

**CENTRO DE ENSINO E FACULDADE SÃO LUCAS
CURSO DE ENFERMAGEM**

**MARIA CREUSA DIAS DA SILVA
SOLANGE SOLEDADE SOUSA CORRÊA**

**AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

**PORTO VELHO
2016**

**MARIA CREUSA DIAS DA SILVA
SOLANGE SOLEDADE SOUSA CORRÊA**

**AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade São Lucas, como requisito para obtenção do título de Bacharelado.

Orientador: Prof. Esp. Helton Camilo Teixeira.

**PORTO VELHO
2016**

MARIA CREUSA DIAS DA SILVA
SOLANGE SOLEDADE SOUSA CORRÊA

**AÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da
Faculdade São Lucas, como requisito para obtenção do
título de Bacharelado.

APROVADA: _____ de _____ de 2016.

Prof. Esp. Helton Camilo Teixeira
(Orientador)

Prof. Esp. Gregori Agnis
(Membro da banca examinadora)

Profa. Me. Jandra Cibele de Abrantes Pereira Leite
Membro da banca examinadora

*A Deus, a meus pais, familiares,
amigos e colegas que deram força
para concluir mais esta etapa da
vida.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecemos a Deus, pelo dom da vida e pôr está sempre ao nosso lado, dando-nos forças para superar todos os obstáculos e coragem para prosseguir.

Aos nossos pais, família e amigos pelo amor e incentivo, nossos sinceros agradecimentos por estarem sempre juntos e torcendo pelo nosso sucesso nesta longa caminhada.

Aos nossos professores pela orientação, apoio e confiança e a todas as pessoas que contribuíram, mesmo involuntariamente, para a realização deste trabalho.

"O suicídio é 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".

(Durkheim)

RESUMO

O suicídio é considerado um comportamento autodestrutivo ou qualquer forma de atividade cuja intenção desse comportamento é a morte. O indivíduo que tenta o suicídio conseqüentemente apresentou um comportamento suicida, seja através do pensamento, planejamento e tentativa. Dados epidemiológicos recentes demonstram que cerca de 800 mil pessoas se suicidam por ano em todo o planeta, o que corresponde a uma pessoa a cada 40 segundos, é que o mesmo pode aumentar caso não haja uma ação por parte dos profissionais de saúde em relação a promoção da vida e prevenção do suicídio. Este estudo tem como Objetivo Geral descrever as ações do enfermeiro frente a prevenção do suicídio. Trata-se de um estudo bibliográfico e de caráter descritivo realizado na base de dados do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde – LILACS, Base de dados de enfermagem – BDENF, além de Manuais do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Psiquiatria publicadas entre 1951 a 2015. É evidente que as ações do enfermeiro para a assistência ao suicida são voltadas para a detecção dos fatores de risco e implementação dos fatores de proteção, e ainda, identificação do comportamento suicida com aplicação de estratégias preventivas que proporcionem mais segurança e confiança aos indivíduos com este agravo e suas famílias. Contudo, faz-se necessário capacitação de profissionais que atuam na rede de atenção à saúde mental, prevenindo e evitando tentativas de suicídio.

Palavras-Chaves: Suicídio; Prevenção; Enfermeiro; Ações.

ABSTRACT

Suicide is considered a self-destructive behavior or any form of activity whose purpose of this behavior is death. The individual who attempts suicide consequently presented suicidal behavior, either through thought, planning and effort. Recent epidemiological data show that about 800 000 people commit suicide each year across the globe, which corresponds to one person every 40 seconds, is that it may increase if no action on the part of health professionals in relation to promotion of life and suicide prevention. This study is General Purpose describe the actions of the nurse in the prevention of suicide. This is a bibliographic study and descriptive held in the database of the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences - LILACS, nursing database - BDENF, and Manuals the Ministry of Health and published between 1951 and 2015. clearly Brazilian Psychiatric Association that the nurse's actions for suicide assistance are aimed at detection of risk factors and implementation of protective factors, and still, behavior identification suicide with implementation of preventive strategies that provide more security and confidence to individuals with this injury and their families. However, it is necessary training of professionals working in the network of mental health care, preventing and avoiding suicide attempts.

Key-Words: Suicide. Prevention. Nursing. Actions.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DO SUICÍDIO	15
4.2 ASPECTOS GERAIS E CONCEITUAIS EM RELAÇÃO AO SUICÍDIO.....	17
4.2.1 Teorias do Suicídio.....	19
4.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	21
4.4 FATORES DE RISCO DO SUICÍDIO.....	22
4.5 FATORES DE PROTEÇÃO DO SUICÍDIO.....	25
4.6 AÇÕES DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.....	26
4.6.1 Processo de Enfermagem ao Cliente com Comportamento Suicida	30
DISCUSSÃO	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERENCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Abordar e compreender a temática da morte envolve, por si só, muita complexidade, e tal complexidade se dá devido a fatores instigantes, sociais, culturais, religiosos e psicológicos que torna a morte um fenômeno desafiador, porém acontece como uma consequência natural da vida (BOTEGA et al., 2006).

Ainda de acordo com Botega et al; (2006), exercer uma atividade profissional na área da saúde mental ou desenvolver estudos com comportamento suicida faz com que o profissional/pesquisador se depare com uma situação em que o ser humano busca uma ruptura radical para se livrar de uma situação de dor psíquica insuportável.

O suicídio apresenta-se como um fenômeno complexo e multicausal, fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social. A consumação do suicídio deriva de um ato provocado e levado a cabo pelo indivíduo, com intenção clara de pôr fim à vida (HECK, 2012).

Para Stuart; Laraia (2006), O suicídio é então considerado um comportamento autodestrutivo, cuja intenção desse comportamento é a morte, ou ainda possui um comportamento suicida indireto, a tentativa ao suicídio acontece quando o indivíduo pratica qualquer atividade prejudicial ao bem-estar físico, que possa resultar futuramente, em morte.

Essa ação autodestrutiva que resulta em óbito caracterizado por comportamento com a intenção ou expectativa de causar a morte é definido como suicídio. O comportamento suicida é uma expressão que cobre uma série de fenômenos ligados ao suicídio, dos quais os mais relevantes são o suicídio propriamente dito (óbito) e a tentativa de suicídio (BRASIL, 2006).

O comportamento suicida é uma problemática presente e crescente que está associado aos indivíduos portadores de doenças mentais, sendo um dado relevante e preciso. Há uma evidência em que quase todos os suicidas possuam um transtorno mental, que na maioria das vezes não é diagnosticada, frequentemente não tratada ou tratada de forma inadequada (ABP, 2014)

Segundo Navarro (2012), o comportamento suicida tem etiologia multifatorial, com influência de fatores biológicos, socioambientais e psicológicos, cada um com seu peso específico, e possivelmente nenhum deles separados, possa ser suficiente para explicar por si só tais comportamentos. Estima-se que, para cada suicídio consumado, houve 5 hospitalizações e 22 visitas aos serviços de emergência por tentativa de suicídio.

Werlang; Botega (2004), afirmam que quando uma pessoa tenta realizar o suicídio, já é uma indicação para ficar alerta, pois estas atitudes podem demonstrar transtornos de comportamentos, no qual acometem pessoas que estão apreensivas por qualquer motivo demonstrando de maneira violenta sua dor.

Dados epidemiológicos recentes revelam que cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano em todo o planeta, o que corresponde uma pessoa a cada 40 segundos. O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte no mundo e entre as três primeiras quando considerada a faixa entre 15 e 44 anos de idade (OMS, 2014).

Ainda de acordo com a OMS (2014), nas últimas quatro décadas, suas taxas aumentaram em 60%, e nesses dados não estão inclusas as tentativas, que são 20 vezes mais frequentes do que os casos de suicídio consumados. Estima-se que, em 2020, o número de suicídios atinja 1,5 milhões de pessoas, avalia-se que ocorram 24 suicídios por dia.

Com isto é necessário que os profissionais de saúde, estejam atentos tanto na fala e no comportamento do paciente que é atendido nos serviços de saúde, com intuito de avaliar e prevenir o suicídio. A prevenção do suicídio é realizada quando o profissional de saúde identifica os fatores de risco e de proteção, assim delimitam populações nas quais os eventos poderão ocorrer com maior frequência (ABP, 2014).

O profissional enfermeiro atuante no serviço de saúde deve estar qualificado e preparado para identificar as características que o paciente com potencial suicida apresenta, como pensamentos e atitudes que evidenciam desesperança, desespero e desamparo. Deve-se abordar o paciente de forma clara e cautelosa, mantendo a calma, empatia e abstendo-se das atitudes julgadoras (BERTOLOTE; SANTOS; BOTEAGA, 2010).

Dessa forma, é importante que enfermeiro atue na prevenção ou na intervenção da prática do comportamento suicida. Para Buriola (2011), o desenvolvimento de uma assistência integrada é imprescindível, pois os enfermeiros necessitam de preparo e habilidade técnica para avaliar e anotar as respostas apresentadas no atendimento das emergências de pessoas que tentaram suicídio, realizando uma abordagem empática com competência em lidar com esse tipo de ocorrência.

Nesse sentido é fundamental que o enfermeiro, além de sua assistência de enfermagem, deve direcionar e realizar ações que promovam a saúde das pessoas, orientando quanto a estilos de vida saudáveis. Além de estar atentos aos principais transtornos mentais associados ao risco de suicídio, pois com diagnóstico e tratamento adequado, pode-se atuar na prevenção do mesmo (ALMEIDA, 2009).

Com isso é necessário compreender os fatores e a dinâmica envolvida no comportamento suicida bem como os problemas que os motivam a cometer esse ato, na qual os enfermeiros devem estar aptos para avaliar, orientar e prevenir o suicídio.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as ações do enfermeiro frente a prevenção do suicídio.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mostrar os aspectos gerais, conceituais e epidemiológicos relacionados ao suicídio;
- Apresentar os fatores de risco e de proteção envolvidos no suicídio;
- Expor as ações do enfermeiro na prevenção do suicídio.

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesse estudo foi a de caráter bibliográfico e descritiva, que segundo Lakatos; Marconi (2010), a pesquisa bibliográfica explica um problema a partir de referências teóricas publicada em artigos, livros, dissertações e teses promovendo o conhecimento das diferentes contribuições científicas acerca de um determinado tema, subsidiando suporte a todas as fases da pesquisa.

Para Cervo et al; (2007), a pesquisa descritiva procura descobrir, com a maior precisão possível a frequência da ocorrência de fenômenos com outros, determinando sua natureza, características e fatores relacionados com a vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano individual, em grupos e em comunidades mais complexas, analisando e correlacionando fatos variáveis, sem manipulá-los.

Neste estudo foi realizada uma atualização de conceitos bibliográficos que estavam relacionados ao tema abordados e aos objetivos pretendidos, sendo os artigos pesquisados nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde (LILACS), além de Manuais do Ministério da Saúde (MS), Manual da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), bem como em livros do acervo da Biblioteca Dom João Batista da Costa da Faculdade São Lucas localizada no Município de Porto Velho/RO

Foram utilizadas como referências 4 livros, 02 Manuais do Ministério da Saúde, 01 Manual da Associação Brasileira de Psiquiatria, 01 Mapa da violência 2014, 42 artigos (totalizando 50). O delineamento da pesquisa foi realizado no período de fevereiro a dezembro de 2015, os materiais utilizados para elaboração do trabalho foram publicados no período de 1951 a 2015, na qual foram utilizados descritores como: comportamento suicida, suicídio, prevenção, atuação, fatores de proteção do suicídio, assistência de enfermagem.

Para a realização da pesquisa bibliográfica foi necessário à utilização de critérios de inclusão e critérios de exclusão. Como critérios de inclusão, foram utilizadas apenas referências publicadas em idiomas português, com textos completos para acesso nas bases de dados disponíveis, além de publicações que atendessem os objetivos propostos do trabalho.

Foram excluídas referências anteriores a 1950, publicações com outros idiomas, bem como publicações que embora dentro da temática, não davam resposta aos objetivos do estudo, ou o texto não se encontrava na íntegra.

Para a realização da discussão, foram selecionados 42 artigos que correlacionaram com os seguintes temas: “comportamento suicida, “prevenção e atuação do enfermeiro”, fatores de proteção do suicídio” e assistência de enfermagem”.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DO SUICÍDIO

Ferreira (2008), relata que a palavra suicídio vem da expressão latina “*sui caedere*”, que significa “matar-se”, e foi utilizada pela primeira vez em 1717 por Desfontaines. Por vezes designadas como “morte voluntária”, “morte intencional” ou “morte auto-infligida”, na língua portuguesa esta palavra significa o ato deliberado pelo qual um indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte.

O suicídio esteve presente na história da humanidade com vários sentidos e significados, contudo impossível relatar os primórdios do suicídio, mas houve registros descritos pela Enciclopédia Delta de História Geral que no ano 2.500 a.C., na cidade de Ur, doze pessoas durante um ritual envenenaram-se com uma bebida e aguardaram a morte. E ainda na Bíblia, encontramos registros de alguns suicidas como Sansão, Abimelec, Rei Saul, Eleazar e Judá (SILVA, 1992).

Para algumas civilizações, o suicídio, mortes violentas, guerras sangrentas, incluindo o autoextermínio, significava a imortalidade, uma passagem para o reino dos deuses. Os gregos tinham o suicídio como crime hediondo, decepavam as mãos do suicida, todavia, consta também que existiam muitos casos e relatos com protagonistas de suicídios por defesa de honra e por outros princípios valorativos, porém na literatura, na filosofia e na mitologia grega, o suicídio era justificável e aceitável, pois representava uma decisão pessoal do indivíduo (PALLARES; BAHLS, 2003).

Era costume no Egito quando o Faraó ou senhores donos dos escravos morriam, eram enterrados também seus "bens e seus servos, os quais deixavam-se morrer junto ao cadáver do seu amo". Há relatos que desde o tempo de Cleópatra, o suicídio gozava de tal favor que se fundou a Academia de Sinapotumenos que, significa "matar juntos" (SILVA, 1992).

Ainda de acordo Silva (1992, p.1), o suicídio era visto na Grécia antiga da seguinte forma:

Na Antiga Grécia, um indivíduo não podia se matar sem prévio consenso da comunidade porque o suicídio constituía um atentado contra a estrutura comunitária. O suicídio era condenado politicamente ou juridicamente. Eram recusadas as honras de sepultura regular ao suicidado clandestino e a mão do cadáver era amputada e enterrada a parte. Por sua vez, o Estado tinha poder para vetar ou autorizar um suicídio bem como induzi-lo. Por exemplo, em 399 a.C., Sócrates foi obrigado a se envenenar. Adotou-se em relação ao suicídio atitudes diferentes, legitimando a

morte do senhor que se matava e condenando a morte do escravo suicidado. O senhor, um homem livre, ao se matar, exercia sobre si mesmo o direito próprio de sua condição social, amparado no espaço político pela lei pública. O escravo, porém, matando-se, ia contra a autoridade do senhorio, contestando seu poder e diminuindo seu capital, o que era contra a lei familiar predominante no espaço doméstico.

Porém na Roma, não havia justificativa para o ato, se o indivíduo cometesse o suicídio sem uma razão que o tornasse defensável, a partir de Santo Agostinho (354-430) preocupado com a perda dos fiéis, iniciou manifestações de repulsa moral em relação ao suicídio, e somente séculos após, tal ato passa a ser considerado algum tipo de transtorno ou insanidade, deixando de ser visto apenas como problema religioso (BASTOS, 2009 apud PALLARES; BAHLS, 2003).

Ainda de acordo com os autores citados acima, somente no final do século XIX, defendido por Durkheim (1982), o suicídio passa a ser relacionado com o fator social, além de neurológico, psicológico ou biológico, relacionou o suicídio ao tipo de vínculo social, onde a integração social e a regulação social estariam associadas à maior ou menor incidência de suicídios.

Segundo Silva (1992, p.1), a percepção negativa do suicídio ganha um destaque a partir de personalidades importantes presentes na igreja católica, como pode ser citado a seguir:

Se quatro séculos antes e quatro séculos depois de Cristo o suicídio ora é tolerado ora reprimido, sua repressão vai se reforçando durante os primeiros séculos da era cristã até que seja totalmente condenado no século V por Santo Agostinho e pelo Concílio de Arles (452 d.C.), seguido depois pelos de Orleans, Braga, Toledo, Auxerre, Troyes, Nimes, e culminando com a condenação expressa de todas as formas de suicídio no "Decret de Gratien", um compêndio de direito canônico do século XIII. Na Idade Média cristã, o suicídio é condenado teologicamente. A Europa cristã acaba com as diferenças entre o suicídio legal e ilegal: matar-se era atentar contra a propriedade do outro e o outro era Deus, o único que criou o homem e quem, portanto, deveria matá-lo. A vida do indivíduo deixa de ser um patrimônio da comunidade para ser um dom divino e matar-se equivale a um sacrilégio. O suicidado não tem direito aos rituais religiosos, seus herdeiros não recebem os bens materiais e seu cadáver é castigado publicamente, podendo ser exposto nu ou queimado. Os suicidados são igualados aos ladrões e assassinos e o Estado e a Igreja fazem tudo para combater os suicídios.

Entretanto Ferreira (2008), Silva (1992) e Pallares; Bahls (2003), mencionam que suicídio esteve presente em todas as civilizações e na história da humanidade a.C. e d.C., como Egito, Grécia e Roma. Existindo desde então relatos do suicídio legal, aonde os conceitos vão desde: suicídio tido como aceitável e razoável, uma decisão pessoal, justificável, aceitável e concedido pelo estado, significava a imortalidade, até por defesa de

honra e por outros princípios valorativos; e suicídio ilegal tido como crime hediondo ou sacrilégio.

4.2 ASPECTOS GERAIS E CONCEITUAIS EM RELAÇÃO AO SUICÍDIO

O suicídio é um ato que muitas vezes tem o objetivo de gerar um reconhecimento social pelo suicidado, através do choque que gera nas pessoas presentes em sua vida, de maneira geral é tido como a forma mais fácil de acabar com os sofrimentos da vida. Seu impacto é imenso, e abrange dois polos distintos (SHIKIDA; GAZZI; JUNIOR, 2006).

Ainda de acordo com os autores citados acima, esses polos distintos podem ser da seguinte maneira, o primeiro seria o do suicidado, cujo impacto é rápido e pouco doloroso (por exemplo, atirar contra sua própria cabeça, pular de um prédio, dentre outras). O segundo, de maneira global e social mais preocupante, representa o impacto de forma direta ou indireta (inclusive econômico) causado pelo suicídio em todos os membros da sociedade que se relacionavam ou não com o suicidado.

O suicídio é considerado complexo e universal, presente em diversas culturas e classes sociais, acometendo diversas faixas etárias, cuja etiologia envolve vários fatores, como biológicos, genéticos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais relacionados à vida individual ou coletiva (WERLANG; BORGES; FENSTERSEIFER, 2005).

Partindo dessa análise reflexiva, o suicídio e o comportamento suicida têm representações sociais, ambientais e psicológicas, vários autores definem o suicídio no seu modo de ver e compreender, porém essa definição sempre remota a intenção de morrer, como podemos ver a seguir através de alguns autores importantes.

Ao falar de suicídio, não se pode dissociar a complexidade que ele está inserido no comportamento suicida, de acordo com Abreu et al; (2010), o comportamento suicida abrange os gestos suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Os planos de suicídio e as ações que têm poucas possibilidades de levar à morte são chamados gestos suicidas. As ações suicidas com intenção de morte, mas que não atingem o seu propósito, chamam-se tentativas de suicídio.

Quadro 1 – Características Progressivas do Comportamento Suicida.

Característica	Descrição
Ideias Suicidas	É o grau inicial, apresentam-se primeiro de forma esparsa, para depois adquirir proporções severas e significativas, de modo que não conseguem ser afastadas da mente do indivíduo.
Desejo de Suicídio	Acompanham a ideia de suicídio a vontade de praticá-lo, sem, contudo, o planejamento específico ou a ação.
Intenção de Suicídio	A ameaça de pôr fim a vida é claramente expressa, sem a realização de ação concreta, porém em geral antecede o plano de suicídio.
Plano de Suicídio	O indivíduo decide pôr fim à vida, passando a tramar a própria morte, planejando os detalhes de lugar, hora e método. Por vezes, deixa um bilhete de despedida.
Tentativas de Suicídio	São atos auto agressivos, mas não fatais, primando o indivíduo por tentar assim vingar-se, chamar a atenção, provocar culpar os outros, entre outras motivações.
Atos Impulsivos	Consistem em atos agressivos sem planejamento suicida, acompanhados de métodos repetitivos e estereotipados.
Suicídio	Tem por desfecho a morte. É caracterizado pelo planejamento cuidadoso e emprego de métodos realmente letais.

Fonte: Ribeiro (2004, p.97).

Partindo desse comportamento dessa progressão do comportamento suicida, o suicídio passa a ser um ato deliberado pela qual um indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte, ato de matar-se, e ainda, um ato de morte voluntária, morte intencional ou morte auto-infligida, um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, consciente e intencional, usando um meio que ele acredita ser letal (BASTOS, 2009).

Segundo Shikida; Gazzi; Júnior (2006), o suicídio é considerado complexo e universal, presente em diversas culturas e classes sociais, acometendo diversas faixas etárias, cuja etiologia envolve vários fatores, como biológicos, genéticos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais relacionados à vida individual ou coletiva.

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria – APB (2014, p.14):

O suicídio pode ser definido como um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal. Também fazem parte do que habitualmente chamamos de comportamento suicida: os pensamentos, os planos e a tentativa de suicídio.

Porém Stuart; Laraia (2006), afirmam que o comportamento autodestrutivo pode colocar-se em uma linha que vai do sutil ao manifesto. Podendo ser comportamento autodestrutivo direto que é qualquer forma de atividade suicida, a intenção desse

comportamento é a morte, e a pessoa está consciente do resultado desejado ou um comportamento suicida indireto, quando indivíduo pratica qualquer atividade prejudicial ao bem-estar físico, que possa resultar, futuramente, em morte, e a pessoa pode não estar conscientes ou negá-lo, se confrontado.

Geralmente o suicídio está associado a ideias de desesperança, desamparo e estresse insuportável. Entretanto, existe uma variação entre pensar em suicídio e expressá-lo na ação, algumas pessoas têm ideias de suicídio que nunca levarão adiante, porém outras planejam durante dias, semanas ou mesmo anos antes de agir, e outras ainda tiram a própria vida em um impulso, sem premeditação (KAPLAN; SADOCK, 2007).

Para Macedo; Werlang (2007), no histórico de vida do tentador de suicídio, a vivência traumática como a violência na infância, alcoolismo, brigas, desestrutura familiar, perdas bruscas como casos de morte no leito familiar, adaptações socioculturais, dentre outras podem produzir danos psíquicos, levando o indivíduo à desesperança e ao ato ou tentativa ao suicídio.

Entretanto algumas pessoas que tentam suicidar-se são descobertas a tempo e salvas. Outras pessoas que tentam suicidar-se têm sentimentos contraditórios acerca da morte e a tentativa pode falhar, porque é, na realidade, um pedido de ajuda combinado com um forte desejo de viver, porém um suicídio consumado tem como resultado a morte (ABREU et al; 2010).

4.2.1 Teorias do Suicídio

Atualmente o suicídio é visto como fenômeno psicossocial, embora seja um ato da vontade própria e individual, existem algumas teorias que colocam os fatores sociais, psicológicos e culturais sob a influência de aspectos da sociedade. Trata-se de fatos presentes na vida do tentador de suicídio, como exemplos: a vivência traumática como a violência na infância, alcoolismo, brigas, desestrutura familiar, perdas bruscas como casos de morte no leito familiar, adaptações socioculturais, dentre outras podem produzir danos psíquicos, levando o indivíduo à desesperança e ao ato ou tentativa ao suicídio (MACEDO; WERLANGE, 2007).

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2014, p.9):

O suicídio é um fenômeno presente ao longo de toda a história da humanidade, em todas as culturas. É um comportamento com determinantes multifatoriais e resultados de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais. Dessa forma, deve ser considerado como o

desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. É a consequência final de um processo.

Com isto muitas teorias permeiam o ato suicida, essas teorias estão correlacionadas aos fatores predisponentes de sua ocorrência. Temos como destaque a Teoria Sociológica, a Teoria Psicológica e a Teorias Nosológica/Fisiológica do Suicídio.

Em relação a teoria sociológica do suicídio, a mesma está relacionada com a interação do indivíduo com a sociedade em que se vive, pois quanto mais coesa a sociedade, mais o indivíduo se sente parte, diminuindo o risco de cometer o suicídio. Nessa teoria, classificou os suicídios como: suicídio egoísta, suicídio altruísta e suicídio por anomia (BRASIL, 2006).

Quadro 2 – Categorias do Suicídio Segundo a Teoria Sociológica

Categoria	Descrição
O Suicídio egoísta	A resposta do indivíduo que se sente separado e distante da corrente principal da sociedade. Não há integração e o indivíduo não se sente parte de nenhum grupo coeso.
O Suicídio altruísta	É o oposto do suicídio egoísta. O indivíduo é excessivamente integrado ao grupo. Este é frequentemente governado pelo grupo por laços culturais, religiosos ou políticos, e a ligação é tão forte que ele sacrifica sua vida pelo grupo.
O Suicídio por anomia	Ocorre em resposta a mudanças que ocorrem na vida de um indivíduo, seja por divórcio ou perda de emprego, desorganizam os sentimentos de relação com o grupo.

Fonte: Silva (2009, p.26).

Segundo Freud (1917), a teoria psicológica está relacionada com os distúrbios emocionais intensos, como exemplo: a raiva ou ódio por si mesmo causado pela desesperança, desespero ou culpa, história de agressividade e violência, vergonha ou humilhação e fatores relacionados ao estresse do desenvolvimento, surgindo a partir de um objeto ou algo amado, ocorrendo o suicídio em consequência de um desejo reprimido anterior de matar outro indivíduo, assim o suicídio era tido como um ato agressivo efetivamente dirigido ou em decorrência de outros.

Para Silva (1992), a Teoria nosológica e fisiológica do suicídio também denominada teoria biológica estão relacionadas com os fatores genéticos e neuroquímicos.

De acordo com o autor citado, podemos observar os seguintes fatores: Genéticos: pesquisas em irmãos gêmeos demonstraram uma concordância muito maior nos gêmeos

monozigotos que nos dizigotos, sugerindo possível existência da predisposição genética ao comportamento suicida; Neuroquímicos: pesquisas foram realizadas para determinar a correlação entre o funcionamento neuroquímico no Sistema Nervoso Central (SNC) com o comportamento suicida. Evidenciou uma deficiência de serotonina, medida como uma diminuição nos níveis de 5-HIAA no líquido cefalorraquiano, em indivíduos depressivos que tentaram o suicídio. Já em autópsia, identificaram outros neurotransmissores que revelaram um aumento dos receptores beta-adrenérgicos e reduções na ligação do fator de liberação de corticotropina em corpos que cometeram suicídio.

4.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em meados de 2012, dados mundiais apontam que ocorreram aproximadamente 804 mil óbitos por suicídio correspondendo a taxas ajustadas para idade de 11,4 por 100 mil habitantes por ano – 15,0 para homens e 8,0 para mulheres (OMS, 2014).

Estimativa aponta que até 2020 os óbitos por suicídios aumentarão em até 50% em todo o mundo e que a "cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio, e a cada três segundos uma pessoa atenta contra a própria vida", no Brasil, os casos de suicídio podem chegar a mais de 1,5 milhões de pessoas (OMS, 2014).

Os suicídios no Brasil estão aumentando progressivamente desde os anos 80, e estando com um percentual de 33,3%, (cerca de 5,6 mortes por 100.00 habitantes) em 2012, considerada baixa se comparada com as taxas de outros países (WAISELFISZ, 2014).

As mortes por suicídios entre os jovens e adolescentes representam 12% e as tentativas aumentaram nos últimos anos, pois as taxas de prevalência em um ano variam de 1,7 a 5,9% e prevalência de vida oscila entre 3 a 7,1% (BOTEGA, 2014).

O Brasil é o oitavo país com o maior número absoluto de suicídios, em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Foi observado que entre ano de 2000 e 2012 houve um aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo constatado que 30% ocorreram em jovens (ABP, 2014).

A taxa de suicídio brasileira em 2012 foi de 4,8%, e no Estado de Rondônia no mesmo ano foi de 4,6%. A percentual por faixa etária que teve o maior índice foi a dos 70-79 anos com 18,72%, em segundo lugar de 60-69 anos com 12,32%, em terceiro lugar de 50-59 anos com 9,70% e em quarto lugar na faixa de 20-29 anos com 7,29% (ABP, 2014).

De acordo com os autores citado acima, o suicídio é raro em menores de 12 anos, sendo que crianças pequenas raramente são capazes de planejar e executar o suicídio, o ato

em si ocorre com frequência cinco vezes maior entre adolescente do sexo masculino do que os femininos. Os métodos utilizados para cometer o suicídio são diferentes conforme o gênero e faixa etária, os homens utilizam arma de fogo, crianças e adolescentes masculinos utilizam o enforcamento, porém meninas e mulheres utilizam na maioria das vezes a ingestão de substâncias tóxicas.

Porém o número de suicídios pode ser maior ou menor, podendo haver uma subnotificação do número de suicídios, isto porque há uma grande variabilidade regional nas taxas (OMS, 2014).

4.4 FATORES DE RISCO DO SUICÍDIO

Os dois principais fatores de risco são tentativa prévia de suicídio e a doença mental, a tentativa prévia de suicídio e o fator preditivo isolado mais importante, uma vez que a prevalência para ocorrer o suicídio ou nova tentativa tem cinco a seis vezes mais chances de tentar suicídio novamente e cerca de 50% daqueles que se suicidaram já haviam tentado previamente (ABP, 2014).

Ainda de acordo com a ABP (2014, p.22), as doenças mentais ou transtornos psiquiátricos mais comuns incluem depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas e transtornos de personalidade e esquizofrenia.

Segundo Braga; Dell’Aglío (2013), o principal fator de risco ao suicídio na adolescência destaca-se a depressão como tendo um papel fundamental no desenvolvimento de pensamentos e comportamentos de morte. A exposição ao estresse, a diferentes tipos de violência, uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, problemas familiares, histórico de suicídio na família, questões sociais relacionadas à pobreza e à influência da mídia, questões geográficas e depressão, são os fatores de riscos associados.

Com relação ao gênero, os resultados demonstraram que, embora as meninas tentem mais o suicídio, os meninos o cometem mais, pois utilizam-se de meios mais agressivos em suas tentativas, que, com mais frequência, levam ao êxito (BRAGA; DELL’AGLIO, 2013).

Para a ABP (2014), o suicídio em jovens aumentou em todo o mundo nas últimas décadas e também no Brasil, representando a terceira principal causa de morte nessa faixa etária no país. Os comportamentos suicidas entre jovens e adolescentes envolvem motivações complexas, incluindo humor depressivo, abuso de substâncias, problemas emocionais, familiares e sociais, história familiar de transtorno psiquiátrico, rejeição familiar, negligência, além de abuso físico e sexual na infância.

Ainda de acordo com a ABP (2014), o suicídio também é elevado entre os idosos, devido a fatores como: perda de parentes, sobretudo do cônjuge; solidão; existência de enfermidades degenerativas e dolorosas; sensação de estar dando muito trabalho à família e ser um peso morto para os outros. Atualmente, há evidências de que os conflitos em torno da identidade sexual causem um maior risco de comportamento suicida, fazendo-se necessária a sensibilidade para estas questões na criação de qualquer programa de prevenção do suicídio.

O risco para o suicídio geralmente resulta da interação de vários fatores como perturbações mentais; fatores sociais que causam a desilusão, perda e ausência de apoio social; perturbação da personalidade como a impulsividade, agressão e ainda as doenças orgânicas incuráveis. Os fatores sociais e pessoais ou mentais e físicos podem ser os fatores que mais apresentem risco para consumir o suicídio (MERCK SHARP; DOHME, 2015).

De acordo com Brasil (2006, p.15), destacam-se os seguintes fatores de risco para o suicídio conforme descrito a seguir:

História de tentativa de suicídio e o transtorno mental são os principais fatores de risco para o suicídio. Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional de casos de tentativa de suicídio. Os fatores sociodemográficos; psicológicos e as condições clínicas incapacitantes. As possíveis causas do suicídio por Transtornos mentais são transtornos do humor, como a depressão; transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas; transtornos de personalidade, principalmente borderline, narcisista e antissocial; esquizofrenia; transtornos de ansiedade; comorbidade potencializa riscos como o uso do álcool associado à depressão.

Dentre os fatores sociodemográfico estão o sexo masculino, faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, além de estratos econômicos extremos, residentes em áreas urbanas, desempregados (principalmente perda recente do emprego), aposentados, isolamento social, solteiros ou separados e migrantes (BRASIL, 2006).

Ainda de acordo com Brasil (2006), os fatores psicológicos estão as perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade e humor lábil, enquanto os fatores de condições clínicas incapacitantes estão as doenças orgânicas incapacitantes, como dor crônica, lesões desfigurantes perenes, epilepsia, trauma medular, neoplasias malignas e a Aids.

Para Ferreira (2008), existem alguns indicadores de risco que se podem detectar numa pessoa que pretenda cometer o suicídio, tais como: depressão, melancolia, grande tristeza, desesperança/pessimismo, insucesso escolar, especialmente se acompanhado de

angústia e tentativas de melhoria de resultados (mas sem sucesso), apatia pouco usual, letargia, falta de apetite, insônia persistente, ansiedade, grande impulsividade/agressividade, abuso de álcool, droga ou fármacos, dificuldades de relacionamento e integração na família ou no grupo, afastamento ou isolamento social, dizer adeus, como se não o (a) voltássemos a ver, oferecer objetos ou bens pessoais valiosos sem razão aparente, luto pela perda de alguém próximo, história de suicídios na família e outros agentes.

Ainda de acordo com o autor citado anteriormente, doenças físicas como o cancro, a epilepsia ou a SIDA; ou doenças mentais como alcoolismo, dependência tóxica e esquizofrenia, compõem alguns dos motivos que induzem um indivíduo a atentar contra a sua própria vida.

Segundo a OMS (2003), dentre os principais fatores de risco para o suicídio poderíamos citar alguns transtornos mentais como, a depressão e o alcoolismo; perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com fortes traços de impulsividade e agressividade, certas situações clínicas, como doenças crônicas incapacitantes, dolorosas, desfigurantes, ter acesso fácil a meios letais, além dos fatores genéticos.

Segundo a ABP (2014, p.20), existem diversos fatores de risco para o suicídio, dentre os quais estão descritos a seguir:

Outros fatores de risco podem ser observados como a desesperança, desespero, desamparo e impulsividade, idade (jovens e idosos), gênero masculino, doenças clínicas não psiquiátricas como a depressão e o abuso de substâncias. As taxas de suicídio são maiores em pacientes com câncer, HIV, doenças neurológicas, como esclerose múltipla, doença de Parkinson, doença de Huntington e epilepsia, doenças cardiovasculares, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, doença pulmonar obstrutiva crônica, além de doenças reumatológicas, como o lúpus eritematosos sistêmicos.

Estudos evidenciam a contribuição para o suicídio dos fatores genéticos e biológicos, em analogia aos fatores genéticos relacionados ao comportamento suicida, observa-se o aumento entre gêmeos monozigóticos do que entre dizigóticos. O risco é mais alto em indivíduos com transtornos mentais, incluindo esquizofrenia, transtornos depressivos maiores e transtorno bipolar, se agrava ainda mais em pacientes com transtornos do humor do que em parentes de indivíduos com esquizofrenia (SADOCK; VIRGÍNIA, 2007).

Ainda de acordo com Sadock; Virgínia (2007), os fatores biológicos podem contribuir para o risco de suicídio, uma vez que achados neuroquímicos revelaram alguma semelhança entre indivíduos com comportamentos agressivo, impulsivos e indivíduos que

completaram suicídio. Foram encontrados, níveis baixos de serotonina e de seu metabólito principal, o ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), em estudos *post-mortem* nos cérebros de indivíduos que completaram suicídio.

De acordo com o autor citado anteriormente, foram encontrados no líquido cérebro-espinhal de pessoas deprimidas que tentaram suicídio com métodos violentos. Estudos demonstram que álcool e outras substâncias psicoativas podem reduzir os níveis do 5-HIAA, conseqüentemente podem aumentar a vulnerabilidade para o comportamento suicida entre os já predispostos. A redução de níveis de serotonina pode ser um marcador e não o que leva a comportamentos agressivos ou suicidas.

4.5 FATORES DE PROTEÇÃO DO SUICÍDIO

Os fatores de proteção são menos estudados e na maioria das vezes, são dados não muito consistentes, porém de acordo com a ABP (2014, p.24), os principais fatores de proteção do suicídio incluem:

Autoestima elevada, bom suporte familiar, laços sociais bem estabelecidos com família e amigos, religiosidade independente da afiliação religiosa e razão para viver, ausência de doença mental, estar empregado, ter crianças em casa, senso de responsabilidade com a família, gravidez desejada e planejada, capacidade de adaptação positiva, capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva, além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Segundo Prieto (2007), os fatores de proteção correlacionam com os indicadores protetivos que se destacam: estabilidade emocional, autoimagem positiva e recursos de enfrentamento, diminuindo o risco suicida ou sua compulsão dos impulsos suicidas, fortalecendo as estratégias de enfrentamento do sujeito.

Tais fatores estão presentes no ambiente circundante ou mesmo nos indivíduos, podem estar conectados com fontes de prazer que não estão facilmente acessíveis, mas que têm possibilidade de serem retomadas, como contatos gratificantes com familiares, amigos, colegas, emprego ou ocupações interessantes (ABREU et al., 2010).

Os importantes fatores de proteção que fornecem proteção contra o comportamento suicida estão voltados para os Padrões familiares através do bom relacionamento com familiares e a manutenção e disponibilidade do apoio familiar, além da personalidade e estilo cognitivo, boas habilidades/ relações sociais, confiança em si mesmo, em suas conquistas e

sua situação atual, capacidade de ofertar ajuda quando o indivíduo a procura ou quando surgem dificuldades (OMS, 2008).

As Diretrizes da Organização Mundial de Saúde para a prevenção do suicídio estabeleceram uma das suas diretrizes estratégicas para o fortalecimento social: melhorar os serviços de atenção à saúde, promovendo o reforço e o apoio social com intuito de reabilitação de pessoas com comportamento suicida (OMS, 2004).

Porém Abreu et al. (2010), afirma que deve realizar ações que auxiliam na prevenção do comportamento suicida que visam à promoção da saúde mental, como grupos de autoajuda e a criação de condições psicossociais que estimulem a participação da comunidade por meio de atividades educativas que integrem socialmente os indivíduos, promovendo um estilo de vida saudável.

4.6 AÇÕES DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

O conhecimento dos fatores de risco e intervenções é fundamental para a enfermagem aplicar ações preventivas para o comportamento suicida, dentre elas a conscientização da comunidade, pois trazem benefícios para a comunidade e profissionais de saúde, garantindo um cuidado seguro e tecnicamente orientado, contudo, é necessária a sensibilização dos profissionais de saúde para a aplicação de estratégias de acolhimento e vínculo para a identificação dos fatores de risco, bem como a estruturação de ações em saúde mental (ABREU et al; 2010).

Partindo desse pressuposto, é possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio (OMS, 2008).

O papel do enfermeiro frente a prevenção do suicídio é uma situação particular para cada profissional, pois envolve as questões sociais, culturais e psicológicas envolvidas durante a assistência ao paciente que tenta o suicídio. Contudo, as ações da enfermagem permeiam em identificar os mais precocemente sentimentos de depressão, desesperança, desamparo, desespero e dar à pessoa esperança e certeza de um suporte nessa situação (SILVA, 2009).

As intervenções da equipe de enfermagem frente a situações de risco para o suicídio consistem em acolher o cliente em local seguro para ambos, fazer a anamnese, o exame do estado mental, avaliar e classificar o risco para o suicídio, construir uma rede de apoio

juntamente com serviços especializados, familiares, cuidadores e o plano de tratamento deve ser flexível e passar por revisões periódicas (REISDORFER et al, pag. 301, 2015).

Ainda Silva (2013) complementa que é necessário realizar notificação, encaminhamento, marcar consultas de enfermagem, consultas médicas ou especializadas, visitas domiciliares, atendimento humanizado, atender o paciente na sua integralidade e atuar na promoção da saúde mental, prevenção do suicídio e recuperação do paciente.

As pessoas que pensam sobre suicídio em geral falam sobre isso, entretanto, existem alguns sinais que o enfermeiro deve procurar na história de vida e no comportamento das pessoas, esses sinais indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida. Conforme a OMS (2008, p.57), deve-se ficar mais atento com aqueles que apresentam:

Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social, doença psiquiátrica, alcoolismo, ansiedade ou pânico, mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia, mudança no hábito alimentar e de sono, tentativa de suicídio anterior, odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha, uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc., história familiar de suicídio, desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, sentimentos de solidão, impotência, desesperança, cartas de despedida, doença física crônica, limitante ou dolorosa e menção repetida de morte ou suicídio.

Em relação a abordagem do paciente, Stuart; Laraia (2006), menciona que o profissional de saúde deve realizar as seguintes perguntas: Como você se sente ultimamente? Existem muitos problemas na sua vida? “O que tem tentado fazer para resolvê-los? ”, em geral essas perguntas abrem espaço para as pessoas falarem de si mesmas e de como estão lidando com as dificuldades.

Quadro 3: Investigação do Nível do Risco de Suicídio

Comportamento ou Sintoma	Intensidade do Risco		
	Baixo	Moderado	Alto
Ansiedade	Leve	Moderada	Alta ou estado de pânico;
Depressão	Leve	Moderada	Grave;
Isolamento/retraimento	Alguns sentimentos de isolamento; ausência de retraimento;	Alguns sentimentos de desesperança e retraimento;	Desesperança, retraimento e autodepriação; isolamento;
Funcionamento da vida diária	Efetivo; em crianças, bons conceitos na escola; amigos próximos; nenhuma tentativa anterior de suicídio; Emprego estável;	Mal-humorado; em crianças, conceitos variáveis na escola; Alguns Amigos; Ideias anteriores de suicídio;	Depressivo; em crianças, com conceitos escolares insatisfatórios; Poucos ou nenhum amigo mais próximo; Tentativas anteriores de suicídio; História profissional errática ou insatisfatória;

Estilo de vida	Estável;	Moderadamente estável;	Instável;
Uso de álcool/drogas	De pouco frequente a excessivo;	De frequente a excessivo;	Abuso Contínuo;
Tentativas de suicídios Prévias	Nenhuma ou de baixa letalidade (poucos comprimidos);	Uma ou mais (comprimidos, corte superficial nos pulsos);	Uma ou mais (frasco inteiro de comprimidos, armas, enforcamento);
Eventos associados	Nenhuma ou apenas uma discussão;	Em criança, ação disciplinar; em criança, conceitos escolares cada vez mais baixos; Problemas profissionais; Doença em família;	Gravidez;
Finalidade do ato	Nenhuma ou sem clareza;	Alívio de vergonha ou culpa para punir outra pessoa ou para obter atenção;	Desejo de fugir; Fuga para Unir a falecidos; Doença debilitante;

Continuação....

Reação e estrutura familiar	Reação de apoio; Família Intacta; Bom enfrentamento e saúde mental; nenhuma história de suicídio;	Reação mista; divorciado e separado; costuma enfrentar e compreender;	Com raiva e sem apoio; Desorganizado; Rígido e abusivo; História de suicídio familiar;
Plano de suicídio (forma, local, horário)	Ausência de um plano	Ideias frequentes, ideias ocasionais sobre um plano;	Plano específico.

Fonte: Carpenito (2006).

Segundo Stuart; Laraia (2006), a partir da avaliação, se a pessoa demonstra estar cansada de viver, parece estar querendo fugir, acha a morte atraente, ou quando a equipe de saúde suspeita que exista a possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados: estado mental atual – parece estar sob o efeito de alguma substância. Apresenta discurso coerente, porém com pensamentos sobre morte e suicídio, além do plano suicida atual – quão preparada à pessoa está, grau de planejamento e quão cedo o ato está para ser realizado, sistema de apoio social da pessoa (família, amigos, etc.).

Os profissionais de enfermagem devem identificar o comportamento suicida, identificar o risco, tomar uma decisão crítica para uma intervenção, com objetivo de remover ou tratar os fatores de risco e proteger o paciente da autoagressão e tomar medidas para segurança da equipe (AZEVEDO, 2012).

Segundo Carpenito (2006), a intervenção da enfermagem frente ao suicídio está voltada para as avaliações quanto ao nível do risco atual do suicídio: se alto, moderado ou baixo. Investigando o nível do risco a longo prazo: deve-se observar o estilo de vida, a letalidade do plano, desenvolver mecanismo de enfrentamento habituais, além disponibilizar o apoio, estabelecer limites para pensamentos sobre suicídio ou tentativas anteriores e proporcionar o enfrentamento e alternativas ao cliente.

A intervenção em casos de suicídio ou de ideação suicida torna-se a prioridade no atendimento de enfermagem. O enfermeiro assume um papel de autoridade para ajudar o cliente a permanecer seguro (VIDEBECK, 2012). Com isto é necessário que o enfermeiro planeje e execute uma assistência voltada especificamente para a prevenção do suicídio aos indivíduos que apresentarem esse risco.

Para que os profissionais de enfermagem realizem uma assistência adequada e de forma específica para essa clientela, é necessário que o profissional enfermeiro utilize o planejamento como método de realizar suas ações.

Quadro 4 – Método de Construção do Plano de Intervenção na Prevenção do Suicídio.

Plano de Enfermagem	Descrição
Estabelecer relação terapêutica	A relação terapêutica comunica aceitação do indivíduo fora o ato inaceitável do suicídio. Se pelo menos uma pessoa conseguir estabelecer sintonia com o cliente, esta pode bem ser a melhor proteção em relação ao suicídio.
Comunicar a outros membros da equipe o potencial de suicídio	Quaisquer indicações de potencial suicida, por mais insignificantes que possam parecer, devem ser relatadas a todos os membros da equipe. Indicações sutis podem revelar a intenção e depois do fato ocorrido é demasiado tarde para se determinar que o cliente não estivesse brincando em relação ao suicídio.
Ficar com a pessoa	Ofereça um cuidado vigilante e dê à pessoa um sentimento reconfortante de que vai ser providenciado o controle até que ela consiga recuperar o autocontrole, a presença da enfermeira transmite apoio à pessoa suicida durante toda a crise suicida.
Aceitar a pessoa	Demonstre uma consideração positiva incondicional, isto é, comunique ao indivíduo: “eu me importo com você e lhe aceito pelo simples fato de que você é um ser humano”. A não ser que o potencial de suicídio seja extremamente agudo, não isole inteiramente a pessoa dos outros e nem o prive de todos os pertences pessoais. Não deixe, porém, de tornar seguro o ambiente.
Ouvir a pessoa	Depois que o cliente percebe que a enfermeira tem interesse por ele e o aceita, a enfermeira deve encorajar o cliente a identificar, examinar e compartilhar a origem da atual dor emocional. O risco de suicídio pode diminuir se o indivíduo sentir que alguém o ouve e compreende o que ele está sentindo. Explore com o cliente outros que poderiam estar disponíveis para dar apoio.
Obter um contrato de não suicídio	Faça o cliente prometer (verbalmente ou por escrito) que ele não vai tentar o suicídio por um período especificado. Depois de transcorrido este período, obtenha outra promessa. Isto dá à enfermeira e aos outros profissionais algum tempo para ajudar o cliente. Isto também pode dar ao cliente um sentimento de alívio, por expor claramente a idéia de suicídio e discuti-la num ambiente sem críticas e com um indivíduo de confiança.
Dar à pessoa uma mensagem de esperança	Após ouvir a expressão de dor emocional do cliente, encoraje-o a aceitar a mensagem otimista de que a vida pode ser melhor. Discuta as possíveis alternativas disponíveis para a resolução dos problemas dolorosos e comunique ao cliente que, embora o processo possa ser muito difícil, ainda há efetivamente alguma esperança

Dar à pessoa alguma coisa para fazer	Atividades significativas que liberem a tensão e a raiva podem beneficiar o indivíduo, proporcionando um meio para a expressão de hostilidade e agressividade de maneira construtiva. Grandes atividades motoras, como jogar vôlei, trabalhar com argila e consertar, encerrar e dar acabamento a móveis são as melhores para isto. Também é importante que o indivíduo retome a participação independente em atividades da vida cotidiana. Atividades como aquelas que promovem a realização e um sentimento de pertencer a um grupo aumentam os sentimentos de valor pessoal, pois o indivíduo se envolve novamente nas interações da vida.
--------------------------------------	---

Fonte: Towsend (2002, p.56).

Observa-se que a autora recomenda que o aspecto mais importante do cuidado de pessoas suicidas é a provisão de um ambiente terapêutico e de carinho.

Com isto é importante que os enfermeiros reconheçam a necessidade do conhecimento farmacológico, de saúde mental, das ciências da saúde em geral, do saber técnico científico, da capacidade de criação de vínculo e do autoconhecimento para a realização do atendimento a usuários com comportamento suicida (KOHLRAUSCH et al; 2008).

4.6.1 Processo de Enfermagem ao Cliente com Comportamento Suicida

A aplicação do processo de enfermagem aos clientes suicidas é necessária levar em consideração alguns dados como os demográficos, sintomas iniciais do comportamento, ideia, crise ou ato suicida, diagnóstico médico-psiquiátrico, histórico familiar, se está em tratamento e quais medicamentos em uso. Após, levantamentos dos dados, realizar a avaliação submetendo-os ao grau de risco ao suicídio (TOWNSEND, 2002).

Ao considerar um diagnóstico de enfermagem de comportamento autodestrutivo ou suicida a enfermagem deve agregar informações sobre a eminência da atividade perigosa do paciente, considerar as informações obtidas na avaliação para identificação correta das necessidades do paciente quanto à intervenção, sendo essencial a validação do diagnóstico de enfermagem (STUART; LARAIA, 2006).

Ainda de acordo com Stuart; Laraia (2006), a preocupação primária é comunicar, pelo diagnóstico, o nível de proteção de que o paciente necessita, e ainda, ter cautela para a determinação do nível de risco, pois é melhor superestimar o nível de risco do paciente do que permitir a ocorrência do suicídio ou danos graves.

O Diagnóstico de Enfermagem para Risco de suicídio é definido quando o indivíduo está em risco de matar-se. O suicídio pode ser violento e não violento, sendo que o termo

violento pode induzir a não detecção devido à crença de que o suicida não é capaz de atos de violência, denotando assim, que o indivíduo em alto risco de suicídio tem a necessidade de proteção (CARPENITO, 2006).

Os diagnósticos primários de enfermagem da NANDA para as respostas desadaptadas de autoproteção, atualmente suicídio, são os riscos para automutilação e potencial para a violência dirigida contra si própria, sendo necessários associar outros diagnósticos de enfermagem, devido ao comportamento autodestrutivo dos pacientes (STUART; LARAIA, 2006).

Ainda de acordo com os autores citados acima, os diagnósticos de enfermagem para os pacientes suicidas estão correlacionados aos diagnósticos médicos, como exemplos, transtorno bipolar, transtorno depressivo maior, falta de adesão ao tratamento, esquizofrenia, transtorno por uso de substâncias psicoativas, relacionados a respostas de autoproteção ou suicídio.

Para tais diagnósticos médicos, os diagnósticos de enfermagem podem ser: adaptação prejudicada, ansiedade, distúrbios da imagem corporal, enfrentamento ineficaz comprometido, enfrentamento individual comprometido, negação ineficaz, distúrbios da auto-estima, risco para mutilação, angústia espiritual, risco para violência (STUART; LARAIA, 2006).

Carpenito (2006), relata que para a elaboração do plano de cuidados na enfermagem, é necessário saber o diagnóstico médico principal para que alcance os objetivos propostos, deve conter as metas, intervenções e diagnósticos de enfermagem (os diagnósticos de enfermagem são reais, de risco e de bem-estar).

Com isso a equipe de enfermagem deve ter um bom vínculo com o assistido o que possibilitará a identificação de fatores de risco para o suicídio e, conseqüentemente, sua prevenção. A atuação desses profissionais tem a finalidade de promover mudanças no estilo de vida, analisar o ambiente onde o usuário encontra-se inserido, procurar fatores de risco, ajudar na identificação e tratamento de injúrias que possam trazer complicações e auxiliar na inserção dos usuários que tentaram o suicídio na comunidade (TREBEJO; TREBEJO, 2000).

Entretanto de acordo com os autores citados anteriormente, faz-se necessária a educação e a capacitação de profissionais que atuam na atenção primária à saúde para auxiliar na detecção de fatores de risco para suicídio, principalmente a depressão, prevenindo tentativas de suicídio.

O profissional de saúde deve encontrar alguma forma de aumentar o desejo pela vida, fornecendo, se possível, auxílio no momento do impulso suicida. O estabelecimento de

um contrato de não suicídio entre o profissional, usuário e família pode ser firmado, visando à manutenção da vida (OMS, 2006).

Os profissionais de enfermagem devem identificar o comportamento suicida, identificar o risco, tomar uma decisão crítica para uma intervenção, com objetivo de remover ou tratar os fatores de risco e proteger o paciente da autoagressão e tomar medidas para segurança da equipe (AZEVEDO, 2012).

É possível prevenir o suicídio, desde que, entre outras medidas, os profissionais de saúde, de todos os níveis de atenção, estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio (OMS, 2008).

Considerando o exposto neste tópico apresentaremos na tabela abaixo as ações de enfermagem ao cliente no comportamento suicida.

Tabela 01 - Ações de Enfermagem

1. Ações que visam atender o paciente na sua integralidade;
2. Atuar na promoção, prevenção e recuperação;
3. Realizar acolhimento;
4. Atendimento humanizado;
5. Ouvir os anseios e medos do paciente;
6. Gerar um vínculo paciente-enfermeiro;
7. Proporcionar esperança, amor, segurança, suporte e não julgar;
8. Agendamentos de consultas médicas;
9. Visitas Domiciliares;
10. Consultas de Enfermagem;
11. Avaliar o estado mental;
12. Anamnese: História de vida, familiar e clínica;
13. Identificar fatores de risco e sinais do comportamento suicida;
14. Avaliar o nível do risco de suicídio: Baixo, Moderado ou alto;
15. Tomar decisão crítica para uma intervenção;
16. Diagnóstico de Enfermagem;
17. Notificação;
18. Encaminhamento;
19. Revisões periódicas do paciente;

20. Auxílio no uso de medicação conforme a prescrição médica;
21. Monitoramento desse paciente (Cuidado Vigilante);
22. Planejar intervenção de prevenção para o paciente, família e comunidade;
23. Proteger o paciente de autoagressão;
24. Estabelecer contrato de não suicídio;
25. Executar método de ações preventivas com paciente;
26. Promover mudanças no estilo de vida do paciente;
27. Estabelecer medidas para segurança da equipe de enfermagem;
28. Inserir o paciente na comunidade;
29. Apoio emocional ao paciente;
30. Estabelecer relação terapêutica;
31. Educação e capacitação em saúde mental para profissionais de saúde;
32. Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem;
33. Conscientização da comunidade;

Fonte: Corrêa e Silva (2015).

DISCUSSÃO

O sofrimento mental representa um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sendo um fenômeno existente ao longo de toda história da humanidade, na qual tem vários fatores e teorias ligadas ao transtorno mental e principalmente ao suicídio. É evidente que o indivíduo que tenta o suicídio apresenta desesperança, desespero, desamparo e impulsividade nesse processo de desenvolvimento do comportamento suicida.

Portanto é fundamental que o enfermeiro durante a construção da sua formação, detenha de conhecimentos e estudo aprofundado sobre o tema, afim de compreender o ser subjetivo que existe por trás do sofrimento, com intuito de desenvolver ações de prevenção frente ao suicídio.

Partindo dessa reflexão inicial, Haqqi (2008), relata que o suicídio é um fato social de repercussões subjetivas e se caracteriza como um importante problema de saúde pública.

Para Meneghel et al. (2004), o suicídio configura uma situação complexa, com múltiplos fatores associados, que mudam de acordo com a cultura, o momento histórico e o grupo social, sendo considerado um tema tabu em muitas sociedades.

Observa-se que Haqqi (2008), e Meneghel et al (2004), afirmam que apesar da evolução histórica da humanidade, bem como sua cultura, o suicídio é configurado como um problema emergente ainda atual e bastante evidente nos dias atuais.

O risco de suicídio vem aumentando nos últimos anos, conforme Bertolote et al; (2005), o risco de suicídio aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempo menores entre essas tentativas.

Ainda de acordo com Bertolote et al; (2005), dentre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de autoextermínio, estima-se que 30% a 60% tiveram tentativas prévias e que 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano. As taxas de prevalência de tentativas de suicídio ao longo da vida variam de 0,4% a 4,2%.

Segundo Botega; Mauro; Cais (2004), existe um dado importante que se deve estar atento, cerca de 15 a 25% das pessoas que tentam o suicídio, tentarão novamente se matar no ano seguinte, e 10% das pessoas que tentam o suicídio, conseguem efetivamente matar-se nos próximos dez anos.

Levando em consideração os fatores de risco para o suicídio, nota-se que tanto Bertolote et al; (2005), como Botega; Mauro; Cais (2004), alegam que o indivíduo que tem um histórico prévio de tentativa de suicídio, apresenta um forte fator para tentar novamente.

Conforme Botega (2010), um dos fatores de risco para o suicídio está relacionado aqueles indivíduos portadores de doenças mentais, pois há evidências que quase todos os suicidas possuem sofrer de um transtorno mental e que na maioria das vezes não é diagnosticada, e assim não tratada ou tratada de forma inadequada.

De acordo com Braga; Dell'Aglio (2013), os principais fatores de risco para o suicídio são as doenças mentais, os distúrbios psiquiátricos e ainda o abuso de substâncias ou drogas.

Nota-se que não existe um único fator de risco, existe vários fatores relacionado ao suicídio, porém as pesquisas demonstram que a tentativa prévia de suicídio e a existência de um transtorno mental, torna-se fatores importante para que o indivíduo tente o suicídio.

De acordo com a OMS (2008), as atribuições da assistência à saúde do paciente suicida estão voltadas para a prevenção em todos os níveis de atenção, assim estejam aptos a reconhecerem os fatores de risco presentes, a fim de determinarem medidas para reduzir tal risco e evitar o suicídio.

Entretanto conforme Brasil (2006), é necessário implementar de maneira efetiva com seriedade a política nacional de saúde mental em todas as governanças e com compromisso de estabelecer políticas públicas para alcançar indicadores satisfatórios nesta área.

Nota-se que tanto o Ministério da Saúde (2006), como a Organização Mundial de Saúde (2014), afirma que é importante que os profissionais de saúde estejam atentos ao suicídio, além de realizem ações de prevenção do mesmo, com intuito de promover a vida e a saúde.

Partindo desse pressuposto, é fundamental adotar medidas preventivas, bem como capacitar os profissionais que estão diretamente envolvidos na assistência à saúde mental, além de estabelecer estratégias voltadas a sensibilização do tema, de maneira a contribuir com o cuidar de maneira humanizada, para promover a qualidade de vida do paciente e de sua família.

Nesse sentido, Cont. et.al., (2012), em um estudo de caso realizado no programa de promoção à vida e prevenção ao suicídio no município de Candelária (RS), verbaliza que são realizadas atividades terapêuticas com grupos, assistência e atendimento tanto ao paciente como de sua família e diversas oficinas que inclui artesanato, músicas, culinária e pinturas. Silva (2013) acrescenta ainda que as ações devem ser desenvolvidas no sentido também, de ajudar a família, e isto requer que o profissional enfermeiro analise seus conceitos diante da temática morte para estar preparado de modo a atender a pessoa e seus familiares com tranquilidade, principalmente nas necessidades emocionais.

A enfermagem deve atender aquelas pessoas com comportamento suicida de maneira integral. Nisto Azevedo et. al., (2005) afirma o mencionado acima, citando que as ações de enfermagem devem atender o paciente em sua totalidade no intuito de prevenir as tentativas de suicídio. Conte et. al., (2012) colabora com estas afirmações referindo que deve ser de maneira individual e com atendimento incluindo a família.

Algumas intervenções precisam ser inseridas pelos profissionais como método de aumentar a autoestima deste público. Segundo Ceccon et. al., (2012), é fundamental que se identifique precocemente a vontade de cometer suicídio, e com isto estabelecer ações que mudem o comportamento e assim motivar estas pessoas a desenvolver aptidões e interesse pela vida, compreendendo e aprendendo a suportar as diversas situações do dia a dia.

A Organização Mundial da Saúde (2008), propõe algumas ações que devem ser desempenhadas pelos profissionais enfermeiros. Kohlrausch (2008), colabora explanando que deve ser com empatia, para identificar o grau de risco em que se encontra e pessoas que possam auxiliar e prevenir o ato. Contribuindo com a informação do autor, Silva (2009), alerta que os enfermeiros devem acima de tudo reconhecer os principais sinais que demonstram o comportamento suicida, e conseqüentemente abordar o paciente da maneira mais adequada.

A pessoa com comportamento suicida demonstra desde as intenções não letais até o ato de consumação do suicídio. Silva et. al., (2012) relata que todo tipo de manifestação que, direta ou indiretamente, apresente algum tipo de conduta suicida, deve ser dada a devida importância pelo enfermeiro. Concordando com Silva e contribuindo com mais informações, Buriola (2011) acrescenta que o atendimento a estas pessoas deve ser realizado de modo a avaliar todas as dimensões: física, psicossocial, mental, espiritual, trauma, comportamentos aditivos e auto agressivo.

A abordagem de um profissional da saúde frente aos pacientes que apresentam distúrbio de comportamento, de acordo com Santos et. al., (2012) demanda de intervenções técnicas e da interação entre os profissionais. Silva (2013), corrobora com a afirmação, referindo que uma intervenção adequada poderá mudar a desejo de uma pessoa pela morte. O autor acrescenta ainda que estas interferências serão de grande contribuição para minimizar os casos, e descreve como sendo: comunicação interpessoal, proporcionar segurança, esperança e empatia, realizar observação da pessoa em todos os níveis, realizar trabalhos em grupos, realizar diversas atividades terapêuticas, apoiar a família e realizar monitoramento do quadro do paciente.

Apesar de todas as dificuldades que o tema suicídio provoca na sociedade, este deve ser norteado através de ações que envolvam o contexto social e familiar. De acordo com Botega (2006), este acrescenta que as atividades precisam ser direcionadas especificamente para a área saúde mental, e os profissionais devem implementar sua assistência com acolhimento, atenção, demonstrando interesse e preocupação para resgatar do indivíduo anseios de esperança perante sua vida.

Colaborando com a afirmativa acima, Lis; Oliveira; Coutinho (2006) fornecem elementos para subsidiar ações a serem realizadas pelos enfermeiros de modo a atuar na prevenção do suicídio, ressaltando que este profissional é elo com o paciente. Devem estabelecer estratégias de educação para levar conhecimento de todo contexto saúde mental a população, intensificando as orientações naquelas pessoas de maior risco e estabelecer um plano para realizarem trabalhos de reavaliação regularmente, visando a promoção, prevenção e recuperação das pessoas com comportamento suicida.

A equipe de enfermagem deve deter de conhecimento técnico e científico para abordar o paciente em situação de risco para o suicídio. Concordando com esta afirmativa, Reisdorfer (2015), descreve alguns itens que merecem atenção no processo de acolhimento: primeiramente ouvir os anseios do paciente, aproveitar neste momento para realizar a coleta de dados ou seja, realizar anamnese sobre o paciente; segundo detectar o diagnóstico do paciente com análise no estado mental e o risco de suicídio e interpretação dos dados para identificar os possíveis problemas para intervenções; terceiro, com o diagnóstico traçar um plano de ação com o objetivo de resolver o problema do paciente; quarto passo realizar a efetiva ação em consequência do diagnóstico e dos problemas identificados no processo, e finalmente realizar a avaliação detectando em que estágio o paciente se encontra e se as ações de enfermagem estão produzindo bons resultados. Após avaliação e classificação de risco de suicídio e necessário encaminha para especialista psiquiátrica.

Nesse sentido, o autor Kohrausch et al (2008) destaca que dentre as intervenções realizada pelas enfermeiras são escuta, acolhimento, orientação aos familiares, agendamento de consultas médicas, visitas domiciliares, consultas, identificação do risco para o suicídio, auxílio no uso das medicações com prescrição médica, conscientização da comunidade, verificação histórica prévia de comportamento suicida e incentivo a socialização.

Para Santos et. al., (2012), a intervenção ao suicídio também inclui outros componentes que são de suma importância no processo: comunicação interpessoal, oferecer segurança, suscitar segurança, realização dos trabalhos em equipe, demonstrar atenção, oferecer trabalhos terapêuticos diferenciados e proporcionar apoio aos familiares. Nesta linha

de pesquisa, Ceccon et al. (2012), acrescenta que é imprescindível que os profissionais estejam devidamente qualificados, pois assim poderão identificar e compreender em sua totalidade o paciente proporcionando uma assistência humanizada.

A ações de enfermagem bem como a assistência deve ser orientada para a integralidade, nisto Buriola et al., (2011) enfatiza o preparo e a habilidade técnica, de modo a oferecer um atendimento aqueles indivíduos que tentaram o suicídio com empatia, evidenciando sua competência na abordagem, pois literaturas afirmam que estas pessoas são estigmatizadas e a ausência do relacionamento interpessoal prejudica a qualidade do acolhimento.

No estudo apresentado verificou-se a carência de trabalhos realizados na Região Norte direcionados a prevenção do suicídio por parte dos profissionais da enfermagem, mesmo com os números desta violência aumentando. É primordial que os órgãos responsáveis, realizem mais projetos e ações voltados ao tema, para assim poderem trabalhar com foco na prevenção, principalmente da população jovem, na qual o número de adolescentes é bastante preocupante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa, percebeu-se a magnitude deste tema, e como é difícil analisá-lo, pois, estudar suicídio é um assunto muito delicado, uma vez que este conteúdo causa medo receio pelas pessoas. Proporcionou adquirir mais conhecimentos, para lidar com a saúde mental daquelas pessoas necessitadas e reforçar que os profissionais devem ser capacitados para o cuidado na área.

O papel do enfermeiro, e em especial aquele que atua especificamente na saúde mental, precisa ter empatia para distinguir a conduta e os pensamentos de autodestruição das pessoas, e assim atuar com intervenções de prevenção, e isto não está só fundamentado em teorias, mas também na sensibilidade e humanização dos sentidos. As medidas terapêuticas adotadas pelos profissionais de saúde, devem ser direcionadas a proporcionar a integralidade da assistência ao paciente de modo a atender todas as necessidades biopsicossocial.

O processo de cuidar da equipe de enfermagem precisar apresentar postura de compreensão e não de julgamento pelo comportamento de atentar contra sua própria vida. Este profissional deve ser o elo que irá estabelecer confiança e segurança com todas as pessoas envolvidas no cenário, para resultar de maneira positiva no tratamento e reabilitação do indivíduo que apresentou desejo de morte.

Deste modo, esta pesquisa foi importante para focar na temática e realizar mais estudos sobre o assunto, para detectar novas técnicas que servirão de intervenções e proporcionar meios nas ações de cuidado e conseqüentemente melhorar o atendimento à população que apresenta comportamento suicida.

REFERENCIAS

- ABREU, K.P; SOARES, J.S.F. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc Cuid Saude**, Out/Dez; 7(4):468-47, 2008. Disponível em: < file:///C:/Users/Kuelle/Downloads/6628-20904-1-PB.pdf > Acesso em: 02 Dez 2015.
- ABREU, K.P. et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(1):195-200. Disponível em: < https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf> Acesso em: 12 Dez 2015.
- ALMEIDA, A. N. S. Cuidado Clínico de Enfermagem na Saúde Mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. Vol. 10. N 1. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, 2009. p. 10-14.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA – ABP. **Suicídio: informando para prevenir**. Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014.
- AZEVEDO, E. G. **A abordagem ao suicídio no SUS**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília, 2010. 108 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio. **Prevenção do Suicídio: Manual Dirigido a Profissionais da Saúde em Centros de Atenção Psicossocial**. Abril, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf> Acesso em: 20 out 2015.
- BERTOLOTE, J. M.; SANTOS, C. DE M.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP). Botucatu, SP. Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol 32 • Supl II, out 2010.
- BASTOS, R. L. Suicídios, Psicologia e Vínculos: Uma Leitura Psicossocial. **Psicologia USP**, São Paulo, 20(1), 67-92, janeiro/março, 2009. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S167851772009000100005&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 out 2015.
- BOTEAGA, N.J et al. **Prevenção do Comportamento Suicido**. 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442/1130>> Acesso em 20 set 2015.
- BOTEAGA, N.J. **Comportamento suicida em números**. 2010. Ano 2 . Nº1 . Jan/Fev de 2010. Associação Brasileira de Psiquiatria.

BOTEGA, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicologia USP*, 25(3), 231–236. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>> Acesso em: 10 Jan 2016.

BRAGA, L. DE L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Publicado na **Revista Contextos Clínicos**, vol. 6, n. 1, janeiro-junho 2013.

BURIOLA, A. A. et al. Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Revista da Esc. Anna Nery [online]**. 2011, vol.15, n.4, pp. 710-716. ISSN 1414-8145.

CECCON, et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** vol.17 n.8 Rio de Janeiro Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800013>. Acesso em: 05 Dez 2015.

CENTRO DE ENSINO SÃO LUCAS LTDA. **Manual para realização de trabalhos acadêmicos**. Porto Velho/RO, 2014

CERVO, A. L. et al. **Metodologia científica** 6ª edição pg. 60,61,62. 2007.

CARPENITO-MOYET, LYNDIA JUALL. Manual de diagnóstico de enfermagem. 13. Ed. – Porto Alegre: Artemed, 2006. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/rodrigobastos96/manual-de-diagnosticos-de-enfermagem-10-ed-carpenido>> Acesso em: 05 dez 2014.

CONTE, M et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2017-2026, 2012. Disponível em: < [file:///C:/Users/Downloads/8%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Downloads/8%20(3).pdf)> Acesso em: 22 Dez 2015

FERREIRA, F. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Globo, 2008.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. Site Psicologia diferente. 1917. Disponível em: <<https://carlosbarros666.files.wordpress.com/2010/10/lutoemelancolia1.pdf>> Acesso em: 01 dez 2015.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora

HECK, R.M. et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; 21(1): 26-33, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>> Acesso em: 01 dez 2015.

JUNIOR, A.F. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, 02(01), Salvador, Bahia, 2015. Disponível em: < <http://revpsi.org/wp-content/uploads/2015/04/Ferreira-Junior-2015-O-comportamento-suicida-no-Brasil-e-no-mundo.pdf>> Acesso em: 10 Jan 2016.

KAPLAN, H. I, SADOCK, B. **Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre (RS): Editora Artes Médicas, 2007.

KOHLRAUSCH, E. et al. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc Cuid Saude**, 2008 Out/Dez; 7(4):468-475. Disponível em: <file:///C:/Users/Downloads/6628-20904-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 02 jan 2016

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. Fundamentos de metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

LINS, C.E; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M.F.C. Acompanhamento terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio. **Psychê** — Ano X — nº 18 — São Paulo — set/2006 — p. 151-166. Disponível em: <file:///C:/Users/Downloads/v10n18a15%20(1).pdf> Acesso em: 03 Dez 2015.

MACEDO, M. M. K.; WERLANG, B. S. G. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2007. **Psic.: Teor. e Pesq.** v.23 n.2 Brasília abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2>. Acesso em: 10 out 2015

MACIEL, K.V.; CASTRO, E.K.C.; LAWRENZ, P. Os motivos da escolha do fogo nas tentativas de suicídio realizadas por mulheres. **Temas psicol.** vol.22 no.1 Ribeirão Preto abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-15>. Acesso em: 08 Jan 2016.

MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª Edição. São Paulo: Atlas, 2010.

MERCK SHARP; DOHME. Manual Merck. **Comportamento Suicida**. Biblioteca Medica On Line. Portugal. 2015. Disponível em: <http://www.manualmerck.net/?id=111>. Acesso em: 01 set 2015.

NAVARRO, M.C.C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov.-dez;20(6):[08 telas], 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/pt_19.pdf> Acesso em: 03 dez 2015.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Série: Prevenção do suicídio: uma série de recursos**. 1.Suicídio — prevenção e controle. 2. Tentativa de Suicídio – prevenção e controle. 3.Aconselhamento. I. Organização Mundial de Saúde. II. Genebra, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf>. Acesso em: 13 set 2015.

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do Suicídio – Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Tradução in Brasília (DF): Ministério da saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf>. Acesso em 13 de outubro de 2015 às 15:00 hs.

PALLARES, P. A., BAHLS, S. O suicídio nas civilizações: uma retomada histórica. 2003. **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, 97(84-85). Recuperado em 20 abril, 2010. Disponível em: <<http://www.aperjrio.org.br/publicacoes/revista/2003/suicidio.asp>>. Acesso em: 11 set 2015.

PRIETO, D. Y. DE C. **Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto – relato**. 2007. 155 f. Tese (Doutorado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1781/3/Tese_Daniela%20Yglesias.pdf>. Acesso: 09 out 2015.

REISDORFER, N; ARAÚJO, G.M. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Revista Enferm UFSM**, Abril/Jun; 5(2): 295-304, 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/16790>> Acesso em: 12 nov 2015.

RIBEIRO, D. M. Suicídio: critérios científicos e legais de análise. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 423, 3 set. 2004. Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/5670>>. Acesso em: 11 dez. 2014.

SADOCK, B. J; VIRGÍNIA, A. S. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª Edição – Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTOS et. al.,. Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária. Caderno OE, Série 1, n. 4, 2012. ISBN - 978-989-8444-18-9. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mceesmp.pdf> Acesso em: 02 Dez 2015.

SCHLÖSSER, A; ROSA, G.F.C. Revisão: comportamento suicida ao longo do ciclo vital. Temas psicol. vol.22 no.1 Ribeirão Preto abr. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-11>>. Acesso em: 08 Jan 2016

SILVA, S.F. Suicídio e seu impacto no contexto familiar. **Rev Enferm UNISA** 2009; 10(1): 78-82. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-16.pdf>> Acesso em: 11 Dez 2015.

SILVA, M. M. D.A. **Suicídio - trama da comunicação**. 1992. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Católica de São Paulo - PUC, São Paulo, 1992. Disponível em: <www.avesso.net/suicidio.htm>. Acesso em 14 set 2015.

SILVA, S.L. **Ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao indivíduo com comportamento suicida**. 2013. Monografia apresentada como requisito parcial para colação de grau, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Enfermagem. Porto Alegre/Rio Grande do Sul, 2013.

SHIKIDA, C.; GAZZI; R. DE A. V.; JUNIOR, A. F. de A. **Teoria econômica do suicídio: estudo empírico para o Brasil**. 2006. P 1 – 22. Ibmec mg working paper – wp39.

SOUZA, et. al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n4/a10v60n4.pdf>> Acesso em: 08 Fev 2016

STUART, G. W; LARAIA, M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática**. Trad. Dayse Batista. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

TREBEJO AL, TREBEJO LAL. Comportamento del suicidio en ciudad de la Habana. Intervencion de enfermeria en la atencion primaria de salud. **Rev Cubana Enferm**. 2000;16(2):78-87.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VILELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):738-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600022&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 08 fev 2016.

WAISELFISZ, J. J. (2014). Os jovens do Brasil: Mapa da violência 2014. Brasília. Retrieved from. Disponível em: <<http://www.juventude.gov.br/juventudeviva>>. Acesso em: 08 Jan 2016.

WERLANG, B.S.G.; BORGES, V.R.; FENSTERSEIFER, L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. **Revista Interamericana de Psicologia**, Porto Alegre, PUCRS, 39(2), 259-266, 2005. Disponível em: <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03929.pdf>>. Acesso em: 03 set 2015.

WERLANG, B. G; BOTEGA, N, J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre, Artmed, 2004.