

PERCEPÇÕES, SENTIMENTOS E CUIDADOS AOS TENTANTES DE SUICÍDIO: O QUE DIZEM OS TÉCNICOS EM ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.

Perceptions, feelings and care of suicide attempts: what the nursing technicians in a reference hospital in emergency and emergency care say.

Ana Carla Gonçalves de Andrade¹

Jeremias Campos Simões²

RESUMO: O suicídio está diretamente relacionado à autolesão que resulta em morte, diferentemente da tentativa de suicídio, que possui as mesmas características, porém o resultado final não é fatal. Quando praticada a tentativa de suicídio, o tentante adentra ao serviço de emergência onde é atendido por uma equipe multidisciplinar em que estão presentes os profissionais de Enfermagem. Essa primeira abordagem deve ser feita de modo a prevenir futuras tentativas e para isso o profissional precisa sentir-se preparado. Neste sentido, o presente artigo tem como objetivos: traçar o perfil socioeconômico dos técnicos em enfermagem e identificar a percepção desses profissionais quanto aos tentantes de suicídio. Para isso, conduziu-se um estudo quanti-qualitativo de caráter exploratório, no qual foram entrevistados, de maneira individual, 24 técnicos em Enfermagem, por meio de entrevista semiestruturada e audiogravada, em um hospital de referência em urgência e emergência, localizado no município de Vitória – Espírito Santo, Brasil. A coleta das informações ocorreu entre outubro e novembro de 2021. A partir da análise

¹ Acadêmica em Enfermagem no Centro Universitário Salesiano de Vitória – ES. E-mail: ana.andrade@souunisales.com.br

² Enfermeiro, Especialista em Dependência Química, Mestre em saúde Coletiva, Doutorado em Saúde Coletiva. E-mail: jsimoes@ucv.edu.br

de dados emergiram cinco categorias: (1) Percepções dos técnicos em enfermagem quanto ao comportamento suicida; (2) Percepções dos fatores de risco que levam ao suicídio; (3) Assistências de enfermagem ao sujeito tentante de suicídio; (4) Impactos do fenômeno suicídio nos técnicos em Enfermagem; (5) Percepção da importância do preparo profissional. Identificou-se a necessidade de maior conhecimento e preparação profissional em relação ao comportamento suicida assim como a preparação quanto à abordagem aos tentantes de suicídio.

Descritores em saúde: Suicídio. Tentativa de Suicídio. Pronto-Socorro. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: Suicide is directly related to self-injury that results in death, unlike the suicide attempt, which has the same characteristics, but the end result is not fatal. When a suicide attempt is carried out, the attempt enters the emergency service where they are assisted by a multidisciplinary team in which nursing professionals are present. This first approach must be done in order to prevent future attempts and for this, the professional needs to feel prepared. In this sense, this article aims to: trace the socioeconomic profile of nursing technicians and identify the perception of these professionals regarding suicide attempts. For this, an exploratory quantitative-qualitative study was conducted, in which 24 nursing technicians were individually interviewed, through semi-structured and audio-recorded interviews, in an urgent and emergency reference hospital, located in the city of Vitória – Espírito Santo, Brazil. The collection of information took place between October and November 2021. Based on the analysis of data emerged five categories: (1) Perceptions of nursing technicians regarding suicidal behavior; (2) Perceptions of risk factors that lead to suicide; (3) Nursing care tempting subject of suicide; (4) Impacts of the suicide phenomenon on nursing technicians; (5) Perception of the importance of professional preparation The need for greater knowledge and professional preparation in relation to suicidal behavior was identified, as well as preparation regarding the approach to suicide attempts.

Health descriptors: Suicide. Suicide, Attempted. Nursing Care. Emergency Medical Services.

1 INTRODUÇÃO

O termo suicídio deriva do latim “*autoassassinio*” e representa um ato fatal que está relacionado com o desejo que uma pessoa tem em alcançar a morte. Representa uma “morte autoinfligida com evidências explícitas ou implícitas de que a pessoa pretendia morrer”(SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p.763).Assim, suicídios correspondem aos casos que resultaram em morte do indivíduo como consequência de um ato direto ou indireto em que foi executado pela própria pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

O suicídio é um fenômeno complexo que possui diversas causas e atinge diferentes idades, etnias, classes sociais e culturas, afetando não só o individual, mas também o coletivo (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021) deixando um sentimento devastador nas pessoas que sobreviveram ao suicídio de alguém importante. Ao contrário do que muitos acreditam, os sobreviventes são aqueles que perderam um ente querido para o suicídio e não a pessoa que cometeu o ato suicida e não obteve êxito. Para esses sobreviventes, o sentimento que fica é o de culpa, um sentimento de que poderiam ter feito algo mais pela pessoa. Sentimentos de abandono em caso de crianças que perderam os pais para o suicídio, e sentimentos de fracasso em não perceber o sentimento do filho em casos de pais que perderam seus filhos para o suicídio (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Estima-se que de 5 a 10 pessoas são afetadas gravemente em cada morte decorrente de um ato suicida (RUCKERT; FRIZZO; RIGOLI, 2019).

O fenômeno suicídio é um assunto discutido no âmbito nacional e mundial. Ele acomete todas as regiões do planeta e gera discussões em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mediante Relatório Global sobre Suicídio lançado em 2014, estima-se que ocorrem cerca de 800 mil mortes por suicídio anualmente, além de diversas tentativas ao redor do mundo. Esse índice indica a ocorrência de uma morte por suicídio a cada 40 segundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

No Brasil, no período entre 2010-2019, 112.230 pessoas morreram por suicídio. Um aumento de 43% no número anual de mortes, sendo 9.454 mortes em 2010 e chegando a 13.523 mortes em 2019. As taxas de suicídio entre homens e mulheres também sofreram aumento no mesmo período, sendo 26% e 29% respectivamente (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em contrapartida ao suicídio, temos as tentativas de suicídio que estão relacionadas aos comportamentos autodestrutivos não fatais onde há evidências

de que a pessoa pretendia morrer, sendo essas evidências manifestadas de forma implícitas ou explícitas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Estimativas apontam que as tentativas de suicídio superam em pelo menos dez vezes o número de suicídio (BOTEGA, 2014), sendo elas o principal fator de risco para a concretização do suicídio futuramente (BOTEGA apud OWENS et al., 2014).

No Brasil, encontramos avanços nas políticas voltadas ao cuidado dos tentantes. Um passo importante pelo Ministério da Saúde, foi a implementação da Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, que instituiu a notificação compulsória para as lesões autoprovocadas (BRASIL, 2014). Em 2019, houve aumento do registro de notificações, chegando a 39,8% em comparação a 2018, somando um total de 124.709 notificações, sendo as mulheres as mais acometidas, representando 71,3% do total de registros (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). As notificações são importantes para a elaboração de medidas de prevenção, porém estima-se que para cada tentativa documentada, existem outras quatro que não são registradas (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Outro sim, com o objetivo de garantir respeito, autonomia e liberdade as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, o ministério da saúde por meio da Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Um dos componentes que constitui a RAPS é “Atenção de urgência e emergência”, formada pelos seguintes pontos de atenção: I. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192; II. Sala de Estabilização; III. Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; IV. Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; V. Unidades Básicas de Saúde, entre outros (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No caso das tentativas de suicídio, que representam casos de emergências psiquiátricas, temos o Pronto Socorro como porta de entrada ao atendimento, onde uma equipe multidisciplinar precisa estar preparada. A equipe de saúde presente no momento do atendimento aos sujeitos que estejam em sofrimento físico e emocional precisa saber identificar a fragilidade dos sujeitos e entender que esses sujeitos podem, nas primeiras abordagens, não conseguir ou ter a necessidade de falar abertamente sobre os sentimentos que estão sentindo. Assim, “todas as intervenções clínicas devem levar essas expectativas e atitudes em consideração para reduzir a possibilidade de mau entendimento e dos problemas que elas podem gerar” (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p.775).

As emergências psiquiátricas relacionadas aos tentantes apresentam características de alteração de pensamentos, comportamentos ou sentimentos que necessitam de uma intervenção imediata com o objetivo de proteger a pessoa ou terceiros do risco de morte. Assim, dentre as principais situações de emergências psiquiátricas atendidas no serviço de emergência, destaca-se o comportamento suicida que representa 20% dos atendimentos, seguido do comportamento violento que representa 10% dos atendimentos (KONDO et al., 2011).

A conduta correta de abordagem dos profissionais no momento de uma emergência psiquiátrica pode repercutir na adesão da pessoa ao tratamento. Uma abordagem segura, de qualidade, cuidado de enfermagem resolutivo, respeito e escuta ativa do profissional é o que o indivíduo precisa. O acolhimento adequado gera a confiança do usuário com o serviço de saúde e com os profissionais (KONDO et al., 2011).

Neste sentido, os objetivos dessa pesquisa foram: traçar o perfil socioeconômico dos técnicos em enfermagem e identificar a percepção dos técnicos em enfermagem quanto aos tentantes de suicídio.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa de caráter exploratório, ou seja, combina as abordagens. Na abordagem qualitativa, a coleta de dados não se fundamenta em estatísticas, mas sim descritivos, onde o ambiente é a fonte dos dados e o pesquisador o instrumento. Já a abordagem quantitativa está diretamente relacionada com dados estatísticos e teste de hipóteses. Essas abordagens, quando relacionadas, levam a uma maior compreensão dos problemas da pesquisa (CRESWELL, 2010; SAMPIERI, COLADO & LUCIO, 2013). A pesquisa foi realizada em um Hospital Estadual de referência em Urgência e Emergência, localizado no município de Vitória-ES, Brasil. Trata-se de um hospital de porta aberta para a população sendo sua referência urgência e emergência na região metropolitana. Ele é considerado o principal hospital para atendimento às demandas do Corpo de Bombeiros e Samu, referência nos atendimentos de trauma de média e alta complexidade.

2.1 Contextos de pesquisa e participantes

Sabendo que o Pronto Socorro faz parte do RAPS foi realizado uma pesquisa de campo com a equipe de enfermagem do local para coleta de dados referente ao atendimento do sujeito tentante de suicídio ao adentrar no serviço. Os participantes da pesquisa foram técnicos em enfermagem que atuam no Pronto Socorro nos setores de: I. Classificação de Risco; II. Sala de choque; III. Sala vermelha; IV. Salas Amarelas e V. Medicação, locais onde são prestados os primeiros atendimentos de urgência e emergência aos sujeitos tentantes de suicídio. Como critérios de inclusão: Ser técnico em enfermagem e atuar no Pronto Socorro; possuir 3 meses ou mais de atuação no serviço de urgência e emergência. Para exclusão: ter formação técnica em enfermagem, mas não exercer a função nesse serviço.

No que se refere à análise qualitativa, para a definição do grupo amostral, utilizou-se a técnica de amostragem por saturação. Isso significa que a inclusão de novos participantes é suspensa quando os dados começam a apresentar redundância ou repetição (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

2.2 Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Salesiano sob parecer de nº 4.302.825. Informou-se a todos os participantes sobre os objetivos da pesquisa, atendendo a Resolução 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Para manter a privacidade de todos os participantes na apresentação de resultados, os nomes foram substituídos por códigos, sendo TEC 1 até TEC 24.

2.3 Procedimentos de coleta de dados

Para que os dados fossem coletados no local de estudo, solicitou-se a aprovação da direção do hospital e, no momento da coleta de dados, a permissão dos supervisores de enfermagem de cada setor. Abordaram-se os sujeitos da pesquisa durante as atividades de trabalho, nos plantões diurnos e noturnos, no período de outubro a novembro de 2021. Realizou-se a abordagem de maneira individual onde foram apresentados os objetivos da pesquisa. Nesse momento também foram informados que a participação na pesquisa era voluntária e manteria o anonimato do participante. Em seguida consultaram-se os participantes a respeito da autorização para audiogravar a entrevista e realizar o estudo, seguindo da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta de dados utilizou-se questionário socioeconômico e entrevista semiestruturada, dando igual oportunidade para todos os profissionais participarem da pesquisa. A entrevista semiestruturada foi composta com as questões: *O que você entende por suicídio? Em sua opinião, o que leva uma pessoa a buscar o suicídio? Aqui, no Pronto Socorro, de que forma você enquanto técnico em enfermagem presta/prestaria sua assistência à pessoa tentante de suicídio? Fala para mim quais são os sentimentos gerados após um atendimento a pessoa tentante? Sente-se preparado para o atendimento ao sujeito tentante de suicídio?*

2.4 Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados quantitativos se deu por meio de Microsoft Excel e apresentados em dados descritivos em tabela.

Para os dados qualitativos, todas as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra e a análise dos dados se deu por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016). A análise dos dados conduziu-se em fases. Na primeira fase de análise, dado qualitativo, realizou-se a transcrição dos áudios das entrevistas, leitura e familiarização do material para obtenção de uma visão geral dos dados, posteriormente as respostas das perguntas foram classificadas em temáticas sendo elas: *fenômeno espiritual; fenômeno doença; fenômeno sentimentos gerados; fenômeno entendimento sobre suicídio; fenômeno dor/sofrimento; fenômeno de escuta ativa e fenômeno preparo profissional.*

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 24 técnicos em enfermagem entrevistados, desses, 10 (42%) se autodeclara pardos, 8 (33%) pretos, 5 (21%) brancos e 1 (4%) outros. A faixa etária predominante foi de adultos jovens, sendo 11 (46%) participantes com idade entre 31 e 40 anos. Quanto ao sexo, há o predomínio de mulheres 21 (87,5%) e 3 (12,5%) do sexo masculino. No que diz respeito ao estado civil, 14 (59%) são solteiros, 8 (33%) são casados, 1(4%) divorciado e 1(4%) viúvo. Apesar do predomínio de participantes da religião evangélica (42%), as demais religiões também estiveram presentes como católica, representando 37% e praticantes de outras religiões 21%. Todos os entrevistados possuem formação em nível técnico no curso de enfermagem, em relação ao tempo de formação foi

descrito em categorias, sendo elas igual ou menor que 1 ano (1), até 5 anos de formação (13), até 10 anos de formação (9) e acima de 10 anos de formação (1). (TABELA 1).

No que se refere ao tempo de atuação na emergência, cenário do estudo, variou entre três meses até 11 meses (12), de 12 meses até 23 meses (7) e acima de 24 meses (5). Em relação aos treinamentos na área de saúde mental, apenas 25% dos participantes afirmam possuir alguma capacitação. Quando questionados sobre a participação em treinamentos específicos para o atendimento ao sujeito tentante de suicídio, 87,5% afirmam não ter passado por nenhum treinamento no hospital de estudo nem em empregos anteriores. (TABELA 1).

No total, 58% responderam já terem atendido algum caso de emergência de sujeitos tentantes de suicídio no setor em que atua contra 42% que nunca prestou atendimento a sujeitos tentantes de suicídio. A proporção de pessoas que relataram conhecer alguém que já tentou suicídio foi de 71%. (TABELA 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos técnicos em enfermagem do hospital de referência em urgência e emergência, Vitória – Espírito Santo, Brasil, 2021. (continua)

Características	Número	Porcentagem (%)
Faixa Etária		
24 a 30 anos	04	17
31 a 40 anos	11	46
41 a 53 anos	09	37
Sexo		
Feminino	21	87,5
Masculino	03	12,5
Estado Civil		
Solteiro	14	59
Casado	08	33
Divorciado	01	04
Viúvo	01	04
Raça		
Branco	05	21
Pretos	08	33
Pardos	10	42
Outros	01	04

Fonte: Autoria nossa, 2021

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos técnicos em enfermagem do hospital de referência em urgência e emergência, Vitória – Espírito Santo, Brasil, 2021. (termina)

Características	Número	Porcentagem (%)
Religião		
Católico	09	37
Evangélico	10	42

Outras	05	21
Tempo De Formação		
Igual ou menor que 1 ano	01	04
Até 5 anos de formação	13	54
Até 10 anos de formação	09	38
Acima de 10 ano de formação	01	04
Tempo De Atuação Na Emergência		
De 3 meses até 11 meses	12	50
De 12 meses até 23 meses	07	29
Acima de 24 meses	5	21
Possui Formação Ou Capacitação Na Área De Saúde Mental?		
Sim	06	25
Não	18	75
Passou Por Algum Treinamento Para Abordagem Ao Tentante?		
Sim	03	12,5
Não	21	87,5
Já Lidou Com Atendimento Ao Tentante Nesse Serviço?		
Sim	14	58
Não	10	42
Conhece Alguém Que Já Tenha Tentado Suicídio?		
Sim	17	71
Não	07	29

Fonte: Aurtoria nossa, 2021.

As falas apresentadas são fragmentos das entrevistas realizadas que descrevem as questões discutidas. Após a análise de conteúdo, estabeleceram-se cinco categorias, sendo elas: *Percepções dos técnicos em enfermagem quanto ao comportamento suicida; Percepções dos fatores de risco que levam ao suicídio; Assistências de enfermagem ao sujeito tentante de suicídio; Impactos do fenômeno suicídio nos técnicos em Enfermagem e Percepção da importância do preparo profissional.*

3.1 Percepções dos técnicos em enfermagem quanto ao comportamento suicida

Botega (2015, p.24) cita o comportamento suicida, conforme definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) no fim da década de 90, como “[...] um fenômeno multifatorial, multideterminado e transacional que se desenvolve por trajetórias complexas, porém identificáveis”. O conceito de suicídio é abordado de maneira distinta pelos autores da área. Segundo o sociólogo francês, Émile Durkheim, o suicídio é definido como a morte resultante de um ato que pode ser positivo, ou seja, quando a pessoa tenta provocar sua morte por meio de um ato violento contra si tendo conhecimento das consequências, ou por meio

de um ato negativo, que se remete a abstenção (MÜLLER; PEREIRA; ZANON apud DURKHEIM, 1982).

Os profissionais de enfermagem participantes do estudo, quando questionados sobre o que entendem por suicídio, definem justamente esse ato autoprovocado contra a vida.

“Que a pessoa quer morrer, que a pessoa quer se matar quer tirar a própria vida, que ela não tem mais vontade nenhuma de viver.” (TEC 13)

“A pessoa que quer tirar a própria vida porque não está satisfeita com o que tá vivendo.” (TEC 7)

A violência autolesiva refere-se ao comportamento suicida e várias formas de automutilação, levando em consideração os pensamentos autodestrutivos, o planejamento de ferir-se ou se matar até que o ato de encerrar a própria vida seja executado (MINAYO, 2005). O comportamento suicida corresponde então a qualquer ato em que o indivíduo prejudique a si mesmo, independentemente da verdadeira causa do comportamento (BOTEGA 2015). O que é comum a todos os atos de renúncia da vida é que a concretização do ato é completada com total conhecimento da pessoa em que sabe no que irá resultar de sua conduta, independentemente da razão que a levou a isso (RODRIGUES; FERNANDES, 2002).

Outra definição de suicídio relatada nas entrevistas é quanto ao entendimento do suicídio como doença.

“[...] ele tem uma doença mental aonde atinge o psicomotor dele que atravessa a parte mental e já começa tomar todos os comandos do físico e gera a ele ter esse ato.” (TEC 4)

“[...] suicídio é uma doença né?! É uma doença que tem que ser tratada né?! Eu acho que é um, a paciente ele, ele tem que fazer um tratamento, profundo, por que não é normal a pessoa pensar em suicídio né?! Ele tá deprimido, tá com depressão né?! [...]” (TEC 11)

O suicídio está relacionado com vários fatores e a expressão mais utilizada para referir-se a eles é “comportamento suicida”. Dentre os comportamentos suicidas destacamos o suicídio, que como já mencionado representa a concretização do ato levando a morte. Já a tentativa de suicídio possui as mesmas características do suicídio, diferenciando-se somente no desfecho, que não resulta à morte. No que se refere ao comportamento suicida deve-se destacar que esse não representa uma doença, apesar de parte das pessoas com esse comportamento

pode viver com algum transtorno mental, sendo os mais comuns: o transtorno do humor, destacando-se a depressão, os transtornos por uso de substâncias, com maior prevalência para a dependência de álcool, a esquizofrenia e os transtornos de personalidade (BERTOLOTE, SANTOS, BOTEGA, 2010).

Assim, é fundamental a compreensão do suicídio em si enquanto um fenômeno, “é um comportamento em que a escolha pessoal e as influências sociais estão enredadas.” (BOTEGA, 2015, p.73). Isso significa que não podemos considerar apenas um fator como causa do ato suicida, cada um dos fatores possui seu peso específico, porém sempre devem ser somados e não usados de forma isolada como uma explicação para tal evento (CARMONA-NAVARRO e PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

3.2 Percepções dos fatores de risco que levam ao suicídio

O ato suicida não pode ser caracterizado por um único fator, mas sim um conjunto de fatores associados no decorrer da vida, sendo eles intrínsecos ou extrínsecos ao indivíduo, e somado a isso, existe grande variação na natureza desses fatores, os quais sofrem influência de elementos culturais, psicossociais, socioeconômicos, e até mesmo dos transtornos mentais, entre outros (BOTEGA, 2015).

A percepção de suicídio relacionado ao fator espiritual está muito difundida na sociedade em geral, até mesmo dentro dos serviços de saúde vemos esse conceito sendo apresentados pelos profissionais da Enfermagem.

“Eu também acho que assim uma fraqueza espiritual né?! (RUÍDO) uma falta de Deus, às vezes um vazio que ela acha que não consegue ser preenchido então ela acha que não, ela se encontra em um beco sem saída. ” (TEC 10)

“Eu acho assim que às vezes é muito questão de religião acredito assim, às vezes as pessoa tão muito se afastam muito de Deus [...]”. (TEC 5)

“Aah, na minha opinião é o seguinte, primeiro, tipo assim, eu sou um cristão né então é eu já tenho tipo assim uma, uma ideia formada com relação a isso, existe a parte espiritual também que é uma parte assim muito latente, muito forte também então o inimigo ele trabalha bastante na mente da pessoa que já tem esse tipo de fraqueza,num tem ?! [...]” (TEC 2)

O fato de vivermos em uma sociedade cristã pode ter influenciado as respostas dos participantes, visto que em boa parte delas, essa referência de

“falta de Deus” como causa principal para o ato suicida foi evidenciado. Ser cristão e acreditar que a comunhão constante com um Deus é a solução para uma vida melhor não se caracterizam problema, porém, o fato de o profissional tomar essa premissa como elemento do seu processo de cuidar pode resultar em práticas inadequadas, visto que aumenta o risco de negligenciar a dor e o sofrimento do outro. Botega (2015, p.31) aborda esse contexto de espiritualidade da seguinte forma:

“A fé pode proteger contra o suicídio, uma vez que proporciona um sistema estruturado de crenças e, em geral, advoga em prol da adoção de um comportamento que pode ser considerado benéfico em termos físicos e mentais. No entanto, muitas crenças e comportamentos influenciados pela religião e pela cultura aumentam o estigma em relação ao suicídio e podem desencorajar a procura por assistência médica.”

De acordo com Ribeiro (2004), a estigmatização do suicídio está presente desde os tempos antigos. O repúdio do ato suicida para os gregos e romanos estava relacionado à vinculação estatal, escravos eram proibidos de suicida-se devido prejuízo que isso daria aos seus senhores assim como os soldados também eram proibidos para que o exército não se enfraquecesse. Quando os credos monoteístas foram adotados, esse repúdio ao suicídio deixou de ter uma conotação de vinculação estatal e passa a ter uma vinculação divina. Nessas crenças a vida é considerada sagrada, ou seja, um ato divino que não compete à sociedade definir o momento que chegou ao fim, passando a considerar o suicídio como um ato injusto e não digno presente em todas as religiões.

Outro fator apresentado pelos entrevistados foi o de que o ato de suicidar-se está relacionado à busca pelo alívio da dor, do sofrimento.

“[...] se a pessoa tá buscando em todos os lugares uma solução pra vida dela, ela não consegue achar uma solução pra, pra, pra aquilo que ela tá passando, então ela acha que a única maneira de alívio que a pessoa tem é dando cabo da vida dela ela acha que se ela botar fim a vida dela aquele problema aquela dor passa aquele sentimento vai embora então eu penso dessa forma assim.” (TEC 2)

“Ah, às vezes é uma libertação né?! Que a pessoa encontra, uma forma dela acabar com aquele sofrimento e ela se vê a única saída. ” (TEC 6)

Os profissionais técnicos em enfermagem estão ao lado dos pacientes durante todo o período em que permanecem na emergência e são eles responsáveis por manter uma assistência rigorosa e constante. Durante a assistência o reconhecimento da dor do paciente se faz importante, visto que entender o sofrimento pode auxiliar na compreensão de elementos que contribuam para melhor prestação da assistência (WERLANG, 2013).

Existe uma concordância entre os autores de que o comportamento suicida não está ligado diretamente no desejo de acabar com a vida, mas sim em pôr fim ao sofrimento que se vivencia e se experiência (RIGO, 2013).

Edwin Shneidman, considerado pai da suicidologia apresenta que a palavra chave para o suicídio não é morte, mas sim *psychache* (dor psíquica). Para ele, “trata-se de uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar a saída”. A *psychache* (dor psíquica) relaciona-se com o desespero de não serem atendidas as necessidades básicas como as necessidades de: realização, autonomia, reconhecimento, amparo, vergonha e de dor (BOTEGA, 2015, p.76-77).

Quando questionados sobre suicídio, vários participantes destacaram a depressão como fator preponderante na consumação do ato. De fato os transtornos mentais, como depressão, o transtorno afetivo bipolar, os transtornos decorrentes do uso de álcool, são fatores de risco essenciais para o suicídio, mas, como já discutido, não devem ser considerados de maneira isolada (BOTEGA, 2014). Porém, na avaliação e cuidado ao sujeito tentante, o profissional de Enfermagem precisa estar atento a presença de transtornos mentais e tentativas de suicídio preexistentes, pois essas são fatores primordiais para o ato final e devem ser considerados. Botega (2015) coloca o suicídio como uma das consequências mais graves da depressão. As taxas de mortalidade para os pacientes que foram internados por causa da depressão com risco de suicídio são de 8%, para os pacientes que internaram, porém sem risco de suicídio a taxa é de 4% e para pacientes deprimidos internados ou em atendimento ambulatorial é de 2%.

“Maioria é depressão né?! [...]” (TEC 17)

“Depressão [...] Depressão, abandono.” (TEC 9)

"[...] o fator maior é a depressão, aí vem os outros fatores, apoio da família essas coisa toda." (TEC 25)

Rigo (2013, p.31) retrata a inexistência de um fator universal para explicar o ato suicida, e traz a associação de 3 fatores: "os precipitantes (normalmente atuais e externos ao sujeito), os internos (relacionados à sua história de vida e aos transtornos mentais preexistentes) e o contexto sociocultural do ato". A relação suicídio e depressão é bem consistente na sociedade, porém não deve ser considerada de maneira individual para explicar o ato suicida. Isso, porque o fato de a pessoa estar em depressão é sim um fator agravante, mas não significa que todas as pessoas em crise depressiva irão cometer suicídio.

Segundo Ribeiro (2004), após uma análise histórica do suicídio no decorrer dos anos, pode-se concluir que a presença de problemas psicológicos não é o suficiente para a pessoa atentar contra a própria vida. Essa afirmação ganha uma confirmação lógica quando se observa outros indivíduos que estão expostos ao mesmo problema, mas não cometem suicídio como, por exemplo, os dados apresentados por Rigo (2013, p.32) que mostram uma incidência de 15 a 20% das pessoas com depressão que cometem suicídio. Sabendo disso, podemos concluir que "[...] nem todo deprimido se suicida e nem todas as pessoas que cometeram o suicídio cursavam com depressão. Deste modo, parece mais prudente considerar a depressão como um fator de risco, não como causa do suicídio."

3.3 Assistências de enfermagem ao sujeito tentante de suicídio

O profissional de enfermagem está presente em todas as etapas de atendimento do indivíduo. Neste sentido, destaca-se a importância de uma preparação para que a abordagem e direcionamento do cuidado sejam realizados de maneira devida. No pronto atendimento, os profissionais de nível médio como técnico em enfermagem, cumprem suas determinações sob treinamento e orientação de um profissional de nível superior, sendo ele um enfermeiro. Quando falamos especificamente das emergências psiquiátricas, podemos destacar a atuação desses profissionais técnicos também como linha de frente no cuidado ao paciente seja no contato físico de alimentá-lo, vesti-lo, posicioná-lo ou em momentos de comportamento hostil do paciente, como contenção, medicação e sedação (FURLAN; RIBEIRO, 2011).

Além dos procedimentos técnicos realizados pelos profissionais, destacamos a forma de abordagem terapêutica utilizada por eles para manter a comunicação com o paciente. Uma das formas de abordagem mais utilizada pela equipe dos participantes do estudo é a escuta e comunicação terapêutica.

“Sim cê conversar, orientar, dá um apoio assim emocional aquela pessoa, ouvir, às vezes você tem que ouvir o que a pessoa ta falando vê o que ela ta sentindo, tentar de alguma forma ter um pouco de empatia com ela naquilo que ela ta passando.” (TEC 2)

“[...] primeiramente assim eu tento ouvir a pessoa né?! independentemente do caso que ela que ela tenha passado [...]” (TEC 10)

Kondo et al., (2011) descreve que para ocorrer uma comunicação terapêutica o profissional deve utilizar uma abordagem calma, que não demonstre ameaça, transmitindo aos pacientes a ideia de que está no controle da situação. Deve também ser decisivo com o intuito de protegê-los de danos a si mesmo e a terceiros, além de utilizar a empatia para desenvolver o planejamento e avaliação das intervenções. Além disso, o profissional de enfermagem precisa desenvolver algumas habilidades para conseguir atender as emergências da maneira mais correta e humanizada possível. São habilidades requeridas dos profissionais: I. Ouvir reflexivamente; II. Observação atenta; III. Interpretação de mensagens verbais e não verbais; IV. Demonstrar interesse; V. Se aproximar calmamente do paciente; VI. Informar e transmitir o desejo de ajudá-lo; VII. Solicitar ajuda de outros profissionais, se necessário; entre outras. Ou seja, conseguir estabelecer uma comunicação terapêutica com a pessoa. A realização de um acolhimento de qualidade pelo profissional de enfermagem nos serviços de saúde ao sujeito tentante de suicídio é fator preponderante na adesão do paciente ao tratamento e na continuidade efetiva no pós-tratamento (FREITAS; BORGES apud GUTIERREZ, 2014). O atendimento humanizado e sem julgamentos é um diferencial do profissional para manter a aproximação com o paciente e viabilizar assim a adesão do mesmo ao tratamento e a busca especializada de atendimento sempre que julgar necessário.

3.4 Impactos do fenômeno suicídio nos técnicos em Enfermagem

Tanto no suicídio quanto na tentativa de suicídio as pessoas ao redor do tentante sofrem diretamente com o ato (BOTEGA, 2014), o que inclui os

profissionais técnicos em enfermagem que estão atendendo ocorrência onde precisam lidar com uma carga emocional envolvida. “[...] Identificar essas emoções e aprender a gerenciá-las supõe a aquisição de novas ferramentas para realizar o trabalho de enfermagem com sucesso” (CARMONA-NAVARRO e PICHARDO-MARTINEZ, 2012). Durante o atendimento ao sujeito tentante de suicídio muitas emoções podem surgir da relação profissional/paciente, sejam elas de tristeza ou alívio e isso obriga que o profissional apresente habilidades de inteligente emocionalmente (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ apud FRESHWATER; STICKLEY, 2004).

No decorrer das entrevistas, foi observada a divisão dos sentimentos que surgiram após o atendimento ao sujeito tentante de suicídio. É possível dividir os relatos em dois grupos sendo eles os que sentiram tristeza ou pena:

“É..sentimento de tristeza né?! Porque acaba passando pra gente também uma.. uma negatividade, e a gente tem que ter o psicológico muito firme pra que não seja abalado.” (TEC 14)

“Pena! Muita pena dessas pessoas. (PESQUISADOR: PENA? POR QUÊ?) Porque devido muito a maioria fala que sofreu algum trauma na infância eu fico com dó né?! Porque muitas vezes um indefeso né?! Quando geralmente quando é criança justamente quando é criança é abusado até quando chega uma certa idade pra poder se auto defender do abusador. ” (TEC 5)

E outro grupo que se sentem realizados, felizes por terem ajudado:

“[...] Sentimento puro de...de chegar assim poxa, ajudei, entendeu? É isso. Consegui ajudar a pessoa [...]” (TEC 24)

“[...] E eu fiquei muito feliz, muito satisfeita, porque a enfermagem, as pessoas brincam que é muito automático, mas não é, a gente chora escondido pra ninguém ver, a gente acalenta o paciente, a gente ouve o paciente, a gente é psicóloga, a gente é assistente social, é tudo, paciente, às vezes o paciente não tem nem família, entendeu? Isso é muito gratificante pra gente, faz você se sentir bem, e é ali que você entende que você escolheu a profissão correta.” (TEC 1)

A inteligência emocional pode ser definida como a capacidade de reconhecermos e regularmos os próprios sentimentos e os sentimentos de pessoas próximas. No ambiente profissional é de extrema importância o desenvolvimento de algumas competências emocionais básicas, por exemplo: I. Autopercepção: ter a capacidade de identificar o que se está sentindo em determinada situação e fazer uma avaliação, de forma realista, das capacidades

que temos; II. Autorregulamentação: “Lidar com as próprias emoções de forma que facilitem a tarefa que temos pela frente [...] recuperarmo-nos bem de aflições emocionais”; III. Empatia: Ser capaz de pressentir o sentimento das pessoas e assumir as suas perspectivas (GOLEMAN apud SALOVEY e MAYER, 1990).

“Sentimento de empatia, eu me coloco sempre no lugar do paciente, do familiar do paciente, o que eles tão sentindo e tento o máximo, que eu te falei, fazer uma assistência humanizada” (TEC 4)

O autoconhecimento do profissional de enfermagem sobre seus sentimentos viabiliza uma melhor assistência, visto que “[...] possibilitaria seu melhor manejo e a diminuição do estresse e da ansiedade que essas provocam nos profissionais de saúde” (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

3.5 Percepção da importância do preparo profissional

A equipe de enfermagem está incluída em todos os âmbitos da saúde e em casos de tentativa de suicídio cabe a eles o acolhimento inicial a esses tentantes. O primeiro contato com o indivíduo após o episódio de autolesão é com a equipe de enfermagem presente no serviço de urgência. A avaliação adequada e gestão de cuidados desses pacientes são importantes para a prevenção de comportamentos suicidas futuros (FONTÃO et al., apud CARMONA; PICHARDO, 2012). Observou-se nesse estudo que muitos dos participantes reconhecem não estarem preparados para o atendimento ao sujeito tentante de suicídio, demonstrando necessidades de aprimoramento e qualificação profissional.

“Olha, pode ser que eu... Eu tenha que buscar muito mais né, que... Ou seja, eu tenha que me envolver muito mais nessa relação, porque pra eu dar um bom atendimento é necessário eu ter mais conhecimento, saber, saber lidar com pessoas assim [...]” (TEC 3)

O profissional reconhece que a forma de abordagem não é suficiente e que a inserção de treinamentos especializados na área, principalmente no âmbito da abordagem inicial, contribuiria para a melhor abordagem e a comunicação terapêutica ocorreria de maneira mais adequada.

“Seria um é... seria, porque tem coisas que a gente não sabe como falar [...] mas se eu tivesse um preparo pra falar pra aqueles, pra aquela situação, entendeu?! [...] Porque tem vários tipos né. Aque..aquela situação ali se eu tivesse um preparo talvez eu falaria diferente apesar de eu não ter falado nada de mais com ela, entendeu?!” (TEC 8)

Estudos mostram que parte das pessoas que cometeram suicídio passou anteriormente pelos serviços de urgência e emergência por conta de autolesão que cometeram antes de ocorrer à tentativa fatal de suicídio (RIGO, 2013; VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013). Após essa tentativa, o atendimento precisa ser de forma a identificar o potencial risco de suicídio e abordar a pessoa com o objetivo de prevenção. Porém, essa oportunidade de abordagem terapêutica nem sempre é aproveitada pelos profissionais de enfermagem, muitas vezes pela falta de preparo profissional para lidar com o atendimento ao sujeito tentante de suicídio (VIDAL; GONTIJO; LIMA, 2013).

Os técnicos em enfermagem por estarem em contato com o paciente na maior parte do tempo possuem papel importante na prevenção do suicídio. O fato é que, esses profissionais que atuam em unidades de urgência e emergência, frequentemente, não passam por treinamentos em saúde mental, gerais ou específicos, para entenderem melhor sobre a abordagem ao sujeito com comportamento suicida. Essa falta de preparo pode agravar a situação do paciente, levando o sujeito a evitar a busca pelo serviço de saúde em ocasiões futuras (CARMONA-NAVARRO; PICHARDO-MARTINEZ, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é algo complexo. Os profissionais de enfermagem participantes do estudo possuem ciência do fenômeno suicídio e do impacto desse nos processos de atendimento no pronto socorro. Os participantes também entendem a importância de um preparo profissional adequado para uma abordagem e atendimento ao sujeito tentante de suicídio, assim como um preparo emocional do profissional.

É possível observar que os próprios profissionais identificam suas limitações e entendem que a educação permanente, ou seja, a realização de treinamentos educativos auxiliaria no seu processo de assistência, sendo assim, o serviço precisa ter essa sensibilidade para com os profissionais, visto que os mesmos já demonstram interesse em maior aprendizado e compreensão em relação ao comportamento suicida.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**.. 70. ed. São Paulo: Almedina, 2011.

BERTOLETE, J. M.; SANTOS, S.M.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, out. 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYsc7sT53qQd5hWrPt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>>. Acesso em: 02 nov. 2021.

BOTEGA, Neury. José. **Crise Suicida: Avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. Brasília: Distrito Federal, v. 52, n. 33, set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Defini a Lista Nacional de Notificações Compulsórias de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília: Distrito Federal, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.htm>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Distrito Federal, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 17 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Distrito Federal, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2021.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTINEZ, M. C. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Revista Latino-Americana de enfermagem**, v. 20, n. 6, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/52914>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

CRESWELL, John W. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução: Magda França Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2010. Título

original: Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Abordagem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2008.v24n1/17-27/>>. Acesso em: 14 dez. 2021.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 50-60, jan./mar.2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000100006%20>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FRONTÃO, M. C.; RODRIGUES, J.; LINO, M. M.; LINO, M. M.; KEMPFER, S. S. Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Florianópolis - Santa Catarina, v. 71, n. 5, p. 2329-2335, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>>. Acesso em: 25 nov. 2021.

FURLAN, M. M.; RIBEIRO, C. R. O. Abordagem existencial do cuidar em enfermagem psiquiátrica hospitalar. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 390-396, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200013>>. Acesso em: 29 nov. 2021.

GOLEMAN, D. Inteligência Emocional. In: _____. **Trabalhando com a Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999. p. 337-338.

KONDO, E. H.; VILELLA, J. C.; BORBA, L. O. PAES, M. R.; MAFTUM, M. A. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 501-507, 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-589174>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

MINAYO, M. C. S. Suicídio: violência auto-infligida. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **IMPACTO da violência na saúde dos brasileiros**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 206-230. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/acidentes-e-violencia/impacto_violencia.pdf/view 29/11/2021>. Acesso em: 29 nov. 2021.

MÜLLER, S. A.; PEREIRA G.; ZANON, R. B. Estratégia de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272017000200002>. Acesso em: 24 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundação Torino. Conceitos importantes: suicídio. In:_____. **Guia de Estudos: Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/01/Guia-de-Estudos-OMS-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2021.

PREVENTING SUICIDE: A GLOBAL IMPERATIVE, World Health Organization, 2014. Disponível em: <<https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/noticias/oms-publica-relatorio-sobre-prevencao-ao-suicidio>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

RIBEIRO, D. M. Suicídio: critérios científicos e legais de análise. **JUS Navegandi**, Teresina, v. 8, n. 423, 3 set. 2004. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/5670/suicidio-criterios-cientificos-e-legais-de-analise>>. Acesso em: 28 nov. 2021.

RIGO, S. C. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica: capítulo III. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. 1. ed. Brasília, dez. 2013. p. 30-40. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2021.

RODRIGUES, José Albertino; FERNANDES, Florestan. **Durkheim: sociologia**. 9. ed. São Paulo: Ática, 2002, p. 103-107.

RUCKERT, M. L. T.; FRIZZO, R. P.; RIGOLI, M. M. Suicídio: a importância de novos estudos de prevenção no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 85-91, jul./dez. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872019000200002>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SADOCK, Benjamin. J.; SADOCK, Virginia. A.; RUIZ, Pedro. Medicina psiquiátrica de emergência. In:_____. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Tradução: Marcelo de Abreu Almeida et al. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 763-790. Título original: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Maríadel Pilar Baptista. Parte I: os enfoques quantitativo e qualitativo na pesquisa científica. In:_____. **Metodologia de Pesquisa**. Tradução: Daisy Vaz de Moraes. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 27-35. Título original: Metodología de la investigación.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2013.v29n1/175-187/>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

WERLANG, B. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica: capítulo II. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Suicídio e os desafios para a psicologia**. 1. ed. Brasília, dez. 2013. p. 30-40. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2021.