

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA
GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE**

**Curso de Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção,
Controle Social e Processos Educacionais**

**ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE EMERGÊNCIA A
INDIVÍDUOS QUE TENTARAM SUICÍDIO**

DANILO BERTASSO RIBEIRO

ORIENTADOR: MED. MS. MARCELO BORGES LEITE

PORTO ALEGRE

2013

O ACOLHIMENTO NAS UNIDADES DE EMERGÊNCIA A INDIVÍDUOS QUE TENTARAM SUICÍDIO ¹

Danilo Bertasso Ribeiro²

Marcelo Borges Leite³

RESUMO: Trata-se de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, tomando com referência os artigos científicos encontrados segundo o banco de dados da LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) no período de 2006 a 2013, com o objetivo de identificar a abordagem de acolhimento nas unidades de emergência a indivíduos que tentaram suicídio; caracterizar o perfil dos indivíduos atendidos na unidade de emergência; apresentar contribuições para o acolhimento na emergência aos indivíduos que procuram o serviço por tentativa de suicídio. Para análise dos artigos foi utilizada Análise Temática resultando na construção de três categorias: Caracterização do perfil e fatores contribuintes para a tentativa de suicídio de indivíduos atendidos nas emergências, Acolhimento nas unidades de emergências na percepção de quem tentou suicídio, Concepções e acolhimento dos profissionais das emergências aos indivíduos que tentaram suicídio. A baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais dos serviços induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada.

PALAVRAS CHAVE: tentativa de suicídio, emergência, acolhimento, saúde mental.

ABSTRACT: This is a literature review with a qualitative approach , taking with reference scientific articles found under the database LILACS (Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences) and SCIELO (Scientific Electronic Library Online) from 2006 to 2013 with the objective of identifying the approach in emergency care to individuals who attempted suicide ; characterize the profile of individuals seen in the emergency department , to provide contributions to the host in individuals seeking emergency service for attempted suicide. For analysis of the items was used thematic analysis resulting in the construction of three categories : Characterization of the profile and contributing factors for attempted suicide patients seen in emergency , Home Emergency units in the perception of those who attempted suicide , Conceptions and host of professionals from emergencies to individuals who attempted suicide .The low level of training of the care teams and the structural weaknesses of the services induce the professionals to act impersonally, with many difficulties on acting in a humane way.

KEY WORDS: suicide attempt, emergency, user embracement, mental health.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola do Grupo Hospitalar Conceição para obtenção parcial do título de Especialista em Saúde Mental.

² Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

³ Médico Psiquiatra, Mestre em Saúde Coletiva, Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um tema complexo e relevante presente na sociedade contemporânea, vem sendo investigado por diversas áreas do conhecimento que buscam compreender esse problema social no comportamento humano nos dias atuais. Estudos apresentam causas diversas para a ação suicida, bem como, maneiras de prevenção ao suicídio, no entanto, as situações de tentativa de suicídio ainda são presentes nas demandas da rede de atenção em saúde e na rede intersetorial de atenção a este agravo.

No ano 2000, a Organização Mundial de Saúde relatou que, aproximadamente, 1 milhão de pessoas morreu por suicídio, com uma taxa global de 16 por 100 mil habitantes. Isso representa 1 morte a cada 40 segundos (WHO, 2007). O suicídio é um fenômeno encontrado em diversos países, desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo a quarta causa de óbito entre a população de 15 a 44 anos (WHO, 2002). No que se refere às tentativas de suicídio, o número pode ser ainda mais preocupante. Estima-se que o número de tentativas supere o de suicídios em 40 vezes, dependendo da localidade (SCHMIDTKE et al., 1996).

O suicídio é caracterizado por ser uma emergência psiquiátrica, definido pela CID-10 (X-60 a X-84) como um óbito derivado de “lesões autoprovocadas intencionalmente” por diversos métodos (OMS, 2000). Relaciona-se etiológicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, religiosa, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até os genéticos e biológicos (ROY, 1999).

Ele representa a tentativa de resolução de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento, associado a necessidades não satisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e estresse insuportável, estreitamento das alternativas e busca pela fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2002). As atitudes suicidas com intenção de morte, sem levar ao óbito são denominadas tentativas de suicídio, e caracterizam como sendo os atos intencionais de autoagressão, sem resultar em morte (BRASIL, 2010).

Os índices de suicídio em alguns países como a China, a Suíça, a França e nos Estados Unidos estão em torno de 16/100.000 habitantes (h) (CATALDO et al., 2003). No Brasil, as taxas epidemiológicas são menores, em torno de 4,5/100.000h (BRASIL, 2006 b). No entanto, cabe destacar que existe uma disparidade nos estados brasileiros ao

que se refere aos óbitos por suicídio. O estado do Rio Grande do Sul (RS), por exemplo, possui um dos maiores índices de suicídios efetuados no Brasil, cerca de 10,7/100.000 h. A capital do estado, Porto Alegre (RS) apresenta em torno de 8,5/100.000h casos de suicídio (BRASIL, 2011).

Diante do crescente aumento dos episódios de suicídio no país, o Brasil criou em 2006 estratégias direcionadas a prevenção do suicídio. As Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, por meio da Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que permite através do artigo 2º:

I - desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde e de prevenção de danos, II - desenvolver estratégias de informação, de comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido, III - organização de linhas de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, IV - identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, assim como os fatores protetores e o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública, sem excluir a responsabilidade de toda a sociedade [...] (BRASIL, 2006 a).

Esta iniciativa do governo brasileiro encontra-se como um dispositivo positivo para a prevenção do suicídio no âmbito social. No entanto, os achados epidemiológicos destacam que os números de óbitos por esta causa vêm aumentando, ao invés de diminuir, atingindo diversas populações e faixas etárias, o que nos permite refletir sobre a implementação desta estratégia de prevenção no meio social e no setor da saúde.

O Manual de Prevenção ao Suicídio, dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental refere que os fatores considerados como de risco para o suicídio são os transtornos mentais; os aspectos sociodemográficos; psicológicos e as condições clínicas incapacitantes (BRASIL, 2006 b). Somam-se a isto, outros fatores que estão relacionados às situações de adição de drogas, eventos estressores, doenças terminais e depressão, além da história familiar, história pregressa do indivíduo, sexo e idade (MELEIRO et al., 2004).

As tentativas de autodestruição, bem como, os suicídios estão ligadas a uma série de fatores de risco que devem ser levados em consideração por profissionais de saúde, equipes de atenção básica, ambulatórios, internações e emergências, para que seja possível diagnosticar precocemente indivíduos que tenham ideação suicida, e acompanhar, de forma mais direta, aqueles que já tentaram o suicídio (BAPTISTA; BORGES, 2005).

A ação suicida é um sinal de alarme, que revela a atuação de fenômenos psicossociais complexos afetando pessoas que vivem sob tensão e que expressa de modo agudo o seu padecimento. Sendo assim, tentativa de suicídio apenas nomeia um comportamento, o diagnóstico a ser feito, em cada caso, de ser situacional. Para os profissionais de saúde, que se ocupam desses pacientes, uma revisão de atitudes e temores em relação ao comportamento suicida pode facilitar o caminho para um bom contato interpessoal com o paciente e o estabelecimento do vínculo terapêutico (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Cabe destacar, que a tentativa de suicídio é uma das causas mais frequentes de atendimento em urgências psiquiátricas (VANSAN, 1999). O serviço de urgência desempenha papel importante na intervenção e prevenção do suicídio, pois o paciente que tentou é vulnerável a novas tentativas (AVANCI et al.,2009). De acordo com Christiansen e Jensen (2007) o maior risco de morte por suicídio, em todas as idades observadas, costuma ocorrer durante o primeiro ano após uma tentativa. Tanto para aqueles que tentam pela primeira vez quanto para os repetidores, o primeiro ano constitui o período de maior risco. Isso tem uma importância especial, pois tanto a prevenção, quanto o tratamento deveriam ser intensificados nesse período. Assim, é importante o estabelecimento de vínculos interpessoais com o paciente, através da relação profissional de ajuda e de seus vínculos familiares e sociais (AVANCI et al.,2009).

Esse vínculo entre o paciente e o serviço de saúde deve se dar desde o acolhimento no serviço, e a emergência tem importante papel, pois é, muitas vezes, o primeiro recurso de saúde a ser procurado, constituindo-se, muitas vezes, no caso da tentativa de suicídio grave, a porta de entrada principal da rede de atenção a saúde mental. Conforme Vidal e Gontijo (2013) a maioria dos casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e demais profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo.

No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. Geralmente esses indivíduos são vistos como pertencendo a um grupo que exhibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular, e, a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada

e caracterizada por hostilidade e rejeição (PATTERSON, WHITTINGTON, BOGG, 2007; TAYLOR et al., 2009).

Esses comportamentos podem levar à diminuição dos cuidados por parte do profissional por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves. A percepção dos pacientes sobre os cuidados na emergência refletem essas atitudes negativas e o modo como o profissional aborda o paciente pode influenciar como a pessoa responderá ao cuidado oferecido (TAYLOR et al., 2009).

É importante lembrar que o acolhimento envolve a recepção do usuário, desde sua chegada, destacando-se a responsabilidade integral por ele, ouvindo suas queixas, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo-lhe uma atenção resolutiva (BRASIL, 2006).

O acolhimento é definido como: dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar créditos, receber, atender. Dessa maneira, o acolhimento como ato ou efeito de acolher, expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um estar “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006). Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo, ou alguém. É exatamente neste sentido de ação, de estar com ou está perto de, que o acolhimento constitui uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008).

Vale evidenciar que dentro da prática do acolhimento está a prática de escuta, que significa em um primeiro momento, acolher toda a queixa, ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não ter importância para o diagnóstico ou tratamento (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a escuta não é um simples ouvir, deve ser qualificada, comprometida e responsável. É por meio da escuta que o profissional atentará para as necessidades dos usuários e, em função dela, será iniciada a construção de vínculos. (BOSSATO et al., 2010).

A presente investigação justifica-se pela necessidade do indivíduo que tenta suicídio ter um acolhimento mais qualificado as suas demandas de sofrimento mental no âmbito dos serviços de saúde, em especial nos serviços hospitalares de emergência que recebem muitos pacientes que tentaram contra suas vidas. Além disso, acredita-se que por meio do mesmo, seja possível identificar a existência de obstáculos ao acesso na emergência, bem como, sugerir estratégias de atenção que possam favorecer o vínculo

com a equipe de profissionais de saúde e maior adesão ao tratamento nos serviços de emergência e na rede de atenção em saúde mental. A temática caracteriza-se pela sua complexidade no âmbito da sociedade e nos serviços de saúde, sendo de extrema relevância buscar as produções científicas que contribuem para entender esse problema social.

Diante do exposto, este estudo apresenta como questão de pesquisa: quais as produções científicas sobre acolhimento em unidades de emergência a indivíduos que tentaram suicídio?. E, como objetivos: identificar a abordagem de acolhimento nas unidades de emergência a indivíduos que tentaram suicídio; caracterizar o perfil dos indivíduos atendidos na unidade de emergência; e, apresentar contribuições para o acolhimento na emergência aos indivíduos que procuram o serviço por tentativa de suicídio.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa com abordagem qualitativa de caráter bibliográfico, realizada com a finalidade de identificar a produção do conhecimento acerca da temática em questão, tomando com referência os artigos científicos encontrados segundo o banco de dados da LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde em meio eletrônico e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) no período de 2006 a 2013. O recorte temporal se deu a partir de 2006, por este ser o marco de estratégia de atenção ao suicídio, por meio da publicação das Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio pelo Ministério da Saúde, Brasil.

Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados nos idiomas: português; inglês e espanhol oriundos de pesquisas realizadas no Brasil, artigos na íntegra e que se enquadravam no objetivo dessa pesquisa. Os critérios de exclusão foram: artigos que de caráter bibliográfico, dissertações, teses, resenhas e livros, bem como, os artigos que divergiam com o objetivo deste estudo.

Após a leitura dos artigos selecionados as informações foram registradas em um quadro para a coleta de dados o qual foi elaborado pelos autores. Foram registrados dados de identificação da produção (referências, objetivos, metodologia, área do conhecimento, natureza e tendência das produções).

Para a análise dos dados foi utilizada a Análise Temática proposta por Minayo (2010). Este método propõe três etapas para análise dos resultados: a pré-análise, a exploração do material e a interpretação. Os dados colhidos serão apresentados por categorias emergidas do processo de análise, discussão e interpretação dos resultados encontrados na pesquisa (MINAYO, 2010).

A pré-análise consiste no momento inicial de organização dos artigos selecionados. Nesta etapa foi necessário realizar a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação e reformulação de objetivos. A leitura flutuante compreende a leitura geral do material obtido seguida de diversas (re)leituras, a fim de obter um maior contato e entendimento das informações colhidas. Dessa forma, foi possível planejar e organizar as etapas seguintes da análise. A constituição do corpus foi o momento em que o pesquisador analisou a questão de pesquisa de forma global e compôs o corpus do estudo com as informações que foram realmente pertinentes. Realizou-se uma leitura exaustiva dos artigos obtidos na etapa anterior tendo como parâmetro a questão norteadora (MINAYO, 2010).

Na fase de exploração do material aconteceu a construção de unidades de registro e categorias através de leitura que buscou extrair a essência do texto. A partir desta leitura obteve-se o recorte dos elementos comuns aos conteúdos dos materiais e a construção de categorias para análise dos mesmos. Tais elementos fizeram parte das unidades de registro, que foram as palavras, as expressões, as frases e os enunciados, que se referem a temas e que deram o sentido ao conteúdo. Para identificar as unidades de registro foram realizados recortes direcionados pelos temas, localizando os núcleos de significados. Com base nessas unidades de registros identificados, é que se procedeu o processo de categorização. Nesta pesquisa, as categorias não foram pré-determinadas (MINAYO, 2010).

A fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação foram a etapa de indução de significados e interpretação do conteúdo recortado de acordo com o referencial teórico adotado. Nesta fase, reuniram-se as informações contidas nas unidades de registro com as impressões do pesquisador para que o produto final desta fase fosse o mais próximo possível da intencionalidade da produção do conhecimento acerca abordagem de acolhimento nas unidades de emergência a indivíduos que tentaram suicídio (MINAYO, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos artigos encontrados por meio da LILACS disponíveis na (BVS) e, também, na Biblioteca virtual do SCIELO, no período de novembro de 2013, foi realizado a pesquisa utilizando os seguintes descritores: tentativa de suicídio, emergência, acolhimento num recorte temporal de 2006 à 2013.

Inicialmente, com o descritor (tentativa de suicídio), foram identificados 558 artigos na LILACS, posteriormente foi feito a mesma busca também no SCIELO, resultando em 89 artigos, no total buscado nas duas bases de dados obteve-se o número de 647 artigos.

A seguir, foi realizado o refinamento dos 558 artigos encontrados no LILACS com o descritor (tentativa de suicídio) por ter sido o número elevado de produções encontradas com os descritores (emergência) e (acolhimento). Na LILACS com o cruzamento dos descritores (tentativa de suicídio “and” emergência) resultou no total de 60 artigos. Já com a junção dos descritores (tentativa de suicídio “and” acolhimento) obteve-se 05 artigos.

No SCIELO também foi realizado o mesmo cruzamento de descritores para refinar o grande número de estudos, com os descritores (tentativa de suicídio “and” emergência) teve-se o total de 09 artigos. Já com a junção dos descritores (tentativa de suicídio “and” acolhimento) acusaram-se apenas 03 artigos publicados na íntegra.

Após este refinamento com os descritores (tentativa de suicídio, emergência e acolhimento) somaram-se 77 artigos. Após a leitura e análise destes artigos, foram excluídos os artigos que não respondiam o objetivo deste estudo; os que se repetiam nas bases, os que não faziam parte do recorte temporal escolhido, bem como, os artigos que não se encontravam na íntegra. Por fim, utilizamos para revisão 08 artigos para construir esta revisão teórica. As produções científicas foram analisadas e compiladas em três categorias, conforme descrito a seguir:

Caracterização do perfil e fatores contribuintes para a tentativa de suicídio de indivíduos atendidos nas emergências

O perfil dos indivíduos que tentaram suicídio e buscaram um serviço de emergência destacaram-se por ser a maioria mulheres, jovens, com baixa escolaridade e ingestão de medicamentos psicoativos como principal meio (SANTOS et al., 2009). Em

outro estudo, dos 516 atendimentos de emergência por tentativa de suicídio, 58,1% eram mulheres, na faixa etária de 20 a 29 anos (35,9%), nos indivíduos de cor parda (53,9%) e com escolaridade entre nove e 11 anos de estudo (SÀ et al., 2010). Em outra amostra de pesquisa, dos 80 casos investidos, os participantes tinham idade média de 26,9 anos, predominantemente de mulheres (72,5%), 21,2% de adolescentes (DIEHL; LARANJEIRA, 2009).

O estudo de Almeida et al., (2009) , apresentou faixa etária mais frequente que tentou suicídio entre 15 a 34 anos (66,6%) para ambos os sexos. As mulheres corresponderam a 53% e os homens representaram 47% dos casos. No estudo de Fonseca et al (2010), também houve predominância do sexo feminino 59,3 %, e de adultos jovens, 20-39 anos, 67,8% e baixo nível educacional, até 8 anos de estudo 50,8%; solteiros 59,3%; a alta proporção de desempregados no grupo 37,3 %. Os casos de tentativa de suicídio atendidos relataram cerca de 3 vezes mais episódios depressivos 45,8% (FONSECA et al., 2010).

Algumas pesquisas tem apontado também percentual elevado de tentativas de suicídio entre as mulheres que não trabalham fora de casa. Acredita-se que trabalhar fora do ambiente doméstico exerça efeito positivo na saúde mental das mulheres (BOTEGA et al., 1996). Outras características encontradas e também consistentes com outras pesquisas foram a baixa escolaridade dos indivíduos, o predomínio de ocupações com pouca qualificação e residir em bairros periféricos (AVANCI et al., 2005; VANSAN, 1999; BOTEGA et al., 1996).

Os estudos encontrados apresentaram alguns fatores comuns entre os indivíduos que tentaram suicídio e buscaram atendimento na emergência, os quais se destacam por terem histórias prévias de tentativa e uso de álcool no momento do agravo. Os transtornos mentais como os episódios depressivos (38,9%), dependência de substâncias psicoativas (21,9%), transtorno de estresse pós-traumático (20,8%), dependência de álcool (17,7%) e esquizofrenia (15,6%). A taxa total dos transtornos mentais foi de 71,9% (SANTOS et al., 2009). No estudo de Sá et al., (2010), aproximadamente 25% dos pacientes relataram consumo de bebida alcoólica e 82,0% dos casos ocorreram na residência.

Diehl e Laranjeira (2009) também tiveram destaque para o abuso de drogas em indivíduos que tentaram suicídio que participaram da investigação, aproximadamente 21,2% e 7,5% relataram ter feito uso de álcool e de drogas ilícitas, respectivamente, nas seis horas que antecederam a tentativa e 10% da amostra têm dependência de

substâncias. Todos os dependentes de substâncias já tentaram suicídio anteriormente. Houve associação significativa entre a forma da tentativa de suicídio por ingestão de medicação e histórico de tratamento psiquiátrico. Esses dados apontam a necessidade de mais estudos nacionais sejam realizados para considerar o papel do uso de álcool e drogas em tentativas de suicídio assistidas em unidades de emergência, especialmente em dependentes químicos cujo comportamento suicida é relevante (DIEHL; LARANJEIRA, 2009).

Os principais meios utilizados para a tentativa de suicídio foram: envenenamento (21,4%), arma branca (19%), ingestão medicamentosa (19%), salto/pulo (14,3%) e automutilação (9,5%) (ALMEIDA et al., 2009; SÁ et al., 2010). No estudo de Diehl e Laranjeira (2009), a maioria das tentativas de suicídio foi por ingestão de medicação (62,5%), o que se confirma nas maiorias dos estudos. Soma-se a estes, o enforcamento (3,7%) e arma de fogo (3,7%) citados como meios mais usados entre os homens (SÁ et al., 2010). Para as mulheres a ingestão de medicamentos (52,1%), o envenenamento (37%) e o salto/pulo (4,3%) foram os principais métodos utilizados para dar fim a sua vida (ALMEIDA et al., 2009). No estudo de Fonseca et al., (2010), os métodos utilizados com maior proporção foram ingestão de pesticidas (39%), seguida de intoxicação por medicamentos (33,9%). A utilização de outros métodos violentos – tais como a utilização de meios cortantes, precipitação de grandes alturas e atropelamento provocado – correspondeu a 22%.

De forma geral os homens cometem mais suicídio e se utilizam de métodos com alto grau de letalidade como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de lugares elevados. As mulheres apresentam maior número de tentativas de suicídio e os métodos mais usados por elas são a ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas (D'OLIVEIRA, 2005; PARENTE ET AL., 2007; NICOLATO; PEREZ; CORREA, 2006).

A categoria apresenta de forma sintetizada o perfil dos indivíduos que vem tentando suicídio e que necessita de atendimento em unidades de emergência, evidenciando que é por meio da população jovem, solteiros, de ambos os sexos, especialmente as mulheres que vem tentando contra suas vidas. Também se destaca nos achados, o baixo nível de escolaridade, e a falta de uma ocupação e/ou emprego.

Além disso, os estudos apresentam um panorama de fatores e/ou problemas relacionados principalmente ao abuso de drogas lícitas (álcool) e ilícitas e a presença de algum tipo de transtorno mental no cotidiano de vida das pessoas que tentaram se

suicidar, bem como, os principais métodos utilizados para efetivar a autodestruição. Neste sentido, é possível por meio desta categoria que apresentou o perfil e os fatores contribuintes para a ação suicida, buscar refletir e concretizar estratégias de atenção e prevenção ao suicídio no âmbito dos serviços de saúde e nos demais espaços intersetoriais utilizados pela sociedade.

Acolhimento nas unidades de emergências na percepção de quem tentou suicídio

O estudo de Vidal e Gontijo (2013) apresenta o acolhimento nas emergências na percepção dos indivíduos que tentaram suicídio, tendo como resultado, elementos negativos da atuação dos profissionais da emergência, os quais foram: discriminação, negação do ato e as dificuldades no encaminhamento. No que se refere a discriminação, as participantes entrevistadas referiram atitudes negativas por parte dos profissionais que as atenderam. Essas atitudes foram percebidas tanto nos funcionários da recepção quanto na enfermagem e nos médicos, evidenciando o despreparo dos profissionais para trabalhar com as questões que se referem a autodestruição.

Algumas tentativas de suicídio são vistas como manifestações históricas e essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente quando o risco de vida é mínimo ou nulo. Tais atitudes acentuam a desesperança dos pacientes e representam oportunidades perdidas para instituir o tratamento ou o encaminhamento para serviços de saúde mental (MINAYO, 2005).

Cabe destacar, que nos serviços de emergência, é uma das principais portas de entrada para indivíduos por tentativa de suicídio, e o atendimento as esses indivíduos deve ser entendido como uma intervenção terapêutica capaz de estabelecer um vínculo com os pacientes de forma a aumentar suas chances de continuidade de tratamento (VIDAL; GONTIJO, 2013).

No entanto, ainda existe uma grande negação dos profissionais diante do ato suicida, nos depoimentos do estudo, os indivíduos investigados perceberam que os seus comportamentos não eram vistos como uma crise que necessitava de cuidados, e relataram ter sentido falta de atenção por parte dos profissionais, como se não tivessem nenhum problema e que não precisassem de ajuda (VIDAL; GONTIJO, 2013). Neste sentido, cabe destacar que a desinformação ou o preconceito em entender as tentativas de suicídio como um fenômeno que comunica um pedido de ajuda para um estado de

desestabilização psíquica, tem perpetuado uma abordagem inadequada da questão (MINAYO, 2005).

É necessário por parte das equipes de saúde perceber, que as tentativas de suicídio são abordadas como eventos carregados de intencionalidade, resultantes de uma escolha, de uma opção, o que acarreta a não identificação de seus autores como indivíduos que precisam de cuidados (HUBAND; TANTAM, 2000). Em muitas ocasiões os transtornos mentais não são considerados como doença pelos médicos de especialidades clínicas ou cirúrgicas e, por isso, os pacientes não são levados a sério, sendo frequentemente objeto de comentários irônicos (BRAUSCH; MUEHLENKAMP, 2007).

Devido, muitas vezes, ao pouco envolvimento e interesse da equipe de profissionais que agem como o referido acima, os estudos vem publicando que acontece frequentemente a falta de encaminhamento dos indivíduos com comportamento suicida das unidades de emergência para outros serviços da rede de saúde mental, mostrando uma falta de comprometimento dos profissionais com tais sujeitos (VIDAL E GONTIJO, 2013).

Segundo Olfson et al., (2005) e Wheatley (2007) as taxas de mortalidade por suicídio podem aumentar ou diminuir de acordo com as atitudes do pessoal envolvido no atendimento. Pacientes que tentaram suicídio, na maioria das vezes, são liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento. Diante disso, é necessário que os profissionais dos serviços de emergência estejam mais preparados para pensar no cuidado além da emergência, que na maioria das vezes, tem sido a porta de entrada da rede de saúde para indivíduos com comportamento suicida.

A família tem importante papel na decisão sobre a busca de cuidado e a sua postura é determinante para o bem estar do paciente. Do ponto de vista assistencial, o cuidado de forma atenta à família é tão importante quanto aquele oferecido ao próprio indivíduo (SARTI, 2005). O mesmo acontece com o meio social e a rede de assistência, principalmente na atenção básica de saúde, onde podem ser desenvolvidas ações de prevenção, promoção, reabilitação e inclusão do paciente no seu contexto social. Fornecer informações ao paciente implica em melhores resultados. Os pacientes ficam mais satisfeitos quando são ouvidos atentamente e quando o profissional explica quais ações estão sendo realizadas (TAYLOR et al., 2009).

Assim, após a alta da emergência, é necessário o encaminhamento efetivo para acompanhamento psiquiátrico, psicológico e de suporte familiar e social. No entanto, na

maioria dos casos de tentativa de suicídio, principalmente em situações onde não se observa risco grave de morte, ocorre apenas encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento (MINAYO, 2005). Os serviços de urgência devem estar articulados com os demais serviços existentes em cada município, buscando garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio (HUBAND, TANTAM, 2000; SUOKAS , SUOMINEN, LÖNNQVIST, 2009).

A intervenção precoce depois de uma tentativa de suicídio é vital porque os primeiros meses são o período de maior risco para novas tentativas (MINAYO, 2005). No entanto, as taxas de adesão são baixas em indivíduos que tentam suicídio. Estima-se que até 60% dos indivíduos que tentaram suicídio não frequentam mais de uma semana de tratamento após a alta do serviço de emergência (MINAYO, 2005; LIZARDI; STANLEY, 2010).

A presente categoria apresentou a experiência dos indivíduos que tentaram suicídio e o atendimento que tiveram nas unidades de emergência. Por meio dos depoimentos foi possível perceber a grande dificuldade no acolhimento, atendimento e manejo do paciente suicida por parte das equipes de emergência, esse comportamento dos trabalhadores pode ser justificado por vários fatores, paciente que tentou suicídio muitas vezes, não é prioridade de atenção na emergência, diante de outras demandas que às vezes são consideradas mais importantes, a falta de instrumentalização e manejo com os pacientes da saúde mental e o estigma moral em torno do ato suicida por parte dos trabalhadores que são formados para salvar vidas e não aprenderam na maioria das vezes a compreender as situações de autodestruição.

Neste sentido, é preciso dar ouvidos e voz as demandas de sofrimento mental dos indivíduos com comportamento autodestrutivo, valorizando suas angústias e conflitos internos, possibilitando e estimulando que o mesmo compreenda o seu ato e reflita sobre o mesmo, bem como, sobre a importância de valorizar a vida e o sentido do ser humano no mundo, na família e na sociedade. Com isso, será possível desenvolver uma relação terapêutica, e orientar os pacientes a continuar o tratamento nos serviços da rede de atenção em saúde mental.

Concepções e acolhimento dos profissionais das emergências aos indivíduos que tentaram suicídio

O estudo de Navarro e Martínez (2012) utilizou questionários e contraste de médias para conhecer a atitude do profissional de enfermagem perante o paciente com conduta suicida. Os resultados refletem que os profissionais de enfermagem em geral mostram atitude desfavorável perante o comportamento suicida (M=65,31). Porém, a pontuação média alcançada pelos profissionais de saúde mental é mais elevada (M=70,58) do que pelos profissionais da emergência (M=62,43). No que se refere a dimensão moral do suicídio, as pontuações médias revelam (M=21,89), que confirmam que parte dos profissionais de enfermagem rejeitam o conceito de imoralidade do suicídio.

Os profissionais de enfermagem compartilham uma atitude desfavorável perante o comportamento suicida e esse resultado está de acordo com uma sociedade que, sendo mortal, rejeita a morte, que deixou de ser admitida como um fenômeno natural necessário e é considerada como um fracasso, tanto pela sociedade como pelo sistema de saúde (SÁBADO; BENITO, 2003). Aqueles profissionais que refletem melhor aceitação do comportamento suicida têm maior probabilidade de prestar assistência de saúde positiva aos pacientes suicidas (McALLISTER et al., 2002). Estudos anteriores confirmaram maior compreensão de pacientes com comportamento suicida entre profissionais de saúde mental (KISHI et al., 2011; PATTERSON P, WHITTINGTON R, BOGG, 2007).

Os profissionais de enfermagem de saúde mental ao longo do tempo vão adquirindo habilidades para a assistência aos pacientes psiquiátricos e têm maior confiança para tratar do paciente suicida. Os profissionais de enfermagem na unidade de emergência não costumam ter nenhum treinamento formal, ou especializado, na atenção ao paciente com comportamento suicida. Um dos principais motivos identificados pelos clientes da atenção psiquiátrica e de saúde mental para não buscar ou continuar com o tratamento é o estigma que enfrentam (SARTORIUS, 2007). A atenção inadequada ao paciente com comportamento suicida pode agravar a situação que o fez tentar o suicídio e a muitas vezes, evitar buscar ajuda dos serviços de saúde em ocasiões futuras (NAVARRO; MARTÍNEZ, 2012).

As emoções e as atitudes são importantes na atuação dos profissionais de enfermagem, motivo pelo qual devem ser exploradas e reconsideradas, com vistas a conseguir atuação terapêutica para o paciente com conduta suicida. Ao mesmo tempo, maior autoconhecimento dos profissionais de enfermagem sobre suas emoções

possibilitaria seu melhor manejo e a diminuição do estresse e da ansiedade que essas provocam nos profissionais de saúde. A maior efetividade no manejo do paciente suicida levaria à diminuição das taxas de morbidade e mortalidade devidas ao suicídio, e o elemento essencial para consegui-lo é através da capacitação sobre o comportamento suicida, bem como, a criação de protocolos que auxiliem critérios de atenção em situação de tentativa de suicídio nos serviços de emergência e também nos demais serviços da rede de saúde mental (NAVARRO; MARTÍNEZ, 2012).

Apesar das concepções e dificuldades apresentadas pelos profissionais da enfermagem, existem estudos e até mesmo experiências práticas que apresentam uma positiva abordagem da enfermagem aos indivíduos que tentaram suicídio, como se refere no estudo de Avanci et al., (2009) que apresenta o manejo realizado em um serviço de emergência a uma paciente internada por tentativa de suicídio, destacando a interação enfermeiro-paciente.

A interação partiu do esclarecimento da enfermeira, a respeito de um exame clínico que a paciente em questão precisava realizar em que a profissional desenvolveu uma escuta terapêutica e o estímulo para a paciente expressar-se, construindo um momento empático, de confiança; em que a paciente verbalizou sentimentos sobre a sua vida, sobre a família e sobre a experiência da tentativa de suicídio, o que a ajudou a compreender melhor seus limites e as forças que interagem dentro de si, proporcionando uma autorreflexão (AVANCI et al., 2009).

Na interação apresentada, a manifestação de afeto familiar veio acompanhada pelos questionamentos sobre seu ato e a experiência da tentativa de suicídio, o que fez a paciente, por vezes, se indignar, tentando compreender seu próprio ato. Dessa maneira, suas ansiedades puderam ser trabalhadas nesta interação enfermeiro-paciente, tendo uma positiva experiência de acolhimento a uma paciente suicida em uma unidade de emergência (AVANCI et al., 2009).

Como parte da sociedade e da cultura, o profissional de enfermagem possui uma série de atitudes e crenças que afetam sua atuação profissional e influenciam, por sua vez, os pacientes com conduta suicida. As crenças equivocadas ou mitos sobre a conduta suicida também acontecem nos profissionais de saúde. Um dos mais frequentemente formulados é o comportamento suicida como "chamada de atenção" (NAVARRO; MARTÍNEZ, 2012). Porém, mesmo que nem todas as pessoas que tentam cometer suicídio desejam morrer, é um erro considerá-las como fanfarrões, porque são

pessoas cujos mecanismos úteis de adaptação falharam e que não encontram alternativas, a não ser atentar contra sua própria vida (RUEDA, 2010).

Os profissionais de saúde tentam "não falar sobre o suicídio" para não alentar essa conduta no paciente, mas falar sobre o suicídio com uma pessoa que está correndo esse risco, ao invés de incitar, provocar ou introduzir essa ideia, reduz o perigo de cometê-lo e pode ser a única possibilidade que o sujeito oferece para analisar seus propósitos autodestrutivos (RUEDA, 2010).

A categoria apresentou elementos importantes e complexos na percepção de profissionais que prestam atendimento a indivíduo que tentaram suicídio e necessitaram de acolhimento nas unidades de emergência. Nas pesquisas encontradas é visivelmente presente a falta de capacitação e dificuldade de manejo dos profissionais com pacientes suicidas, bem como, a falta de interesse em desenvolver um cuidado e abordar sobre o tema suicídio na relação terapêutica profissional-paciente. No entanto, cabe destacar que um estudo apresentou uma positiva relação terapêutica a uma paciente que tentou suicídio. Também é importante salientar que nesta categoria, apenas estudos desenvolvidos com profissionais da enfermagem foram encontrados, no entanto, todas as reflexões e possibilidades de atenção mencionadas nesta categoria e nas demais servem para todos os profissionais da área da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento está inserido como dispositivo para a implementação da Política Nacional de Humanização, no entanto, mais que um instrumento articulador, ele é uma atitude profissional e uma estratégia de ação. Dessa forma, o acolhimento, como estratégia de atenção ao indivíduo que tentou suicídio visa à produção de relações de escuta e de possibilidades de atenção em saúde, onde se articulam e constituem vínculos de apoio que se reforçam no ambiente hospitalar e permitem o compartilhamento e responsabilização a outros serviços da rede de atenção em saúde mental para os sujeitos com comportamento suicida.

A tentativa de suicídio representa um importante preditor de suicídio subsequente e a maioria desses casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato, é uma excelente oportunidade para que profissionais de

saúde identifiquem o potencial nível de risco dos indivíduos e possam intervir para reduzi-lo desde o primeiro contato e durante a permanência no hospital. No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas.

Neste sentido, a criação de protocolos que sirvam de guia e estabeleçam critérios consensuais entre os profissionais da saúde para a tomada de decisões e o manejo do paciente suicida, tanto em nível hospitalar como em nível ambulatorial, melhoraria a captação e inclusão do paciente com conduta suicida na rede de saúde e seu seguimento pelos profissionais da saúde comunitária, no intuito de prevenir novas tentativas de suicídio (NAVARRO; MARTÍNEZ, 2012).

Após a alta da emergência, é necessário o encaminhamento efetivo para acompanhamento psiquiátrico, psicológico e de suporte familiar e social. Na maioria dos casos de tentativa de suicídio, principalmente em situações onde não se observa risco grave de morte, ocorrem apenas encaminhamentos burocráticos para serviços de saúde mental, sem garantia de acolhimento ou de continuidade de tratamento, bem como, com pouco comprometimento das equipes de saúde, em especial as da emergência.

Considerando as tentativas não fatais é importante que o planejamento das práticas de saúde contemple o acesso universal aos serviços de saúde e assistência médica, psicológica e social integral e apropriada. Nesse sentido, é fundamental a capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica, das unidades de emergência e dos serviços de saúde mental, os quais deveriam se articular de forma organizada e resolutiva dentro da rede de saúde.

Esta revisão bibliográfica possibilitou aprender como está acontecendo a abordagem de acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e necessita de atendimento nas unidades hospitalares de emergência, percebendo o quanto este setor e os trabalhadores do mesmo apresentam dificuldades na atenção aos indivíduos da saúde mental, em especial os com comportamento suicida. A baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais dos serviços induzem os profissionais a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada.

A emergência tem papel importante na prevenção de outras tentativas de suicídio, pois nem sempre, os indivíduos que tentam suicídio continuam acompanhamento em outros serviços da rede de saúde mental, e a única oportunidade

dos indivíduos expressarem suas angústias com um profissional de saúde está neste serviço. Por fim, almejamos que a emergência qualifique as práticas de acolhimento na área de saúde mental, bem como, tenha em sua equipe, a presença de profissionais de referência para as demandas psiquiátricas.

Espera-se que esta revisão bibliográfica contribua para a construção do conhecimento na área de saúde mental, em especial para as emergências que acolhem indivíduos em sofrimento psíquico. Necessita-se que mais pesquisas sejam desenvolvidas nas emergências dos hospitais gerais e nas psiquiátricas, tendo como objeto de estudo a área da saúde mental e o fenômeno complexo do suicídio e suas tentativas, bem como, a necessidade de inserir a temática na formação acadêmica dos profissionais e desenvolver ações de educação permanente aos trabalhadores da saúde, em especial os que trabalham nos serviços de pronto atendimento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A.; GUEDES, P. M. M.; NOGUEIRA, J. A.; FRANÇA, U. M.; SILVA A. C. O. Investigação de risco para tentativa de suicídio em hospital de João Pessoa-PB. *Rev. Eletr. Enf.* 11(2): 383-9. set, 2009.

AVANCI, R. C.; FUREGATO, A. R. F.; SCATENA, M. C. M.; PEDRÃO, L. J. Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio. *SMAD.* 5 (1) :01-15; 2009.

AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JÚNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Rev Bras Enferm.* 58(5): 535-9, 2005.

BAPTISTA, M. N.; BORGES, A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia, Campinas,* 22(4), 425-431, outubro - dezembro 2005.

BOSSATO, H. R.; PEREIRA, E. R.; SILVA R. M. C. R. A.; CUNHA, S. H. O. O acolhimento de familiares no serviço de emergência: contribuições a partir da Política Nacional de Humanização. *Rev enferm UFPE on line.* 4(1):430-39. jan./mar, 2010.

BOTEGA, N. J.; CANO, F. O.; KOHN, S. C.; KNOLL, A. L.; PEREIRA, W. A. B.; BONARDI, C. M. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *J Bras Psiquiatr.* 44:19-25. 1995.

BRASIL. Mapa da Violência. Disponível em: <http://www.sangari.com/mapadaviolencia/>. Acesso em outubro de 2013.

_____. Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio, por meio da Portaria nº 1. 876 de 14 de Agosto de 2006, Brasília, MS, 2006 a.

_____. Manual do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília, MS. 2006 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

CATALDO, A. N.; GAUER, C. G. J.; FURTADO, N. R. Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: Edipuc; 2003.

CHRISTIANSEN, E.; JENSEN, B. F. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 41(3):257-65. 2007.

D'OLIVEIRA, C. F. A. Perfil epidemiológico dos suicídios: Brasil e regiões, 1996 a 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. Acesso em: 15 nov. 2013. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Suicidios.pdf>>.

FONSECA, D. L.; ABELHA, L.; LOVISI, G. M.; LEGAY, L. F. Apoio social, eventos estressantes e depressão em casos de tentativa de suicídio: um estudo de caso-controle realizado em um hospital de emergência do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, 18 (2): 217-28, 2010.

KAPLAN, H. I, SADOCK, B, GREBB, J. Compêndio de psiquiatria: ciências de comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 2002.

KISHI, Y.; KUROSAWA, H.; MORIMURA, H.; HATTA, K.; THURBER, S. Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. *Gen Hosp Psychiatry*. 33:393-7, 2011.

MELEIRO. A. M. A. da S.; FENSTERSEIFER, L.; WERLANG. B. S. G. In WERLANG, B. G; BOTEAGA, N, J. Comportamento Suicida, Porto Alegre, Artmed, 2004.

McALLISTER, M.; CREEDY, D.; MOYLE, W.; FARRUGIA, C. Nurses' attitudes towards clients who self-harm. *J Adv Nurs*. 40:578-86, 2002.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO M. C. S. Suicídio: violência auto-infligida. In: Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; p. 205-39, 2005.

NAVARRO, M. C. C.; MARTÍNEZ, M. C. P. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.20 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2012

NICOLATO, R.; PEREZ, S. CORREA, H. Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. In: Correa H, Perez S., organizadores. Suicídio, uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; p. 103-14, 2006.

OLFSON, M.; GAMEROFF, M. J; MARCUS, S. C.; GREENBERG, T.; SHAFFER, D. National trends in hospitalization of youth with intentional self-inflicted injuries. Am J Psychiatry. 162(7):1328-35, 2005.

PARENTE, A. C. M.; SOARES, R. B.; ARAÚJO, A. R. F.; CAVALCANTE, I. S.; MONTEIRO, C. F. S. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. Rev Bras Enferm. 60(4):377-81, 2007.

PATTERSON, P.; WHITTINGTON, R.; BOGG, J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). J Psychiatr Ment Health Nurs. 14(5):438-45, 2007.

ROY, A. – Emergências Psiquiátricas. In: KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. (eds). Tratado de Psiquiatria. Vol. 2, 6a ed., Porto Alegre, Artmed. p. 185, 1999.

RUEDA, F. Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. [Internet]. 2010. [acesso 17 nov 2013]. Spanish. Disponível em: <http://feafes.org/guia-sobre-la-prevencion-del-suicidio-para-personas-con-ideacion-suicida-y-familiares/>

SANTOS , S. A.; LOVISI, G.; LEGAY, L.; ABELHA, L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9): 2064-2074, set, 2009.

SÁ, N. N. B.; OLIVEIRA, M. G. C.; MASCARENHAS, M. D. M.; YOKOTA, R. T. C.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. C. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. Rev Med Minas Gerais; 20(2): 145-152; 2010.

SÁBADO. T. J.; BENITO, G. J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. Rev Psicol Gen Aplicada. 56:257-79, 2003.

SARTI, C. A. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. Physis. 15(1):107-26, 2005.

SARTORIUS, N. Stigma and mental health. Lancet. 370: 810-1, 2007.

SCHMIDTKE, A. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 93, n. 5, p. 327 - 338, 1996.

TAYLOR TL, HAWTON K, FORTUNE S, KAPUR N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 194(2):104-10. 2009.

VANSAN, G. A. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no Município de Ribeirão Preto. *J Bras Psiquiatr*. 48:209-15. 1999.

VANSAN, G. A. Tentativas de suicídio admitidas em um serviço de urgências psiquiátricas de m hospital geral. *Neurobiologia*. 59 (1):17-28. 1996.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, 21 (2): 108-14, 2013.

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

WHO. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão (CID-10). 8ª ed. São Paulo: EDUSP; 2000.*

_____. *Suicide prevention (SUPRE). 2007. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/>. Acesso em: 29 set. 2010.*

_____. *World report on violence and health. Edited by Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi and Rafael Lozano. Geneva: World Health Organization, 2002.*

WHEATLEY, M. Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting. *Behav Cogn Psychother*. 37(3)293-309, 2009.