



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

Marília Batista Ferreira do Nascimento

**Diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em usuários atendidos
de um Centro de Atenção Psicossocial do Nordeste Brasileiro**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

Marília Batista Ferreira do Nascimento.

**Diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em usuários atendidos
de um Centro de Atenção Psicossocial do Nordeste Brasileiro**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Jaqueline Perrelli

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

Marília Batista Ferreira do Nascimento

**Diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em usuários atendidos
de um Centro de Atenção Psicossocial do Nordeste Brasileiro**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

Aprovado em: 30/10/2017.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Suzana Manguiera (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Ms. Giliane Silva de Souza (Examinador Interno)

Profº. Dr. Alexciane Priscila da Silva (Examinador Externo)

RESUMO

Objetivo: Identificar o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, com base na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 31 usuários. Os participantes foram selecionados de forma consecutiva, à medida que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. A Escala de ideação suicida de Beck foi aplicada para a identificação do diagnóstico Risco de suicídio. **Resultados:** O diagnóstico Risco de suicídio foi identificado em 51,6% dos usuários. Os fatores de risco de maior ocorrência foram: Economicamente desfavorecido (100,0%), Transtorno psiquiátrico (100,0%), História de tentativa de suicídio (51,6%) e sexo masculino (51,6%). **Conclusão:** O estudo demonstra que o Risco de suicídio está presente em pessoas com transtorno mental mostrando-se um fator de risco relevante. Destaca-se que o enfermeiro tem um papel importante no rastreamento, prevenção e diagnóstico do Risco de Suicídio.

Palavras-chave: Suicídio. Serviço de saúde mental. Transtorno mental. Enfermagem psiquiátrica. Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify the nursing diagnosis Risk of suicide in users of a Psychosocial Care Center, based on the taxonomy of the North American Nursing Diagnosis Association. **Methods:** This was a cross-sectional study with a quantitative approach performed with 31 users. Participants were selected consecutively as they met the inclusion and exclusion criteria. The Beck Suicidal Ideation Scale was applied for the identification of the diagnosis of suicide risk. **Results:** The diagnosis of suicide risk was identified in 51.6% of the users. The most frequent risk factors were: Economically disadvantaged (100.0%), Psychiatric disorder (100.0%), History of attempted suicide (51.6%) and male (51.6%). **Conclusion:** The study demonstrates that the risk of suicide is present in people with mental disorder showing a relevant risk factor. It is important to note that nurses play an important role in the screening, prevention and diagnosis of Suicide Risk.

Keywords: Suicide. Mental health services. Mental disorder. Psychiatric nursing. Nursing diagnosis.

SUMÁRIO

1 ARTIGO	7
2 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
3 REFERENCIAL TEÓRICO	Erro! Indicador não definido. 9
4 MATERIAIS E MÉTODOS	Erro! Indicador não definido.
5 CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXO a	25
ANEXO b	28

Diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do Nordeste Brasileiro

Marília Batista Ferreira do Nascimento ⁽¹⁾, Jaqueline Galdino Albuquerque Perrelli ⁽²⁾

Resumo

Objetivo: Identificar o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, com base na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 31 usuários. Os participantes foram selecionados de forma consecutiva, à medida que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. A Escala de ideação suicida de Beck foi aplicada para a identificação do diagnóstico Risco de suicídio. **Resultados:** O diagnóstico Risco de suicídio foi identificado em 51,6% dos usuários. Os fatores de risco de maior ocorrência foram: Economicamente desfavorecido (100,0%), Transtorno psiquiátrico (100,0%), História de tentativa de suicídio (51,6%) e sexo masculino (51,6%). **Conclusão:** O estudo demonstra que o Risco de suicídio está presente em pessoas com transtorno mental mostrando-se um fator de risco relevante. Destaca-se que o enfermeiro tem um papel importante no rastreamento, prevenção e diagnóstico do Risco de Suicídio.

Descritores: Suicídio; Serviço de saúde mental; Transtorno mental; Enfermagem psiquiátrica; Diagnóstico de enfermagem.

Descriptors: Suicide; Mental health services; Mental disorder; Psychiatric nursing; Nursing diagnosis.

Introdução

O suicídio é um acontecimento abstruso e multifacetado, que tem em sua etiologia diversas causas, sendo considerado um importante indicador na análise da qualidade de vida das populações em todo o mundo⁽¹⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio resulta de uma ação ou omissão que tem por finalidade causar a morte e a tentativa de suicídio tem as mesmas características do suicídio, diferindo apenas quanto ao resultado, que não é fatal⁽²⁻³⁾.

No Brasil, a taxa de suicídio é considerada baixa, entretanto, por ser um país com grande número de habitantes, atinge o nono lugar em números absolutos. Além do suicídio, há outro problema relacionado a ele, o elevado número de tentativas de suicídio⁽⁴⁾. Em 2011, houve 9.852 suicídios registrados no país, o que corresponde a 27 mortes por dia e, quando comparado ao crescimento populacional (17,8%), o número de mortes por suicídio cresceu 33,5%. Conforme os óbitos registrados em todo o país, 1% corresponde às mortes por suicídio e, em pessoas com idade entre 15 e 29 anos, esse índice atinge 4% do total de óbitos⁽⁵⁾. De acordo com dados da OMS, estima-se que em 2020 cerca de 1,53 milhão de pessoas vão cometer suicídio e um número de 10 a 20 vezes maior tentarão o suicídio. No Brasil, o índice de suicídio varia em cerca de 4,1 por 100 mil habitantes⁽⁴⁾.

Com o aumento de casos de suicídio e tentativas de suicídio, é indispensável que intervenções de promoção à saúde, assim como a valorização da vida sejam elaboradas pelos profissionais de saúde⁽⁶⁾. Pode-se destacar também que, através da atenção primária, é possível promover acesso e articular a rede de atenção ao cuidado, por meio do acompanhamento e promoção da saúde, integralidade e vínculo estabelecido⁽⁷⁾. Dentre esses profissionais, a equipe de enfermagem destaca-se em suas possibilidades terapêuticas e na execução das estratégias de cuidado. Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem têm um importante papel no atendimento preventivo nas tentativas de suicídio, propiciando atenção e cuidados terapêuticos. Através do cuidado prestado, é possível a descoberta de ideações suicidas e sofrimentos físicos e mentais que podem levar ao comportamento suicida⁽⁶⁾.

De acordo com NANDA I, o diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de Suicídio encontra-se no Domínio 11 que corresponde a Segurança\proteção, Classe 3 correspondente a Violência e têm como definição a Vulnerabilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida. Conforme a NANDA I, os fatores de risco são classificados em comportamentais (história de tentativa de suicídio, mudanças de comportamento e atitude); demográficos (etnia, divorciado, idade sexo masculino,

viuvez); físicos (dor crônica, enfermidade física ou terminal); psicológicos (abuso de substâncias, culpa, história familiar de suicídio, transtorno mental, história de abuso, homossexualismo na juventude); situacionais (acesso a armas, aposentadoria, morar só, perda da autonomia, economicamente desfavorecido); sociais (apoio social insuficiente, isolamento social, perda de relacionamento, desamparo, desesperança) e verbais (ameaça de matar-se, verbalização do desejo de morrer) ⁽⁸⁾.

O diagnóstico psiquiátrico pode ser considerado um fator de risco iminente para tentativa de suicídio ou suicídio, o que deixa muito mais complexo seu entendimento, pois, a interpretação dos estudos e suas comparações torna-se limitada devido a ideação e comportamento suicida ter diversas etiologias⁽⁹⁾. O Processo de Enfermagem fundamenta-se no conhecimento das necessidades de saúde, meios de abordagem, coleta de dados, planejamento das informações buscando um plano de cuidado, diagnóstico e intervenções individualizadas e avaliação da assistência do cuidado prestado⁽¹⁰⁾. Quando se utiliza o processo de enfermagem corretamente no contexto do paciente acometido com transtornos mentais, busca-se um cuidado direcionado e abrangente, com o intuito de planejar e avaliar os diagnósticos de enfermagem como também suas intervenções num aspecto psicoemocional⁽¹¹⁾. O enfermeiro toma para si a postura de agente terapêutico quando relacionado ao cuidado em saúde mental, o vínculo terapêutico estabelece a ação central da prática de enfermagem, amplia a avaliação de todo contexto não se limitando a psicopatologia ou diagnóstico psiquiátrico ⁽¹⁰⁾.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como seu principal objetivo remodelar os cuidados destinados a pessoas com sofrimento mental. Através da reestruturação dos serviços prestados ao paciente com transtorno mental, observa-se novas práticas clínicas que buscam promover a reinserção social de forma gradual e com planejamento individualizado e, ao CAPS, atribui-se as funções na assistência direta e na sistematização da rede de serviços de saúde⁽¹²⁾. A existência de um Centro de Atenção Psicossocial no município mostra-se como um fator protetivo, reduzindo em 14% o risco de suicídio⁽¹³⁾.

O profissional de enfermagem que atua no serviço de saúde deve estar qualificado e preparado para identificar pacientes que demonstrem características suicidas. O profissional apto para esse tipo de atendimento deve transmitir segurança em frente a situações em que o indivíduo apresente ideações suicidas e desejo de morrer. Entretanto, os profissionais de enfermagem têm certas dificuldades em lidar com essas situações, assim como, no planejamento de estratégias específicas ⁽¹⁴⁾.

No Brasil, apesar da escassez de estudos relacionados ao Risco de suicídio, as práticas relacionadas à saúde mental vêm sendo desenvolvidas e gerando muitas contribuições, tendo em vista que as equipes de saúde incorporam e diversificam proposta terapêuticas específicas para esse grupo⁽¹⁵⁾.

Diante do exposto, nota-se a necessidade de contribuir para o reconhecimento do processo de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio, assim como dar visibilidade ao fenômeno do risco de suicídio e potencializar o processo de enfermagem como ferramenta essencial para a detecção precoce do risco de suicídio e o manejo clínico adequado, buscando estabelecer intervenções que priorizem um plano terapêutico individual e satisfatório. O objetivo deste estudo foi identificar o diagnóstico de enfermagem: risco de suicídio em usuários de um centro de apoio psicossocial, com base na taxonomia da NANDA I.

Método

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), por meio do CAAE nº 59291516.0.0000.5208. O estudo considerou os requisitos formais contidos nos padrões regulatórios nacionais e internacionais de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa atendeu a resolução 466/12.

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado em um CAPS II localizado no agreste nordestino. A pesquisa é um recorte do projeto intitulado “Diagnósticos de enfermagem em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.” A população foi composta por usuários acompanhados no referido serviço. A amostra foi calculada a partir de uma fórmula para estudos com população finita, de acordo com os seguintes parâmetros: quantitativo de pacientes atendidos em 2016 (N=63); prevalência do fenômeno (p=90,0%); e erro amostral de 7,5% (0,075). A estimativa amostral foi de 31 usuários.

Os participantes foram selecionados de forma consecutiva, à medida que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos; ter diagnóstico de transtorno mental; e usuários que estavam em atendimento no serviço no momento da coleta de dados. Foram excluídos os pacientes com acentuada sonolência e/ou desorientação decorrente do quadro clínico e/ou do uso de medicamentos psicotrópicos, assim como pacientes em situação de crise exacerbada.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2017. A Escala de ideação suicida de Beck (BSI)⁽¹⁶⁾ foi aplicada para a identificação do diagnóstico Risco de suicídio. Esse instrumento é composto por 21 itens, cujas afirmações variam entre 0 e 2. A BSI foi elaborada de forma a permitir que os cinco primeiros itens sejam utilizados como triagem da ideação suicida. Assim, se a resposta do participante for diferente de zero no grupo de afirmações 4 ou 5, considera-se a existência de Ideação Suicida. Portanto, o diagnóstico de Enfermagem Risco de suicídio foi considerado presente na ocorrência de ideação suicida. Ademais, foram averiguadas outras variáveis: caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar/individual e com que mora) e características clínicas (diagnóstico médico, início do adoecimento, internação em outros locais, procedência, uso de medicações e tempo de acompanhamento no CAPS).

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha do *software excel* e analisados com o auxílio do SPSS versão 21.0. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e testes de associação estatística (Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher) definidos de acordo com a frequência de ocorrência das variáveis. O nível de significância estatística para a análise desses testes foi de 5% (0,05).

Resultados

Os participantes apresentaram, em média 40,16 ($\pm 11,46$) anos. Acima da metade é do sexo masculino (n=19; 51,4%). As religiões protestante (n=12; 32,4%) e católica (n=10; 27,0%) foram as mais citadas. Um percentual de 43,2% se declararam solteiros (n=16). A ocupação dona de casa foi a mais frequente (n=14; 37,8%). Quanto à renda familiar, (n=17) 45,9% recebem até um salário mínimo e sobre a renda individual, (n=20) 54,1% também recebem até um salário mínimo. Outro dado importante foi o percentual de usuários que relatou não possuir nenhuma renda (n=17; 45,9%). Quanto à escolaridade, os participantes possuem, em média, 7,21 ($\pm 3,82$) anos de estudo.

O DE Risco de suicídio foi encontrado em (n=16) 51,6% dos usuários. Os fatores de risco de maior ocorrência foram: Economicamente desfavorecido (100,0%), Transtorno psiquiátrico (100,0%), História de tentativa de suicídio (51,6%) e sexo masculino (51,6%). Ademais, História de tentativa de suicídio, Verbalização do desejo de morrer, Ameaça de matar-se e Morar sozinho mostraram

associação estatística com o diagnóstico ($p < 0,05$). A Tabela 1 contém as informações detalhadas.

Tabela 1: Descrição do diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio e de seus fatores de risco. Vitória de Santo Antão-PE, 2017

Variáveis	N	%	Valor p
Diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio			
Presente	16	51,6	--
Ausente	15	48,4	--
Fatores de risco			
Economicamente desfavorecido	31	100,0	--
Transtorno psiquiátrico	31	100,0	--
Sexo masculino	16	51,6	0,210 [¥]
História de tentativa de suicídio	16	51,6	<0,001*
Verbalização de desejo de morrer	15	48,4	<0,001*
Homem adulto jovem	12	38,7	0,066*
Ameaça de matar-se	11	35,5	<0,001*
Divorciado	10	32,3	0,220*
Viuvez	8	25,8	1,000*
Morar sozinho	3	9,7	<0,001*
Idoso	2	6,5	1,000*

Fonte: dados da pesquisa.

[¥]Teste de qui-quadrado. *Teste Exato de Fisher

Discussão

O suicídio é um grande problema da saúde pública, todos os anos um milhão de pessoas morrem através do ato em todo o mundo e um fato preocupante é que o suicídio está entre as três principais causas de morte de jovens entre 15 e 44 anos. A OMS preconiza as Políticas de Saúde Mental como principal meio de prevenção do suicídio, no entanto, as estratégias se mostram pouco resolutivas até o momento⁽¹⁷⁾.

Em um estudo de coorte realizado na Irlanda durante dois anos, foi verificado que, dentre os parâmetros que influenciam no suicídio, pode-se destacar a idade média de 39 anos entre homens e mulheres e os indivíduos do sexo masculino correspondendo a 80% dos casos. O estudo também mostrou que 40% dos indivíduos tentaram suicídio anteriormente e, em sua maioria, as pessoas com classe social baixa, incluindo aposentados e pessoas que não tinham uma ocupação mostraram-se mais predominante, correspondendo a 54% dos casos. Indivíduos que possuíam transtorno mental foram registrados em 33% dos casos, pessoas que moravam sozinhas ou não exerciam trabalho remunerado se tornavam mais propensas a um

agravamento em sua doença mental e, conseqüentemente, a um comportamento suicida⁽¹⁸⁾.

Segundo Santander e colaboradores⁽¹⁹⁾, as tentativas ou consumação do suicídio estão comumente associadas aos transtornos mentais e mostram uma alta correlação entre esses fatores, mais destacando também o fato que o suicídio é um ato muito mais complexo, que transcende as doenças mentais. No Chile, entre 2006 e 2011, foram registrados 17 (23,5%) suicídios em ambientes de serviço psiquiátrico. Esses dados levaram ao estabelecimento de padrões e cuidados adequados para evitar esse acontecimento, mostrando sucesso parcial, já que nenhum padrão evitou o suicídio, conforme os registros analisados em centros especializados em saúde mental.

Em um estudo realizado no Japão, descobriu-se que 80% dos indivíduos que eram portadores de distúrbios mentais possuíam um forte fator suicida. O estudo ressalta também que a consulta psiquiátrica é um importante meio para a prevenção, assim como estabelecer as características das pessoas que tem ideação suicida, com o intuito de fornecer dados sobre esse problema e sugestões para a prevenção do ato suicida. Também é enfatizado que histórias de suicídio anteriores é um fator significativo de risco para uma subsequente tentativa de suicídio, acontecendo com cerca de 40% dos casos⁽²⁰⁾.

Geralmente, a tentativa suicida é um ato premeditado, antes do seu acontecimento, o indivíduo apresenta desejos de morte, ideias e contemplação, além de comportamentos suicidas. Por conseguinte, a ideia suicida e o comportamento suicida tornam-se um marcador de forte significância para esse acontecimento. Fatores de risco também podem estar relacionados, entre eles pode-se destacar a discriminação, isolamento social e falta de apoio, desemprego, fatores biológicos e genéticos. O estudo também enfatizou que o risco de suicídio é maior em adultos mais velhos, enquanto o ato suicida é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino a tentativa de suicídio é mais frequente em mulheres⁽²¹⁾.

Indivíduos do sexo masculino, de idade jovem, solteiro e sem filhos vivos foram significativamente associados ao suicídio nas análises estudadas. Além desses fatores, a baixa escolaridade e a vida isolada estão entre os motivos para risco de suicídio, dados consistentes afirmam isso tanto em pacientes com transtornos mentais como na população em geral. Pessoas mais jovens se mostram mais impulsivas à tentativa de suicídio quando comparado com pessoas mais velhas. O reconhecimento desses fatores é importante para a prevenção das tentativas de suicídio⁽²²⁾.

Em um estudo realizado em um Hospital Universitário, localizado na Itália, com 1888 pessoas que passaram por avaliação psiquiátrica, destacou-se que pessoas que não eram casadas correspondiam a 63,7% das tentativas de suicídio, enquanto as casadas correspondiam a 36,3%. O estudo acrescenta que 74,2% das pessoas que tinham ideação suicida tiveram uma educação primária ou secundária e apenas 25,8% tinham ensino médio ou curso superior e o desemprego mostrou-se um fator de risco correspondendo a 73,4% da amostra ⁽¹⁸⁾. Quando se relaciona a religião e o suicídio, constata-se que, independente da religião ao qual o indivíduo pertence, a sua prática religiosa é considerada um fator protetivo contra a ideação suicida, tentativas ou atos autodestrutivos pois, através da prática religiosa, há uma tolerância maior ao pensamento suicida⁽²³⁾.

Para que a prevenção ao suicídio seja efetiva, é necessária a identificação específica das pessoas em risco, mesmo sendo de difícil concepção. Traçar implementações que atinjam o alvo dos principais riscos é imprescindível e necessário⁽²⁴⁾.

O estudo contribuiu de forma significativa, através dos resultados encontrados podemos observar que um elevado percentual de usuários atendidos no CAPS vivenciaram ou estão vivenciando ideias ou desejo de morrer. A pesquisa também se fez necessária na identificação dos principais fatores de riscos encontrados entre eles podemos destacar o transtorno mental, ser do sexo masculino, o poder aquisitivo, a história pregressa de tentativas suicidas, além dos demais fatores que mostraram significância estatística. A pesquisa ainda contribui para que os profissionais de saúde elaborem um plano de ações que visem a prevenção e implementação de medidas que ajudem a minimizar os fatores de risco.

Conclusão

O presente estudo identificou que uma grande parcela dos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial apresentavam ideação suicida ou desejo de morte, mostrando que o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio estava presente e de forma bem acentuada. Ressaltamos que vários fatores implicaram nesse elevado índice de encontrado no estudo, podemos evidenciar que o transtorno mental é um forte fator de risco. Além dele evidenciamos o sexo masculino, tentativas anteriores de suicídio, ser de baixa renda, que se mostraram presentes na maioria dos usuários, destacamos também os fatores de risco: verbalização de desejo de morrer, morar sozinho e ameaça de matar-se que expressaram significância estatística. Diante da

pesquisa destacamos que o número reduzido da amostra estudada e a coleta ter sido realizada em apenas um CAPS, trouxe limitações ao estudo. Através desses dados observamos que o profissional de enfermagem tem um importante papel no rastreamento de pensamentos suicidas, como também, na prevenção dos mesmos, juntamente com o processo de enfermagem é possível diagnosticar e traçar intervenções de forma individualizada afim de promover qualidade de vida aos usuários do CAPS.

Referências

1. Heck RM, Kantorski LP, Borges AM, Lopes CV, Santos MC, Pinho LB. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 set 15]; 21(1): 26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>
2. Bertolote JM, Santos CM, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2010 [Acesso em 2017 set 15]; vol 32; Supl II. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/7818/art_MELLO-SANTOS_Deteccao_do_risco_de_suicidio_nos_servicos_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Genebra, 2006. [Acesso em 2017 out 30]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf
4. Oliveira EN, Felix TA, Mendonça CBL, Lima PSF, Freire AS, Moreira RMM. Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 2016 [Acesso em 2017 set 17];5(2):184-192. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967/723>
5. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas [Internet]. 2014 [Acesso em 2017 set 17]; volume 25; número 3;231-236. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231>

6. Liba YHAO, Lemes AG, Oliveira PR, Fonseca PIMN, Volpato RJ, Almeida MASO, Cardoso TP. Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós-tentativa de suicídio. *Journal Health NPEPS* [Internet]. 2016 [Acesso em 2017 set 20]; 1(1):109-121. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1437/1498>
7. Garcia BN, Oliveira PRS, Quinderé PHD, Pequeno ML. As Representações Sociais De Profissionais Da Atenção Primária Sobre O Cuidado Em Saúde Mental: Por Outros Horizontes (Des)Institucionalizantes?. *Rev. FSA, Teresina* [Internet] 2016. [Acesso em 2017 out 23]; v. 13, n. 1, art. 13, p.194-213. Disponível em: <http://189.43.21.151/revista/index.php/fsa/article/view/985/768>
8. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.
9. Hauser M, Galling B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, risk factors, and targeted interventions. *Bipolar Disord* [Internet] 2013. [Acesso em 2017set 04]; 15: 507–523. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3737391/pdf/nihms486212.pdf>
10. Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2017. [Acesso em 2017 nov 11] ;70(1):209-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0220.pdf>
11. Beteghelli P, Toledo VP, Crepschi JLB, Duran ECM. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet] 2005. [Acesso em 2017 set 04]; v. 07, n. 03, p. 334 - 343, 2005. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_3/pdf/original_11.pdf
12. Freitas BS, Matos CCR, Silva PM, Santos JS, Batista EC. Perfil de usuários diagnosticados com esquizofrenia de um caps do interior de Rondônia. *Nucleus* [Internet] 2017. [Acesso em 2017 out 23]; v.14, n.1. Disponível em: <http://nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/1704/2413>
13. Ministério da Saúde. Agenda estratégica de prevenção do suicídio. Brasil. 2017. [Acesso em 2017 nov 11]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>

14. Reisdorfer N, Araújo GM, Hildebrandt LM; Gewehr T, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. Rev Enferm UFSM [Internet] 2015. [Acesso em 2017 out 23]; 5(2): 295-304. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790/pdf>
15. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciência & Saúde coletiva [Internet] 2013. [Acesso em 2017 set 10]; ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63027990031.pdf>
16. Martins CMS. Análise da ocorrência de estresse precoce em pacientes psiquiátricos adultos. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de SP; 2012. [Acesso em 2017 set 10]. Disponível em: <http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2014/11/MESTRADO-CAMILA-MARIA-SEVERI-MARTINS.pdf>
17. Morinigo JDL, Fernandes AC, Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, Stewart R, David AS, Dutta R. Suicide completion in secondary mental healthcare: a comparison study between schizophrenia spectrum disorders and all other diagnoses. BMC Psychiatry [Internet] 2014. [Acesso em 2017 out 15]; 213. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4149212/pdf/12888_2014_Article_213.pdf
18. Leavey G, Rosato M, Galway K , Hughes L , Mallon S, Rondon J. Patterns and predictors of help-seeking contacts with health services and general practitioner detection of suicidality prior to suicide: a cohort analysis of suicides occurring over a two-year period. BMC Psychiatry. [Internet] 2016. [Acesso em 2017 out 15] 16:120. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4852417/pdf/12888_2016_Article_824.pdf
19. Santander J, Brokering W, Ramos P, Arenas A. Consideraciones acerca de la conducta suicida de pacientes hospitalizados y responsabilidad del médico tratante. Rev Med Chile [Internet] 2015. [Acesso em 2017 out 15]; 143: 506-511. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n4/art13.pdf>

20. Harada K, Eto N, Honda Y, Kawano N, Ogushi Y, Matsuo M, Nishimura R. A comparison of the characteristics of suicide attempters with and without psychiatric consultation before their suicidal behaviours: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet] 2014. [Acesso em 2017 out 12]; 14:146. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4032354/pdf/1471-244X-14-146.pdf>
21. Zeppegno P, Gramaglia C, Castello LM, Bert F, Gualano MR, Ressico F, Coppola I, Avanzi GC, Siliquini R, Torre E. Suicide attempts and emergency room psychiatric consultation. *BMC Psychiatry* [Internet] 2015. [Acesso em 2017 out 12]; 15:13, Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4327969/pdf/12888_2015_Article_392.pdf
22. Ahmed KI, Perski A, Rutz EM. Predictors of suicidal behaviour in 36,304 individuals sickness absent due to stress-related mental disorders - a Swedish register linkage cohort study. *BMC public Health*. [Internet] 2013. [Acesso em 2017 out 12]; 13:492. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3663733/pdf/1471-2458-13-492.pdf>
23. Filho JGB, Werneck GL, Almeida RLF, Oliveira MIV, Magalhães FB. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cad. Saúde Pública* [Internet] 2012. [Acesso em 2017 out 12]; 28(5):833-844. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/03.pdf>
24. Ahmedani BK, Simon GE, Stewart C, Beck A, Waitzfelder BE, Rossom R, Lynch F, Smith AO, Hunkeler EM, Whiteside U, Operskalski BH, Coffey MJ, Solberg LI. Health Care Contacts in the Year Before Suicide Death. *J Gen Intern Med* [Internet] 2014. [Acesso em 2017 out 12]; 29(6): 870–877. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4026491/pdf/11606_2014_Article_2767.pdf

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um acontecimento abstruso e multifacetado, que tem em sua etiologia diversas causas, sendo considerado um importante indicador na análise da qualidade de vida das populações em todo o mundo (HECK. ET AL, 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio resulta de uma ação ou omissão que tem por finalidade causar a morte e a tentativa de suicídio tem as mesmas características do suicídio, diferindo apenas quanto ao resultado, que não é fatal (BERTOLOTE. ET AL 2010; OMS. 2006).

No Brasil, a taxa de suicídio é considerada baixa, entretanto, por ser um país com grande número de habitantes, atinge o nono lugar em números absolutos. Além do suicídio, há outro problema relacionado a ele, o elevado número de tentativas de suicídio (OLIVEIRA. ET AL, 2016). Em 2011, houve 9.852 suicídios registrados no país, o que corresponde a 27 mortes por dia e, quando comparado ao crescimento populacional (17,8%), o número de mortes por suicídio cresceu 33,5%. Conforme os óbitos registrados em todo o país, 1% corresponde às mortes por suicídio e, em pessoas com idade entre 15 e 29 anos, esse índice atinge 4% do total de óbitos (BOTEGA. ET AL, 2014). De acordo com dados da OMS, estima-se que em 2020 cerca de 1,53 milhão de pessoas vão cometer suicídio e um número de 10 a 20 vezes maior tentarão o suicídio. No Brasil, o índice de suicídio varia em cerca de 4,1 por 100 mil habitantes (OLIVEIRA. ET AL, 2016).

Com o aumento de casos de suicídio e tentativas de suicídio, é indispensável que intervenções de promoção à saúde, assim como a valorização da vida sejam elaboradas pelos profissionais de saúde (LIBA. ET AL, 2016). Pode-se destacar também que, através da atenção primária, é possível promover acesso e articular a rede de atenção ao cuidado, por meio do acompanhamento e promoção da saúde, integralidade e vínculo estabelecido (GARCIA. ET AL, 2016).

Dentre esses profissionais, a equipe de enfermagem destaca-se em suas possibilidades terapêuticas e na execução das estratégias de cuidado. Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem têm um importante papel no atendimento preventivo nas tentativas de suicídio, propiciando atenção e cuidados terapêuticos. Através do cuidado prestado, é possível a descoberta de ideações suicidas e sofrimentos físicos e mentais que podem levar ao comportamento suicida (LIBA. ET AL, 2016).

REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com NANDA I, o diagnóstico de enfermagem (DE) Risco de Suicídio encontra-se no Domínio 11 que corresponde a Segurança\proteção, Classe 3 correspondente a Violência e têm como definição a Vulnerabilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida. Conforme a NANDA I, os fatores de risco são classificados em comportamentais (história de tentativa de suicídio, mudanças de comportamento e atitude); demográficos (etnia, divorciado, idade sexo masculino, viuvez); físicos (dor crônica, enfermidade física ou terminal); psicológicos (abuso de substâncias, culpa, história familiar de suicídio, transtorno mental, história de abuso, homossexualismo na juventude); situacionais (acesso a armas, aposentadoria, morar só, perda da autonomia, economicamente desfavorecido); sociais (apoio social insuficiente, isolamento social, perda de relacionamento, desamparo, desesperança) e verbais (ameaça de matar-se, verbalização do desejo de morrer) (NANDA, 2015).

O diagnóstico psiquiátrico pode ser considerado um fator de risco iminente para tentativa de suicídio ou suicídio, o que deixa muito mais complexo seu entendimento, pois, a interpretação dos estudos e suas comparações torna-se limitada devido a ideação e comportamento suicida ter diversas etiologias (HAUSER. ET AL, 2013). O Processo de Enfermagem fundamenta-se no conhecimento das necessidades de saúde, meios de abordagem, coleta de dados, planejamento das informações buscando um plano de cuidado, diagnóstico e intervenções individualizadas e avaliação da assistência do cuidado prestado (GARCIA. ET AL, 2017).

Quando se utiliza o processo de enfermagem corretamente no contexto do paciente acometido com transtornos mentais, busca-se um cuidado direcionado e abrangente, com o intuito de planejar e avaliar os diagnósticos de enfermagem como também suas intervenções num aspecto psicoemocional (BETEGHELLI. ET AL, 2005). O enfermeiro

toma para si a postura de agente terapêutico quando relacionado ao cuidado em saúde mental, o vínculo terapêutico estabelece a ação central da prática de enfermagem, amplia a avaliação de todo contexto não se limitando a psicopatologia ou diagnóstico psiquiátrico (GARCIA. ET AL, 2017).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como seu principal objetivo remodelar os cuidados destinados a pessoas com sofrimento mental. Através da reestruturação dos serviços prestados ao paciente com transtorno mental, observa-se novas práticas clínicas que buscam promover a reinserção social de forma gradual e com planejamento individualizado e, ao CAPS, atribui-se as funções na assistência direta e na sistematização da rede de serviços de saúde (FREITAS. ET AL, 2017). A existência de um Centro de Atenção Psicossocial no município mostra-se como um fator protetivo, reduzindo em 14% o risco de suicídio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O profissional de enfermagem que atua no serviço de saúde deve estar qualificado e preparado para identificar pacientes que demonstrem características suicidas. O profissional apto para esse tipo de atendimento deve transmitir segurança em frente a situações em que o indivíduo apresente ideações suicidas e desejo de morrer. Entretanto, os profissionais de enfermagem têm certas dificuldades em lidar com essas situações, assim como, no planejamento de estratégias específicas (REISDORFER. ET AL, 2015).

No Brasil, apesar da escassez de estudos relacionados ao Risco de suicídio, as práticas relacionadas à saúde mental vêm sendo desenvolvidas e gerando muitas contribuições, tendo em vista que as equipes de saúde incorporam e diversificam proposta terapêuticas específicas para esse grupo (QUINDERÉ. ET AL, 2013).

Diante do exposto, nota-se a necessidade de contribuir para o reconhecimento do processo de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio, assim como dar visibilidade ao fenômeno do risco de suicídio e potencializar o processo de enfermagem como ferramenta essencial para a detecção precoce do risco de suicídio e o manejo clínico adequado, buscando estabelecer intervenções que priorizem um plano terapêutico individual e satisfatório. O objetivo deste estudo foi identificar o diagnóstico de enfermagem: risco de suicídio em usuários de um centro de apoio psicossocial, com base na taxonomia da NANDA I.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado em um CAPS II localizado no agreste nordestino. A pesquisa é um recorte do projeto intitulado “Diagnósticos de enfermagem em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.” A população foi composta por usuários acompanhados no referido serviço. A amostra foi calculada a partir de uma fórmula para estudos com população finita, de acordo com os seguintes parâmetros: quantitativo de pacientes atendidos em 2016 (N=63); prevalência do fenômeno ($p=90,0\%$); e erro amostral de $7,5\%$ ($0,075$). A estimativa amostral foi de 31 usuários. Os participantes foram selecionados de forma consecutiva, à medida que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos; ter diagnóstico de transtorno mental; e usuários que estavam em atendimento no serviço no momento da coleta de dados. Foram excluídos os pacientes com acentuada sonolência e/ou desorientação decorrente do quadro clínico e/ou do uso de medicamentos psicotrópicos, assim como pacientes em situação de crise exacerbada.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2017. A Escala de ideação suicida de Beck (BSI) (MARTINS, 2012), foi aplicada para a identificação do diagnóstico Risco de suicídio. Esse instrumento é composto por 21 itens, cujas afirmações variam entre 0 e 2. A BSI foi elaborada de forma a permitir que os cinco primeiros itens sejam utilizados como triagem da ideação suicida. Assim, se a resposta do participante for diferente de zero no grupo de afirmações 4 ou 5, considera-se a existência de Ideação Suicida. Portanto, o diagnóstico de Enfermagem Risco de suicídio foi considerado presente na ocorrência de ideação suicida. Ademais, foram averiguadas outras variáveis: caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar/individual e com que mora) e características clínicas (diagnóstico médico, início do adoecimento, internação em outros locais, procedência, uso de medicações e tempo de acompanhamento no CAPS). Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha do *software excel* e analisados com o auxílio do SPSS versão 21.0. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e testes de associação estatística (Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher) definidos de acordo com a frequência de ocorrência das variáveis. O nível de significância estatística para a análise desses testes foi de 5% ($0,05$).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), por meio do CAAE nº 59291516.0.0000.5208. O estudo considerou os requisitos formais contidos nos padrões regulatórios nacionais e internacionais de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa atendeu a resolução 466/12.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que uma grande parcela dos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial apresentavam ideação suicida ou desejo de morte, mostrando que o diagnóstico de enfermagem Risco de suicídio estava presente e de forma bem acentuada. Ressaltamos que vários fatores implicaram nesse elevado índice de encontrado no estudo, podemos evidenciar que o transtorno mental é um forte fator de risco. Além dele evidenciamos o sexo masculino, tentativas anteriores de suicídio, ser de baixa renda, que se mostraram presentes na maioria dos usuários, destacamos também os fatores de risco: verbalização de desejo de morrer, morar sozinho e ameaça de matar-se que expressaram significância estatística. Diante da pesquisa destacamos que o número reduzido da amostra estudada e a coleta ter sido realizada em apenas um CAPS, trouxe limitações ao estudo. Através desses dados observamos que o profissional de enfermagem tem um importante papel no rastreamento de pensamentos suicidas, como também, na prevenção dos mesmos, juntamente com o processo de enfermagem é possível diagnosticar e traçar intervenções de forma individualizada afim de promover qualidade de vida aos usuários do CAPS.

REFERÊNCIAS

1. Heck RM, Kantorski LP, Borges AM, Lopes CV, Santos MC, Pinho LB. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [Acesso em 2017 set 15]; 21(1): 26-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>
2. Bertolote JM, Santos CM, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 2010 [Acesso em 2017 set 15]; vol 32; Supl II. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/7818/art_MELLO-

- SANTOS_Deteccao_do_risco_de_suicidio_nos_servicos_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Genebra, 2006. [Acesso em 2017 out 30]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf
 4. Oliveira EN, Felix TA, Mendonça CBL, Lima PSF, Freire AS, Moreira RMM. Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. Revista Enfermagem Contemporânea [Internet]. 2016 [Acesso em 2017 set 17];5(2):184-192. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967/723>
 5. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas [Internet]. 2014 [Acesso em 2017 set 17]; volume 25; número 3;231-236. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231>
 6. Liba YHAO, Lemes AG, Oliveira PR, Fonseca PIMN, Volpato RJ, Almeida MASO, Cardoso TP. Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós-tentativa de suicídio. Journal Health NPEPS [Internet]. 2016 [Acesso em 2017 set 20]; 1(1):109-121. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1437/1498>
 7. Garcia BN, Oliveira PRS, Quinderé PHD, Pequeno ML. As Representações Sociais De Profissionais Da Atenção Primária Sobre O Cuidado Em Saúde Mental: Por Outros Horizontes (Des)Institucionalizantes?. Rev. FSA, Teresina [Internet] 2016. [Acesso em 2017 out 23]; v. 13, n. 1, art. 13, p.194-213. Disponível em: <http://189.43.21.151/revista/index.php/fsa/article/view/985/768>
 8. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015- 2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.
 9. Hauser M, Gallig B, Correll CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, risk factors, and targeted interventions. Bipolar Disord [Internet] 2013. [Acesso em 2017 set 04]; 15: 507–523. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3737391/pdf/nihms486212.pdf>
 10. Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet] 2017. [Acesso em 2017 nov 11];70(1):209-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0220.pdf>

11. Beteghelli P, Toledo VP, Crepschi JLB, Duran ECM. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet] 2005. [Acesso em 2017 set 04]; v. 07, n. 03, p. 334 - 343, 2005. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista7_3/pdf/original_11.pdf
12. Freitas BS, Matos CCR, Silva PM, Santos JS, Batista EC. Perfil de usuários diagnosticados com esquizofrenia de um caps do interior de Rondônia. Nucleus [Internet] 2017. [Acesso em 2017 out 23]; v.14, n.1. Disponível em: <http://nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/1704/2413>
13. Ministério da Saúde. Agenda estratégica de prevenção do suicídio. Brasil. 2017. [Acesso em 2017 nov 11]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>
14. Reisdorfer N, Araújo GM, Hildebrandt LM; Gewehr T, Nardino J, Leite MT. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. Rev Enferm UFSM [Internet] 2015. [Acesso em 2017 out 23]; 5(2): 295-304. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16790/pdf>
15. Quinderé PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Ciência & Saúde coletiva [Internet] 2013. [Acesso em 2017 set 10]; ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63027990031.pdf>
16. Martins CMS. Análise da ocorrência de estresse precoce em pacientes psiquiátricos adultos. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de SP; 2012. [Acesso em 2017 set 10]. Disponível em: <http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2014/11/MESTRADO-CAMILA-MARIA-SEVERI-MARTINS.pdf>

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Aspectos gerais

Recomendamos a utilização dos *guidelines* disponíveis no <http://www.equator-network.org/> para consolidação do manuscrito.

A **REBEn** adota o estilo *Vancouver*, disponível na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos de todas as categorias aceitos para submissão à **REBEn** deverão ser preparados da seguinte forma:

Arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

- O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito.
- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo.
- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:

- Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;

- Naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;

- Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾,].

- Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado⁽¹⁻⁵⁾]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado^(1,3,5)].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito, no resumo, tabelas e figuras.

No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.

Apêndices e anexos serão desconsiderados.

Estrutura do texto

Artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusões (pesquisas de abordagem quantitativa) ou

Considerações Finais (pesquisas de abordagem qualitativa) e Referências. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Documento principal

O documento principal, **sem identificação dos autores**, deve conter:

- 1) **Título do artigo:** no máximo de 12 palavras no idioma do manuscrito;
- 2) **Resumo e os descritores:** resumo limitado a **150 palavras no mesmo idioma do manuscrito**. O resumo deverá estar estruturado em **Objetivo, Método, Resultados e Conclusão (ou Considerações Finais)**.

Logo abaixo do resumo incluir cinco descritores no idioma do manuscrito:

- Português ou espanhol extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br>; - Inglês cinco extraídos do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

- 3) **Corpo do texto:** Consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito;

A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: **introdução, objetivo, método, resultados, discussão e conclusão (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.**

As figuras, tabelas e quadros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito.

Ilustrações (tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, etc.) serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar **o número de cinco**.

Qualquer que seja o tipo de ilustração, sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (tabela, figura, quadro) seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 - título). Após a ilustração, na parte inferior, inserir a legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão, se houver (ver: ABNT NBR 14724 / 2011 - Informação e documentação - Trabalhos acadêmicos - Apresentação). **A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários.**

As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Normas de apresentação tabular. 3.ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Os subtítulos do método e discussão deverão ser destacados em negrito conforme recomendação do *check list*.

As ilustrações devem estar em boa qualidade de leitura em alta resolução. Tabelas, gráficos e quadros devem ser apresentados de forma editável no corpo no manuscrito.

4) Fomento: antes da lista de referências, é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver).

5) Agradecimentos: Podem ser destinados às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na página de título até que a avaliação seja concluída por questões de conflito de interesse.

6) Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine - NLM*), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos.

Recomenda-se evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane). Da mesma forma deve-se evitar citações de artigos de jornais ou revistas não científicas (Magazines).

Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente. Sempre que disponível, indicar a versão eletrônica dos artigos citados, facilitando a sua localização. Dar preferência para o endereço do artigo em formato pdf.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

<p>Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos</p>	<p>CEP - CIB - UFPE</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-</p>	
--	-------------------------	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: JAQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59291516.0.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.763.476

Apresentação do Projeto:

Pesquisa da professora? TCC?

Aluna: Andrielly de Souza Oliveira

Orientadora: Professora Jacqueline Galdino Albuquerque

Co-Orientadora: Alexiane Priscila Silva

Estudo transversal de abordagem quantitativa.

Local: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do município de Vitória de Santo Antão - PE.

População e amostra do estudo: usuários adultos em atendimento - 44

Coleta dos dados: Por meio de entrevista, no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Análise: "os dados serão organizados em uma planilha do software excel e analisados a partir do pacote estatístico SPSS. Serão utilizadas medidas descritivas, de frequências e testes paramétricos e/ou não paramétricos a depender da natureza de distribuição dos dados".

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588	E-mail: cepccs@ufpe.br