

**Estratégias adotadas pelos serviços de emergência frente à tentativa de suicídio***Strategies adopted by emergency services in the face of attempted suicide**Estrategias adoptadas por los servicios de emergencia ante el intento de suicidio***Andréa de Souza Ramos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3479-7009

**Tatiana Conceição<sup>2</sup>**

ORCID: 0000-0001-7217-8420

**Luciana de Fátima Leite****Lourenço<sup>3</sup>**

ORCID: 0000-0002-2304-4562

<sup>1</sup>Hospital Regional Homero de Miranda Gomes. Santa Catarina, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Polydoro Ernani de São Thiago. Santa Catarina, Brasil.

<sup>3</sup>Prefeitura Municipal de Florianópolis. Santa Catarina, Brasil.

**Como citar este artigo:**

Ramos AS, Conceição T, Lourenço LFL. Estratégias adotadas pelos serviços de emergência frente à tentativa de suicídio. Glob Acad Nurs. 2021;2(1):e85.

<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200085>

**Autor correspondente:**

Luciana de Fátima Leite Lourenço

E-mail: [lu\\_fatima02@hotmail.com](mailto:lu_fatima02@hotmail.com)

Editor Chefe: Caroliny dos Santos Guimarães da Fonseca  
Editor Executivo: Kátia dos Santos Armada de Oliveira

**Submissão:** 18-11-2020**Aprovação:** 30-12-2020**Resumo**

Objetivou-se identificar as estratégias adotadas pelos serviços de emergência para evitar novas tentativas de suicídio. Revisão integrativa da literatura, nos períodos de 2015 a 2019. Foram utilizadas como fonte de busca a base SciELO e os dados indexados na BVS, sendo: LILACS, BDNF e o Medline. Para a análise dos dados incluídos do estudo optou-se por utilizar a análise de conteúdo de Bardin. Foram incluídos 13 artigos. Após a análise emergiram quatro categorias principais perante as estratégias de ação frente ao suicídio, sendo: acompanhamento telefônico; cartão crise; encaminhamento ambulatorial, presencial, Centros de Atenção Psicossocial, Unidade Básica de Saúde ou internação e intervenção psiquiátrica; Utilização de escalas de gravidade para avaliar risco de tentativa de suicídio. É possível notar a ausência de estratégias e até a dificuldade de pesquisas e estudos em território Brasileiro, levando a indagar-se sobre as estratégias usadas em outros países como medidas de intervenção e prevenção ao suicídio no Brasil. As estratégias descritas nos estudos presentes, afirmam sucesso perante as novas tentativas de suicídio, sendo pertinentes ao uso e estudo das mesmas serem aplicadas no Brasil, contribuindo com a área da saúde e em prol da redução da tentativa de suicídio.

**Descritores:** Tentativa de Suicídio; Cuidados de Enfermagem; Emergências; Enfermagem; Saúde Mental.

**Abstract**

The aim was to identify the strategies adopted by the emergency services to prevent further suicide attempts. Integrative literature review, in the periods from 2015 to 2019. The SciELO database and the indexed data in the VHL were used as search source, being: LILACS, BDNF and Medline. For the analysis of the data included in the study, we opted to use Bardin's content analysis. 13 articles were included. After the analysis, four main categories emerged in the face of action strategies in the face of suicide, namely: telephone follow-up; crisis card; outpatient, face-to-face referral, Psychosocial Care Centers, Basic Health Unit or psychiatric hospitalization and intervention; Use of severity scales to assess risk of attempted suicide. It is possible to note the absence of strategies and even the difficulty of research and studies in Brazilian territory, leading to inquiries about the strategies used in other countries as measures of intervention and prevention of suicide in Brazil. The strategies described in the present studies, affirm success in the face of new suicide attempts, being pertinent to the use and study of them to be applied in Brazil, contributing to the health area and in favor of the reduction of the suicide attempt.

**Descriptors:** Suicide Attempt; Nursing Care; Emergencies; Nursing; Mental Health.

**Resumen**

El objetivo fue identificar las estrategias adoptadas por los servicios de emergencia para prevenir nuevos intentos de suicidio. Revisión integrativa de la literatura, en los períodos de 2015 a 2019. Se utilizó como fuente de búsqueda la base de datos SciELO y los datos indexados en la BVS, siendo: LILACS, BDNF y Medline. Para el análisis de los datos incluidos en el estudio, se decidió utilizar el análisis de contenido de Bardin. Se incluyeron 13 artículos. Tras el análisis, surgieron cuatro categorías principales frente a las estrategias de acción ante el suicidio, a saber: seguimiento telefónico; tarjeta de crisis; consulta externa, presencial, Centros de Atención Psicossocial, Unidad Básica de Salud u hospitalización e intervención psiquiátrica; Uso de escalas de gravedad para evaluar el riesgo de intento de suicidio. Es posible notar la ausencia de estrategias e incluso la dificultad de las investigaciones y estudios en territorio brasileño, lo que lleva a cuestionar las estrategias utilizadas en otros países como medidas de intervención y prevención del suicidio en Brasil. Las estrategias descritas en los presentes estudios, afirman el éxito frente a nuevos intentos de suicidio, siendo pertinentes para el uso y estudio de los mismos para ser aplicados en Brasil, contribuyendo al área de salud y a favor de la reducción del intento de suicidio.

**Descritores:** Intento de Suicidio; Cuidado de Enfermería; Emergencias; Enfermería; Salud Mental.



## Introdução

O comportamento suicida é intrínseco ao ser humano e representa um importante problema de saúde pública em todo o mundo. O espectro desse comportamento abarca o suicídio, a tentativa de suicídio e a ideação suicida. O suicídio é marcado pela morte auto infligida, a tentativa de suicídio caracteriza-se pelo comportamento auto agressivo, mas sem evolução letal e a ideação suicida em que a pessoa pensa em destruir a própria vida<sup>1</sup>.

A tentativa de suicídio representa um fenômeno complexo e multidimensional, que pode resultar da combinação de fatores sociais, econômicos, demográficos e, ainda, estar relacionado à violência pelo parceiro íntimo e ao transtorno de estresse pós-traumático. Além disso, há uma ligação direta entre o comportamento suicida e os transtornos mentais, pois de 15.629 pessoas que se suicidaram, 90% dos casos possuíam algum transtorno mental. A depressão é a doença que mais se destaca, com o índice de 35,8% dos casos de suicídio<sup>1,2</sup>.

Cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio por ano em todo o mundo, sendo a segunda maior causa de morte entre pessoas de 15 a 29 anos de idade. Isso representa uma estatística de que, no mundo, a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio. Todos os países registram casos de suicídio, independentemente de serem ricos ou pobres. Todavia, em 2016, foi identificado que quase 80% desses óbitos aconteceram em nações com renda *per capita* baixa e média, sendo a maioria dos casos em zonas rurais e agrícolas. O envenenamento por pesticida é o método usado em 20% de todas as mortes. Outros meios comuns são os enforcamentos e o uso de arma de fogo<sup>3</sup>.

De acordo com a OMS os principais fatores que levam o indivíduo à prática do suicídio, envolvem os transtornos mentais, relações familiares, gênero, orientação sexual, abuso de álcool, drogas ou fármacos e situações sociais desfavoráveis, como pobreza e desemprego. Essas causas estão relacionadas a população de modo geral, independente de classe social e econômica, porém, em países de renda alta, as causas estão mais relacionadas a problemas de saúde mental, como depressão e transtornos causados pelo uso de álcool<sup>4</sup>.

Há anos o Brasil vem adotando estratégias e políticas visando a prevenção do suicídio. Iniciou com a Portaria nº 2.542/2005, que instituiu um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Esta gerou uma segunda portaria, de nº 1.876/2006, a qual instituiu as diretrizes para prevenção ao suicídio, a serem implantadas em todo o território nacional<sup>5,6</sup>.

Em 2018, foi publicada a Portaria nº 1.315, que habilitou os Estados a receberem incentivo financeiro para o desenvolvimento de projetos de promoção da saúde, vigilância e atenção integral à saúde, direcionados para prevenção do suicídio no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Para intensificar ainda mais o enfrentamento

desse problema, em 2015 o Brasil criou a campanha “Setembro Amarelo” para conscientização sobre a prevenção do suicídio, com a proposta de associar a cor amarela ao mês que marca o dia mundial de prevenção ao suicídio, 10 de setembro<sup>7,8</sup>.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, e é responsável por estabelecer os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo uso de crack, álcool e outras drogas. É composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III)<sup>9</sup>.

Todavia, mesmo diante destas políticas públicas e órgãos de classe produzindo materiais para a prevenção do suicídio, os índices são alarmantes. O Brasil, mesmo sendo um país populoso, tem um coeficiente de suicídio relativamente baixo. Mesmo assim, está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios. Em números absolutos de ocorrências, o Brasil registrou 183.484 mortes por suicídio no período entre 1996-2016, com aumento de 69,6% de casos de suicídio no Brasil neste período<sup>10</sup>.

De 2010 a 2013, o Ministério da Saúde registrou, em números absolutos, um total de 38.074 mortes por suicídio, sendo o estado recordista deste valor, São Paulo, seguido por Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Santa Catarina ocupa a quinta posição nesta estatística, com um total de 2.076 mortes por suicídio neste mesmo período. Em Santa Catarina, no período de 2010 a 2018, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVE, registrou um total de 38.495 óbitos por suicídio, tendo o município de Joinville o maior número de ocorrências, seguido por Florianópolis e Blumenau<sup>11</sup>.

Em relação à tentativa de suicídio (lesão autoprovocada), o banco de dados brasileiro do Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), registrou, no período de 2009 a 2016, 186.891 notificações, sendo que 3.941 em 2009, 6.739 em 2010, 14.940 em 2011, 21.164 em 2012, 25.468 em 2013, 29.707 em 2014, 39.464 em 2015, e 45.468 em 2016<sup>12</sup>.

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. A respeito das tentativas de suicídio ao redor do mundo projeta-se que 15 a 25% das pessoas que já tentaram o suicídio uma vez, farão outro esforço no ano seguinte, e que 10% delas conseguirão tirar a própria vida em um período de 10 anos. Assim, aqueles que fizeram uma tentativa recente de suicídio correm alto risco de falecer por suicídio no futuro, principalmente durante o período imediatamente após a saída da emergência hospitalar. Estima-se que o risco de suicídio, após uma tentativa, se eleve em pelo menos cem vezes em relação aos índices da população geral. Nesse contexto a transição dos cuidados hospitalares para a comunidade é uma importante



estratégia na tentativa de mitigar as taxas de suicídio<sup>13,16</sup>.

A tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura efetivação desse intento. Devido a isso, as tentativas devem ser encaradas com seriedade, como um sinal de alerta a indicar a atuação de fenômenos psicossociais complexos. Sendo assim, dar especial atenção a uma pessoa que tentou se suicidar é uma das principais estratégias para se evitar um futuro suicídio<sup>13</sup>.

Desta forma, o paciente com comportamento suicida, em especial, precisa ser atendido além de suas necessidades físicas. É fundamental que no momento da crise ele possa se sentir ouvido e acolhido. Há casos em que o sujeito tenta suicídio com a intenção de provocar mudanças em uma situação de sofrimento que está vivendo<sup>17</sup>. Também em um outro estudo<sup>18</sup> mostrou que das 16 pessoas entrevistadas que tentaram suicídio, 5 precisaram de internação hospitalar, 7 consideraram seu ato como um “grito de socorro”, ressaltando a importância deste “pedido de ajuda” ser deveras considerado.

Entende-se que os enfermeiros e demais profissionais de saúde têm papel fundamental na assistência ao indivíduo em risco de suicídio, na prevenção de outros episódios e no planejamento de ações e intervenções, para que não ocorram as chamadas recidivas. Para isso, é preciso identificar o comportamento suicida, tendo em vista que mais frequentemente são os profissionais de enfermagem que têm o primeiro contato com o paciente nos serviços de emergência<sup>19</sup>.

O interesse pelo tema, tentativa de suicídio, emergiu da prática profissional das autoras, pois ambas são técnicas de enfermagem e exercem suas atividades em hospital de alta complexidade e corriqueiramente atendem pacientes que tentaram suicídio. Por meio desses atendimentos verificamos que é um tema que merece ser abordado com maior frequência, seja no âmbito acadêmico, político e/ou comunitário, principalmente, por estar ainda muito vinculado a estigmas sociais e déficits nas estratégias para evitar a reincidências da tentativa de suicídio.

Considera-se a tentativa de suicídio como um problema de saúde pública de grande magnitude, sobretudo, devido ao alto risco de reincidência, bem como os desfechos que podem culminar com a morte da pessoa. Acredita-se que o enfermeiro por meio da sua prática assistencial possa ser um agente que contribui para evitar novas tentativas de suicídio, por meio de uma escuta qualificada, bem como empatia para com a pessoa em tentativa de suicídio.

Diante disso, questiona-se: Quais são as estratégias adotadas pelos serviços de emergência para evitar nova tentativa de suicídio? Objetivou-se identificar

as estratégias adotadas pelos serviços de emergência para evitar novastentativas de suicídio.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que consiste em uma ampla análise da literatura sobre determinado tema de pesquisa. O objetivo deste método de pesquisa é obter conhecimento sobre um determinado assunto baseando-se em estudos anteriores, de maneira sistemática e organizada, contribuindo para o aprofundamento sobre o tema investigado. Para tal, faz-se necessário seguir um padrão metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão<sup>20</sup>.

Para realizar uma revisão integrativa relevante que possa auxiliar na implementação de intervenções eficazes no cuidado aos pacientes é necessário que as etapas sejam seguidas e estejam claramente descritas. Desta forma, para a construção da revisão integrativa faz-se necessário seguir seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento<sup>20</sup>.

## Estabelecimento das hipóteses ou questão da pesquisa

Neste contexto, com o objetivo de identificar as evidências científicas acerca de intervenções eficazes para as pessoas atendidas em emergência decorrente de tentativa de suicídio e subsidiar os profissionais de saúde, especialmente, os enfermeiros na implementação dos cuidados oferecidos a esses pacientes, questiona-se: Quais são as estratégias adotadas pelos serviços de emergência frente ao paciente em tentativa de suicídio?

## Amostragem ou busca na literatura

Nesta etapa também é estabelecido a fonte de busca, neste estudo, foram utilizadas como fonte de busca as bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e os dados indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo: o banco de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BEDENF) e o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline).

A busca foi realizada em abril de 2020 e determinada pelos seguintes descritores na determinada ordem: “tentativa de suicídio” Enfermagem OR “cuidados de enfermagem” AND “emergência”. Onde cada estratégia de busca está descrita no Quadro 1.



**Quadro 1.** Estratégias de buscas nas bases de dados. Florianópolis, SC, Brasil, 2020

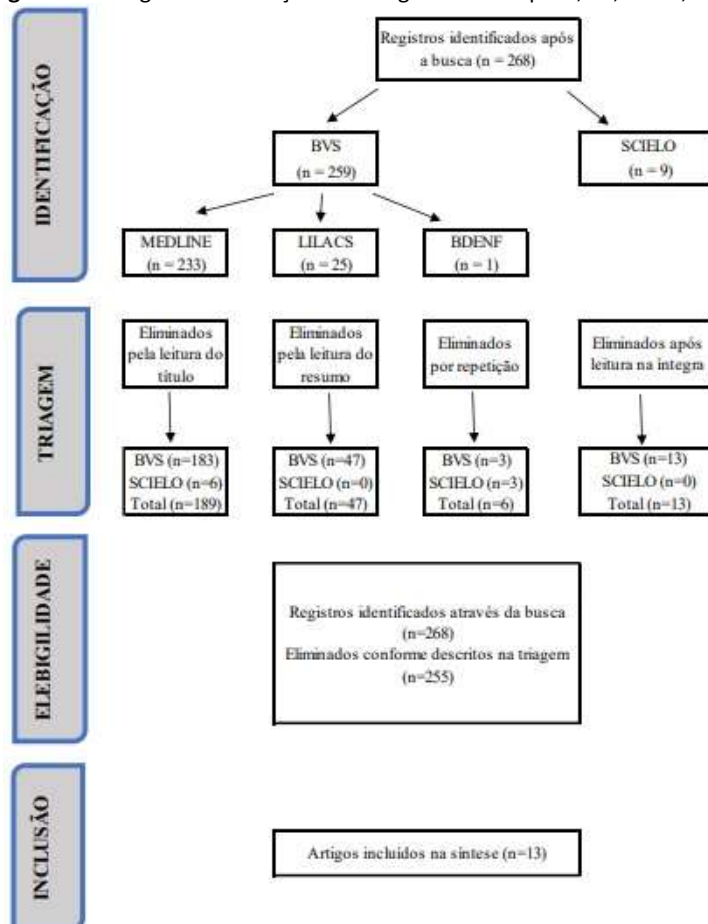
Base de Dados	Estratégia de Busca
Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)	"tentativa de suicídio" enfermagem OR "cuidados de enfermagem" emergência* AND ( fulltext:( "1" ) AND db:( "MEDLINE" OR "LILACS" OR "BDENF" ) AND la:( "en" OR "es" OR "pt" ) ) AND ( year_cluster:[ 2015 TO 2020 ] )
Scientific Electronic Library Online (SciELO)	"tentativa de suicídio" enfermagem OR "cuidados de enfermagem" emergência* AND la:( "pt" OR "em" OR "es" ) AND year_cluster:( "2015" OR "2016" OR "2017" OR "2018" OR "2019" OR "2020" ) AND type:( "research-article" )

Os critérios de inclusão adotados para esta pesquisa foram: artigos originais de livre acesso, publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis eletronicamente na íntegra, publicados nos últimos cinco anos (2015-2020) e que atendessem a pergunta de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: editoriais; cartas; resenhas; revisão de literatura; relatos de experiências e reflexões teóricas; dissertações; teses e monografias; resumos em anais de eventos, resumos expandidos; artigos repetidos; artigos que após a leitura do título e do resumo não contemplam a pergunta de pesquisa; artigos que após a leitura na íntegra não atendem o objetivo, estudos publicados em outros idiomas que não fossem o português, inglês e espanhol e artigos que abordassem a tentativa de suicídio em criança.

Para a seleção dos artigos, as autoras realizaram a leitura dos títulos e resumos das publicações, a fim de identificar quais artigos correspondiam a pergunta de pesquisa e eram relevantes à presente revisão, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Após a pesquisa na base de dados, foi encontrado um total de 268 artigos. Assim, com o estabelecimento dos passos sistemático da pesquisa e empregando os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, foram selecionados 27 artigos para leitura na íntegra e após leitura criteriosa foram selecionados 13 artigos para compor a presente pesquisa. A Figura 1 a seguir foi elaborada para evidenciar detalhadamente o processo de busca e amostragem final selecionada.

**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos artigos. Florianópolis, SC, Brasil, 2020



**Categorização dos estudos**

Foi elaborado um instrumento de coleta dos dados no Microsoft Excel com as seguintes informações: Nº do Artigo, Título, Autores, Base de Dados, Ano de

Publicação, Objetivo, Método, Pontos principais. O Quadro 2 serve como base para o desenvolvimento dos resultados.

**Quadro 2.** Artigos selecionados que compõem a revisão integrativa abordando as estratégias adotadas pelos serviços de emergência frente a tentativa de suicídio. Florianópolis, SC, Brasil, 2020

Título e Ano	Autores	Objetivo	Método	Pontos Principais
Aceitação da orientação para atendimento no pronto-socorro após tentativa de suicídio. / 2017	Dekker, W P H; Vergouwen, A C M; Buster, M C A; Honig, A.	O estudo tem por objetivo a melhoria da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar após tentativa de suicídio, enfoca a eficácia das ações.	Este estudo transversal incluiu todos os pacientes que subordinados no pronto-socorro do OLVG-West Amsterdam uma tentativa de suicídio ou automutilação intencional e foram encaminhados para avaliação psiquiátrica. Os dados foram coletados durante um período de vinte meses, utilizando um questionário semiestruturado.	A aceitação de GtC é alta entre os pacientes que se transferem no DE após tentativa de suicídio. Os pacientes que mais relutaram em aceitar o GtC foram jovens tentadores de suicídio de etnia não ocidental que não estavam em tratamento atual.
Predictive utility of an emergency department decision support tool in patients with active suicidal ideation. / 2018	Boudreaux, Edwin D; Larkin, Celine; Kini, Nisha; Capoccia,	O objetivo foi ajudar a estratificar aqueles que poderiam ser considerados de "menor risco" e priorizados para alta, aqueles que apresentam "maior risco" e que necessitam de avaliação complementar de um médico de saúde mental.	Descrições detalhadas do desenvolvimento do estudo ED-SAFE, cenário, participantes, procedimentos, coleta de dados, proteção de indivíduos humanos e notificação de eventos adversos publicados anteriormente.	Em 2015, para Administração de Serviços de Abuso de substâncias e saúde mental (SAMHSA) e Centro de Recursos de Prevenção de Suicídio (SPRC) usam uma metodologia de consenso da RAND para criar um guia ou tratamento do risco de suicídio em DEs (SPRC, 2015a) Suporte à decisão a ser usado com pacientes que apresentaram triagem ou resultados clínicos, sugerindo a presença de ideação suicida passiva (pensamentos de estar numa situação adversa) ou ativa (pensamentos de suicídio).
Immediate and brief intervention after suicide attempts on patients without major psychiatric morbidity-A pilot study in northern Israel. / 2018	Givon, Limor; Levi, Avi; Bloch, Boaz; Fruchter, Eyal.	A prevenção do suicídio, através de um programa piloto tendo o alvo específico, pacientes em alto risco de suicídio, sem doença mental grave ou associação anterior ao sistema de saúde mental.	O projeto de campo abriu os pacientes que realizaram uma tentativa de suicídio ou foram considerados de alto risco para suicídio.	212 sujeitos foram encaminhados ao projeto. Três quartos dos encaminhamentos eram do sexo feminino. A maioria deles era de nacionalidade judaica. 137 continuaram a participação após o telefonema inicial. Durante a intervenção, houve um declínio nas taxas de suicídio nos distritos participantes.
Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analysis of an inconclusive randomized controlled trial./ 2019	Messiah, Antoine; Notredame, Charles-Edouard; Demarty, Anne-Laure; Duhem, Stéphane; Vaiva, Guillaume.	Identificar medidas de intervenção de contato breves (BCIs) podem ser classificadas de prevenção ao suicídio.	Estudo controlado randomizado realizado em 23 hospitais franceses. Tentativas de suicídio foram aleatoriamente designadas para o grupo de intervenção (AlgoS) ou para o grupo de controle (tratamento como a ATU habitual).	Com o estudo, identificou-se que os novos conjuntos de análises são necessários para que os cartões de crise podem ser capazes de impedir novas da SA entre os que tentam pela primeira vez, enquanto as ligações provavelmente não são passíveis de atraso entre os que tentam vários.

Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: Findings from ACTION-J study / 2018	Furuno, Taku; Nakagawa, Makiko; Hino, Kosuke; Yamada, Tomoki; Kawashima, Yoshitaka; Matsuoka, Yutaka; et al.	Estudar a eficácia do programa AÇÃO-J na repetição de automutilação em pacientes admitidos por tentativa de suicídio.	O ACTION-J foi um estudo controlado randomizado, multicêntrico, realizado em departamentos de emergência e psiquiatria em 17 hospitais gerais no Japão.	O número de episódios de automutilação por pessoa-ano foi menor no grupo de intervenção (TIR) 0,88, IC 95% 0,80-0,96, p = 0, 0031). Uma análise de subgrupos mostra uma redução maior dos episódios de automutilação em geral entre os pacientes sem tentativa de suicídio anterior no início do estudo (TIR ajustada 0,73, IC 95% 0,53-0,98, p = 0,037).
Suicide Prevention in an Emergency Department Population: The ED-SAFE Study. / 2017	Miller, Ivan W; Camargo, Carlos A; Arias, Sarah A; Sullivan, Ashley F; Allen, Michael H; Goldstein, Amy B; Manton, Anne P; et al.	Determinar se uma intervenção especificada por ED reduz o comportamento suicida subsequente.	O estudo multicêntrico de 8 DEs nos Estados Unidos envolveu adultos com uma tentativa recente ou ideação suicida e foi composto de 3 fases sequenciais.	O desfecho primário foram tentativas de suicídio (não fatais e fatais) durante o período de 52 semanas de acompanhamento. A proporção e o número total de tentativas foram analisados.
Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. / 2017	Exbrayat, Sophie; Coudrot, Clotilde; Gourdon, Xavier; Gay, Aurélia; Sevos, Jessica; Pellet, Jacques; et al.	Avaliar a eficácia do acompanhamento telefônico dos pacientes encaminhados a uma unidade psiquiátrica de emergência por tentativa de suicídio em outras tentativas no ano seguinte.	Estudo controlado de centro único, com intenção de tratar, avaliamos a eficácia de um protocolo de acompanhamento telefônico de 436 pacientes em 8, 30 e 60 dias após o tratamento por tentativa de suicídio. Como controles de comparação, avaliamos pacientes com características sociais e demográficas semelhantes encaminhadas à nossa unidade psiquiátrica de emergência no ano anterior ao estudo, que não receberam acompanhamento por telefone após a hospitalização inicial. Os dados foram apresentados por regressão logística.	O acompanhamento telefônico muito precoce de nossos pacientes reduziu efetivamente a recorrência e pareceu ser o único fator de proteção contra repetidas tentativas de suicídio.
Do acolhimento ao encaminhamento para: Assistência ao suicídio em contextos hospitalares. / 2017	Ana Paula Araújo de Freitas; Lucienne Martins Borges.	Investigar o acolhimento, atendimento e encaminhamentos feitos aos usuários atendidos por tentativa de suicídio, em duas urgências e duas emergências hospitalares em um município do sul do Brasil.	De caráter qualitativo, foram entrevistados 16 profissionais de saúde de nível superior, de diferentes categorias profissionais.	Predomínio do atendimento ao sexo feminino, como intoxicações como método mais frequente e o uso da tentativa de suicídio como forma de chamar a atenção. Ainda, evidenciou-se a existência de disponibilidade de atendimento, que, contudo, apresentou problemas nos encaminhamentos pós-alta para a rede de saúde. Ressalta-se, assim, a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar com esta demanda bem como a melhor articulação do Sistema de Saúde e outras políticas para acomodar os usuários após sua alta.
Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. / 2015	Zeppegno, Patrizia; Gramaglia, Carla; Castello, Luigi Mario; Bert, Fabrizio; Gualano, Maria Rosaria; Ressico,	Investigar a frequência com que os pacientes que visitam uma sala de emergência hospitalar (ER) essenciais de uma consulta psiquiátrica para tentativa de suicídio e delinear as características dessa população.	Estudos e investigação nas consultas de emergência por causas psiquiátricas entre os anos de 2008 e 2011 no Hospital "Maggiore" em Novara.	280 de 1888 pacientes que necessitavam de consulta psiquiátrica foram encaminhados ao pronto-socorro por tentativa de suicídio. Os que tentam suicídio eram mais frequentemente do sexo feminino. Tentativas de suicídio foram mais frequentes entre pacientes com histórico de distúrbios psiquiátricos; no entanto, como o suicídio foram mais comuns entre aqueles que não

	Francesca; et al.			anteriores foram hospitalizados anteriormente em uma ala psiquiátrica ou não estava sob os cuidados de um psiquiatra.
Teen options for change: an intervention for young emergency patients who screen positive for suicide risk. / 2015	King, Cheryl A; Gipson, Polly Y; Horwitz, Adam G; Opperman, Kiel J.	Pesquisas anteriores documentaram a viabilidade da triagem em serviços de emergência para o risco de suicídio de adolescentes.	Estudo de caso participando 49 jovens, de 14 a 19 anos, que procuravam serviços para emergências não psiquiátricas.	Os adolescentes designados para TOC dissipação maiores reduções na depressão do que os adolescentes designados para o grupo de comparação. O TOC pode ser uma intervenção breve e promissora para adolescentes que procuram serviços de emergência e correm risco de suicídio.
Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. / 2015	Horwitz, Adam G; Czyz, Ewa K; King, Cheryl A.	Examinar longitudinalmente características específicas da ideação suicida em combinação com histórias de suicídio e autolesão não suicida (NSSI) para avaliar melhor o risco de uma tentativa futura entre adolescentes de alto risco e adultos emergentes.	Estudo de caso, com participantes: 473 pacientes (253 mulheres, 220 homens), companheiros entre 15 e 24 anos (M = 19,38, DP = 2,9; 48% tinham 18 anos ou menos, 76% tinham 21 anos ou mais), que procuravam serviços de emergência psiquiátrica de um hospital universitário (PE), localizado no Centro-Oeste dos Estados Unidos.	O suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes e adultos emergentes com idades entre 15 e 24 anos. Não houve diferenças significativas de sexo para uma história psiquiátrica ou uma história de abuso físico; no entanto, como participantes do sexo feminino foram mais propensas a relatar histórias de abuso sexual, NSSI e de suicídio.
Columbia- suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. / 2015	Gipson, Polly Y; Agarwala, Prachi; Opperman, Kiel J; Horwitz, Adam; King, Cheryl A.	O estudo examinou a validade preditiva de uma ferramenta altamente promissora, a Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).	Estudo de caso, participaram 178 adolescentes (44,4% do sexo masculino; com idades entre 13 e 17 anos) em busca de EF Serviços. Uma entrevista do C-SSRS e os dados médicos selecionados foram coletados para a consulta de índice e visitas subsequentes durante um ano de acompanhamento.	A preocupação com o risco de suicídio foi a queixa principal mais comum (50,6%) nesta amostra, e quase um terço dos adolescentes (30,4%) relatou história de tentativa de suicídio ao longo da vida visita de índice. Sessenta e dois adolescentes (34,8%) tiveram pelo menos uma consulta de retorno durante o acompanhamento. O suicídio é a segunda causa principal da morte entre adolescentes de 13 a 17 anos de idade, 1 e dados recentes representativos em nível nacional indicam que 7,8% dos estudantes do ensino médio tentaram suicídio uma ou mais vezes no ano anterior e 15, 8% consideraram seriamente tentativa.2 Além disso, aproximadamente 2% dos alunos do ensino médio relatam ter tratamento médico para uma ou mais tentativas de suicídio no ano anterior.
Combining brief contact interventions (BCI) in a decision-making algorithm to reduce suicide attempt: the Vigilans study protocol. / 2018	Duhem, Stéphane; Berrouguet, Sofian; Debien, Christophe; Ducrocq, François; Demarty, Anne Laure; Messiah, Antoine; et al.	O principal objetivo da Vigilans é reduzir as taxas de suicídio e de tentativas de suicídio tanto a nível individual (pacientes incluídos em Vigilans) como a nível populacional (habitantes da região de Nord-Pas-de-Calais).	Intervenção integrativa, com pacientes. Todo tentador proveniente de um centro participante recebe um cartão de crise com um número de emergência para entrar em contato em caso de angústia. Os pacientes são sistematicamente recontatados seis meses depois. Uma ligação adicional de 10 dias também é feita se uma tentativa de suicídio do índice não pela primeira vez. A avaliação clínica durante a ligação, a equipe de ligação, a realizar operações de crise provocadas.	Os suicídios ocorridos nas semanas após a liberação de uma enfermaria foram responsáveis por 5% do total de mortes auto infligidas. O período pós- tentativa inicial é considerado uma das janelas de tempo com maior risco de tentativa ou conclusão do suicídio.

### Avaliação dos estudos incluídos na revisão

Para a análise dos dados incluídos em nosso estudo optou-se por utilizar o método de Bardin. O

método de pesquisa Análise de Conteúdo de Bardin<sup>21</sup> tem as seguintes fases para a sua condução: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados e



interpretação.

A fase de pré-análise consiste em organizar o material para que se torne útil a pesquisa. Nesta fase o pesquisador deve fazer a leitura e colocar o material por padronização e por equivalência. Na próxima etapa, a exploração do material, o pesquisador deve fazer a definição das categorias, classificando os elementos constitutivos de um conjunto caracterizados por diferenciação e realizando o reagrupamento por analogia por meio de critérios definidos previamente no sentido de propiciar a realização da inferência. A fase final da etapa organização da análise é o tratamento dos resultados obtidos (em bruto) e sua interpretação<sup>21</sup>.

### Interpretação dos resultados

Esta etapa corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa. Nela o pesquisador baseado nos resultados dos estudos incluídos na pesquisa realiza a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. A identificação de lacunas permite que o pesquisador aponte sugestões para futuras pesquisas direcionadas para o tema em questão<sup>20</sup>.

### Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

Esta etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo pesquisador e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos, serão apresentados no tópico de resultados e discussão<sup>20</sup>.

### Aspectos éticos

Por se tratar de uma revisão de literatura acompanhada de uma revisão integrativa em base de dados oficiais, cujos dados já estão publicados e se caracterizam como fontes secundárias, este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética. De acordo com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, as pesquisas que envolvem apenas dados de domínio público, que não identifiquem os participantes da pesquisa, ou apenas revisão integrativa, sem envolvimento de seres humanos, não necessitam de aprovação por parte do Sistema CEP/CONEP.

### Resultados e Discussão

Após a seleção e análise dos 13 artigos que compuseram a revisão integrativa, foi possível efetuar a categorização conforme os objetivos propostos pelo presente estudo, sendo apresentadas e discutidas a seguir.

### Acompanhamento telefônico

Em 2015, comprovou-se através de estudos observacionais a importância do acompanhamento após alta hospitalar de pacientes que haviam tentado suicídio. De acordo com este estudo, o gerenciamento após alta hospitalar desses pacientes diminui o risco de novas tentativas. Desta forma, foi possível evidenciar que alguns estudos demonstraram que as emergências utilizam o

acompanhamento telefônico como estratégia de prevenção a novas tentativas de suicídio<sup>22,29</sup>.

O tempo de acompanhamento telefônico variou de um estudo para outro. Em alguns estudos a ligação telefônica era feita apenas para marcar consultas e/ou sessões de terapia, ocorrendo entre as primeiras 24 horas após alta hospitalar e entre o décimo e vigésimo primeiro dia após alta da emergência<sup>22,27,29</sup>. Em estudo<sup>28</sup>, o acompanhamento do paciente após tentativa de suicídio admitido em emergência era feito por até seis meses após a alta, no entanto as ligações telefônicas eram realizadas apenas quando a enfermeira não conseguia marcar as entrevistas de forma presencial. Outro estudo<sup>23</sup> usou como estratégia três contatos telefônicos com oito, 30 e 60 dias após tratamento por tentativa de suicídio, demonstrando que o acompanhamento precoce após tentativa de suicídio pode impedir novas tentativas.

Outros dois estudos<sup>24,25</sup> adotaram essa estratégia de acompanhamento telefônico por um ano. Um deles<sup>25</sup> contactou os pacientes com seis, 12, 24, 36 e 52 semanas após intento, e realizou avaliação para detectar os que tinham baixo e alto risco para nova tentativa de suicídio. Porém, os autores concluíram que nenhuma ferramenta é robusta o suficiente para prever com precisão novas tentativas após admissão em emergências. Sendo necessário além de uma ferramenta de avaliação de risco, o levantamento dos fatores predisponentes e de uma avaliação clínica qualificada como parte de uma abordagem abrangente e centrada no paciente. O que corrobora com o outro estudo<sup>24</sup>, onde além do contato telefônico, o paciente recebia um plano de segurança e informações fornecidos pela equipe de enfermagem e na ausência do atendimento telefônico, ocorria o encaminhamento de cartas demonstrando preocupação com o mesmo. O referido estudo demonstrou que a combinação dessas breves intervenções durante e após alta da emergência, diminuíram o comportamento suicida.

Pesquisa<sup>29</sup> também chegou à conclusão em seu estudo que as ligações telefônicas não eram eficazes para aqueles que já tentaram o suicídio mais de uma vez, o que pede então que outras intervenções deverão ser feitas para esses casos.

Entretanto, nem todos os pacientes aceitam imediatamente intervenções após a alta, foi o que mostrou estudo<sup>22</sup>, em que entre estes estavam os jovens de etnia não ocidental que não estavam em tratamento psiquiátrico ou para dependência química naquele momento.

Existem muitos estudos examinando intervenções desenvolvidas para evitar tentativas subsequentes de suicídio. Em um estudo<sup>30</sup>, um Breve Contato de Intervenção (BIC) que incluiu acompanhamento e educação do paciente, intervenção multifacetada (intervenção breve e uma série de telefonemas após a alta) produziu redução significativa na proporção de participantes que tentaram suicídio durante o período de observação de 12 meses e redução de 30% no número total de tentativas de suicídio.





Nos artigos selecionados, encontrou-se várias intervenções aos pacientes suicidas, e em conjunto a outras intervenções, o contato via telefone sempre é evidenciado, abordado e tido como um método de intervenção válida. Estudo<sup>26</sup> desenvolveu o programa denominado Vigilans baseado em sistema de algorítmico para adequar as disposições de vigilância e de breves intervenções de contato, aos indivíduos que receberam alta após uma tentativa de suicídio. O estudo traz como resultado uma nova ligação após 10 dias (ligação extra) que o enfermeiro ou a equipe de intervenção telefônica, pode identificar o estado desse paciente, e dependendo da avaliação dessa ligação a equipe ainda pode realizar intervenções proporcionais e correspondentes a paciente.

As intervenções telefônicas se mostraram uma ferramenta de grande valia interventiva para impedir novas tentativas de suicídio, porém deve-se estimular prazos e percepções no momento da ligação, para que se possa estar à frente do indivíduo e impedir em o ato. As intervenções de contato breve podem ser consideradas estratégias confiáveis quanto a prevenção do suicídio, mostrando sua eficácia nos artigos de campo selecionados, reduzindo novos casos de suicídio<sup>26</sup>. A potencialização da ação de estar em contato com o paciente, melhora a detecção do suicídio e faz com que haja um impedimento do ato.

#### Cartão Crise

Esta estratégia de intervenção consiste na distribuição de cartões com números telefônicos para apoio em caso de emergências suicidas. Três artigos<sup>26,29,31</sup> foram categorizados como estratégia a distribuição de cartões crise. No entanto, essa estratégia não foi utilizada de forma isolada, mas em conjunto com outras como: acompanhamento telefônico, envio de postais, entrevista motivacional e encaminhamento padrão para ambulatórios de psiquiatria.

Em um estudo<sup>29</sup>, estimou-se que o cartão de crise seria mais eficiente para os primeiros tentadores, enquanto os múltiplos tentariam preferir um telefonema. Os cartões postais seriam usados como substitutos se o participante não estivesse acessível e em complemento à ligação telefônica para os casos mais graves (não aderentes ao tratamento pós-alta e/ou em crises suicidas). O estudo se deu aos primeiros tentantes, que receberam um cartão de crise na alta, mostrando um número gratuito que poderia ser chamado, mas quando se trata dos multi tentadores, a intervenção passa a ser método telefônico, ofertando apoio e avaliando a saúde mental do paciente. Assim, o estudo mostrou uma redução significativa do risco de suicídio entre os pacientes que tentaram pela primeira vez entregando cartões de crise.

Quando se trata da primeira tentativa de suicídio, o uso do cartão crise parece eficaz de acordo com o estudo<sup>29</sup>, corroborando com estudo<sup>32</sup> realizado em 2005, onde foi verificado que a redução do risco pode variar de um quinto no pior cenário a três quartos no melhor

cenário. Além do mais, a entrega de cartões crise é uma intervenção fácil, de baixo custo e relativamente segura de implementar.

Pesquisa<sup>31</sup> também encontrou resultado positivo com o uso de cartões de crise em seu estudo realizado com jovens entre 14 e 19 anos de idade. No entanto, a pesquisa foi realizada com a aplicação de um questionário em três etapas: avaliação inicial, avaliação de acompanhamento com dois meses e avaliação final. Para cada etapa concluída, os jovens recebiam um incentivo financeiro. Desta forma, o resultado positivo possa ter sido mascarado em função do incentivo financeiro, o que não deixaria de ser uma estratégia válida.

Diferente desses dois estudos, estudo<sup>26</sup> criou um programa denominado Vigilans baseado num sistema algorítmico para adequar as disposições de vigilância e intervenções de contato breves a indivíduos que receberam alta do hospital após uma tentativa de suicídio. No Vigilans, está incluso o uso de cartão crise com número de telefone gratuito, juntamente com uma carta informativa sobre o programa.

No momento da alta o paciente recebe o cartão crise, e mesmo que estes não liguem, existe uma ação de contato no 10º dia e após 06 meses. Os cartões crises descritos por estudo<sup>26</sup> são enviados sempre que os pacientes estão inacessíveis por outros métodos de contato como o telefone. O autor ainda evidencia a eficácia do uso dos cartões crise, pois ser um método fácil e de rápido disseminação, porém o estudo ainda se encontra em fase de comparação de resultados e levantamento de dados, ou seja, sem resultados finais concretos.

Estima-se que com a metodologia desse processo mais de dez mil tentadores de suicídio possam ser alcançados, obtendo-se um banco de dados e de informações mais concreto, propiciando ações dinâmicas entre os tentadores e utilizando o sistema de monitoramento em prol da prevenção<sup>26</sup>.

Em um estudo de 2019 fez-se o uso do Algo-S caracterizado por um algoritmo destinado a corresponder um grupo de intervenção ou para o grupo de controle de tratamento em pacientes que tentaram o suicídio pela primeira vez com o uso de cartões, sendo considerado um teste composto de ICB. O estudo trouxe uma redução significativa das tentativas de suicídio, após a intervenção do cartão crise que era distribuído aos que tentam suicídio pela primeira vez, impedindo as novas tentativas<sup>29</sup>.

A aplicação dos cartões crises traz uma intervenção positiva quando a redução e a intervenção para controle, logo se faz compreender que quando o paciente está em um nível mais elevado de crise ou em estado mais grave, o uso do cartão crise possui resultados inconclusivos quando comparado a uma forma estratégica de intenção de tratamento<sup>29</sup>.

Os cartões crises são usados conforme os estudos categorizados, como uma forma de prevenção, de contato posterior após a tentativa de suicídio, sendo usado de forma preventiva aliado ao apoio a saúde



mental e ao contato telefônico. Pesquisa<sup>26</sup> enfatiza ainda que o uso do cartão crise é considerado também quando não se consegue o contato telefônico, enviando os cartões de forma postal.

### **Encaminhamento ambulatorial, presencial, Centro de Atenção Psicossocial, Unidades Básicas de Saúde ou internação e intervenção psiquiátrica**

Esta estratégia consiste no atendimento que a pessoa suicida ou tentante, pré disposto ao ato recebe para o apoio e tratamento, ocorrendo através de encaminhamentos a outras instituições ou por orientações à rede de apoio. Nos encaminhamentos feitos às instituições, destacaram-se aqueles dirigidos às Unidades da Rede Municipal de Saúde, à avaliação psiquiátrica ou à internação no Instituto de Psiquiatria e os encaminhamentos à rede não governamental. Já as orientações à rede de apoio foram direcionadas às famílias e à rede de apoio próxima<sup>29,33,34</sup>.

A Rede Municipal de Saúde configura-se como fonte primária de encaminhamentos dos pacientes após alta hospitalar, com duas opções importantes, sendo a primeira as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde o paciente poderá dar continuidade ao seu tratamento próximo à sua residência e a segunda opção sendo os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Contudo, se o paciente mantiver ideia suicida ou oferecer risco a si mesmo ou a outras pessoas, a conduta adotada é encaminhá-lo para avaliação psiquiátrica ou internação no Instituto de Psiquiatria da região<sup>34</sup>.

Pesquisa<sup>33</sup> evidenciou o papel do profissional médico quanto a avaliação e solicitação de acompanhamento com especialista da área de psiquiatria para pacientes atendidos em serviço de emergência. Conforme as diretrizes do hospital, todas as tentativas de suicídio são encaminhadas ao psiquiatra, contudo, àqueles que necessitam de estabilização clínica após tentativa de suicídio, são avaliados posteriormente por psiquiatras. Ainda, o estudo revela que dos 1888 pacientes que necessitaram de consulta psiquiátrica, 280 (14,8%) foram encaminhados ao pronto-socorro devido à tentativa de suicídio e destes 34,6% necessitaram de internação em enfermaria de psiquiatria. Esses dados demonstram que o serviço de emergência é determinante para o encaminhamento assertivo de pacientes após tentativa de suicídio.

A conduta após evento de tentativa mostra-se essencial para a prevenção de novas ocorrências e precisa ser considerada em todos seus aspectos, como demonstrou estudo<sup>35</sup>, tendo a decisão sobre o paciente permanecer no serviço de emergência até o dia seguinte ou nos finais de semana, visto que normalmente os serviços de saúde mental não funcionam nestes dias, pode repercutir em novos desfechos negativos para o paciente. Essa é uma situação delicada, pois é alto o número de pacientes que tentaram suicídio e têm diagnóstico de transtorno mental e precisam de acompanhamento especializado.

Alguns tentadores de suicídio sofrem de uma

doença mental grave e precisarão de hospitalização e tratamento psiquiátrico intenso, enquanto outros realizaram tentativas de suicídio como uma reação impulsiva a um evento estressante da vida, mas são mentalmente estáveis, reforçando-se assim a necessidade de avaliação especializada<sup>36</sup>.

Em um dos estudos realizado em Israel, os pacientes eram apresentados antes da alta hospitalar a um projeto de terapia, tendo o primeiro contato via telefone após as 24hr da tentativa de suicídio, marcando uma reunião terapêutica – caso o paciente concordasse. A intervenção consistiu em uma série de 12 a 15 sessões, focadas na intervenção em crises. O programa de intervenção terapêutica ao final constatou redução em cerca de 10% de tentativas suicidas<sup>27</sup>.

O acompanhamento dos pacientes foi uma estratégia positiva, conforme o estudo ACTION-J que examinou os efeitos do gerenciamento assertivo de casos em tentativas repetidas de suicídio no ambiente do departamento de emergência. Essa intervenção do tipo contato foi introduzida pelo gerente de caso durante as admissões no departamento de emergência por tentativas de suicídio e consistia no gerenciamento assertivo e contínuo de casos (por pelo menos 18 meses) com base em diagnósticos psiquiátricos, riscos sociais e demandas dos pacientes. A intervenção reduziu significativamente o número de indivíduos com a primeira tentativa de suicídio recorrente, por até seis meses, as ações de intervenção incluíam: incentivar os participantes a aderir ao tratamento psiquiátrico e outros cuidados médicos ou sociais e, se necessário, coordenados para o uso desses recursos para atender às demandas individuais<sup>28</sup>.

Desta forma, entende-se que a relação do paciente com o profissional de saúde, da acolhida até a saída do serviço, é um importante instrumento para a continuidade ou não dos encaminhamentos realizados, bem como para a prevenção de novas tentativas de suicídio<sup>35</sup>.

Reconhecendo que condições físicas, psicológicas, sociais e recursos disponíveis da saúde no território são variáveis que precisam ser investigadas, os profissionais também assinalaram dificuldades para concretizar os encaminhamentos, pontuando que as opções disponíveis na rede são escassas frente à demanda atendida<sup>37</sup>.

Uma pesquisa<sup>38</sup> ainda reforçou a importância da família nesse processo, apontando que 45,2% dos pacientes atendidos em emergência hospitalar após tentativa de suicídio receberam alta hospitalar, 36,6% ficaram internados e 11,6% foram encaminhados para tratamento ambulatorial. Avalia-se então que a adequada instrução da família auxilia na prevenção do suicídio.

E por fim, as terapias cognitivas e comportamentais dialéticas mostram-se eficazes no acompanhamento dos pacientes, contudo a rápida indução desses métodos é difícil no departamento de emergência para pacientes em crise suicida aguda<sup>28</sup>.



## Utilização de escalas de gravidade para avaliar risco de tentativa de suicídio

O uso de ferramentas para avaliar o risco de tentativa de suicídio é de grande valia para a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar depois de um intento suicida, principalmente para definir a intervenção mais adequada para cada caso. Nesta linha de pesquisa foram levantados quatro artigos abordando a utilização de escalas e/ou questionários para avaliar o risco de tentativa de suicídio<sup>22,25,39,40</sup>.

Um dos principais problemas enfrentados pela equipe de saúde nas emergências ao atender um paciente que tentou suicídio, é decidir quem pode receber alta sem mais avaliações de saúde mental e quem deve ser admitido ou receber alguma outra intervenção antes da alta. Desta forma, foi desenvolvida uma ferramenta de suporte para tomada de decisão objetivando fornecer uma maneira simples de auxiliar esse processo, de forma garantida, sugerindo fatores que poderiam priorizar um paciente para alta do pronto-socorro, supondo que não houvesse outros fatores clínicos que sugeriam uma avaliação da saúde mental. No entanto, essa ferramenta não teve um bom desempenho como tomada de decisão, pois quase todos os pacientes avaliados apresentavam um critério para classificação de “alto risco”<sup>25</sup>.

Os métodos de avaliação na população ajudam a identificar as pessoas potencialmente em risco e facilitar a transferência para os cuidados adequados, a maioria das pessoas que atendem aos critérios de risco não tenta ou morre por suicídio. Existe um desafio contínuo para determinar quais indivíduos, dentre um grupo de risco, continuarão a tentar suicídio. Para isso várias ferramentas são usadas como o auto relato, Questionário de Ideação Suicida - Junior, Escala de Desesperança de Beck, Escala de Depressão de Adolescentes de Reynolds e Escala de Probabilidade de Suicídio e Escala de Classificação de Gravidade do Suicídio da Columbia (C-SSRS)<sup>39,40</sup>.

Os prestadores de serviços de emergência psiquiátrica podem se apropriar do C-SSRS juntamente com outros questionários ou outras formas de investigação, avaliando os riscos a ponto de auxiliar nas decisões interventivas clínicas<sup>40</sup>. Todas as ferramentas usadas para levantar números e estatísticas servem para traçar tratamentos, identificar aqueles prováveis a retornar a tentativa de suicídio e traçar ações de prevenção com nichos específicos.

Dado o aumento expressivo nas taxas de suicídio e tentativas, é crescente a demanda por atendimento a estas situações nos contextos hospitalares. Porém, estudo<sup>18</sup> revelou que apenas uma em cada três pessoas que tentam suicídio, uma é atendida em um serviço médico hospitalar, influenciada na procura por este recurso dada a gravidade da lesão auto provocada e risco de morte, facilidade de acesso ao serviço de saúde e confiança do usuário no sistema, estigma das demais pessoas em relação ao seu comportamento e medo de ser criminalizado. De maneira geral, é um número reduzido frente às estimativas de tentativas que são praticadas<sup>18,41</sup>.

Assim, diante do apresentando percebe-se que é

salutar a inclusão da avaliação do risco de novas tentativas de suicídio na rotina dos serviços de urgência e emergência antes que o paciente receba alta, a fim de que o encaminhamento proposto seja condizente com suas necessidades<sup>17</sup>. Isso requer que a equipe de saúde tenha competência técnica e utilize os instrumentos adequados para avaliar todas as vulnerabilidades do paciente enquanto ele estiver no ambiente hospitalar.

## Considerações Finais

A realização do presente estudo possibilitou a identificação das estratégias adotadas pelos serviços de emergência para evitar novas tentativas de suicídio, sendo assim, alcançado o objetivo proposto. A importância deste estudo justifica-se pelo aumento das tentativas de suicídio na população e pelo grande impacto na vida de indivíduos e familiares que enfrentam tal realidade.

O estudo permitiu identificar também a escassez de trabalhos realizados no Brasil, refletindo na ausência de estratégias brasileiras para a prevenção de novas tentativas de suicídio no âmbito dos serviços de emergências. Indaga-se também que essa realidade evidenciada pode ser compreendida pelo fluxo de contra-referência dos serviços de emergência a serviços de atenção básica e especialmente aos centros de atenção psicossocial. Ainda assim, consideram-se essenciais ações por partes destes serviços que setornam porta de entrada ao paciente psiquiátrico e que o atendem muitas vezes em momento de crise extrema, como na tentativa de suicídio.

Com os artigos pode-se notar algumas intervenções de sucesso perante as novas tentativas de suicídio, como o uso da intervenção telefônica e dos cartões de crise. Quanto ao uso dos cartões crise, é de se considerar os mesmos úteis para impedir as tentativas de suicídio, porém perante aos estudos coletados, se mostra ineficaz após os tentantes com histórico acima de uma tentativa, assim como a ligação telefônica se torna pouco eficaz após um número maior de tentativas de insucessos.

O profissional de enfermagem que possui o contato com o indivíduo pós a tentativa de suicídio, deve estar apto para a abordagem, atendimento e encaminhado deste. A promoção ainda do cuidado e das intervenções pós uma tentativa de suicídio é resgatar a esse indivíduo sua força de viver, força de combater a doença, que em geral é a depressão. Os métodos que os profissionais realizam, deve ser capaz de prever e identificar o comportamento suicida.

A escuta qualificada é primordial não devendo ser imersa a um discurso preconceituoso e de julgamentos, considerando ainda que a pessoa nem sempre pode estar disposta a externar seus sentimentos, surgindo ainda um novo desafio aos profissionais de enfermagem.

Em suma, as estratégias usadas para o combate as novas tentativas de suicídio, é essencial para que possa combater não somente o ato em si, mas as demais doenças relacionadas com o suicídio, como a depressão. É necessário também, que se aplique cada vez mais



estudos e pesquisas para que se tenha mais informações sobre o assunto, podendo traçar métodos de inclusão a uma população mais ampla.

Para a elaboração do estudo, barreiras foram encontradas principalmente quanto a oferta na literatura brasileira sobre as estratégias pertinentes ao combate do suicídio, o que se leva a considerar que novas medidas, estudos, informação e fontes de atuação dentro do combate do suicídio precisam ser discutidas e abordadas

no Brasil, considerando ainda a implementação das estratégias de outros países no país. Com o desenvolvimento do estudo, foram descobertas novas experiências e novas formas de atuação perante a área do enfermeiro, sendo este capaz de atuar em níveis estratégicos, clínicos, de escutas e intervenções para o combate não só do suicídio, como de uma forma mais ampla, de todas as estratégias que visam o bem-estar e o autocuidado do outro.

## Referências

1. Vasconcelos Neto PJA, Moreira RSM, Oliveira Junior FJM, Ludermir AB. Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2020;23:e200010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v23/1980-5497-rbepid-23-200010>
2. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Comportamento suicida: conhecer para prevenir [Internet]. Cartilha ABP. 1. ed. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: [http://www.cvv.org.br/downloads/cartilha\\_suicidio\\_profissionais\\_imprensa.pdf](http://www.cvv.org.br/downloads/cartilha_suicidio_profissionais_imprensa.pdf)
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção do suicídio [Internet]. 2018. Disponível em: [www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5674:suicidio](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio)
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Dados epidemiológicos: Suicídio [Internet]. 2015. Disponível em: [www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5674:suicidio&Itemid=839](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio&Itemid=839)
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.542, de 22 de dezembro de 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542\\_22\\_12\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2542_22_12_2005.html)
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html)
7. Brasil. Portaria nº 1.315 de 11 de maio de 2018. Disponível em: <http://mds.gov.br/obid/legislacao/portaria-gm-ms-mo>
8. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Campanha Setembro Amarelo [Internet]. 2015. Disponível em: [www.abp.org.br/setembro-amarelo](http://www.abp.org.br/setembro-amarelo)
9. Ministério da Saúde (BR). RAPS - Rede de Atenção Psicossocial [Internet]. 2020. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf)
10. Marcolan JF, Silva DA. O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção. *Revista M*. 2019 jan/jun;4(7):31-44.
11. Departamento de Vigilância Epidemiológica (BR). 2019. Santa Catarina – SC [Internet]. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2017;48(3):1-14. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
13. Botega NJ, et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(12):2632-2638.
14. Botega NJ. Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed; 2002.
15. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2002;181:193-199. Disponível em: [www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/721FD68B3030C46E2070CC08CA869523/S000712500002715Xa.pdf/fatal\\_and\\_nonfatal\\_repetition\\_of\\_selfharm.pdf](http://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/721FD68B3030C46E2070CC08CA869523/S000712500002715Xa.pdf/fatal_and_nonfatal_repetition_of_selfharm.pdf)
16. Bliokas VV, Hains AR, Allan JA, Lago L, SNG R. Community-based aftercare following an emergency department presentation for attempted suicide or high risk for suicide: study protocol for a non-randomized controlled trial. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19:1380. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6815378/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6815378/). Acesso
17. Bertolote JM, Mello-Rantos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2010;32:87-95.
18. Botega NJ. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2007;29(1):7-8.
19. Carmona-Navarro MC, Pichardo Martinez MC. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2012; 20(6):1161-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/19.pdf>
20. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2008 out-dez;17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
21. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
22. Dekker WPH, Vergouwen ACM, Buster MCA, Honig A. Acceptance of guidance to care at the emergency department following attempted suicide. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017;17(1):332. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-017-1491-z> EXBRAYAT et al., 2017;
23. Miller IW, Camargo CA, Arias SA, Sullivan AF, Allen MH, Goldstein AB, Manton AP, Espinola JÁ, Jones R et al. Suicide Prevention in an Emergency Department Population The ED-SAFE Study. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2017;74(6):563-570. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2623157>



24. Boudreaux ED, Larkin C, Kini N, Capoccia L, Allen MH, Grumet JG, et al. Predictive Utility of an Emergency Department Decision Support Tool in Patients with Active Suicidal Ideation. *Psychol Serv* [Internet]. 2018;15(3):270-278. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6082179/pdf/nihms968489.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6082179/pdf/nihms968489.pdf)
25. Duhem S, et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2018;8:1-10. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/10/e022762.full.pdf>.
26. Givon L, Levi A, Bloch B, Fruchter E. Immediate and brief intervention after suicide attempts on patients without major psychiatric morbidity—A pilot study in northern Israel. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2018;51:20-24. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/F155247D99F9A468EDACC5A9F0151A4B/S0924933800015418a.pdf/%20immediate\\_and\\_brief\\_intervention\\_after\\_suicide\\_attempts\\_on\\_patients\\_without\\_major\\_psy%20chiatric\\_morbiditya\\_pilot\\_study\\_in\\_northern\\_israel.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/F155247D99F9A468EDACC5A9F0151A4B/S0924933800015418a.pdf/%20immediate_and_brief_intervention_after_suicide_attempts_on_patients_without_major_psy%20chiatric_morbiditya_pilot_study_in_northern_israel.pdf)
27. Furuno T, et al. Effectiveness of assertive case management on repeat self-harm in patients admitted for suicide attempt: Findings from ACTION-J study. *J Affect Disord* [Internet]. 2018;225:460-465. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165032717310789?token=079A196A2509F1C77E32E8A1742F5D15548B81A326D3D1E4A84136737756880EFOA72C824E009C8995AE31795786A6E2>
28. Messiah A, Notredame CE, Demarty AL, Duhem S, Vaiva G. Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomized controlled trial. *PloS One* [Internet]. 2019;14(2). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0210778>
29. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, Leo D, Bolhari J, Botega NJ, Silva D, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2008;86(9):703-709. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/bwho/2008.v86n9/703-709/en>
30. King CA, Gipson PY, Horwitz AG, Opperman KJ. Teen Options for Change: An Intervention for Young Emergency Patients Who Screen Positive for Suicide Risk. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2015;66(1):97-100. Disponível em: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201300347>
31. Lacan J. O seminário: a angústia. Livro 10. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2005.
32. Zeppego P, Gramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, Coppola I, et al. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015;15(13). Disponível em: <https://bmcpsonline.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-015-0392-2>
33. Freitas APA, Borges LM. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estudos de Psicologia* [Internet]. 2017;22(a):50-60. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v22n1/a06v22n1.pdf>
34. Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de Suicídio e o acolhimento nos serviços de emergência: a percepção de quem tenta. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2013;21(2):108-114. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/02.pdf>
35. Weyrauch K, Byrne PR, Katon W, Wilson L. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* [Internet]. 2001;31(3):311–277. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1521/suli.31.3.311.24240>
36. Gutierrez BAO. Assistência hospital na tentativa de suicídio. *Psicol. USP* [Internet]. 2014;25(3). Disponível em: [www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0262.pdf)
37. Sá NNB, Oliveira MGC, Mascarenhas MDM, Yokota RTC, Silva MMA, Malta DC. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. *Revista Médica de Minas Gerais* [Internet]. 2010;20(2):145-152.
38. Horwitz AG, Czyz EK, King CA. Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2015;44(5):751-761. Disponível em: [www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15374416.2014.910789?needAccess=true](http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15374416.2014.910789?needAccess=true)
39. Gipson PY, Agarwala P, Opperman KJ, Horwitz A, King CA. Columbia-suicide severity rating scale: predictive validity with adolescent psychiatric emergency patients. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2015;31(2):88-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5037572/pdf/nihms788649.pdf>
40. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behaviour. *Epidemiologic Reviews*. 2008;133-154.

