

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

LIDIANE MORAIS LIMA
MARIA ERENICE DOS SANTOS DE SOUSA

**ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS PARA
PACIENTES SUICIDAS: uma revisão de literatura**

SÃO LUÍS/MA

2018

LIDIANE MORAIS LIMA
MARIA ERENICE DOS SANTOS DE SOUSA

**ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS PARA
PACIENTES SUICIDAS: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial, da Faculdade Laboro, para
obtenção do título de Especialista.

Orientador(a): Prof.(a): Me. Luciana Cruz Rodrigues
Vieira

SÃO LUÍS/MA

2018

Lima, Lidiane Moraes

Acolhimento e encaminhamento nos serviços de urgências para pacientes suicidas: uma revisão de literatura / Lidiane Moraes Lima; Maria Erenice dos Santos de Sousa -. São Luís, 2018.

Impresso por computador (fotocópia)

17 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) Faculdade LABORO. -. 2018.

Orientadora: Profa. Ma. Luciana Cruz Rodrigues Vieira

1. Acolhimento. Paciente. Suicídio. Urgência. I. Título.

CDU: 616.89

LIDIANE MORAIS LIMA
MARIA ERENICE DOS SANTOS DE SOUSA

**ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS PARA
PACIENTES SUICIDAS: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial, da Faculdade Laboro, para
obtenção do título de Especialista.

Orientador(a): Prof.(a): Me. Luciana Cruz Rodrigues
Vieira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mestre Luciana Cruz Rodrigues Vieira (Orientadora)
Graduada em Farmácia
Especialista em residência Multiprofissional em Saúde
Mestre em Saúde Materno-Infantil
Universidade Federal do Maranhão

Examinador 1

Examinador 2

ACOLHIMENTO E ENCAMINHAMENTO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIAS PARA PACIENTES SUICIDAS: uma revisão de literatura

LIDIANE MORAIS LIMA

MARIA ERENICE DOS SANTOS DE SOUSA

RESUMO

Este estudo aborda “o acolhimento e encaminhamento de pacientes suicidas” com destaque as repercussões psicossociais do suicida nos serviços de urgência. O estudo tem como objetivo investigar na literatura especializada, estudos sobre a temática, em base de dados nacionais e estrangeiros, livros, artigos, monografias, dissertações e teses que abordem teórica e empiricamente o assunto. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica não sistemática, que propõe descrever os resultados apresentados em pesquisas sobre o acolhimento e encaminhamento nos serviços de urgência para pacientes suicidas, refletindo criticamente sobre o direcionamento desses pacientes. Considera-se essa discussão fundamental para pensar sobre a carência de formação profissional no acolhimento ao paciente suicida. Descreve-se sobre os cuidados e sua integralidade, o papel da equipe multiprofissional e familiares, paciente e melhoria da equipe de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: 1. ACOLHIMENTO. 2. PACIENTE. 3. SUICÍDIO 4. URGÊNCIA

WELFARE AND REFERRAL IN URGENCY SERVICES FOR SUICIDAL PATIENTS: a literature review

LIDIANE MORAIS LIMA

MARIA ERENICE DOS SANTOS DE SOUSA

ABSTRACT

This study addresses "the reception and referral of suicidal patients" with emphasis on the psychosocial repercussions of suicide in emergency services. The study aims to investigate in the specialized literature, studies on the subject, in national and foreign databases, books, articles, monographs, dissertations and theses that approach theoretically and empirically the subject. This is a non-systematic literature review, which proposes to describe the results presented in research on the reception and referral in emergency services for suicidal patients, reflecting critically on the targeting of these patients. This discussion is considered fundamental to think about the lack of professional training in the reception of suicidal patients. It is described about the care and its integrality, the role of the multiprofessional team and family, patient and improvement of the health team.

KEYWORD: 1.WELCOME 2. PATIENT 3. SUICIDE 4. URGENCY

1. INTRODUÇÃO

Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente para requerer cuidados médicos e que esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados. Considera-se ainda que, para cada tentativa documentada, existam outras quatro que não foram registradas. É provável que muitas dessas tentativas não cheguem ao atendimento hospitalar por serem de pequena gravidade. Mesmo quando os pacientes chegam às unidades de assistência, os registros elaborados nos serviços de emergência costumam assinalar apenas a lesão ou o trauma decorrente das tentativas que exigiram cuidados médicos (MINAYO, 2010).

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. As manifestações associadas ao comportamento auto lesivo são amplas e conceituadas dentro de um continuum de pensamentos e atos que englobam sete categorias: 1) suicídio completo; 2) tentativa de suicídio; 3) atos preparatórios para o comportamento suicida; 4) ideação suicida; 5) comportamento auto agressivo sem intenção de morrer; 6) automutilação não intencional e 7) automutilação com intenção suicida desconhecida (GANZ, 2010).

A literatura mostra que toda ameaça de uma pessoa em situação de vulnerabilidade para o suicídio deve ser levada a sério, mesmo quando pareça falsa ou de caráter manipulador. A repetição de tentativas é um indicador de risco para a consumação do suicídio. O risco de suicídio depois de uma tentativa deliberada de autoagressão é muito maior do que na população geral (BOTEJA, 2014).

A maioria dos casos de autoagressão é atendida em algum tipo de serviço de saúde, principalmente na emergência, antes de ocorrer uma tentativa fatal de suicídio. Esse primeiro contato é uma excelente oportunidade para que médicos e demais profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco e possam intervir para reduzi-lo.

No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. Geralmente esses indivíduos são vistos como pertencendo a um grupo que exhibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular, e, a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição (TAYLOR, 2012).

Esses comportamentos podem levar à diminuição dos cuidados por parte do profissional por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves. A percepção dos pacientes sobre os cuidados na emergência refletem essas atitudes negativas e o modo como o profissional aborda o paciente pode influenciar como a pessoa responderá ao cuidado oferecido (TAYLOR, 2012).

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e, entre os principais objetivos a serem alcançados, destacam-se: 1) desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos; 2) informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido; 3) fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; 4) promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O objetivo desse trabalho foi o de investigar, a partir da percepção dos autores e estudos já realizados, como se dá o acolhimento ao indivíduo que tenta suicídio e sugerir estratégias que possam favorecer o vínculo com a equipe de profissionais de saúde e maior adesão ao tratamento proposto.

2. O CUIDADO

Para Boff (1999) a essência humana está no cuidado, sendo este o suporte da criatividade, da liberdade e da inteligência, permeada pelos princípios, valores e as atitudes presentes no agir e no viver.

O cuidado na ótica de Silva (1997) floresce da esfera ciência-arte-espiritualidade, e faz parte de um processo de interação dinâmico e contínuo que requer novas habilidades/capacidades dos seres cuidadores, que invadem as capacidades intelectuais/rationais, para incluir o amor, a sabedoria, a compaixão, a solidariedade, a intuição, a criatividade, a sensibilidade, a imaginação e as formas multissensoriais de percepção.

Dentre as formas de cuidar, destacamos a utilização de técnicas da comunicação e de relacionamentos terapêuticos para abordagem mais efetiva,

incluindo situações de emergência, nas quais há manifestações de intenso sofrimento. Deste modo, é possível evitar técnicas restritivas e proporcionar assistência de maior qualidade, que transcenda o cuidado voltado somente para o corpo, incorporando o cuidado que considere a dimensão existencial, relacional, histórica, cultural e situacional dos pacientes, como sujeitos humanos desejantes (KONDO, 2011).

Nesse sentido, Boff (1999) afirma que o cuidado só existe a partir do momento que o cuidador valoriza o indivíduo que necessita de cuidado. Desde então, passa a compartilhar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, isto é, de sua vida. Por isso, torna-se coerente nessa relação, o florescer do cuidado humanizado.

Knobel (1999) salienta que a humanização significa cuidar do paciente em sua totalidade, valorizando o contexto familiar e social, respeitando os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. Salienta ainda sobre a necessidade de manter e preservar a dignidade do paciente respeitando-o como ser humano, a partir dos princípios morais e éticos.

A partir do momento que se reconhece o outro que está à sua frente e se coloca em seu lugar, imagina-se receber a verdadeira assistência com qualidade. Nesse momento, o profissional de saúde que se vê como um ser humano, que gosta de si mesmo e se valoriza, deixará a mecanização de lado e conseguirá dar o melhor de si para o outro. Assim, a pessoa cuidada integralmente terá a oportunidade de buscar um novo sentido para a sua vida e, tentar encontrar forças para enfrentar essa fase, por mais dolorosa que seja.

2.1 A NECESSIDADE DA INTEGRALIDADE DO CUIDADO DO PRESTADO NO HOSPITAL

O hospital é conceituado como: “parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob os regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados” (BRASIL, 1977).

Enfatiza-se que é possível controlar alguns problemas existentes na tentativa de suicídio por meio de assistência adequada oferecida no âmbito hospitalar

e, assim, garantir qualidade de vida para essas pessoas. Dessa forma, entende-se, no âmbito biopsicossocial, a necessidade da integralidade do cuidado prestado.

Para alcançar a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade é necessário visualizar o paciente como indivíduo histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade no qual se insere, de modo que o atendimento integral extrapole a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, prolongando-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde e pelo compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MATTOS, 2004).

Nessa abordagem, os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido a diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a desejar morrer.

Na dimensão biopsicossocioespiritual, a assistência da pessoa deverá ser realizada para além de sua doença, sendo que as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e cura ou mesmo para cuidar daqueles que se encontram fora de possibilidades de cura. Isso exige que essa assistência compreenda a erradicação das causas, a diminuição dos riscos e o tratamento dos danos.

Portanto, esperamos que a atenção integral ao paciente hospitalizado possa representar o esforço da abordagem completa e holística de cada profissional que ao assistir o paciente, respeite-o como uma pessoa portadora de necessidades de saúde que, por determinado período de sua vida, está precisando de cuidados hospitalares. Tal abordagem implica em garantir desde o consumo de todas as tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada, visando uma vida digna.

O cuidado, nas organizações de saúde em geral, e, em particular, no hospital é por natureza, necessariamente, multidisciplinar e multiprofissional, isto é, depende da conjugação do saber e do trabalho de vários profissionais. Significa dizer que o cuidado recebido e vivenciado pelo paciente é a somatória de pequenos cuidados que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários trabalhadores que circulam e produzem a vida do hospital.

Assim, uma rede de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, em um processo de complementação, vai compondo o cuidado em saúde (CECÍLIO, 2003).

Logo, a integralidade do cuidado deve ser vista em rede, fazendo que a equipe do serviço de saúde, por meio da articulação de suas práticas, consiga escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades advindas do processo de saúde/doença trazidas pelo paciente.

Tal dinâmica existente no cotidiano dos hospitais é um aspecto central cada vez mais a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão. Uma coisa é pensar o trabalho em equipe como a somatória das ações específicas de cada profissional e como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal, outra, é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada advinda do grande número de profissionais envolvidos no cuidado (CECÍLIO, 2001).

Desse modo, a integralidade do cuidado no hospital como nos demais serviços de saúde passa, necessariamente, pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho em equipe.

Tendo o hospital como equipamento de saúde pelo qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas, pode-se imaginar que há outras formas de trabalhar a integralidade. Por exemplo, o momento de alta do paciente que tentou suicídio deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, visando à construção ativa da linha de cuidado necessário àquele indivíduo específico, não apenas como uma forma burocrática, que cumpre um papel de contra referência. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar maior autonomia e na reconstrução e ressignificação do seu modo de viver.

Para Cecílio (2001) as necessidades em saúde devem ser relacionadas à integralidade tanto em suas dimensões macroestruturais (modos de gestão) quanto microestruturais (organização das ações) em saúde.

Pensando na dimensão microestrutural do cuidado ao paciente que tentou o suicídio, tornam-se fundamentais reflexões sobre a sua vulnerabilidade. Ao abordar esta vulnerabilidade individual é necessário compreender os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais desse paciente

(Ayres, 2006). Quando se pensa, então, na vulnerabilidade individual, inferimos que um ou vários desses aspectos podem causar algum desequilíbrio e afetar o bem-estar do indivíduo.

Considerando a relevância do bem-estar do paciente, é preciso que a equipe de saúde tenha competência técnica e utilize instrumentos de avaliação que permitam um diagnóstico abrangente das condições físicas, psíquicas, sociais e de recursos de saúde, que colaborem no conhecimento da vulnerabilidade desse paciente, estando este em qualquer área de atenção à saúde e, principalmente, se estiver em unidade hospitalar. Capacitado, o profissional será capaz de verificar a existência de possíveis vulnerabilidades nessa população assistida.

2.2 A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AO PACIENTE E AOS SEUS FAMILIARES

No âmbito hospitalar, o trabalho pode ser realizado por uma equipe multiprofissional, em que se destacam principalmente os profissionais da equipe médica, de enfermagem, de nutricionistas, de psicólogos, de fisioterapeutas, de farmacêuticos e demais trabalhadores de atividades de apoio.

Nas últimas décadas, a introdução de novas tecnologias no trabalho em algumas áreas têm exigido do profissional a utilização de outro tipo de esforço mental para a realização das atividades laborais. Com isso, muitos estudos foram desenvolvidos na tentativa de explicar e solucionar esse novo problema. Os resultados desses estudos indicam a necessidade de se reconhecer a importância das vivências subjetivas na dinâmica do processo saúde/ doença. Ao mesmo tempo, também foram feitos estudos indagando a dominância de princípios e lógicas econômicas que contrariam propriedades de natureza ética.

Lima (2001) ressaltam que apesar de o hospital ter como missão salvar vidas e recuperar a saúde dos indivíduos doentes, propicia o desequilíbrio no estado de saúde de seus trabalhadores, devido ao fato de ser um ambiente insalubre e penoso.

Waldow (1998) aponta que os profissionais têm consciência da necessidade do cuidado humano. No entanto, o cuidado técnico impera em alguns setores dentro do hospital.

Os pacientes após a tentativa de suicídio geralmente estão muito fragilizados, alguns demonstram que se sentem incompetentes por não terem

alcançado o ato desejado. Já os seus familiares encontram-se assustados com o fato, preocupados com o estado de saúde do paciente, e em alerta para o que possa ocorrer. Por isso, é fundamental a presença de carinho, de delicadeza e de dedicação durante o convívio com esses pacientes e seus familiares.

2.3 AVALIAÇÃO E POSSIBILIDADES DE MELHORIA DAS COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE SAÚDE

Pacientes suicidas em crise são, muitas vezes, assistidos pelos profissionais de saúde mental, quer após uma tentativa de suicídio ou quando atormentado por ideia suicida grave. Em ambos os casos, um exame diagnóstico rigoroso deve ser realizado. Mesmo que esta primeira avaliação ocorra no departamento de emergência de um hospital geral, é importante que se realize a entrevista em uma área isolada e em uma atmosfera de empatia. Se possível, a informação dada pelo paciente deve ser confirmada com fontes colaterais, incluindo a família (WASSERMAN et al., 2012).

Na prática, existem vários tipos de intervenção utilizados por profissionais que trabalham juntos para reduzir o risco de suicídio. A intervenção em crise deve ser intensiva, rápida e precoce. A avaliação do potencial para o suicídio é a primordial, pois ao tomar consciência da crise pode levar a uma diminuição do risco de agir a curto, médio e longo prazo (IONITA, 2009).

Estudo com pacientes em risco de suicídio mostrou que a intervenção de uma equipe interdisciplinar foi imprescindível para assegurar uma abordagem terapêutica integral, capaz de cumprir também o papel de mediadora do serviço entre os demais recursos da rede sanitária e social, cabendo à equipe a função de interlocutora com a clientela, cujas necessidades envolviam família, trabalho, justiça e outras situações (FRANÇA, 2005).

A avaliação adequada do risco de suicídio pode ser realizada por meio de um modelo que deve incluir uma avaliação abrangente das características demográficas, fatores estressores recentes e diagnóstico psiquiátrico. Esse modelo fornece uma estrutura simples que pode ser usado para educar os professores, orientadores, policiais, líderes espirituais e profissionais de saúde, isto é, profissionais de diversas áreas podem aprender a estar atentos a esses domínios e ser ágeis em situações críticas (OVERHOLSER, 2012).

Além disso, o apoio e a intimidade que, muitas vezes, são fornecidos por meio de um relacionamento marital podem desempenhar um papel importante na proteção de indivíduos em períodos de estresse emocional extremo e ajudar a reduzir o risco de uma crise suicida (OVERHOLSER, 2012).

A educação continuada da equipe de saúde mental e o exame de rotinas são necessários também, a fim de gradual e constantemente melhorar o tratamento e as estratégias de prevenção de suicídio por meio de tratamento psiquiátrico (WASSERMAN, 2009).

Os seres humanos, eles se deparam diante de sua própria existência em vários aspectos – saúde ou doença, conflitos e frustrações. Desta maneira, na tentativa de evitar o contato com esses fenômenos utilizam-se de subterfúgios, como mecanismos rígidos de defesa, que podem causar-lhes danos tanto na esfera profissional como na pessoal (MARTINS, 2001).

Um ato suicida não deve ser considerado necessariamente como reflexo de fracasso profissional na identificação, avaliação ou na intervenção terapêutica, pois se os profissionais cumpriram suas responsabilidades relacionadas à avaliação cuidadosa quanto ao risco de suicídio, à atuação profissional no tratamento baseado em evidências e ao planejamento do monitoramento da pessoa com risco suicida, eles poderão manter-se tranquilos e cientes de que os fatores relacionados à competência profissional da equipe foram cumpridos. Pensando assim, a equipe profissional se conscientiza de que o aspecto desencadeador do suicídio se encontra fora de sua governança.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das pesquisas realizadas, foi possível perceber que o suicídio e sua tentativa podem ser prevenidos por meio de tratamentos adequados. Os serviços de urgência e emergência se constituem como ambientes de muita tensão e estresse, tanto para os pacientes e seus familiares quanto para a equipe de saúde.

A alta demanda de atendimento, o lidar com pacientes em situações críticas, a baixa capacitação das equipes de atendimento e as deficiências estruturais do serviço e do sistema de saúde como um todo, induzem os profissionais desses serviços a se posicionarem de maneira impessoal e com dificuldade de atuação de forma humanizada.

A abordagem ao indivíduo portador de transtorno mental em situação de emergência e, em especial ao paciente que tentou suicídio, deve ser realizada com segurança, prontidão e qualidade, já que esse comportamento é fator determinante na aceitação e adesão do paciente ao tratamento.

A relação terapêutica é uma importante ferramenta para aumentar esta adesão e obter resultados positivos. Estabelecer um bom relacionamento pode ter significativo impacto na percepção do paciente sobre a qualidade do cuidado oferecido e na prevenção de novas tentativas.

Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam em setores de emergência, lidam constantemente com indivíduos em situação de crise e que tentam suicídio. De forma semelhante aqueles que atuam na atenção básica, por estarem em contato próximo e prolongado com os pacientes, seus familiares e sua comunidade, estão em posição privilegiada para avaliação dos pacientes em risco de suicídio.

Nesse sentido, a relação terapêutica é uma importante ferramenta para aumentar esta adesão e obter resultados positivos. Estabelecer um bom relacionamento pode ter significativo impacto na percepção do comportamento auto agressivo para os próprios pacientes, familiares e população, mais treinamento da equipe e melhoria no acesso aos serviços para continuidade do tratamento.

O suicídio e sua tentativa podem ser prevenidos por meio de tratamentos adequados. Porém, nem sempre existe assistência hospitalar na tentativa de suicídio a possibilidade dos médicos atuarem na previsão de risco suicida o mais rapidamente possível, pois muitas vítimas de suicídio, especialmente as mais velhas, morrem no seu primeiro ato suicida, logo, a coleta de informações sobre os fatores de risco de suicídio ficam prejudicadas. Também o suicídio, em alguns casos, não pode ser evitado devido à adesão ineficaz ao tratamento. Nessa abordagem, fatores cruciais no alcance de um bom resultado estão atrelados às condições para favorecer a adesão ao tratamento e a criação de uma equipe multidisciplinar com competência de utilizar uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e intervenções sociais.

Dessa maneira, os profissionais precisam considerar os aspectos biopsicossociais para que estes permaneçam engrenados para conseguir revitalizar a chama da vida dos pacientes com ideia suicida. No entanto, é fundamental que a equipe de saúde mental possua habilidade, conhecimento e atitude, isto é, sejam eficientes ao assistir o paciente de risco de suicídio e seus familiares. Assim, faz-se necessária a capacitação profissional dessa equipe.

Além da assistência destes profissionais, também devemos considerar que os familiares e pessoas próximas ao paciente são elementos-chave que podem colaborar na prevenção do suicídio.

Portanto, a intervenção de uma política de saúde, instituindo a utilização de um método padronizado à assistência integral prestada à tríade paciente/familiares/equipe pode ter implicações importantes no que diz respeito à prestação de cuidados à saúde, coordenação de cuidados, alocação de recursos humanos e financeiros destinados aos temas: tentativa de suicídio e suicídio.

REFERÊNCIAS

Andriessen, K. **The role of volunteer organizations in suicide prevention.** In D. Wasserman & C. Wasserman (Eds.), Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Ayres, J., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & França Jr., I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde.** In G. Campos, São Paulo, 2006.

Bezerra Filho, J. G., Werneck, G. L., Almeida, R. L. F., Oliveira, M. I. V., & Magalhães, F. B. **Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos,**

demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. Cadernos de Saúde Pública, 2012.

Brasil. **Conceitos e definições em saúde.** Portaria n. 30 – Bsb, de 11 de fevereiro de 1977. Ministério da Saúde. Brasília, 1977.

Ballard, E. D, Pão, M., Horowitz, L., Lee, L. M., Henderson, D. K., & Rosenstein, D. L. Aftermath of suicide in the hospital: Institutional response. Psychosomatics, 2008.

Boff, L. **Saber cuidar.** Ética do humano - compaixão pela terra (8a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes (1999).

Cecílio, L. C. O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção em saúde.** In R. Pinheiro & R. A Mattos (Orgs.), Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

Cecílio, L. C. O., & Merhy, E. E. (2003). **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** Campinas, SP. (Trabalho não publicado) after suicide attempt. Indian Journal of Psychiatry, 2003.

França, I. G. **Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental.** Psicologia: Ciência e Profissão, 2005.

Ionita, A., Florea, R., & Courtet, P. Prise en charge de la crise suicidaire. L'Encéphale, 2009.

Martins, M. C. F. N. **Humanização das relações assistenciais:** a formação do profissional de Saúde. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001.

Mattos, R. A. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, 2004.

Knobel, E. **Condutas no paciente grave** (2a ed). São Paulo, SP: Atheneu, 1999.

Kondo EH, et, all. **Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento.** Rev Esc Enferm. USP 2011.

Lima Junior, J. H. V., & Esther, A. B. **Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem.** Revista de Administração Empresas, 2001.

Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. **Understanding suicide risk: Identification of high risk groups during high risk times.** Journal of Clinical Psychology, 2012.

Steiner, C. M. **Obediência:** por que aceitamos o controle dos outros. In O outro lado do poder. São Paulo, SP: Nobel, 2010.

Silva, A. L. **Cuidado transdimensional:** um paradigma emergente. Pelotas, RS: Ed. Universitária, 1997.

Vidal, C. E. L., Gontijo, E. C. D. M., & Lima, L. A. **Tentativas de suicídio:** fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. Cadernos de Saúde Pública, 2013.

Waldow, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre, RS: Sagra Luzzata, 1998.

Wasserman, D., et, al. **The European Psychiatric Association (EPA):** Guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*,2012.