pelo desespero e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem melhorar. Para tal, é fundamental uma abordagem calma, aberta e de aceitação, ouvindo-a com cordialidade, tratando com respeito e prezando pelo sigilo e privacidade, visando facilitar a comunicação e o estabelecimento de confiança (Burigo et al., 2015).

Em pesquisa, Santos et al. (2017) observam a necessidade de desenvolver práticas preventivas direcionadas às comunidades e famílias, com introdução de novas formas de intervir, mudanças na percepção, crenças e valores sobre o tema. A escuta qualificada é uma tecnologia relacional importante no cuidar da pessoa nesse contexto, visando à aproximação e ao estabelecimento da confiança pós-tentativa de suicídio. O enfermeiro também utiliza a autorreflexão, outra tecnologia para assistir a pessoa com comportamento suicida, com intuito de obter uma visão objetiva sobre o próprio problema, possibilitando ao usuário exteriorizar a agressividade, os sentimentos e suportar as experiências com enfrentamento construtivo, contribuindo para a melhora no processo de tratamento. A complexidade desse fenômeno remete a diversos desafios para o enfermeiro. Torna-se imprescindível a competência deste para intervir positivamente diante da autoagressão das pessoas que buscam suicidar-se e de seus familiares.

Para Braga, Chaga, Tomaz (2021) a formação acadêmica em torno da ideologia biologista causa um déficit ao cuidado integral, criando um abismo na comunicação efetiva, prejudicando a recuperação destes pacientes que são muito vulneráveis a interferências externas. A sobrecarga de trabalho, desestímulo profissional, deficiência na formação acadêmica, falta de apoio institucional e o viés ideológico biomédico da unidade hospitalar

contribuem para essa realidade de despreparo e atendimento deficiente, em que a equipe não observa os aspectos emocionais, cuidando somente da dimensão física. Evidencia-se, assim, o mau uso das tecnologias leves de cuidados, definidas por Merhy (2002) como as tecnologias das relações, como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como forma de governar processos de trabalho, que interferem diretamente no atendimento a esses pacientes com desordens psíquicas. O estigma atribuído a esses pacientes também pesa no sucesso do cuidado.

Os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória, devendo os profissionais dos estabelecimentos públicos e privados de saúde informar às autoridades sanitárias. Nos casos que envolverem criança ou adolescente, o conselho tutelar deverá receber também a notificação (Brasil, 2019). Diversas situações não são registradas, em especial as tentativas de suicídio, e mais da metade possuem alguma inconsistência ou discordância nos dados. As subnotificações podem afetar negativamente nas tomadas de decisões face ao comportamento suicida (Ferreira, 2018). A equipe de enfermagem deve investigar os casos e registrar na ficha de violência interpessoal e autoprovocada, e nos casos com ingestão de produtos nocivos, além disso, deverá preencher também a ficha de intoxicação exógena para lançamento dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN, informando a Vigilância Epidemiológica para conduta cabível (Ministério da Saúde, 2016, 2018).

Fontão, Rodrigues, Lino (2018) expressam que o enfoque de trabalho da enfermagem, muitas vezes, é especialmente biológico com foco inicial na estabilização física do paciente. Alguns entrevistados pelos autores supramencionados não visualizaram o enfoque psicológico como trabalho inerente à equipe de enfermagem, pois citaram a transferência do cuidado em saúde mental a outras profissões como a psicologia e a medicina. Porém, o conceito de saúde busca entender e acolher o ser humano como um ser biopsicossocial, ou seja, considerar o biológico, o social e o psicológico. Diante do exposto, os profissionais de enfermagem devem ouvir atentamente com empatia, passar mensagens não verbais de aceitação, respeitar a opinião do outro, conversar honestamente, mostrar preocupação e focar nos sentimentos da pessoa. A simples interação com o paciente tem grande potencial em acalmar, prevenir ou minimizar a agressão e a intensidade dos sintomas. Ainda, a equipe deve abandonar a ideia de que o paciente tentou suicídio para manipular os outros.

Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio identificados por Soratto, Aguiar, Ceretta (2015) permearam a falta de preparo da equipe para o atendimento, falta de aceitação do tratamento e de informações sobre

o histórico do paciente, agressividade dos pacientes e dificuldades relacionadas ao acompanhamento do caso na rede de serviços. É notório, no estudo, o despreparo dos profissionais para lidar com os pacientes com tentativa de suicídio relacionado aos mitos e crenças que envolvem a temática, interferindo na assistência da enfermagem. Os autores sugerem capacitação para a equipe de enfermagem, em busca constante da humanização na assistência com o acolhimento assertivo e resolutivo.

O Centro de Atenção Psicossocial e a assistência de enfermagem ao paciente com comportamento suicida

As intervenções em saúde mental no CAPS devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e o modo de vida, orientando-se pela produção de vida e saúde e não sendo restritas somente à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas dimensões, com seus anseios, desejos, escolhas e valores. O profissional de enfermagem do CAPS, portanto, deve sempre incorporar ou aprimorar competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de modo que a assistência prestada considere a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo assistencial integral a saúde (Ministério da Saúde, 2015).

A área de saúde mental no Brasil tem avançado com modificações em direção à humanização do atendimento e na melhora contínua da qualidade de assistência, principalmente após o movimento histórico da reforma psiquiátrica. Tal reforma culminou com uma mudança de paradigma assistencial na saúde mental brasileira, proporcionando, entre outros aspectos, maior interação entre as diferentes categorias profissionais dessa área. E os profissionais de enfermagem também passaram a contribuir cada vez mais com estratégias e conhecimentos úteis para a prática interdisciplinar (Mesquita, Santos, 2015).

A atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica é aprovada pela Resolução Cofen nº 678/2021, para isso, o enfermeiro deverá, preferencialmente, ter pós-graduação em Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica ou Atenção Psicossocial e o técnico de enfermagem deverá, preferencialmente, ter especialização em saúde mental (COFEN, 2021).

A Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Sendo assim, nessa Lei, são referenciados alguns dos direitos às pessoas em sofrimento mental: terem acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às

suas necessidades; serem tratadas com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; serem tratadas em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; serem tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2001).

O CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. As atividades no CAPS são realizadas, prioritariamente, em espaços coletivos, através de grupos, assembleias de usuários, reuniões diárias de equipe, articulando outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. E a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da APS, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (Ministério da Saúde, 2011).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece as modalidades dos serviços de Atenção Psicossocial. O CAPS I tem capacidade operacional para dois turnos, trabalhando com todas as faixas etárias, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em território com população entre 20 e 70 mil habitantes. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I é composta por 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 04 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Já o CAPS II opera de forma semelhante em território entre 70 e 200 mil habitantes, composto por 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior; e 06 profissionais de nível médio. O CAPS III constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas, diariamente, atendendo a todas as faixas etárias com até cinco vagas de acolhimento noturno, em municípios acima de 200 mil habitantes. A equipe mínima é composta por 02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 05 profissionais de nível superior; e 08 profissionais de nível médio (Brasil, 2002).

O serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes em uma

população de no mínimo 200.000 habitantes é o CAPS i II. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II é composta por 01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 04 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 05 profissionais de nível médio (Brasil, 2002).

Os atendimentos a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas é realizado pelo CAPS ad II em municípios com população superior a 70.000 habitantes. A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II deve ser composta por 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 01 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 profissionais de nível superior; e 06 profissionais de nível médio (Brasil, 2002).

Juntamente com a Reforma Psiquiátrica e toda a luta antimanicomial, houve a criação dos CAPS, que permitem ao enfermeiro traçar um plano completo de recuperação, dispondo de recursos terapêuticos eficazes, com uma equipe multiprofissional especializada, um ambiente favorável com grupos de apoio e acolhimento humanizado, que incentivam a adesão ao tratamento, otimizando todo o processo de recuperação e reabilitação. O enfermeiro atuante no CAPS, com o recurso da inteligência emocional, é capaz de compreender e regular as emoções dos pacientes, ajudando-os a distingui-las e utiliza seus conhecimentos para orientar, promover a redução dos pensamentos e ações suicidas, ajudando na evolução dos pacientes com transtornos mentais (Braga, Chaga, Tomaz, 2021).

Andrade, Takeshita, Torres (2017) consideram a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) uma aliada ferramenta no que diz respeito ao cuidado com o indivíduo, servindo, assim, como intermédio na aplicação de seus conhecimentos técnico-científicos e humanos no auxílio para prestação de uma assistência qualificada aos pacientes.

As intervenções de enfermagem, previstas na SAE e no Processo de Enfermagem, devem ser planejadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2009).

Segundo Santos et al. (2017), o CAPS apresenta-se como outro campo de atuação do enfermeiro, onde frequentemente encontram pessoas com comportamento suicida ou que tentaram cometer suicídio. O acolhimento é tido como elo capaz de prezar pela humanização, com destaque do trabalho interdisciplinar e do cuidado em redes de atenção. O enfermeiro presta assistência através de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), oficinas, atividades

esportivas, visitas domiciliares, desenvolvendo as potencialidades da pessoa em sofrimento psíquico e a direciona para que retome o sentido da vida.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) em sua 5ª edição apresenta algumas ações para a prevenção do suicídio, objetivando a redução do risco de dano autoinduzido com intenção de dar fim à vida. Diante do exposto, o quadro abaixo elenca algumas intervenções consideradas importantes à equipe de enfermagem do CAPS, visando à oferta de um cuidado sistematizado ao paciente com risco de comportamento suicida (NIC, 2010).

Quadro 1 – Intervenções de enfermagem ao paciente com risco de comportamento suicida dispostas no livro Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Intervenção A	Orientar o paciente sobre estratégias de enfrentamento (por exemplo, treinamento da assertividade, controle de impulsos e relaxamento muscular progressivo), conforme apropriado.
Intervenção B	Fazer um contrato (verbal ou escrito) com o paciente de, não causar dano a si mesmo por determinado período, renovando-o a intervalos específicos, conforme apropriado.
Intervenção C	Implementar as ações necessárias para reduzir o sofrimento individual imediato ao negociar contrato de ausência de dano pessoal ou em prol da segurança.
Intervenção D	Explicar as precauções contra suicídio e assuntos de segurança relevantes ao paciente/família/pessoas significativas (p. ex., finalidade, duração, expectativas de comportamento e consequências no comportamento).
Intervenção E	Encorajar o paciente a buscar provedores de cuidado para conversar sobre a urgência, a fim de evitar a autolesão.
Intervenção F	Interagir com o paciente a intervalos regulares para transmitir cuidados e franqueza e oportunizar a conversa sobre os sentimentos.
Intervenção G	Evitar repetir discussão de história anterior de suicídio, mantendo as conversas voltadas ao presente ou ao futuro.
Intervenção H	Fazer buscas no ambiente e retirar objetos perigosos, deixando-o livre de perigos.
Intervenção I	Observar, registrar e informar qualquer mudança no humor ou no comportamento capaz de significar aumento do risco de suicídio e documentar os resultados de checagens regulares de supervisão.
Intervenção J	Aumentar a conscientização pública de que suicídio é um problema de saúde capaz de ser prevenido.

Fonte: *Nursing Interventions Classification* (NIC, 2010).

Para Heck et al. (2012), a intervenção através do contato e da escuta qualificada tem grandes possibilidades de êxito, notando, por exemplo, ambiguidade nos sentimentos quando ao mesmo tempo em que a pessoa quer alcançar a morte, também quer viver. Predominar o desejo de vida sobre o desejo de morte é fator de prevenção do suicídio, evitando mortes por meio da realização de ações que visem à promoção da saúde. As internações hospitalares podem ser evitadas a partir de um atendimento que respeite e responda às necessidades específicas desses indivíduos. Dessa forma, valorizar a heterogeneidade do ser humano com comportamento suicida é saber compreender as suas limitações e os motivos que o levaram a

esta iniciativa.

Santos et al. (2017) pontuam a família como fator de integração à rede do usuário, e um dos principais recursos na reabilitação da pessoa que tentou contra a própria vida. Para além, a equipe de enfermagem do CAPS tem a sua disposição a comunicação terapêutica como forma de assistir a pessoa com comportamento suicida, objetivando relacionamento terapêutico tranquilo entre profissional e a pessoa. Nesse sentido, a comunicação terapêutica busca ajudar a pessoa a se desenvolver de forma estruturada, ofertando a oportunidade de ter uma vida mais saudável. O enfermeiro atua no acolhimento dos sujeitos necessitados, dando-lhes suporte necessário para o enfrentamento das situações de risco de morte.

O enfermeiro não resolve as questões multidimensionais do comportamento suicida isoladamente, necessita-se da equipe de enfermagem, bem como, de outros profissionais indispensáveis à resolutividade dessa problemática. Posto isto, a enfermagem, juntamente com a equipe, necessita estar atenta à complexidade nos modos de viver, pois o comportamento suicida é um tema desafiador que demanda a união de esforços, a fim de realizarem um trabalho compartilhado, com apoio matricial (Heck et al., 2012).

Cescon, Capozzolo, Lima (2018) mencionam o fato de que o desfecho nefasto pode ser evitado, na maioria das vezes, caso haja o acompanhamento da situação e o devido acolhimento ao sofrimento. Estima-se ainda que, para cada suicídio consumado, de cinco a dez pessoas próximas são fortemente afetadas emocionalmente, economicamente e socialmente. Trata-se de um grave problema de saúde pública, em que as vítimas em potencial e os sobreviventes necessitam de atenção especializada. Além das estatísticas, o sofrimento que está por trás de um suicídio cometido, de uma tentativa ou de uma ideação suicida, é um fator que não pode ser ignorado pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral.

O trabalho de atenção em saúde mental não pode ser totalmente normatizado. É fundamental o trabalho de educação permanente, com profissionais compartilhando dúvidas, incertezas, saberes e aprendendo coletivamente. Uma das finalidades da Educação Permanente em Saúde é contribuir para que cada coletivo possa analisar o próprio trabalho e ampliar sua capacidade de responder às necessidades dos usuários por meio de um processo de reinvenção das instituições de saúde e do seu mundo do trabalho em especial. O acolhimento e a escuta qualificada são dispositivos fundamentais em saúde mental, favorecendo na prática, a formação de vínculos e a efetividade da intervenção terapêutica. Nesse sentido, a assistência de enfermagem no CAPS deve ofertar cuidado que valorize a escuta e o acolhimento não apenas na atenção ao comportamento suicida, mas ao sofrimento mental (Cescon, Capozzolo, Lima, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender que o enfrentamento da complexidade dos comportamentos suicidas começa com a identificação de fatores de risco e proteção. Esses fatores costumam agir cumulativamente para aumentar a vulnerabilidade de alguém ao comportamento suicida. Embora a ligação entre suicídio e transtornos mentais seja bem estabelecida, muitos suicídios acontecem impulsivamente em momentos de crise. Atenuar os fatores de risco para reduzir os meios de suicídio ou aumentar os fatores de proteção para construir resiliência pode reduzir efetivamente as taxas desse agravo.

Contudo, as informações analisadas demonstram que a prevenção do suicídio, muitas vezes, não é abordada de forma adequada devido à falta de conscientização sobre o suicídio como um problema significativo de saúde pública, o que impede as pessoas de procurarem ajuda e o tratamento ideal. O desafio é real e ações devem ser tomadas por profissionais de saúde, gestores e por toda população.

A assistência de enfermagem é essencial para o paciente com comportamento suicida, ofertando cuidado humanizado através de escuta qualificada e acolhimento com confiança, afeto e empatia, considerando-o como ser biopsicossocial. Nem todos os casos de suicídio podem ser prevenidos, entretanto, muitas vidas serão salvas se todas as pessoas que tentaram o suicídio forem adequadamente abordadas e tratadas pela equipe de saúde, em especial, pela equipe de enfermagem.

Detectou-se o CAPS como importante estratégia em conjunto aos serviços da Rede de Atenção a Saúde para solucionar a problemática. É preciso haver uma rede organizada de serviços, acolhendo as demandas evidenciadas com interação entre os serviços de APS, emergências e órgãos administradores, buscando, assim, minimizar os encargos e a prevalência desses eventos.

Concluindo, é inegável a relevância do tema pesquisado, bem como a necessidade de planejamento de ações no âmbito hospitalar, a prevenção do agravo na APS e a assistência qualificada em serviço especializado em saúde mental. Este estudo, portanto, contribuiu para o fortalecimento e aprimoramento da assistência de enfermagem nos CAPS e demais serviços constituídos na Rede de Atenção a Saúde. Destaca-se a necessidade de ampliar o conhecimento nas escolas, comunidades, universidades, buscando a desmitificação do tema e eliminação do estigma, incentivando a cultura da paz e relacionamentos saudáveis para redução da ocorrência de óbitos decorrentes do suicídio.

REFERÊNCIAS

Andrade SD, Takeshita IM, Torres LM. Assistência de enfermagem a pessoas com queimaduras por fogo em decorrência de suicídio: revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de queimaduras*. 2016; 15(3):169-174.

Braga DDN, Chagas DGF, Tomaz DCMF. Enfermagem frente ao suicida: Quais os cuidados a se tomar?. In: Frias AMA, organizadora. Políticas sociais e de atenção, promoção e gestão em enfermagem. Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. p. 388-416.

Brasil. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2001. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/628932/pg-2-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-09-04-2001>.

Brasil. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2019. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=1&data=29/04/2019&totalArquivos=62>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços de Ações Programáticas Estratégicas. In: *Diário Oficial da União*. Brasília; 2002, n. 224, Seção 1, p.37.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica 34. Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. *Instruções para preenchimento da Ficha de Investigação de Intoxicação Exógena Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação*. Brasília; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil*. *Boletim Epidemiológico*. Brasília; 2021.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 5th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

Burigo EBF, Fagundes MJDM, Medeiros IS, Losso ARS, Correa SM. A visão do enfermeiro no atendimento ao paciente em tentativa de suicídio em um pronto socorro. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*. 2015; 26-39.

Cescon LF, Capozzolo AA, Lima LC. Aproximações e distanciamentos ao suicídio: analisadores de um serviço de atenção psicossocial. *Saúde Soc.* 2018; 27(1):185-200.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: *Diário Oficial da União*. Brasília; 2009, n.203, Seção 1, p. 179.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN - 678/2021. Aprova a atuação da Equipe de Enfermagem em Saúde Mental e em Enfermagem Psiquiátrica. In: *Diário Oficial da União*. Brasília; 2021, n.162, Seção 1, p. 97.

Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2019; 29(3):e290303.

Dos Santos NN, Santos GB. A incidência do autoextermínio entre a população juvenil. *Revista da FAESF.* 2017; 1(1).

Ferreira ML, Vargas, MAO, Rodrigues J, Trentin D, Brehmer, LCF, Lino MM. Comportamento suicida e atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Enferm Foco.* 2018; 9(4):50-54.

Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(5):2199-205.

Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* 2017; 70(1):209-18.

Greff AP, Melo BD, Lima CC, Pereira DR, Alves EGR, Cornejo ER et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: suicídio na pandemia COVID-19. Cartilha. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.

Heck RM, Kantorski, LP, Borges AM, Lopes CV, Santos MCD, Pinho LBD. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto & Contexto-Enferm.* 2012; 21(1):26-33.

Herdman HT, Kamitsuru S, Lopes CT. *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions & classification 2021-2023*. Twelfth edition. Thieme: Thieme Medical Publishers; 2021.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. *Objetivo de Desenvolvimento Sustentável. Saúde e Bem-estar.* 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>.

Merhy EE. *Saúde: Cartografias do Trabalho Vivo.* São Paulo: Hucitec; 2002.

Mesquita KSF, Santos CMR. Assistência de enfermagem na saúde mental com construção de um plano de cuidados. *Revista contexto & saúde.* 2015; 15(29):30-36.

Nações Unidas Brasil. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.* New York: United Nations; 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.

Nascimento AB, Maia JLF. Comportamento suicida na pandemia por COVID-19: Panorama geral. *Research, Society and Development*. 2021; 10(5):e59410515923.

Oliveira EN, Felix TA, Mendonça CBL, Lima PSF, Freire AS, Moreira RMM. Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. *Rev. Enferm. Contemp*. 2016; 5(2):184-192.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>.

Organização Mundial da Saúde – OMS. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Suicide Prevention. Washington: Pan American Health Organization; 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/suicide-prevention>.

Porto DM, Delzियो CR, Queiroz LA. Prevenção ao suicídio. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2019.

Ribeiro NM, Castro SS, Scatena LM, Haas, VJ. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(2):e2110016.

Santos RS, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Bastos MLA, Silva VMS, Tavares NVS. A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva. *Rev enferm UFPE on line*. 2017; 11(2):742-8.

Soratto MT, Aguiar EBP, Ceretta LB. Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio. *RIES*. 2015; 4(1):68-82.

Souza GS, Perrelli JGA, Botelho ES. Diagnósticos de enfermagem risco de suicídio em idosos: revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:e2017-0120.

Veras PFCF, Ribeiro TRA. Acolhimento do paciente psiquiátrico na urgência e nos CAPS. Teresina, PI: Centro Estadual de Educação Profissional em Saúde Monsenhor José Luis Barbosa Cortez, 2018.