

Elaboração de diretrizes para atendimento hospitalar de tentativas de suicídio na adolescência

Development of guidelines for hospital care of suicide attempts in adolescence

Simone Scheibe (<https://orcid.org/0000-0003-3364-1966>)¹

Ivânia Jann Luna (<https://orcid.org/0000-0003-1758-0892>)²

Abstract *This article aims to describe a qualitative and quantitative study of the construction and validation of guidelines for hospital care of adolescents with suicide attempts. The methodological approach involved an integrative literature review with thematic content analysis of 27 articles, which generated 3 categories: assessment of suicidal behavior in the context of the emergency department; intervention in suicidal behavior, and hospital multidisciplinary team. The content of these categories was the basis for the construction of an instrument with 15 statements about the performance of adolescents in suicidal crisis assisted in the hospital setting. This instrument was applied with 20 healthcare professionals selected from two hospital institutions in southern Brazil, who acted as judges/evaluators of the proposed statements. The content of the 15 statements was validated as guidelines through the Percentage of Concordance Calculation and the Score Calculation. The constructed guidelines may help multidisciplinary hospital teams when facing adolescents with suicide attempts, to base their conduct on criteria that guide actions of reception, assessment, intervention, and referral.*

Key words *Suicide attempt, Adolescence, Emergency department*

Resumo *Este artigo visa descrever um estudo qualitativo e quantitativo de construção e validação de diretrizes para atendimento hospitalar de adolescentes com tentativa de suicídio. O percurso metodológico implicou a realização de revisão integrativa de literatura com análise temática de conteúdo de 27 artigos, o qual gerou 3 categorias: avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar; intervenção diante do comportamento suicida e equipe multiprofissional hospitalar. O conteúdo destas categorias fundamentou a construção de um instrumento com 15 afirmativas sobre a atuação com adolescentes em crise suicida atendidos no contexto hospitalar. Este instrumento foi aplicado com 20 profissionais de saúde selecionados em duas instituições hospitalares do sul do Brasil, os quais atuaram como juízes/avaliadores das afirmativas propostas. O conteúdo das 15 afirmativas foi validado como diretrizes através do Cálculo de Porcentagem de Concordância e do Cálculo do Escore. As diretrizes construídas podem auxiliar as equipes multiprofissionais hospitalares, diante dos adolescentes com tentativas de suicídio, a fundamentarem suas condutas a partir de critérios que norteiam ações de acolhimento, avaliação, intervenção e encaminhamento.*

Palavras-chave *Tentativas de suicídio, Adolescência, Serviço hospitalar de emergência*

¹ Serviço de Psicologia, Hospital Infantil Joana de Gusmão. R. Rui Barbosa 152, Agronômica. 88025-301 Florianópolis SC Brasil. scheibehijg@gmail.com
² Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.

Introdução

O suicídio é um fenômeno que acompanha a história da humanidade, tendo diversos significados de acordo com o contexto cultural e histórico em que ocorre¹. Caracteriza-se por ser um fenômeno multifatorial resultante de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais^{2,3}. Não se limita a um único campo do conhecimento, de modo que disciplinas como a filosofia, a antropologia, a sociologia, a medicina, a psicologia contribuem para a análise do tema. Shneidman, psicólogo americano, considerado como o pai da suicidologia, definiu o suicídio como “[...] um ato consciente de aniquilação autoinduzida, melhor compreendido como um mal-estar multidimensional em um indivíduo com necessidades, que vivencia um problema para o qual o suicídio é percebido como a melhor solução”⁴(p.203, tradução nossa). O mesmo autor enfatiza que o suicídio é a tentativa de deter o fluxo de uma dor psicológica insuportável⁴. Na atualidade, circunscreve-se em um fenômeno mais amplo, denominado de “comportamento suicida”^{2,3,5}, o qual é considerado um comportamento não adaptativo, com múltiplas determinantes, que se apresenta numa escala de gravidade que abrange pelo menos três tipos de fenômenos associados ao suicídio: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio propriamente dito^{3,6}.

A ideação suicida engloba ideias, desejos e manifestações da intenção de querer morrer. Além disto, pode incluir o planejamento deste ato: como, quando e onde fazer. A tentativa de suicídio, como esclarecem Bertolote *et al.*⁵, tem as mesmas características fenomenológicas do suicídio, diferindo deste apenas quanto ao desfecho, que não é fatal e propõem que o comportamento suicida deve se diferenciar de outros comportamentos autodestrutivos, nos quais não existe uma intenção de pôr fim à vida.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência se circunscreve no período entre 10 e 19 anos⁷ e se caracteriza por um ritmo acelerado de crescimento e de mudanças corporais, biológicas, sociais, psicológicas, cognitivas, em que o contexto social exerce influência primordial no desenvolvimento de potencialidades e vulnerabilidades^{7,8}. É importante ressaltar que não há um padrão universal de adolescência, de modo que esta etapa deve ser compreendida como uma construção social⁸, histórico-dialética⁹, fruto da apropriação que o sujeito faz de suas vivências, relações sociais, condições de vida e valores presentes em sua cultura^{9,10}. Nes-

te processo, o adolescente pode vivenciar impasses e fragilidades, desenvolvendo complicações na esfera da saúde mental. Estas complicações relacionam-se com a trajetória de constituição da sua singularidade, que se processa dialeticamente na sua vida de relações por um lado e com o contexto social e histórico por outro^{9,10}. A tentativa de suicídio na adolescência está associada com a busca de alívio de um sofrimento psíquico intenso¹¹. A OMS² considera que fatores como a vida familiar disfuncional, a negligência e falta de apoio social, a incapacidade de lidar com desafios acadêmicos, poucas competências para resolver problemas, baixa autoestima, conflitos em torno da identidade sexual, perda de relações amorosas, situações de maus tratos, abuso físico e sexual, transtorno psiquiátrico familiar, abuso ou dependência de substâncias associados à depressão podem aumentar o risco de suicídio entre adolescentes. Aponta como fator de risco adicional nesta fase, o suicídio de figuras proeminentes e de referência ou de alguém que o adolescente conheça pessoalmente.

O comportamento suicida de adolescentes é caracterizado como problema de saúde pública crescente no Brasil. De acordo com os dados divulgados no último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde em setembro de 2021¹², houve um aumento pronunciado nas taxas de mortalidade de adolescentes e um aumento sustentado das mortes por suicídio em menores de 14 anos. Estima-se que para cada morte por suicídio existem mais de 20 tentativas³. Por sua vez, Rigo¹³ alerta para o fato de que metade das pessoas que se suicida realizou uma tentativa anterior, fazendo da tentativa de suicídio prévia um importante fator de risco para o autoextermínio. É importante ressaltar que o período de análise dos dados do boletim epidemiológico é anterior à pandemia do novo coronavírus COVID-19, a qual foi uma variável potencializadora dos agravos à saúde mental de todos¹⁴.

Diante dos dados constatados, o referido boletim epidemiológico ressaltou a necessidade de capacitação das redes de atenção em saúde para o acolhimento e atenção em saúde mental infantojuvenil. Observa-se uma escassez de pesquisas nacionais para formular uma abordagem efetiva para usuários em crise suicida, destacando a carência no desenvolvimento de estratégias de intervenções específicas para as pessoas que tentaram suicídio e chegam aos serviços de emergência^{5,15}.

A OMS, desde 1999, vem articulando uma série de ações visando à prevenção mundial do

suicídio³. Em consonância com esta política, o Ministério da Saúde também vem articulando junto com estados e municípios uma agenda estratégica de prevenção do suicídio, o que se traduziu em definição de diretrizes nacionais¹⁶, estaduais e municipais de prevenção. Apesar destas iniciativas em torno da prevenção do suicídio e da publicação de conteúdos orientativos, ainda há pouco material direcionado para as especificidades do público adolescente, principalmente no que tange à intervenção dos profissionais de saúde que atuam nas portas de entradas hospitalares de urgência.

Diante deste contexto, torna-se mais premente a avaliação e manejo adequados dos adolescentes que tentaram suicídio que chegam aos prontos-socorros, visando a prevenção de novas tentativas. Este artigo visa descrever um estudo qualitativo e quantitativo de construção e validação de diretrizes para atendimento multiprofissional hospitalar de adolescentes com tentativa de suicídio.

Método

Esta pesquisa foi planejada e realizada em consonância com os procedimentos éticos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e foi submetida a Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Em relação ao percurso metodológico, o estudo se deu em 7 (sete) etapas, 4 relativas a construção das diretrizes e 3 relativas a sua validação. A primeira etapa foi a pesquisa bibliográfica através de revisão integrativa da literatura, a qual possibilita a síntese de múltiplos estudos publicados e o desenvolvimento de conclusões a respeito de uma área de estudo específica¹⁷. A revisão teve como ponto de partida a pergunta norteadora: “Como avaliar e manejar o comportamento suicida de adolescentes atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar?”, que direcionou a definição dos termos de busca, os quais foram escolhidos com base nos descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e pelo *Medical Subject Headings Terms* (MeSH-Terms). Para a busca nas bases de dados, utilizaram-se os termos “adolescência”, “adolescente”, “comportamento suicida”, “tentativa de suicídio”, “ideação suicida”, “suicídio”, “serviço hospitalar de emergência”, “serviços médicos de emergência”, “pronto socorro”, com seus sinônimos, nos idiomas português, inglês e espanhol, utilizando os operadores booleanos “OR” e “AND”. Defini-

ram-se como critérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra; nos idiomas português, inglês e espanhol; com espaço temporal de cinco anos (2014-2018); contribuir para responder à pergunta da pesquisa; abranger preferencialmente o público adolescente; ter como lócus o contexto da urgência e emergência hospitalar. A revisão integrativa ocorreu no período de março a maio de 2019, sendo consultadas as seguintes bases de dados: BVS/Bireme, Scopus, Web of Science, PsycINFO, Medline/PubMed, CINAHL, Pepsic, Index Psi, SciELO. Foram identificados 1.595 artigos, que após a leitura dos títulos permaneceram 463 artigos. Os resumos destes artigos foram lidos, sendo incluídos 27 artigos.

A segunda etapa do estudo definiu-se pela análise de conteúdo dos 27 artigos selecionados segundo categorização temática de Bardin¹⁸. A partir desta análise surgiram 3 categorias (Avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar; Intervenção diante do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar; Equipe multiprofissional hospitalar) e que fundamentaram a identificação dos conteúdos para a elaboração das afirmativas que posteriormente compuseram as diretrizes. Na terceira etapa do estudo, foi possível a elaboração de 15 afirmativas, a partir das categorias citadas. Na quarta etapa foi construída uma escala tipo Likert com as 15 afirmativas. O instrumento com a escala Likert apresentou 5 (cinco) opções: discordo totalmente; discordo parcialmente; nem concordo, nem discordo; concordo parcialmente; concordo totalmente; reservando, ao final, um espaço opcional para comentários e sugestões.

Na sequência, a quinta etapa consistiu na seleção dos juízes/avaliadores para validação do conteúdo das afirmativas contidas no instrumento. Adotou-se a definição de 20 (vinte) participantes e este número foi determinado com base no critério apresentado por Alexandre e Coluci¹⁹ que referem o número de seis a vinte sujeitos para participação em processos de validade de conteúdo. Os juízes/avaliadores foram recrutados a partir do critério de atuar no contexto da urgência e emergência hospitalar no atendimento de adolescentes com tentativas de suicídio. Foram selecionados 20 juízes/avaliadores em duas instituições hospitalares do sul do Brasil, que são referência como portas de entrada hospitalares de urgência e emergência no atendimento aos adolescentes em crise suicida. Todos os juízes/avaliadores tinham de 4 a 35 anos de formação profissional. A distribuição entre as categorias profissionais foi:

7 psicólogos, 5 médicos (sendo 3 psiquiatras e 2 pediatras), 5 enfermeiros, 3 assistentes sociais, totalizando 20 (vinte) participantes.

A sexta etapa caracterizou-se pela análise quantitativa das respostas à escala Likert através da Porcentagem de Concordância dos juízes/avaliadores¹⁹ e por Cálculo do Escore²⁰. A Porcentagem de Concordância é a medida mais simples de concordância interobservadores e ao utilizar este método deve-se considerar como taxa significativa de concordância o resultado de 90%¹⁹. O Cálculo do Escore²⁰ possibilita que se identifique a direção das respostas de todos os juízes/avaliadores para a concordância ou a discordância em relação a cada afirmativa proposta. Para isto, determina-se um peso diferente para cada uma das alternativas contidas na escala Likert a partir dos valores 1, 2, 3, 4 e 5. Em seguida, aplica-se a fórmula do Cálculo do Escore²⁰ para cada afirmativa. O escore final de cada afirmativa é alcançado a partir do somatório dos valores encontrados de cada uma das cinco opções de resposta da escala Likert. Para interpretação dos resultados, considera-se que uma afirmativa apresenta um escore “alto” de concordância quando este valor é maior ou igual a 4 (quatro) e quando o valor encontrado for menor ou igual a 3 (três), apresenta um escore “baixo” de concordância.

Os resultados obtidos referentes às taxas de concordância das afirmativas a partir do Cálculo de Concordância de Porcentagem (12 afirmativas com 100% de concordância, 2 com 90% e 1 afirmativa com 85%) e do Cálculo do Escore (todas as afirmativas com escore entre 4,5 e 5) permitiram considerar que o conteúdo das 15 afirmativas foi validado em relação à avaliação e manejo do comportamento suicida de adolescentes em contexto de urgência e emergência hospitalar. Os detalhamentos metodológicos e dos resultados estão disponíveis para acesso no repositório SciELO (<https://doi.org/10.48331/scielodata.V2JW9R>). Sendo assim, chegou-se à sétima e última etapa do estudo que foi a apresentação final do conteúdo das diretrizes validadas para o atendimento hospitalar de tentativas de suicídio na adolescência. A seguir, são apresentadas as diretrizes nos seus aspectos qualitativos e de conteúdo, bem como a discussão destas diretrizes com base na literatura.

Resultados e discussão

De acordo com o Quadro 1, as diretrizes 1 a 7 foram construídas a partir da primeira categoria

de análise, com suas respectivas subcategorias e unidades temáticas, e se referem aos aspectos relevantes que precisam constar no escopo da avaliação do adolescente que tentou suicídio e se encontra no contexto hospitalar.

Na primeira diretriz, assinalou-se a execução de ações emergenciais no contexto hospitalar, a partir das unidades temáticas primeiros socorros e exames físicos e laboratoriais. Neste sentido, destaca-se o exame clínico (físico e laboratorial) do paciente no momento de sua admissão como sendo decisivo para definir as condutas emergenciais que necessitam ser tomadas para garantir a estabilização clínica do paciente, descartando possíveis agravos^{21,22}.

Como segunda diretriz, destacou-se a promoção da ambiência, a partir das unidades temáticas espaço físico seguro e condições de privacidade. A ambiência é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e compreende não só o espaço físico, mas também o espaço social, das relações interpessoais que se alinham com uma atenção acolhedora, resolutiva e humana²³. Gutierrez²⁴ enfatiza que o acolhimento à pessoa com tentativa de suicídio durante a assistência hospitalar deve ser realizado com segurança, prontidão e qualidade para promover aceitação e adesão do paciente ao tratamento. Chun *et al.*²¹, Margret e Hilt²², e Kuczynski²⁵ também pontuam as condições de segurança e privacidade do ambiente em que o adolescente será atendido e mantido em observação, bem como uma abordagem continente e de cuidado.

Como terceira diretriz, destacou-se o tópico referente ao acolhimento/abordagem comunicacional com o adolescente e seus pais/cuidadores, a partir das unidades temáticas empatia, escuta e ausência de julgamento. Segundo Gutierrez²⁴, o acolhimento representa a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, na medida em que viabiliza o cuidado integral através da escuta ativa e empática. Neste contexto, é fundamental evitar posturas de julgamento e censura, mas se deve adotar uma abordagem continente fundamentada na tranquilidade, empatia e resolutividade^{25,26}. Botega e Rapeli⁶ também já assinalaram a importância de tentar estabelecer um vínculo que possibilite a confiança do paciente, principalmente neste momento em que ele se encontra frágil e nem sempre está disposto a colaborar com a entrevista.

A quarta diretriz refere-se à realização da entrevista clínica para avaliação do comportamento suicida e apontou para aspectos cruciais a serem observados conforme descrito a seguir.

Quadro 1. Relação das diretrizes validadas com a categoria 1 e subcategorias.

Categoria	Subcategorias	Diretrizes validadas
1. Avaliação do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar	1.1. Execução das ações emergenciais	1. É imprescindível avaliar a necessidade da execução de ações emergenciais visando à estabilização clínica diante do comportamento suicida do adolescente que busca atendimento nas portas de entrada hospitalares de urgência.
	1.2. Promoção da ambiência	2. A promoção da ambiência no que se refere à garantia de privacidade e condições de segurança no espaço físico em que o adolescente em crise suicida é atendido, são aspectos a serem observados na emergência hospitalar no contexto da avaliação do risco suicida.
	1.3. Acolhimento/ Abordagem comunicacional com o adolescente e seus pais/ cuidadores	3. As habilidades de comunicação baseadas na empatia, escuta ativa e ausência de julgamento na relação com o adolescente e seus pais/ cuidadores, são condições fundamentais para que seja realizada a avaliação da tentativa e do risco suicida.
	1.4. Realização da entrevista clínica	4. A avaliação do comportamento suicida envolve a realização de entrevista clínica com o adolescente e também com outros familiares, e visa identificar os fatores de risco (comportamentos suicidas atuais e passados, a consciência da letalidade do meio utilizado, o grau de intencionalidade e planejamento do ato, eventos precipitantes, entre outros) e os fatores de proteção (suporte familiar e dos pares, apoio social, acesso a tratamento em saúde mental, restrição de acesso aos meios letais e outros). 5. A classificação do risco suicida do adolescente – baixo, médio ou alto risco – é um ponto chave da avaliação a ser realizada na entrevista clínica, e visa indicar qual plano de intervenção deve ser conduzido com o adolescente e seus pais/cuidadores. 7. Na entrevista clínica, a ocorrência da automutilação, com ou sem intenção suicida, deve ser averiguada, visto que este comportamento se configura como um preditor de tentativa de suicídio, sobretudo na população adolescente.
	1.5. Aplicação de instrumentos padronizados	6. A avaliação do risco suicida do adolescente no contexto da emergência e da internação hospitalar pode incluir instrumentos padronizados, tais como escalas e questionários, como elementos auxiliares na realização desta avaliação.

Fonte: Autoras (2022).

Como primeiro aspecto surge a letalidade da tentativa de suicídio, que geralmente é um indicativo da intencionalidade do ato. Entretanto é preciso estar atento, pois crianças e adolescentes podem julgar erroneamente a letalidade de suas ações. Um adolescente cuja tentativa de suicídio teve baixa letalidade pode, de fato, encobrir um desejo significativo de autolesão ou suicídio^{25,27,28}. O planejamento do ato suicida, segundo os estágios de suicidalidade²⁹, é um dos fatores considerados para definição de um risco alto de suicídio. A frequência e intensidade das ideações suicidas evidenciam o grau de suicidalidade em que o adolescente se encontra^{21,22,25,28,30}.

O histórico dos comportamentos suicidas/ automutilação delimita se o risco de suicídio é

crônico ou algo mais atual. Em relação ao histórico de automutilação, Pettit *et al.*²⁸, Asarnow *et al.*³¹ constataram em suas pesquisas a importância de avaliar e monitorar a automutilação independentemente da intenção suicida em adolescentes, pois esta se mostrou um importante preditor de tentativas de suicídio, sobretudo em meninas. Chun *et al.*²⁷ indicam que a existência de sinais de automutilação deve ser verificada no exame clínico do paciente, visto que estes sinais podem estar escondidos sob o vestuário. Outro item importante a ser discriminado na entrevista clínica refere-se à identificação de eventos precipitantes associados à crise suicida. Chun *et al.*²¹, Kuczynski²⁵, Chun *et al.*²⁷ e Ginnis *et al.*³² demarcam os fatores precipitantes como gatilhos para

a crise suicida. Bertolote *et al.*⁵ definem os eventos precipitantes como fatores proximais, que desencadeiam a crise suicida e que também são chamados de estressores associados ao risco de comportamentos suicidas.

A obtenção de informações com familiares e pessoas próximas sobre a situação de vida do adolescente que tentou suicídio configurou-se como um aspecto importante para dimensionar o risco suicida, tendo em vista que o adolescente frequentemente minimiza a gravidade de seus sintomas ou a intenção por trás de seus atos^{21,22,26,33}. Este fato pode estar relacionado ao receio do adolescente de que a notificação de risco suicida e lesões autoprovocadas possa levar à hospitalização. A identificação dos fatores de risco e de proteção é um aspecto chave na avaliação da tentativa de suicídio e indica o grau de vulnerabilidade em que se encontra o adolescente. Mas é necessário destacar que nenhum dos fatores isolados tem o poder de provocar ou prevenir o comportamento suicida⁵. Na verdade, Pesce³⁴ enfatiza que os fatores de proteção podem modificar a resposta do sujeito aos fatores de risco, devendo ser analisados de forma interligada, visto que não são entidades estáticas, mudando conforme a pessoa e seu contexto vivido. Os estudos incluídos na pesquisa, descreveram muitos fatores de risco e poucos fatores de proteção, conforme descrito no Quadro 2.

A quinta diretriz aborda a necessidade da realização da entrevista clínica também com foco na classificação de risco do adolescente em crise suicida. Entretanto, Ambrose e Prager³⁵ consideram esta classificação uma tarefa imprecisa, visto que o risco de suicídio não é estático. Pettit *et al.*²⁸ enfatizam que mesmo quando o nível de risco é considerado baixo, crises suicidas podem surgir e o risco de suicídio atingir o risco alto em algumas situações. Também orientam que os profissionais de saúde precisam ficar atentos para monitorar o risco suicida durante o ano seguinte de uma tentativa, e consideram que os primeiros 3 a 6 meses representam o maior risco para uma nova tentativa.

A sexta diretriz se refere à avaliação do risco suicida utilizando meios auxiliares durante a entrevista clínica através da aplicação de instrumentos padronizados. Margret e Hilt²², Kuczynski²⁵, Berk e Asarnow³³, King *et al.*³⁶, Ambrose e Prager³⁵ sugerem a inclusão de instrumentos de triagem para avaliação do risco suicida, como também para subsidiar a decisão de internar ou dar alta para seguimento ambulatorial. Existem muitos instrumentos validados internacionalmente,

mas Silva *et al.*³⁷ salientam sobre a necessidade de investimento na adaptação transcultural e validação destes instrumentos para uso no Brasil, visto que há uma limitação quanto aos instrumentos de avaliação psicológica em nosso país direcionados especificamente ao comportamento suicida de crianças e adolescentes.

A sétima diretriz diz respeito a outro aspecto a ser observado na entrevista clínica que é a presença da automutilação como um fator de risco para a crise suicida que foi defendido por alguns autores dos estudos incluídos^{27,28,31,35,38}.

De acordo com o Quadro 3, as diretrizes 8 a 13 foram construídas a partir da segunda categoria de análise que foi a intervenção diante do comportamento suicida em contexto hospitalar de urgência e emergência. Esta categoria é composta de 3 subcategorias: abordagem preventiva, utilização de critérios para internação hospitalar e utilização de critérios para a alta hospitalar.

A oitava diretriz aborda a necessidade de considerar os atendimentos relacionados ao comportamento suicida na emergência hospitalar como uma oportunidade de implementar estratégias eficazes para prevenção do suicídio daqueles que estão em risco de cometê-lo. Vários estudos enfatizaram a importância e a possibilidade de uma abordagem preventiva já no ambiente da emergência, oferecendo intervenções terapêuticas breves que impactarão positivamente na adesão ao tratamento e consequentemente na prevenção do suicídio^{22,26,28,30,32,35,36,38-44}. Dentre estas intervenções, destacam-se o plano de segurança, a orientação dos familiares e a contrarreferência corresponsável aos serviços ambulatoriais de saúde mental^{21,22,26,28,30,32,36,38,39,41-43}.

Um aspecto relevante da oitava diretriz e que será abordado com mais profundidade na décima diretriz é a questão da elaboração do “plano de segurança” com o adolescente e seus pais/cuidadores. Na oitava diretriz é destacada este tipo de intervenção, assim como o acolhimento e orientação dos pais/cuidadores. Estes necessitam de uma atenção individual no atendimento, pois muitas vezes estão em choque e com dificuldade de lidar com a crise suicida de seu filho; além de se configurarem como parte do contexto em que vive o jovem e são as pessoas que, provavelmente, o adolescente poderá recorrer em outros momentos de crise. A articulação do acompanhamento do adolescente em saúde mental é outro ponto crucial da abordagem preventiva e que está presente na oitava diretriz. Os profissionais de saúde têm o compromisso ético de articular a continuidade do cuidado, principalmente em

Quadro 2. Fatores de risco e de proteção conforme os estudos incluídos.

Fatores de risco	Fatores de proteção
<ul style="list-style-type: none"> - Tentativa(s) de suicídio anterior; - Plano de suicídio nos últimos 12 meses; - Cognitivos: desesperança, impulsividade, estilo disfuncional, carência de estratégias de enfrentamento; rigidez de pensamentos; - Práticas de automutilação; - Humor depressivo, humor irritável, impulsividade; - Distúrbios do comportamento disruptivo; - Distúrbios do sono (em especial, insônia); - Abuso de substâncias; - Hospitalização psiquiátrica recente; - História familiar de suicídio; - Abuso físico ou sexual; - Bullying; - Conflitos com familiares, pares e escola; - Problemas na relação amorosa; - Comportamento antissocial; - Autoidentificação como lésbica, gay, bissexual ou transgênero, pelo estresse psicossocial; - Crenças religiosas; - Perda recente do paciente ou familiar; - Doença crônica e/ou física; - Acesso a métodos letais; - Isolamento social; - Barreiras ou falta de vontade para procurar cuidados de saúde mental; - Pouco apoio social 	<ul style="list-style-type: none"> - Restrição de acesso aos meios letais; - Suporte familiar; - Suporte dos pares; - Apoio social; - Acesso a tratamento em saúde mental; - Desejos de futuro a curto e longo prazos; - Condições de identificar gatilhos para a crise suicida e adotar estratégias de enfrentamento.

Fonte: Autoras (2022).

crises suicidas. Este tópico é corroborado por outros autores, como Ferreira e Gabarra⁴⁵, os quais reforçam a necessidade de comunicação com a rede de atenção psicossocial e descrevem a realização de contato telefônico com os pontos da rede a fim de articular o acompanhamento ambulatório.

Com relação à nona diretriz, os estudos destacaram algumas opções de intervenções terapêuticas breves utilizadas no contexto de emergência de hospitais americanos, tais como *Counseling Access to Lethal Means (CALM)*³⁹, *Family Intervention for Suicide Prevention (FISP)*⁴¹, *Family-Based Crisis Intervention*³², *Teen Option for Change (TOC)*³⁶, *Coping, Problem solving, Enhancing life, and Safety planning (COPES)*⁴⁶ e diversas estratégias de enfrentamento que podem compor os planos de segurança^{21,22,26,28,30,32}. Encontrou-se também um estudo irlandês que propõe uma abordagem específica diante de comportamentos de automutilação: Programa Nacional de Cuidados Clínicos para Avaliação e Gestão de pacientes que se apresentam às Emergências após automutilação³⁸.

A nona diretriz tem como objetivo alertar para a importância das condutas das equipes multiprofissionais no manejo do adolescente em crise suicida e seus familiares/cuidadores no contexto de urgência e emergência hospitalar. A abordagem preventiva implica o olhar integral à situação do sujeito em consonância com a lógica da atenção psicossocial, em que a clínica ampliada, o acolhimento, o incentivo ao protagonismo dos usuários, a inclusão social, são alguns dos aspectos envolvidos⁴⁷.

A décima diretriz aborda especificamente a questão da elaboração do plano de segurança com o adolescente em crise suicida atendido no contexto hospitalar. Chun *et al.*²¹ esclarecem que os “planos de segurança” normalmente incluem: a) Identificação de sinais de alerta e possíveis gatilhos para a recorrência de ideação suicida; b) Estratégias de enfrentamento que o paciente pode usar; c) Atividades saudáveis que podem proporcionar distração ou supressão de pensamentos suicidas; d) Apoios que o paciente pode buscar caso o impulso suicida volte; e) Informações de contato para suporte profissional, in-

Quadro 3. Relação das diretrizes validadas com a categoria 2 e subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Diretrizes validadas
2. Intervenção diante do comportamento suicida em contexto de urgência e emergência hospitalar	2.1. Abordagem preventiva	8. A avaliação e manejo do comportamento suicida do adolescente no contexto da emergência deve envolver, além da estabilização clínica, uma abordagem preventiva que implica na execução de intervenções terapêuticas breves, como o plano de segurança, acolhimento e orientação dos familiares, bem como articulação do acompanhamento em saúde mental. 9. As intervenções terapêuticas breves conduzidas por uma equipe multiprofissional com o adolescente e seus familiares visam à promoção da integralidade do cuidado, à prevenção de novas crises suicidas e à adesão ao seguimento do tratamento em saúde mental. 10. A elaboração de um “plano de segurança” com o adolescente em crise suicida e seus pais/cuidadores é uma das intervenções a ser executada antes da alta hospitalar na emergência ou na unidade de internação. Este plano trabalha ações estratégicas organizadas em passos para prevenir e manejar novas crises suicidas. 11. O acolhimento e a orientação dos pais/cuidadores é uma intervenção que tem como objetivo o aconselhamento quanto à restrição de acesso a meios letais, a identificação de sinais de alerta, o monitoramento protetivo e a redução do estigma em saúde mental.
	2.2. Utilização de critérios para internação hospitalar	14. A admissão para internação hospitalar envolve critérios tais como a presença de agravos clínicos com necessidade de monitoramento e tratamento médico; presença de quadro psiquiátrico grave; tentativa de suicídio de alta letalidade com clara intenção de morte; intenção contínua de morte; desesperança grave; rede de apoio familiar e social frágil; incapacidade do paciente e/ou familiares de se envolverem no “plano de segurança”; agitação psicomotora contínua, não aderência ao tratamento psiquiátrico e psicológico ambulatorial, necessidade de troca de esquema de medicação psiquiátrica.
	2.3. Utilização de critérios para a alta hospitalar	12. Em relação ao manejo do risco suicida, é necessária a utilização de critérios para a alta hospitalar na emergência ou na internação, tais como a estabilidade clínica do adolescente; a classificação de baixo risco de suicídio; a presença de fatores de proteção; o paciente e a família estarem orientados sobre a proposta de tratamento em saúde mental e sobre o plano de segurança. 13. Em relação à alta hospitalar, os profissionais de saúde devem articular o seguimento do cuidado em saúde mental prestado por uma equipe multiprofissional, preferencialmente, no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e, na ausência deste, na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Fonte: Autoras (2022).

cluindo instruções sobre como e quando recorrer aos serviços de emergência; f) Restrição de acesso a meios letais. Geralmente, este plano é feito primeiramente com o adolescente, o qual escreve o plano em folha padrão, ficando uma cópia com ele. Após, o plano é trabalhado com os pais/cuidadores principalmente em relação aos aspectos que os envolve, como por exemplo quando eles são pessoas que o adolescente sinalizará pedido de ajuda diante de gatilhos para a crise suicida.

Por sua vez, a décima primeira diretriz enfatiza a importância de uma abordagem com os pais/cuidadores do adolescente em crise suicida. Gutierrez²⁴ enfatiza que os profissionais de saúde devem oferecer apoio, zelo e esclarecimentos aos familiares nesse momento, visto que eles são as pessoas que podem colaborar na prevenção do suicídio. Babeva *et al.*⁴¹ salientam que o envolvimento da família visa aumentar o suporte familiar, enfatizando a importância de restringir o

acesso a meios letais no ambiente doméstico e a necessidade de monitoramento protetivo, capacitando os pais para apoiar os adolescentes em usar os seus planos de segurança, e obtendo o compromisso dos pais no engajamento ao seguimento do tratamento após a alta.

No que se refere a décima segunda diretriz, os estudos apontaram para a utilização de critérios previamente estabelecidos para a alta hospitalar. Chun *et al.*²⁷ salientam que a decisão para “internar” x “acompanhamento ambulatorial” depende de muitos fatores, incluindo uma avaliação cuidadosa do risco de suicídio e deve prever consulta com um profissional de saúde mental. Betz *et al.*³⁰ descrevem os 5 passos para o plano de alta e seguimento na rede associados à execução do plano de segurança, psicoeducação para os familiares e disponibilização de telefones de emergência. Os 5 passos são: identificar os fatores de risco, identificar os fatores de proteção, realizar o inquérito da crise suicida, determinar o nível de risco, realizar intervenção breve, recomendações e orientações.

Com relação à décima terceira diretriz, em relação à alta hospitalar, é necessária a articulação do seguimento do cuidado. Rothes e Henriques⁴² salientam que os profissionais de saúde devem promover uma cadeia de cuidado prestada por uma equipe multidisciplinar, permitindo a integração de terapia farmacológica e psicológica. No Brasil, de acordo com a lógica de atendimento em rede preconizado pelo SUS, todos os pontos de atenção ficam atrelados aos princípios do SUS, tais como a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento, humanização da atenção e garantia de implantação do modelo de atenção em caráter multiprofissional. Deste modo, a avaliação e o manejo do comportamento suicida de adolescentes atendidos nas portas de entrada hospitalares de urgência ou pronto socorro em hospital geral deve se orientar por esta

lógica de cuidado. Esta diretriz também se alinha ao que é preconizado na Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil⁴⁸, a qual dentre outros princípios, prevê o encaminhamento implicado e corresponsável. Esse princípio exige que o profissional que encaminha se inclua no encaminhamento e se responsabilize pela demanda, acompanhando o caso até seu novo destino. Desde 2011, temos a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴⁹, a qual vem sofrendo alterações ao longo dos anos, mas que prevê um fluxo de articulação e integração entre os pontos da rede.

No que se refere à décima quarta diretriz, enfatiza-se a questão dos critérios para a internação hospitalar, a qual pode ser uma estratégia necessária para o momento de crise visando à segurança do paciente. Wolff *et al.*⁴⁶ propõem que a internação possa ser uma oportunidade para intervenções com foco no aprimoramento das habilidades de enfrentamento do adolescente e resolução de problemas em torno dos fatores que levaram à sua internação. Esta também permite uma melhor avaliação por parte dos profissionais em relação à capacidade protetiva da família e a realização de psicoeducação com os familiares a fim de auxiliá-los a melhor manejar a situação com o adolescente.

A nona e décima quinta diretrizes, conforme o Quadro 4, incluem a temática da equipe multiprofissional hospitalar sob diferentes aspectos, mas no cerne destas diretrizes estão presentes os conteúdos relativos à promoção da integralidade do cuidado e a formação continuada. No Quadro 4 é possível encontrar estes resultados.

A nona diretriz aborda a promoção da integralidade do cuidado de modo que as ações que se alinham à prevenção do suicídio de adolescentes atendidos no contexto hospitalar devem ser abrangentes e conduzidas por uma equipe multiprofissional. Gutierrez²⁴ enfatiza que a inte-

Quadro 4. Relação das diretrizes validadas com a categoria 3 e subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Diretrizes validadas
3. Equipe multiprofissional hospitalar	3.1. Promoção da integralidade do cuidado com o paciente e familiares	9. As intervenções terapêuticas breves conduzidas por uma equipe multiprofissional com o adolescente e seus familiares visam à promoção da integralidade do cuidado, à prevenção de novas crises suicidas e à adesão ao seguimento do tratamento em saúde mental.
	3.2. Formação continuada	15. As equipes de saúde das portas hospitalares de urgência e das unidades de internação devem receber treinamento quanto à prevenção da crise suicida na adolescência para evitar ações pouco eficazes e fragmentadas no cuidado do adolescente e de seus pais/familiares.

Fonte: Autoras (2022).

gralidade é feita em rede e que os profissionais precisam considerar os aspectos biopsicossociais do paciente e seus familiares. A Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil⁴⁸ também salienta em seus princípios a relevância da construção permanente da rede e da intersetorialidade. O comportamento suicida, como salientado anteriormente, é multifacetado e resulta de uma complexa interação de fatores^{2,3}, não podendo ser compreendido apenas como uma questão de ordem individual. Neste sentido, a abordagem de uma equipe multiprofissional hospitalar articulada com a rede de atenção psicossocial e com outras agências sociais e órgãos da justiça e proteção da infância e adolescência condiz com a complexidade do fenômeno.

A décima quinta diretriz aborda a necessidade de treinamento das equipes de saúde hospitalares para que estejam capacitadas e se pautem em critérios técnico-científicos em suas condutas. Os estudos enfatizaram que existem intervenções cientificamente comprovadas que podem reduzir o risco suicida dos adolescentes atendidos na urgência e emergência hospitalar. Gutierrez²⁴ lembra que a educação permanente é uma estratégia para a consolidação do SUS, recomendando que seja realizado um projeto de educação em serviço na área da saúde mental.

Considerações finais

As diretrizes elaboradas e validadas visam auxiliar as equipes das portas hospitalares de urgência a se fundamentarem em critérios em suas condutas, norteando ações de acolhimento, avaliação, intervenção e encaminhamento. Neste sentido, as diretrizes propostas têm um papel de orientação e de construção de práticas eficazes diante do

adolescente em crise suicida, visto que se destacam fragilidades quanto à temática da avaliação e manejo da suicidalidade em contextos de urgência e emergência hospitalar.

Dentre os aspectos que fragilizam o cuidado a este adolescente, encontra-se a falta de treinamento das equipes, gerando insegurança e certo desconforto dos profissionais de saúde, visto que os mesmos são treinados mais para lidar com a vida do que com pessoas em sofrimento psíquico intenso que estão colocando em risco a própria continuidade da existência.

Não somente o adolescente, mas a sua família também necessita acolhimento e uma ação qualificada em saúde mental.

Além da função orientativa, as diretrizes validadas contribuem para a realização da prevenção do risco suicida de adolescentes, pois como foi evidenciado nos estudos selecionados na revisão integrativa, a conduta da equipe multiprofissional na urgência e emergência hospitalar pode ser preventiva na medida em que se pautem por intervenções e critérios cientificamente sustentados. Deste modo, os serviços de urgência e emergência podem oferecer cuidados de prevenção do suicídio que efetivamente salvam vidas. Entende-se que, desta forma, a equipe multiprofissional das portas hospitalares de urgência pode realizar uma das ações de prevenção do suicídio do tipo “indicada” preconizada pela OMS⁵⁰, a qual é dirigida à pessoa que apresenta alto risco de suicídio.

Considerando o exposto, considera-se que as diretrizes elaboradas e validadas neste estudo podem se configurar não apenas como diretrizes para atendimento de adolescentes em crise suicida atendidos no contexto da urgência e emergência hospitalar, mas como diretrizes que podem promover a prevenção de novas tentativas de suicídio.

Colaboradores

As autoras participaram da elaboração do artigo desde a sua concepção e delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na sua revisão crítica, bem como na aprovação da versão a ser submetida à revista.

Referências

- Berenchtein Netto N. *Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico-dialético* [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2007.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Genebra: OMS; 2006.
- World Health Organization (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: WHO; 2014.
- Shneidman E. *Definition of suicide*. New York: Rowman e Littlefield Publishers Inc.; 1994.
- Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32(Supl. 2):S87-S95.
- Botega NJ, Rapeli CB. Tentativa de suicídio. In: Botega NJ, compilador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 365-377.
- Brasil. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: CFP; 2002.
- Maheirie K, Pretto Z. O movimento progressivo-regressivo na dialética universal e singular. *Rev Dep Psicol UFF* 2007; 19(2):455-462.
- Schneider DR, Sousa AL, Thurow CF, Borges CD, Rodrigues G, Cantele J, Strelow M, Levy VLS, Torres PT. “Projeto de Ser” como Fundamento Epistemológico para Práticas em Saúde Coletiva. *Rev Subjetividades* 2021; 21(Esp 1):1-13.
- Borges VR, Werlang BSG. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estud Psicol* 2006; 11(3):345-351.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Bol Epidemiol* 2021; 52 (33):1-10.
- Rigo SC. Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: Conselho Federal de Psicologia (CFP). *O suicídio e os desafios para a psicologia*. Brasília: CFP; 2013. p. 30-40.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). *Impactos primários e secundários da Covid-19 em crianças e adolescentes. Relatório de análise: 2ª rodada*. UNICEF; 2021.
- Freitas APA. “Da sua vida cuida eu!” *Os significados das tentativas de suicídio para profissionais de saúde* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
- Brasil. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União* 2006; 15 ago.
- Mendes KDS, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-764.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
- Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3061-3068.
- Scarpato ALS, Marques TBI, Del Pino JC. Construção e validação de conteúdo de questionário para identificação de crenças sobre o ensino da temática alimentação saudável no ambiente escolar. *Rev Cad Pedagog* 2017; 14(2):177-194.
- Chun TH, Katz ER, Duffy SJ, Gerson RS. Challenges of managing pediatric mental health crises in the emergency department. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015; 24(1):21-40.
- Margret CP, Hilt R. Evaluation and management of psychiatric emergencies in children. *Pediatr Ann* 2018; 47(8):e328-e333.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
- Gutierrez BAO. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicol USP* 2014; 25(3):262-269.
- Kuczynski E. Suicídio na infância e adolescência. *Psicol USP* 2014; 25(3):246-252.
- Asarnow JR, Babeva K, Horstmann E. The emergency department: challenges and opportunities for suicide prevention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2017; 26(4):771-783.
- Chun TH, Mace SE, Katz ER. Evaluation and management of children and adolescents with acute mental health or behavioral problems. Part I: Common clinical challenges of patients with mental health and/or behavioral emergencies. *Pediatrics* 2016; 138(3):e20161570.
- Pettit JW, Buitron V, Green KL. Assessment and management of suicide risk in children and adolescents. *Cogn Behav Pract* 2018; 25(4):460-472.
- Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In: Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2018. p. 1-41.
- Betz ME, Wintersteen M, Boudreaux ED, Brown G, Capoccia L, Currier G, Goldstein J, King C, Manton A, Stanley B, Moutier C, Harkavy-Friedman J. Reducing suicide risk: challenges and opportunities in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2016; 68(6):758-765.
- Asarnow JB, Berk M, Zhang L, Wang P, Tang L. Emergency department youth patients with suicidal ideation or attempts: predicting suicide attempts through 18m. of follow-up. *Suicide Live Threat Behav* 2016; 47(5):551-566.
- Ginnis KB, White EM, Ross AM, Wharff EA. Family-Based Crisis Intervention in the Emergency Department: A New Model of Care. *J Child Fam Stud* 2015; 24:172-179.
- Berk MS, Asarnow JR. Assessment of suicidal youth in the emergency department. *Suicide Life Threat Behav* 2014; 45(3):345-359.
- Pesce R. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psic Teor Pesq* 2004; 20(2):135-143.

35. Ambrose AJH, Prager LM. Suicide evaluation in the pediatric emergency setting. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2018; 27(3):387-397.
36. King CA, Gipson PY, Horwitz AG, Opperman KJ. Teen options for change: an intervention for young emergency patients who screen positive for suicide risk. *Psychiatr Serv* 2015; 66(1):97-100.
37. Costa RA, Silva FG, Araújo AMO, Pereira RAS, Teixeira CGS, Pereira TSB. Avaliação psicológica do suicídio no Brasil. *Rev Estacao Cient* 2015; n esp:1-20.
38. Wrigley M, Jennings R, MacHale S, Cassidy E. Assessment and management of self harm in emergency departments in Ireland: The National Clinical Programme. *Int J Integr Care* 2017; 17(5):A312.
39. Rogers SC, DiVietro S, Borrup K, Brinkley A, Kammer Y, Lapidus G. Restricting youth suicide: behavioral health patients in an urban pediatric emergency department. *J Trauma Acute Care Surg* 2014; 77(3 Suppl. 1):S23-S28.
40. Runyan CW, Becker A, Brandspigel S, Barber C, Trudeau A, Novins D. Lethal Means Counseling for Parents of Youth Seeking Emergency Care for Suicidality. *West J Emerg Med* 2016; 17(1):8-14.
41. Babeva K, Hughes JL, Asarnow J. Emergency department screening for suicide and mental health risk. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18(11):100.
42. Rothes I, Henriques M. Health professionals facing suicidal patients: what are their clinical practices? *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(6):1210.
43. Parast L, Bardach NS, Burkhart Q, Richardson LP, Murphy JM, Gidengil CA, Britto MT, Elliott MN, Mangione-Smith R. Development of New Quality Measures for Hospital-Based Care of Suicidal Youth. *Acad Pediatr* 2018; (3):248-255.
44. Hausmann-Stabile C, Gulbas L, Zayas LH. Treatment Narratives of Suicidal Latina Teens. *Arch Suicide Res* 2018; 22(1):165-172.
45. Ferreira CLB, Gabarra LM. Pacientes em risco de suicídio: avaliação da ideação suicida e o atendimento psicológico. *UNOPAR Cient Cien Biol Saude* 2014; 16(2):113-122.
46. Wolff JC, Frazier EA, Weatherall SL, Thompson AD, Liu RT, Hunt JL. Piloting of COPES: an empirically informed psychosocial intervention on an adolescent psychiatric inpatient unit. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2018; 28(6):409-414.
47. Fialho MB. Contextos históricos e concepções teóricas da crise e urgência em saúde mental. In: Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT, organizadores. *Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015. p. 11-69.
48. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005.
49. Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 21 maio.
50. World Health Organization (WHO). *Towards evidence-based suicide prevention programmes*. Geneva: WHO; 2010.

Artigo apresentado em 27/06/2022

Aprovado em 12/09/2022

Versão final apresentada em 14/09/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva