



CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANTONIA DIVA FERREIRA DE SOUSA

MARIA AVANI SILVEIRA PINHEIRO

MAURO DE MOURA TABOSA

PEDRO ARIMARCELO PINTO FÉLIX

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

FORTALEZA

2018

ANTONIA DIVA FERREIRA DE SOUSA

MARIA AVANI SILVEIRA PINHEIRO

MAURO DE MOURA TABOSA

PEDRO ARIMARCELO PINTO FÉLIX

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

Trabalho de conclusão de curso de pesquisa apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Ateneu, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Enfermagem.

Orientador: Prof. Ms. Samuel Ramalho Torres Maia.

FORTALEZA

2018

F316a Félix, Pedro Arimarcelo Pinto.

Ações de enfermagem na prevenção do suicídio. / Pedro Arimarcelo Pinto
Félix, Antônia Diva Ferreira de Sousa, Maria Avani Silveira Pinheiro, Mauro de
Moura Tabosa. -- Fortaleza: UNIATENEU, 2018.
34 f.

Orientador: Prof. Ms. Samuel Ramalho Torres Maia.
Artigo (Graduação em Enfermagem) – UNIATENEU, 2018.

1.Suicídio. 2.Fatores de risco. 3.Ações de enfermagem. I.Sousa, Antônia Diva
Ferreira de. II.Pinheiro, Maria Avani Silveira. III.Tabosa, Mauro de Moura. IV.
Título.

CDD 155.937

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

NURSING ACTIONS IN THE PREVENTION OF SUICIDE

ANTONIA DIVA FERREIRA DE SOUSA ¹

MARIA AVANI SILVEIRA PINHEIRO²

MAURO DE MOURA TABOSA³

PEDRO ARIMARCELO PINTO FÉLIX⁴

RESUMO

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. O enfermeiro, muitas vezes, é o primeiro profissional que o indivíduo procura nesses casos. No entanto, por falta de treinamento, esse mesmo profissional não consegue identificar uma pessoa com ideação suicida deixando de preservar a vida de mais uma pessoa. Tal capacitação pode evitar esse grave problema de saúde pública, já que o suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Este estudo visou identificar ações de enfermagem na prevenção do suicídio, por meio de uma revisão da literatura acadêmica acerca do assunto. A análise foi realizada através dos bancos de dados SciELO, Medline e Google acadêmico, à procura de artigos e livros sobre o tema e publicados no Brasil, no período de 2011 a 2018, tendo como base os seguintes descritores: “Suicídio”, “Prevenção”, “Fatores de Risco” e “Enfermagem”. Os artigos e livros foram avaliados e deles retirados dados relativos ao tema, no intuito de demonstrar a importância do suicídio na saúde e seus fatores de risco. Além disso, este trabalho expôs a melhor forma de identificar o comportamento suicida, mostrando o passo a passo de como atender este tipo de paciente, a fim de prevenir os agravos e a própria morte deste.

Palavras-chave: suicídio, fatores de risco, ações de enfermagem.

ABSTRACT

Suicide is a complex, universal human phenomenon and represents a major public health problem throughout the world. The nurse is often the first professional that the individual seeks in these cases. However, due to lack of training, this same professional can not identify a person with suicidal ideation failing to preserve the life of another person. Such training can avoid this serious public health problem, since suicide is among the top three causes of death for people aged 15-44. This study aimed to identify nursing actions in suicide prevention, through a review of the academic literature on the subject. The analysis was carried out through the SciELO, Medline and Google academic databases, searching for articles and books on the subject and published in Brazil, from 2011 to 2018, based on the following descriptors: "Suicide", "Prevention" , "Risk Factors" and "Nursing". The articles and books were evaluated and data related to the subject were collected, in order to demonstrate the importance of suicide in health and its risk factors. In addition, this study showed the best way to identify suicidal behavior, showing step by step how to treat this type of patient, in order to prevent the diseases and the death of the patient.

Keywords: suicide, risk factors, nursing actions.

1. Aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem E-mail: divaferreira23@hotmail.com
2. Aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem E-mail: avaniisp@gmail.com
3. Aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem E-mail: maurotabosa41@hotmail.com
4. Aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem E-mail: papffelix@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

A palavra suicídio deriva etimologicamente do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar) e significa uma morte intencional autoinfligida. Relatos apontam que o comportamento suicida existe desde os tempos mais antigos da humanidade, tendo mudado apenas a forma como esse ato é encarado (ALMEIDA, 2015):

Sêneca o define como “um ato de heroísmo”, Goethe como “um ato próprio da natureza humana e, [que] em cada época, precisa ser repensado”, Kant como “a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal”, Rousseau como “uma violação ao dever de ser útil ao próprio homem e aos outros”, Nietzsche como “admitir a morte no tempo certo e com liberdade”, Sartre como “uma fuga ou um fracasso”, Schopenhauer como “positivação máxima da vontade humana”, e Durkheim como “todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”.

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Todo e qualquer ato por meio do qual uma pessoa causa lesão a si própria, independente do grau de letalidade, é considerado comportamento suicida. As manifestações associadas ao comportamento autolesivo são amplas e conceituadas dentro de um *continuum* de pensamentos e atos que englobam sete categorias: 1) suicídio completo; 2) tentativa de suicídio; 3) atos preparatórios para o comportamento suicida; 4) ideação suicida; 5) comportamento autoagressivo sem intenção de morrer; 6) automutilação não intencional e 7) automutilação com intenção suicida desconhecida (VIDAL, 2013).

A morte é temida por uns, apreciada por outros, buscada por alguns e todos a respeitam e temem. Porém, as pessoas tentam tirar sua vida com suas próprias mãos, para fugir de alguns de seus problemas pessoais, financeiros, sentimentais, por perda de parentes, desilusões amorosas e uso de drogas ou álcool. Isso não é fácil de perceber pela família e por profissionais da enfermagem no primeiro encontro com o paciente, principalmente, quando o mesmo tem pensamentos suicidas escondidos, por isso devemos nos atentar mais a esses pacientes. Boa parte deles não demonstram nenhum tipo de depressão ou comportamento perturbador, mas apresentam em seu interior um sentimento de vazio que não conseguem demonstrar aos outros. Isso funciona muitas vezes como um escape da realidade antes de cometer o próprio suicídio.

O enfermeiro é, na maioria das vezes, o primeiro profissional que este paciente procura, porém ele não diz ou explicita que vai cometer suicídio diretamente, e sim relata apenas que está com muitos “problemas em casa” e não sabe como resolver. O enfermeiro, por estar sempre com diversos pacientes, muitas vezes, não percebe a angústia que essa pessoa está passando por não trabalhar com esse tipo de adversidade no seu dia a dia e assim o caso se desenvolve, sem perceber que o problema do paciente está em seu interior e não “em casa”, como este diz ao profissional de saúde. Dessa forma, é necessário que o enfermeiro tenha, no seu currículo acadêmico, uma maior qualificação sobre a temática aqui abordada, para que possa identificar o caso de saúde de modo mais dinâmico e eficaz, quando se deparar com este tipo de problemática.

Hoje, no Brasil e no mundo, quando se fala em suicídio gera em muitas pessoas muitos preconceitos, talvez por não saberem que este tema está tão perto de todos nós. Preconceitos estes se dão por não se ter um aprofundamento teórico sobre o assunto, apesar de gerar enormes consequências, grande parte da população sabe pouco a respeito de como lidar com alguém apresentando uma ideação suicida, e até mesmo como reconhecer esse tipo de comportamento. O resultado é uma enorme dificuldade em agir com pessoas em risco, inclusive por parte de muitos profissionais da área de saúde, que, por não terem recebido instruções de como manejar essa situação, acabam por acreditar em mitos, tais como: “os pacientes que falam em suicídio raramente o cometem; perguntar sobre o suicídio pode provocar atos suicidas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012, p.11). Tal equívoco pode levar a consequências desastrosas afetando parentes e pessoas próximas à vítima:

O impacto psicológico e social do suicídio em uma família e na sociedade é imensurável. Em média, um único suicídio afeta pelo menos outras seis pessoas. Se um suicídio ocorre em uma escola ou em algum local de trabalho, tem impacto em centenas de pessoas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012, p.07).

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O coeficiente de mortalidade por suicídio representa o número de suicídios para cada 100.000 habitantes ao longo de um ano. De modo geral, os coeficientes mais altos se encontram em países da Europa Oriental; os mais baixos, em países da América Central e América do Sul. Os coeficientes nos Estados Unidos, Austrália, Japão e países da Europa Central estão em uma faixa intermediária (WHO,2014).

A despeito de possuir um coeficiente considerado relativamente baixo, por ser um país populoso, o Brasil figura entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela OMS (BOTEGA, 2014).

Em 2011, houve 9.852 suicídios oficialmente registrados no país, o que representa, em média, 27 mortes por dia. Enquanto a população aumentou 17,8% entre 1998 e 2008, o número de óbitos por suicídios cresceu 33,5% (BOTEGA, 2012).

Do total de óbitos registrados, no Brasil, 1% decorre de suicídios. Em pessoas que têm entre 15 e 29 anos de idade, essa proporção atinge 4% do total de mortes (BRASIL, 2013). Coeficientes de mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes), segundo a Organização Mundial da Saúde, tomando por base dados de 2009 (BRASIL, 2013).

Quando um enfermeiro receber uma pessoa com perfil suicida em seu consultório, nunca deve desacreditar em suas palavras tais como: “Os outros vão ser mais felizes sem mim”; “Eu estou cansado desta vida”; “Não há mais razão de viver”; “Eu preferia estar morto”; e “Eu não aguento mais” e outras. Isso é sempre o que os suicidas falam de início. Sendo assim, esse profissional, ao identificar essas palavras-chave, deverá buscar mais informações na sua anamnese, procurando as três principais características próprias em que se encontram os pacientes com risco de suicídio.

A primeira dessas características é a ambivalência, que é a atitude representada através do conflito entre o desejo de vida e o desejo de morte, existindo uma luta no seu eu interior. A segunda é a impulsividade, pois, sendo o ato de suicídio como qualquer outro impulso na vida, como não resistir à bebida ou a alguma comida saborosa, esse desejo pode durar minutos ou horas. Ao identificar esse momento de crise, o enfermeiro deve acalmar esse paciente para ajudá-lo a sair desse conflito. Para finalizar, temos a constrição: “a consciência da pessoa

passa a funcionar de maneira dicotômica: tudo ou nada” (BRASIL, 2006), o suicídio se torna a única solução para sair de seus problemas.

Após o enfermeiro identificar uma dessas características, ele pode considerar o paciente com risco de suicídio. Neste momento, ele não pode cometer o erro de falar a palavra suicídio de início, mas de sim de forma gradual e questioná-lo sobre suas ideias de maneira sensata e franca, dando maior confiança e demonstrando interesse e acolhimento pela extensão de seu sofrimento. Outros erros que não podem acontecer durante a entrevista são: interromper o paciente com muita frequência, ficar chocado com o que ele diz, não dar importância ao seu problema, fazer julgamento entre o certo ou errado, sempre revelando interesse no que a pessoa fala.

Tudo isso deve ser realizado em um local adequado, onde uma conversa tranquila deve ser mantida durante o tempo que o paciente necessitar para preencher o vazio do seu desespero, assim se ganha sua confiança e dá esperança que sua vida vai melhorar.

Após ter conquistado a confiança do paciente, faz-se um contrato com o mesmo para encaminhá-lo ao psiquiatra da equipe para seu acompanhamento e tratamento. Além disso, deve ser pedida a autorização para comunicar a família e amigos, para que eles possam ajudá-lo a seguir as medidas de prevenção ao suicídio como, por exemplo, esconder facas, armas, cordas, deixar medicação em local onde a pessoa não tenha acesso, procurar alguém próximo que possa administrar a medicação prescrita; reafirmando ao paciente que todas essas medidas são temporárias até que ele melhore o suficiente para assumir novamente o controle de sua vida. (BRASIL, 2006).

Atualmente, no Brasil ainda existem os hospitais psiquiátricos públicos e privados e as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) que foram criadas através do SUS pela portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, para dar um melhor atendimento a esses pacientes.

Este estudo visa orientar os profissionais da enfermagem de acordo com o manual de suicídio do Ministério da Saúde, a sempre estarem mais alertas quando admitirem pacientes com transtornos tais como esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão e pessoas com uso abusivo de álcool e drogas, considerando que estes pacientes têm muito mais vulnerabilidade a cometerem suicídio. Além dessas condições clínicas, existem outros padrões a serem observados pelos

enfermeiros como: sexo masculino, faixa etária de 15 a 45 anos, desempregados, solteiros ou separados, perda recente de parentes ou amigos próximos, vida familiar conturbada e doenças crônicas.

O interesse por essa pesquisa surgiu diante de alguns casos ocorridos no cotidiano do trabalho e no aumento dos casos vistos no estágio curricular, que, muitas vezes, não informam as causas, as formas de tentativas ocorridas e o cotidiano do paciente. Além disso, compreende-se que os sinais de ideação suicida, na maioria das vezes, podem ser evitados. O suicida, sendo identificado no início, tem total chance de tratamento. Percebe-se que, com a divulgação de formas de identificação e maneiras de tratamento e prevenção, é possível ajudar milhares de profissionais, parentes e amigos que convivem com esse tipo de comportamento.

Diante do exposto, surge a seguinte pergunta problema: “Quais as ações de enfermagem na prevenção de suicídio?”

O objetivo deste estudo é identificar ações de enfermagem na prevenção do suicídio por meio de uma revisão de literatura.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Suicídios: conceito e epidemiologia

O suicídio é um fenômeno humano complexo muito enigmático, dificilmente racionalizado, mal compreendido ou explicado, universal e não é um ato aleatório ou sem finalidade. Pelo contrário, representa a melhor solução percebida para a saída de um problema ou crise que está causando, invariavelmente, intenso sofrimento e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Todavia, é altamente frequente, impactante, subestimado e um tabu na sociedade atual, causando transtornos em familiares e amigos próximos ou distantes que possam sofrer qualquer tipo de influência sobre os sentimentos ocorridos.

O suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas que têm de 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4% do total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si (BOTEGA, 2014).

A cada 45 segundos ocorre um suicídio em algum lugar do planeta. Há um contingente de 1.920 pessoas que põe fim à vida diariamente. Atualmente, essa cifra supera, ao final de um ano, a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis (BOTEGA, 2014).

É importante lembrar que um coeficiente nacional de mortalidade por suicídio esconde importantes variações regionais. Estudos epidemiológicos realizados nas duas últimas décadas confirmam taxas mais elevadas em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e de médio porte populacional (BOTEGA, 2014).

Dados sobre mortalidade por suicídio no Brasil derivam de informações constantes de atestados de óbitos compiladas pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Esses dados costumam estar subestimados. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ao comparar suas projeções demográficas com o total de óbitos registrados nos cartórios brasileiros, estimam que 15,6% dos óbitos não foram registrados em cartório (sub-registro). Em relação às estatísticas do Ministério da Saúde, o IBGE calcula que 13,7% dos óbitos ocorridos em hospitais, no mesmo ano, podem não ter sido notificados (BOTEGA, 2014).

Além de sub-registro e de subnotificação, há o problema dos suicídios que “se escondem” sob outras denominações de causa de morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e “morte de causa indeterminada” (GOTSENS, 2011). Um estudo recente observou que em países da América Latina, incluindo o Brasil, o número de mortes por suicídio geralmente é superado pelo de mortes de causa indeterminada (PRITCHARD; HEAN, 2008). No município de São Paulo, por exemplo, um estudo revelou que, dentre 496 óbitos de “causa indeterminada”, 11 deviam-se a suicídio e que, mesmo após esforços empreendidos pelos pesquisadores, 66% dos óbitos continuaram sem causa determinada (DRUMOND, 1999).

No entanto, no Brasil e no resto do mundo, o número de suicídios e de tentativas não diminuiu. Pelo contrário, tem aumentado ou encontra-se estabilizado. Apesar do volume de publicações e do planejamento das ações de saúde, a qualidade do atendimento e trajetória percorrida por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas pré-determinados. No curso de algumas doenças, o momento da procura do cuidado e o comportamento dos profissionais em relação ao paciente são cruciais para a determinação do seu prognóstico. É necessário instituir políticas públicas mais eficazes e estabelecer estratégias para aumentar o engajamento do indivíduo no tratamento e melhorar a continuidade dos cuidados (VIDAL, 2013).

2.2 Fatores de risco relacionados ao suicídio

Os cuidados com as pessoas que almejam se matar é de extrema importância, já que a população cresce a cada dia e o número de casos de suicídio também. Segundo Bertolote (2004), sabe-se que as notificações de casos de suicídio podem ser falseadas por vários motivos, sendo eles religiosos, sociais, culturais, políticos, econômicos e etc. Um dos motivos para isso pode ser dado porque “o suicídio é ainda um tema estigmatizado, o que poderia induzir registros de óbitos, evitando o uso desse termo”. Sendo assim:

Se o agente responsável por registrar a causa de óbito estiver relutante em usar o código para o suicídio, o mais provável é que faça o registro de uma “morte acidental” ou “por causa indeterminada”. Outro fator que pode contribuir para a subnotificação é a religião, já que algumas podem ser extremamente repressoras em relação ao suicídio (VOLPE; CORRÊA; BARRERO, 2006, p. 13).

Os fatores de riscos mais frequentes são divididos em transtornos mentais, fatores sociodemográficos e psicológicos e condições clínicas incapacitantes. Dentre os transtornos mentais, a prevalência da esquizofrenia é marcante, pois 1% da população mundial apresenta o transtorno e cerca de 10% das pessoas com esquizofrenia falecem por suicídio. A maneira mais eficiente de se reduzir o risco de suicídio nessas pessoas (assim como em outros transtornos mentais) é o tratamento correto do transtorno de base (BRASIL, 2013).

A depressão acomete ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e entre 5% a 12% dos homens e quanto mais precoce o tratamento, mais rápida a remissão e menor a chance de cronificação. Entre os gravemente deprimidos, 15% se suicidam e cerca de 2/3 das pessoas tratadas respondem satisfatoriamente ao primeiro antidepressivo prescrito. Os sintomas a seguir têm de estar presentes há mais de duas semanas: trazer sofrimento significativo, alterar a vida social, afetiva ou laboral do indivíduo e não serem por causa de um luto recente (BOTEGA, 2014).

No transtorno afetivo bipolar (TAB), o indivíduo apresenta pelo menos um episódio de maníaco, depressivo ou misto ao longo da vida e é associado a um maior risco de suicídio, especialmente nas fases de depressão e nos casos de ciclagem rápida (é o tipo curso do TAB definida pela presença pelo menos de 4 episódios distintos de mania, hipomania, depressão, ou misto durante um ano). Em várias condições, o tratamento com lítio é a primeira opção. Mas atenção: assim como nos casos dos tricíclicos, a ingestão excessiva de lítio pode ser fatal. Em

casos de risco de suicídio, é aconselhável que alguém próximo do paciente controle a medicação (BRASIL, 2006).

Cerca de 11,2% da população brasileira é dependente de álcool. O número de pessoas que faz uso nocivo do álcool, mas que não atinge um padrão de dependência é ainda maior. O uso nocivo e a dependência do álcool têm atingido populações cada vez mais jovens. Ambos estão fortemente relacionados a outras importantes questões sociais, tais como: acidentes de trânsito, comportamento sexual de risco, violência doméstica (BRASIL, 2006).

Uma parte importante das doenças clínicas atendidas na atenção primária, ou que requerem internação hospitalar, é consequência ou condição agravada por tais padrões de uso. A dependência do álcool está associada a vários transtornos psiquiátricos, sendo responsável por uma boa parte das internações psiquiátricas. Também está relacionada a faltas no trabalho e à diminuição da capacidade laboral. O álcool aumenta a impulsividade e, com isso, o risco de suicídio (BRASIL, 2006).

Dentre os principais fatores sociodemográficos, está presente a identidade sexual masculina entre 19 e 49 anos e acima de 65 anos, separados, divorciados, solteiros, viúvos e casados, classe social rica e pobre, desempregado e aposentados, devoção religiosa extrema, isolamento social, grupos étnicos minoritários e emigrantes, residentes em áreas urbanas (TALLO et al., 2014).

E ainda temos os fatores psicológicos que envolvem perda recente de parentes ou amigos próximos, instabilidade familiar, antecedentes de violência física e abuso sexual, *bullying* na infância ou na adolescência, datas importantes (aniversários, fim de ano, datas que relembrem a morte de alguém querido), personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e labilidade de humor (TALLO et al., 2014).

E finalizando, têm-se os fatores clínicos incapacitantes que incluem doenças orgânicas incapacitantes (lúpus, insuficiência renal e cardíaca, esclerose múltipla, síndrome de *burnout*) dor crônicas, neoplasias malignas, AIDS, trauma medular, lesões desfigurantes penetrantes - amputações e queimaduras (TALLO et al., 2014).

Os fatores acima foram distribuídos em uma forma mais didática com o intuito de facilitar a visão do leitor, porém, na vida real eles não aparecem de forma tão simples como aqui. Eles acontecem influenciando e sendo influenciados uns pelos outros, sendo a maneira singular do paciente e como ele lida com estes fatores que determinará o grau de risco que ele corre. Essa percepção será facilitada ao olhar

para o outro, captando na sutileza de seus gestos e palavras a mensagem que ele passa daquilo que ele é e o que almeja, buscando extrair o que há de único nele. Esta ideia acaba sendo resumida por Dutra (2011, p.153) quando ele afirma: “o motivo ou motivos que levam alguém ao suicídio formam-se ao longo da sua história e se revelam nos sentidos e modos de ser que constituem a sua existência. Por isso esse fenômeno não escolhe idade, classe social, gênero ou nacionalidade”.

2.3 Atuações de enfermagem com paciente suicida

Os profissionais de enfermagem, principalmente os que atuam em setores de urgência e emergência, lidam constantemente com indivíduos em situação de crise, sobre diversos motivos e que tentam suicídio, mas muitos casos de autoagressão passam despercebidos no atendimento por vergonha da própria família e do paciente, tornando a identificação do comportamento suicida mais complicada. De forma semelhante, os enfermeiros da atenção básica, por estarem em contato próximo e prolongado com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada na identificação do comportamento suicida por estarem diariamente com aquelas pessoas, sabendo a real situação da vida cotidiana de cada um.

No entanto, esses profissionais, especialmente os enfermeiros, não estão preparados academicamente para atender pacientes suicidas, o que pode gerar opiniões desfavoráveis na família, comunidade e equipe de enfermagem, prejudicando o processo terapêutico. As dificuldades dos profissionais em lidar com os diferentes aspectos relacionados à morte, e em especial ao suicídio, podem desencadear conflitos emocionais naqueles que lidam com esses pacientes por não compreenderem o sofrimento vivido por esse indivíduo.

Nos serviços comunitários de saúde mental, a família faz parte da rede do usuário, sendo apontada, como o primeiro recurso na identificação do indivíduo em sofrimento psíquico. Por isso, precisa-se estabelecer uma parceria entre o indivíduo, a família e o profissional, considerando que esse processo de reabilitação envolva, inclusive, a comunidade do local. Entende-se, portanto que o atendimento precisa ser dinâmico, dialógico e responsável para com a pessoa que possui ideias suicidas, de modo a intervir e prestar os primeiros cuidados de forma humana e empática. Para preencher a lacuna criada pela desconfiança, desespero e perda de esperança do usuário, é necessário que o profissional esteja disponível emocionalmente, dê atenção às queixas e realize uma escuta qualificada.

Na identificação do comportamento suicida, existem estágios no desenvolvimento da intenção que inicia com a automutilação com intenção suicida desconhecida, automutilação não intencional, comportamento autoagressivo sem intenção de morrer, ideação suicida, atos preparatórios para o comportamento suicida, tentativa de suicídio, suicídio completo (BRASIL,2006).

Na entrevista inicial que é feita pelo enfermeiro, deve-se realizar a procura por sinais físicos, comentários e sentimentos sobre o suicídio. São quatro os sentimentos principais de quem pensa em se matar. Todos começam com “D”: depressão, desesperança, desamparo e desespero (regrados 4Ds). Nestes casos, o paciente apresentando um desses sentimentos, procuram-se frases de alerta adicionados aos 4Ds, tais como: “eu não posso fazer nada “, “estou cansado de sofrer “, “ eu não aguento mais”, “eu sou um perdedor e um peso para os outros”, “os outros vão ser mais felizes sem mim”. Diante de expressões como essas, é preciso investigar cuidadosamente a situação de vida do paciente, bem como estar atento ao estado afetivo (casado, solteiro, separado ou viúvo) para a avaliação de risco de suicídio. (BRASIL, 2006).

E ao contrário da crença popular, falar a respeito do suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas. De fato, elas ficam muito agradecidas e aliviadas de poderem falar abertamente sobre um assunto tão perturbador. Será mais fácil, se o profissional chegar ao tópico gradualmente, de preferência, em um ambiente tranquilo e que possa ser mantida a privacidade, respeitando a condição emocional do paciente e a situação de vida que o levou a pensar sobre o tema. Pessoas assim necessitam de um tempo para deixar de se achar um fardo, sem julgamento moral. É preciso também que o profissional esteja disponível emocionalmente para lhes dar a atenção necessária, porque a tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. (BRASIL, 2006).

Segundo Tallo et al. (2014), o objetivo é preencher uma lacuna criada pela desconfiança, pelo desespero e pela perda de esperança e dar à pessoa a esperança de que as coisas podem mudar para melhor. Uma abordagem calma, aberta, de aceitação e de não-julgamento é fundamental para facilitar a comunicação. A maioria das pessoas acredita que não é fácil perguntar para o outro sobre ideação suicida e não se sente preparada para lidar com isso. Desde o início, deve-se tentar estabelecer um vínculo que garanta a confiança e a colaboração do paciente, pois este pode ser um momento em que ele se encontra enfraquecido,

hostil e nem sempre está disposto a colaborar. Respeitando a condição emocional, as seguintes perguntas ajudam a quantificar o risco de suicídio:

- Você se sente triste?
- Você sente que ninguém se preocupa com você?
- Você sente que a vida não vale mais a pena ser vivida?
- Já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer?
- Fez algum plano para acabar com sua vida?
- Tem ideia de como você vai fazê-lo?
- Você tem meios e recursos (medicamentos, armas, venenos e outros) para se matar?
- Já decidiu quando você planeja acabar com sua vida?
- Quando planeja fazê-lo?

A partir de um número considerável de informações: caracterização do ato suicida (método, circunstância, intencionalidades), dados de cunho epidemiológicos (fatores de risco, eventos de vida, fatores predisponentes e precipitantes), aspectos psicodinâmicos (conflitos, motivações, fantasias a respeito da morte), antecedentes pessoais e familiares, dados sobre a saúde física, rede de apoio social (com quem o paciente se relaciona e pode contar: em casa, no trabalho e em associações) e após o exame psíquico, chega-se, finalmente, a formulação de um diagnóstico a respeito da situação do paciente e estimativa do risco suicida entre baixo, médio e alto (TALLO et al., 2014).

A pessoa com baixo risco, nunca tentou o suicídio, tem alguns pensamentos suicidas que a perturbam (pois gostaria de estar melhor e continua a vida), mas não faz nenhum plano de como se matar, assim é preciso oferecer apoio emocional, permitindo que a pessoa fale sobre suas circunstâncias pessoais e sociais emergentes que a colocam em risco. Deve-se trabalhar com os sentimentos suicidas, pois quanto mais abertamente a pessoa falar sobre a perda, isolamento e desvalorização, menos confusas suas emoções se tornarão. Quando esta confusão emocional ceder, a pessoa pode se tornar reflexiva, ponderada, procurará alternativas para enfrentar as dificuldades (BRASIL, 2006).

Neste caso, o profissional deve ajudar nisso e focalizar na força positiva da pessoa, fazendo-a falar que os problemas anteriores foram resolvidos, sem que precisasse pensar no suicídio. É uma forma de motivá-la e ao mesmo tempo de recuperar sua autoconfiança. Pelo menos até que essa pessoa consiga um tratamento adequado, faz-se necessário encontrá-la em intervalos regulares e manter contato por telefone e meios externos úteis. Nem todos os pacientes com pensamentos suicidas conseguiram serviços especializados, portanto esses pacientes de baixo risco deverão ter sempre um cuidado maior da família para que o caso não evolua (BRASIL, 2006).

Nos pacientes de médio risco, a pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem intenção de cometer o suicídio e as ações necessárias são oferecer apoio emocional, trabalhar com os sentimentos suicidas da pessoa e focalizar nos aspectos positivos já descritos. É preciso focalizar também nos sentimentos de ambivalência; o profissional da saúde deve focar na ambivalência sentida pelo indivíduo em risco de suicídio entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça. O profissional deve explorar as várias alternativas ao suicídio, até aquelas que podem não ser a solução ideal, na esperança de que a pessoa vá considerar ao menos uma delas. Deve-se negociar com sinceridade e fazer um contrato com o paciente, pois esse é o momento para usar a força do vínculo existente entre o profissional de saúde e o paciente, extraindo uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio. O objetivo é ganhar tempo até conseguir ajuda especializada ou até que as medidas tomadas comecem a dar resultado (BRASIL, 2006).

Dessa forma, deve-se encaminhar a pessoa ao psiquiatra da equipe ou agendar uma consulta o mais breve possível dentro do período que foi feito o contrato e falar com a família, os amigos ou colegas e reforçar o seu apoio, mas para isso, é necessário pedir autorização ao paciente, para deixá-lo ciente sobre quais informações serão dadas, preservando seu direito ao sigilo. Além disso, deve-se orientar sobre medidas de prevenção ao suicídio que podem ser realizadas pelos familiares, amigos e colegas; tais como: impedir o acesso aos meios para cometer suicídio como, por exemplo, esconder armas, facas, cordas, deixar a medicação em local que a pessoa não tenha acesso, de preferência trancado, e com alguém responsável em administrá-los. Tudo isso também deve ser esclarecido ao paciente,

solicitando sua autorização e explicar que essas medidas são temporárias, até que ele ou ela melhore o suficiente para reassumir o controle de sua vida cotidiana.

Nos pacientes de alto risco, a pessoa tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente. Muitas vezes já tomou algumas providências prévias e parece estar se despedindo. A família deve ficar atenta a todos esses sinais e estar junto da pessoa, nunca deixá-la sozinha e gentilmente falar com a pessoa, removendo pílulas, facas, armas, cordas e etc. O Profissional deve explicar que está ali para ajudá-la, protegê-la e que, no momento, ela parece estar com muita dificuldade de comandar a própria vida. Deve-se fazer um contrato como descrito anteriormente ganhando a confiança e tempo para poder agir da melhor maneira, informar a família e reafirmar seu apoio e se, no local onde o profissional trabalha, o psiquiatra não está acessível ou não tem hospitalidade diurna e noturna, esta é uma situação de emergência (BRASIL, 2006).

É preciso então entrar em contato com o profissional do serviço de emergência mais próximo e providenciar a ambulância para encaminhar a pessoa ao pronto-socorro, psiquiátrico, de preferência. Deve-se explicar ao profissional que irá receber o paciente, o resultado de sua avaliação, pois é indispensável que ele entenda o motivo do encaminhamento, considerando as informações importantes já obtidas. (BRASIL, 2006).

Se no local em que o profissional trabalha puder ser feita a avaliação psiquiátrica ou se existe hospitalidade diurna e noturna, o acolhimento pode ser feito, seguido de investigação inicial e posterior tratamento. A pessoa deve ser convencida a permanecer no serviço para receber ajuda e os cuidados necessários. Mesmo em um ambiente protegido, ela deverá ficar sob maior observação, pois ainda existe o risco de ela tentar o suicídio utilizando os meios que estiverem ao seu alcance (BRASIL, 2013).

Pode ser necessária uma internação psiquiátrica, ainda que involuntária, nesse caso, os familiares e a autoridade judicial competente devem ser comunicados. Também pode ser necessária a restrição do paciente durante a avaliação e ou em etapas iniciais do tratamento para sua própria segurança e as dos outros pacientes ou membros da equipe. Este procedimento pode ser necessário no caso de pacientes agitados ou com potencial de se tornarem agressivos e, quando ocorrer, deve ser bem documentado, as justificativas para sua conduta devem ser bem explicadas a parentes e acompanhantes (TALLO et al., 2014).

O plano de tratamento deve ser flexível e passando por revisões periódicas, a disponibilidade e a capacitação da equipe assistencial são mais importantes que barreiras físicas. O contato pessoal mais frequente deveria vir como atitude de apoio e não de instrução e vigilância simplesmente. Discussões regulares facilitam a capacitação da equipe para lidar com esses casos (TALLO et al., 2014).

A atenção deve ser redobrada em alguns períodos, tais como na troca de turno da enfermagem, na licença hospitalar (quando ocorre de um terço a metade dos suicídios de pacientes internados), na primeira semana após a internação e no primeiro mês após a alta hospitalar. Mesmo com todo o cuidado dispensado, alguns pacientes ainda conseguem cometer suicídio enquanto estão sob os cuidados da enfermagem. Tal fato causa um impacto muito grande nos outros pacientes, entre os familiares e na equipe assistencial, ocasionando sentimento de culpa, raiva e ansiedade. Reuniões com a equipe de enfermagem são importantes para que o ocorrido possa ser discutido e elaborado melhores ações no cuidado ao paciente suicida em cada instituição (TALLO et al., 2014).

É importante conhecer os próprios vieses, aprender a interpretar as próprias reações e estar atento ao momento de pedir ajuda, seja de colegas ou de outros profissionais ou mesmo através de reuniões em equipe para debater as repercussões psíquicas mobilizadas por determinados atendimentos (TALLO et al., 2014).

É preciso ser realista, visto que a problemática psicológica comumente encontra-se inserida em um contexto de sérias dificuldades familiares, sociais e econômicas. Os objetivos terapêuticos não podem ser ambiciosos, já que há impossibilidade de cumpri-los e isso pode baixar ainda mais a autoestima, por isso, é necessário se acostumar a analisar como o paciente, as possíveis consequências ao não se conseguir atingir determinado objetivo (TALLO et al., 2014).

3 METODOLOGIA

Este estudo é uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida com base em materiais já elaborados. Portanto, são fontes bibliográficas: livros, artigos, obras literárias, obras de divulgação, enciclopédias, anuários, almanaques, jornais, revistas, impressos diversos (TALLO et al., 2014).

Deste modo, o estudo envolve o material bibliográfico referente ao suicídio, seus fatores de risco, prevenção e ações de enfermagem; de modo geral, esta investigação correspondeu a uma revisão. A base de dados utilizada foram a

Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos e foram usados como base os seguintes descritores: suicídio, prevenção, fatores de risco, enfermagem.

Foram feitos os seguintes cruzamentos: “enfermagem” AND “suicídio”; assim como “suicídio” AND “prevenção”; “suicídio AND “fatores de risco”.

Nos critérios de inclusão, foram escolhidos artigos e livros disponíveis na íntegra e de forma gratuita, no idioma português, publicados no Brasil, no período de 2012 a 2018. Foram excluídos aqueles que fugiram da temática, artigos de revisão e os repetidos.

No primeiro cruzamento na base de dados SCIELO, “ações de enfermagem” AND “suicídio”; foram encontrados 82 artigos, sendo 50 excluídos, restando 22 e foram selecionados 4. No cruzamento da base de dados SCIELO, “suicídio” AND “prevenção”, foram encontrados 233 artigos sendo 200 excluídos, restando 33 e foram selecionados 4. No cruzamento da base de dados Google acadêmico, “suicídio” AND “fatores de risco”, foram encontrados 162, sendo 150 excluídos e restando 12, foram selecionados 3. Foram encontrados também, utilizando o Google acadêmico livros, manuais do Ministério da Saúde, cartilhas e portarias sobre o tema. A análise de dados foi feita selecionando as informações mais importantes de cada artigo sobre o tema utilizado em que ficaram 11 artigos, 2 manuais e 1 livro, totalizando 14 obras.

O instrumento norteador na seleção dos artigos foram questões que se adequavam mais ao objetivo do trabalho, importância do tema abordado e a opinião da equipe.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Deste modo, o estudo envolve o material bibliográfico referente ao suicídio, seus fatores de risco, prevenção e ações de enfermagem; de modo geral, esta investigação correspondeu a uma revisão. As bases de dados utilizadas foram a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico, biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos e foram usados como base os seguintes descritores: suicídio, prevenção, fatores de Risco, enfermagem.

No primeiro cruzamento na base de dados SCIELO, “Ações de enfermagem” AND “Suicídio”; foram encontrados 82 artigos, sendo 50 excluídos, restando 22 e

foram selecionados 4. No cruzamento na base de dados SCIELO, “Suicídio” AND “Prevenção”, foram encontrados 233 artigos sendo 200 excluídos, restando 33 e foram selecionados 4. No cruzamento na base de Google acadêmico, “Suicídio” AND “Fatores de Risco”, foram encontrados 162, sendo 150 excluído e restando 12 foram selecionados 3. Foram encontrados também, utilizando o Google acadêmico livros, manuais do Ministério da Saúde, cartilhas e portarias sobre o tema. A análise de dados foi feita selecionando as informações mais importantes de cada artigo sobre tema utilizado dos quais ficaram 11 artigos, 2 manuais e 1 livros, totalizando 14 obras.

Apresenta-se um resumo dos artigos selecionados através do Quadro 01, a seguir:

Quadro 01 - Caracterização dos artigos selecionados sobre o tema proposto

N.	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO	AUTORES	OBJETIVOS
1	O suicídio no Brasil: Um desafio às Ciências Sociais.	REBELA- Revista Brasileira de Estudos Latino- Americanos	2015	Almeida LN, Jennifer S, Félix A, Augusto R. e Rocha M.	O presente estudo visa apresentar a relevância acadêmica de se desenvolver pesquisas sobre as mortes por Suicídios no Brasil. Para tanto, é apresentado um percurso quanti-qualitativo na qual são analisados os dados de mortalidade no Brasil.
2	Comportamento suicida: epidemiologia.	PSICOLOGIA USP	2014	Botega NJ	O presente estudo visa demonstrar que pessoas com transtornos mentais encontram-se presentes na maioria dos casos de suicídio, principalmente depressão, transtorno do humor bipolar e dependência de álcool e de outras drogas psicoativas.
3	Perfil epidemiológico das tentativas e	BRASIL, Ministério da saúde,	2017	Mariano MIL	Demonstrar que a violência autoprovocada

	óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.	Secretaria de Vigilância em Saúde.			compreende autoagressões, automutilações e tentativas de suicídio em pessoas dos sexos feminino e masculino, cujo desfecho não resulta em óbito e que a notificação tem por objetivo vinculá-las aos serviços de saúde, como forma de intervenção em saúde e prevenção de novas ocorrências.
4	Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais de saúde.	BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.	2006	Mariano MIL	Direcionar uma forma mais eficiente ao atendimento ao paciente com ideação suicida.
5	Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2011	Buriola AA, Arnauts I, Decesaro MN, Oliveira MLF e Marcon SS	Estudo qualitativo que objetivou conhecer a assistência de enfermagem oferecida aos familiares de indivíduos que tentaram suicídio, durante o atendimento inicial da ocorrência.
6	Suicídio: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção.	REVISTA IGT NA REDE.	2015	Cerqueira YS e Lima PVA	Este artigo busca, com auxílio de dados emitidos na Organização Mundial de Saúde, tratar dos mais frequentes fatores de risco e sinais apresentados por pessoas que já se suicidaram ou tentaram cometê-lo.
7	Fatores de risco para o suicídio: um estudo de revisão.	REVISTA GVAA	2015	Bonfim CR, Bezerra ALD, Góes AB, Farias JRS, Guedes KST, Melquiades ML e Sousa MNA	Esclarecer, a partir da literatura, quais os condicionantes que podem levar o ser humano ao suicídio.
8	Ação dos	Texto &	2012	Heck RM, Kantorski	Objetivou-se conhecer

	profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio.	Contexto Enfermagem		LP, Borges AM, Lopes CV, Santos MC e Pinho LB	a visão e a atuação dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial, acerca do acolhimento de pessoas com tentativa ou risco de suicídio.
9	Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura.	Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional	2015	Moreira LCO e Bastos PRHO	Para a elaboração deste artigo foi realizada uma pesquisa de corte transversal sobre a prevalência e os principais fatores associados à ideação suicida em adolescentes da população não clínica.
10	Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida.	Revista de Enfermagem da UFSM	2015	Reisdorfer N, Araujo GM, Hildebrandt LM, Gewehr TR, Nardino J e Leite MT	Analisar o conhecimento e as estratégias de intervenção de profissionais de enfermagem de um hospital geral, acerca do comportamento suicida.
11	Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas.	Revista Gaúcha de Enfermagem	2016	Ribeiroa DB, Terrab MG, Soccolb KLS, SchneideraJF, Camillo LA e Santos FA.	Compreender os motivos que levaram à tentativa de suicídio por homens usuários de álcool e outras drogas.
12	A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva.	Revista de enfermagem UFPE	2017	Santos RS, Albuquerque MCS, Brêda MZ, Bastos MLA, Silva VMS e Tavares NVS	Realizar análise reflexiva da atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio.
13	Atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no pronto-socorro: uma abordagem para o clínico.	Série Emergências Clínicas Brasileiras	2014	Série Emergências Clínicas Brasileiras	Orientar aos profissionais uma abordagem mais eficiente no atendimento às emergências psiquiátricas.
14	Tentativas de	Cad. Saúde	2013	Vidal CEL e Gontijo	Este trabalho pretende

	suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta	Colet., 2013, Rio de Janeiro		ED	investigar, a partir da percepção do usuário, como se dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de saúde.
--	--	------------------------------	--	----	--

O suicídio, segundo o Ministério da Saúde é um fenômeno que ocorre em todas as regiões do mundo e estima-se anualmente 800 mil que morrem por suicídio, isso significa segundo dados da Organização Mundial da Saúde 1,4 % de todas as mortes no mundo são por suicídio sendo a 15ª causa de mortalidade geral. O estigma em relação ao tema impede a procura de ajuda que pode evitar mortes, bem como conscientizar e estimular sua prevenção, tudo pode contribuir para reverter a situação crítica que estamos vivendo. O perfil dos indivíduos que evoluíram a óbito por suicídio foi semelhante em ambos os sexos, se a notificação de violência interpessoal e autoprovocadas está na lista de agravos de notificação compulsória no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) desde 2011 que passou a ser universal para todos os serviços de saúde pública e privada do país, tendo como objetivo a prevenção de novas ocorrências (BRASIL, 2017).

O suicídio é considerado mundialmente como um problema de saúde pública. Há poucos estudos sociológicos sobre os casos de suicídios no Brasil, exemplos nas salas de aulas, essa temática foi abandonada como objeto de pesquisa entre os estudantes nos últimos dez anos, salvo algumas exceções, o suicídio tem sido somente estudado pelas áreas médicas voltadas para a psiquiatria, epidemiologia, e pela psicologia (ALMEIDA, 2015).

Segundo a portaria N° 1271/2014, a tentativa de suicídio passou a ser de notificação compulsória, isto é, obrigatória, a ser feita em até 24 horas, sendo um importante desafio o preenchimento adequado e padronizado das causas de tentativas de suicídio na ficha de notificação. Além de reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública, o governo precisa destinar melhores recursos para sua prevenção e uma melhor forma de preservar é melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2017).

A coordenação de saúde mental, junto a algumas secretarias do Ministério da Saúde, elaborou a estratégia nacional para a prevenção do suicídio e a elaboração de diretrizes nacionais, cuja regulamentação foi aprovada no ano de 2006, Portaria – Nº 1.876, a fim de minimizar os índices de suicídios e os danos associados às tentativas suicidas, através de ações que visem a promoção e prevenção em saúde, com o apoio de uma rede organizada de serviços, acolhendo as demandas evidenciadas pelos profissionais e pessoas próximas, identificando fatores que reduzam encargos e a prevalência de tais eventos (HECK, 2012).

O Brasil encontra-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídio, com 9.852 mortes em 2011. O suicídio figura entre as três causas de morte de pessoas que têm idade entre 15 a 44 anos de idade. Segundo os registros da Organização Mundial de Saúde (OMS), ele é responsável anualmente por um milhão de óbitos (o que corresponde a 1,4 % do total de mortes). Essas cifras não incluem as tentativas de suicídio, de 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si. Além de sub-registro e de sub-notificação, há o problema dos suicídios que “se escondem” sobre outras denominações de causa morte, como, por exemplo, acidente automobilístico, afogamento, envenenamento acidental e de morte por causa indeterminada (BOTEGA, 2007).

O suicídio possui conotações diferenciadas na sociedade ocidental e se apresenta caracterizado por transgressões de regras. Já no mundo oriental, é visto como um ato positivo honroso. Contudo, o suicídio não é um ato aleatório ou sem finalidade, representa a melhor solução percebida para a saída de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento. Alguns fatores que podem levar às inúmeras tentativas de suicídio são: dificuldade de elaborar perdas passadas, desajustes familiares, alienação social, violência e doenças mentais. Tal situação deixa o indivíduo susceptível a um vazio mental, desespero, pânico e autoaniquilação. Considerando diversas possibilidades de atuação do enfermeiro, cabe a este melhor compreender o paciente e a família como um todo, através de uma linha de apoio emocional e cuidado humanizado. Com essa percepção é possível fornecer ao paciente e à família uma assistência mais adequada (BURIOLA, 2011).

O suicídio representa um problema de saúde pública. Em termos globais, a mortalidade por suicídio aumentou de forma vertiginosa alcançando atualmente o índice de uma morte a cada 40 segundos. Os maiores coeficientes de suicídio mudaram da faixa mais idosa da população para as faixas mais jovens. Na maioria dos países, o suicídio encontra-se entre as 10 causas mais frequentes de morte entre as duas ou três mais frequentes em adolescentes e adultos jovens. Para cada óbito por suicídio, há no mínimo cinco ou seis pessoas próximas ao falecido cujas vidas são profundamente afetadas emocionalmente, socialmente e ou economicamente (BOTEGA, 2007).

A morbimortalidade ocasionada por suicídio no Brasil é um fenômeno complexo e multicausal, sendo a terceira causa de óbitos do sexo masculino ocasionado por causas externas de fatores filosóficos, antropológicos, psicológicos, biológicos e sociais. Para compreender os motivos de tentativas de suicídio em homens, é necessário analisar os fatores externos como armas letais, consumo excessivo de álcool e outras drogas, doença mental, física, crônica, violência e mudanças repentinas na vida da pessoa, a fim de reduzir danos e diminuição de internações psiquiátricas favorecendo a reinserção dos indivíduos na sociedade (RIBEIRO, 2016).

As práticas do cotidiano é um hábito adotado pelos indivíduos em toda trajetória de vida, evidenciada em características típicas permeadas por causas diversas para a ação suicida planejada pelo sujeito. É necessária uma rede articulada entre os serviços de urgência e emergência, saúde mental e estratégia de saúde da família, na abordagem de ações para uma assistência humanizada que pode contribuir para um olhar ampliado e diversificado sobre o fenômeno suicídio (RIBEIRO, 2016).

A morte é temida pela maioria das pessoas, porém é vista como um alívio para aqueles que não encontram alternativas para seus problemas. Podemos observar, em alguns estudos, nas últimas décadas, um crescimento no comportamento suicida em muitos jovens. A idade de 15 anos é considerada crítica para manifestações de suicidas na adolescência, mas as estatísticas sobre esses estudos são falhas e subestimadas, principalmente com relação aos adolescentes, visto que seus atos adotados furtivos são negados pela família (MOREIRA, 2015).

Todo e qualquer ato por meio de uma pessoa que possa causar lesão a si própria, independentemente do grau de letalidade, é considerado um comportamento suicida. De acordo com alguns pesquisadores, os principais fatores associados aos suicídios são: doenças mentais, dependência de álcool e drogas, ausência de apoio familiar, eventos estressantes entre outros, embora não exista uma definição aceitável. O suicida implica necessariamente em um desejo consciente de morrer, a noção é clara em resolver seu problema (MOREIRA, 2015).

O profissional deve buscar junto à família, informações referentes à rotina do paciente, a fim de cuidar e orientar não só o indivíduo, mas também a comunidade e a família. Os profissionais precisam de preparo e habilidade técnica para avaliar a situação e compreender as necessidades enfrentadas pelo indivíduo com uma abordagem empática para minimizar o sofrimento alheio. A deficiência na estrutura psicológica dos profissionais em compreender o ato suicida desencadeia um drama de não envolvimento pessoal, levando-os a não inclusão dos familiares na assistência. Portanto, se faz necessária uma abordagem integral no cuidado do indivíduo e sua família, para se desenvolver novas ações que melhorem a assistência à saúde e gerando novas intervenções buscando medidas preventivas (BURIOLA, 2011).

A ideação suicida se refere aos pensamentos de autodestruição e ideias suicidas, englobando desejos, atitudes e planos que tenham para dar fim à própria vida. Na adolescência, ocorrem modificações psicológicas, físicas e sociais, sendo comum nesta fase, ocorrerem movimentos de dependência e independência extrema, caracterizando um período de contradições, conflitos e ambivalência nos pensamentos suicidas, se tornam anormais quando estes parecem ser a única solução dos problemas, bem como a intensidade, profundidade e o contexto, são fatores que distinguem um jovem saudável de um que se encontra à margem de uma crise suicida que prediz o ato (CERQUEIRA, 2015).

Os fatores associados à ideação suicida em adolescentes são multifacetados e incluem transtornos mentais, características pessoais e familiares, problemas comportamentais do adolescente e dos amigos. Dentre os fatores, se sobressaem a depressão, a desesperança, a ansiedade, a solidão e etc. A prevenção dá-se por meio do reforço dos fatores protetores, pela diminuição dos fatores de risco tanto no nível individual como no nível coletivo, relacionada ao apoio familiar, social e a ajuda de pessoas relevantes. O suicídio na adolescência teve um crescimento nas últimas

décadas trazendo consequências negativas não só para a família da vítima, mas também para o meio social no qual o adolescente está inserido. A presença de sintomas destaca-se como importante fator de risco para ideação suicida, salientando o sexo feminino que apresenta taxas mais elevadas. Este fato explica a razão de a mulher ser mais vulnerável a transtornos como depressão e ansiedade, que afetam fortemente a população suicida entre os adolescentes. Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos de forma a identificar outras variáveis associadas ao comportamento suicida, para que a perda prematura de adolescentes por suicídios seja evitada (CERQUEIRA, 2015).

A equipe de enfermagem apresenta fragilidade no conhecimento sobre o comportamento suicida, o que repercute nas internações realizadas. Para tanto, destaca-se a importância e a necessidade da qualificação desses profissionais no intuito de proporcionar cuidados efetivos a pessoas com risco de tentativa de suicídio.

É preciso realizar uma análise reflexiva da atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio. A contribuição do enfermeiro é de fundamental importância no atendimento ao paciente com idealização suicida, visto que ele é um dos profissionais pelo qual este paciente passa em primeiro lugar em um hospital. Essa atuação do enfermeiro pode acontecer em múltiplos espaços e que desta forma ele venha a identificar, intervir e avaliar uma pessoa em situação de suicídio usando a sua percepção de forma a compreender e transmitir confiança a este paciente que neste momento acha que sua vida não tem mais sentido. Faz necessário introduzir este paciente na integração do lar familiar ou profissional já que isso não tem mais sentido para ele, fazer com que este paciente volte a ser conduzido ao seu espaço de trabalho e ao seu lar familiar é de fundamental importância na sua terapia.

A qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental requer aperfeiçoamento, prevenção e monitoramento contínuo, para desenvolverem estratégias em saúde-doença e uma intervenção qualificada com exatidão.

5 CONCLUSÃO

Os artigos evidenciaram um fato existente e crítico na atual situação do suicídio no Brasil e no mundo e a importância de um enfermeiro capacitado para identificação desse tipo de paciente, já que os números só tendem a crescer. Desta forma, com a ajuda de enfermeiros bem treinados neste tipo de atendimento, será

possível salvar milhares de vidas e famílias perdidas pela falta de identificação desta doença.

A família, amigos e a comunidade são os pilares de qualquer pessoa e o enfermeiro tem que saber agir como um todo para uma melhor coleta de dados e reconhecimento da problemática a fim de realizar um melhor planejamento das ações que viu junto ao paciente, à família e à comunidade, assim o paciente vai poder se sentir novamente completo como pessoa.

O problema é complexo e é necessário um planejamento e treinamento não só de enfermeiros, mas também de técnicos de enfermagem, médicos, recepcionistas e de todas as pessoas envolvidas no atendimento à saúde no ambiente hospitalar, nos postos de saúde, clínicas particulares e etc.

A falta de reconhecimento dos clientes com ideação de suicídio demonstra a atual falha na sistematização de enfermagem e na implementação do processo de atendimento atual e essa desatualização só vai deixar de existir com a disseminação de conhecimento e avanços de pesquisa na área de saúde mental que, muitas vezes, é deixada de lado.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Letícia Núñez *et al.* O suicídio no Brasil: Um desafio às Ciências Sociais. **REBELA-Revista Brasileira de Estudos Latino-Americanos**, v. 5, n. 3, p. 510-522, 2015.
- BOTEGA, Neury José *et al.* **Comportamento suicida: epidemiologia**, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.
- BRASIL, Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e rede de atenção à saúde**, v. 48, n. 30, p. 0 - 14(DF): MS, 2017.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais de saúde**. Brasília (DF): MS, 2006.
- BURIOLA, Aline Aparecida *et al.* Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 710-716, 2011.
- CERQUEIRA, Yohanna Shneider *et al.* Suicídio: a prática do psicólogo e os principais fatores de risco e de proteção (Suicide: the practice of the psychologist and the principal risk factors and protective). **IGT na Rede**, v. 12, n. 23, p. 444 – 458, 2015.
- DA ROCHA BONFIM, Célio *et al.* Fatores de risco para o suicídio: um estudo de revisão. **Informativo Técnico do Semiárido**, v. 9, n. 1, p. 76-81, 2017.
- HECK, Rita Maria *et al.* Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2012.
- MOREIRA, Lenice Carrilho de Oliveira; BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, p. 445-453, 2015.
- REISDORFER, Nara *et al.* Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 295-304, 2015.
- RIBEIRO, Danilo Bertasso *et al.* Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. 1 – 7, 2016.
- SANTOS, Ronald Seixas *et al.* A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva. **Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963**, v. 11, n. 2, p. 742-748, 2017.

TALLO F.S.et al. **Atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no pronto-socorro**: uma abordagem para o clínico – Série Emergências Clínicas Brasileiras, 1ª ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2014.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal *et al.* **Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência**: a percepção de quem tenta,v. 21, n. 2, p. 108 – 114, 2013.