UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LARISSA CASTELO DO AMARAL

Assistência relacionada ao comportamento suicida e agressivo
no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

RIBEIRÃO PRETO

2019

LARISSA CASTELO DO AMARAL

Assistência relacionada ao comportamento suicida e agressivo no
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Políticas, Saberes e Práticas

Orientadora: Profa. Dra. Kelly Graziani Giaccherro
Vedana

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Amaral, Larissa Castelo do
Assistência relacionada ao comportamento suicida e agressivo no Serviço de
Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ribeirão Preto, 2019.
52p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientadora: Profa. Dra. Kelly Graziani Giaccherro Vedana

1. Suicídio. 2. Agressão. 3. Enfermagem. 4. Emergências.

DO AMARAL, Larissa Castelo

Assistência relacionada ao comportamento suicida e agressivo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico esse trabalho a todos que estão nesse momento padecendo ao sofrimento, em especial o sofrimento mental. Você é amado, você é querido e você não está sozinho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu segundo lar, a escola na qual eu passei tantos anos, local onde eu aprendi muito mais do que técnicas e práticas, tenho orgulho de dizer que me graduei na melhor e hoje é emocionante receber o título de mestre pela mesma instituição que me viu crescer: minha querida Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Obrigada Universidade de São Paulo (USP), pelas preciosas oportunidades, espero fazer jus ao investimento que me foi dado. Eu sei que sou privilegiada em carregar esse nome no meu histórico acadêmico e na minha vida.

Sou grata a todos que estiveram comigo nessa caminhada, meus colegas da pós-graduação (Laís, Thati e tantos outros que estiveram comigo por pouco tempo, mas que considero tempo necessário para se tornarem especiais), a equipe do CEPS (que me concedeu diversas oportunidades e trocas, em especial Camila, Aline e Andrea), minha mãe, minha avó (*in memorian*), meu avô (*in memorian*) e também todos os professores que partilharam comigo o poder do saber e me incentivaram, em especial profa. Carla, profa. Carolina e profa. Edilaine.

Minha mais que querida orientadora Kelly, digo com propriedade que sem a senhora nada disso seria possível, sou eternamente grata por tamanha dedicação e zelo, obrigada por acreditar em mim. Tenho prazer em dizer, que ao seu lado a caminhada foi muito mais fácil e prazerosa, és um espelho para o que eu quero ser (enquanto profissional e enquanto pessoa) e também alguém que eu gostaria de ter sempre ao meu lado.

Sou grata aos funcionários da secretaria da pós-graduação, em especial Flávia e Adriana, e ao programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP, vocês fazem a diferença no sonho de muitas pessoas.

Aos meus amigos (distante ou perto), obrigada por estarem comigo. Minha querida amiga Tammy (*in memorian*), que nunca duvidou da minha capacidade, gostaria de dividir esta conquista contigo, no entanto, me conformo em saber que você sempre estará comigo.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de financiamento 001.

*“Diante da vastidão do tempo e da
imensidão do universo, é um imenso
prazer para mim dividir uma época e um
planeta com você.”*

(Carl Sagan)

RESUMO

DO AMARAL, L.C. **Assistência Relacionada ao Comportamento Suicida e Agressivo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**. 2019. 52f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Pesquisas sobre o atendimento pré-hospitalar a pessoas com comportamento agressivo ou comportamento suicida, embora escassas, podem contribuir com o planejamento, avaliação e qualificação da assistência oferecida a essa clientela. Este estudo teve como objetivo investigar os fatores associados aos atendimentos relacionados a comportamento agressivo e comportamento suicida ocorridos em 2014 no serviço de atendimento móvel de urgência de um município do interior de São Paulo - Brasil. Estudo quantitativo, transversal, documental. Foi realizada consulta manual de todas as fichas de atendimento de enfermagem geradas por Unidades de Suporte Básico nas quais estivessem documentados chamados por comportamento agressivo ou comportamento suicida no ano de 2014. Os dados foram registrados em roteiros elaborados pelas pesquisadoras e analisados por meio de estatística descritiva, testes de associação, análise de covariância e regressão logística múltipla. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em pesquisa. Nas 627 fichas analisadas, predominaram homens adultos, com comportamento agressivo, que estavam na própria residência e foram transportados para algum serviço de saúde. Sexo masculino esteve associado à manifestação de comportamento agressivo. O tempo de espera pelo atendimento foi maior em chamados por comportamento suicida ou ocorridos em residências. No que se refere à assistência de enfermagem, sinais e sintomas foram mais documentados em casos de homens, com comportamento agressivo e no segundo semestre. Os sinais vitais foram mais avaliados nos chamados por comportamento suicida ocorridos na residência e os procedimentos de enfermagem foram mais documentados em atendimentos por comportamento suicida. A chance de ser encaminhado para serviço de saúde foi maior em casos de comportamento suicida ou ocorridos no segundo semestre. Este estudo permitiu o melhor mapeamento dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida, conhecimento relevante para o planejamento dos cuidados de enfermagem e compreensão sobre as competências necessárias para tais atendimentos.

Palavras-chave: Suicídio; Agressão; Enfermagem.

ABSTRACT

DO AMARAL, L.C. **Assistance related to Suicidal and Aggressive Behavior in the Mobile Emergency Care Service (MECS)**. 2019. 52f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Research on prehospital care for people with aggressive behavior or suicidal behavior, although scarce, can contribute to the planning, evaluation and qualification of care offered to this clientele. This study aimed to investigate the factors associated with the attendance related to aggressive behavior and suicidal behavior occurred in 2014 in the emergency mobile service of a city in the interior of São Paulo - Brazil. Quantitative study, transversal, documentary. A manual consultation of all the nursing care records generated by Basic Support Units in which they were documented called for aggressive behavior or suicidal behavior in the year 2014. The data were recorded in scripts prepared by the researchers and analyzed by means of descriptive statistics, association tests, covariance analysis, and multiple logistic regression. The study was approved by the Research Ethics Committee. In the 627 files analyzed, adult men with aggressive behavior predominated, who were at home and were transported to some health service. Male gender was associated with the manifestation of aggressive behavior. The waiting time for the care was higher in calls for suicidal behavior or occurred in residences. With regard to nursing care, signs and symptoms were more documented in cases of men with aggressive behavior and in the second half. The vital signs were more evaluated in the calls for suicidal behavior occurred in the residence and the nursing procedures were more documented in attendances by suicidal behavior. The chance of being referred to the health service was greater in cases of suicidal behavior or occurred in the second semester. This study allowed the best mapping of the attendances related to the aggressive behavior and suicidal behavior, knowledge relevant to the planning of the nursing care and understanding about the necessary competencies for such care.

Keywords: Suicide; Aggression; Nursing.

RESUMEN

DO AMARAL, L.C. **Asistencia relacionada con el comportamiento suicida y agresivo en el servicio de atención de emergencia móvil (SAEM)**. 2019. 52f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

La investigación sobre atención prehospitalaria para personas con comportamiento agresivo o suicida, aunque escasa, puede contribuir a la planificación, evaluación y calificación de la atención ofrecida a esta clientela. El objetivo de este estudio fue investigar los factores asociados con la asistencia relacionada con el comportamiento agresivo y suicida ocurrido en 2014 en el servicio de emergencia móvil de una ciudad del interior de São Paulo, Brasil. Estudio cuantitativo, transversal, documental. Una consulta manual de todos los registros de cuidados de enfermería generados por las Unidades de Apoyo Básico en las que se documentaron requirió un comportamiento agresivo o suicida en el año 2014. Los datos se registraron en guiones preparados por los investigadores y analizados mediante estadísticas descriptivas, pruebas de asociación, análisis de covarianza y regresión logística múltiple. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. En los 627 archivos analizados, predominaron los hombres adultos con comportamiento agresivo, que estaban en casa y fueron trasladados a algún servicio de salud. El género masculino se asoció con la manifestación de comportamiento agresivo. El tiempo de espera para la atención fue mayor en las llamadas por comportamiento suicida u ocurrió en residencias. Con respecto a la atención de enfermería, los signos y síntomas fueron más documentados en los casos de hombres con comportamiento agresivo y en la segunda mitad. Los signos vitales fueron más evaluados en las llamadas a la conducta suicida ocurrida en la residencia y los procedimientos de enfermería fueron más documentados en la asistencia por conducta suicida. La posibilidad de ser referido al servicio de salud fue mayor en casos de comportamiento suicida u ocurrió en el segundo semestre. Este estudio permitió el mejor mapeo de las asistencias relacionadas con el comportamiento agresivo y suicida, el conocimiento relevante para la planificación de la atención de enfermería y la comprensión de las competencias necesarias para dicha atención.

Palabras clave: Suicidio; Agresión; Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos chamados relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida atendidos por Unidade de Suporte Básico de Vida (SAMU) (n = 627)	26
Tabela 2. Associação entre motivo do Chamado e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento Agressivo e comportamento Suicida (n=539).....	27
Tabela 3. Associação entre motivo do Chamado e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento Agressivo e comportamento Suicida (n=539).....	28
Tabela 4. Avaliações de Sinais Vitais e Sinais e Sintomas e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida (n=539).....	30
Tabela 5. Associação entre procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem documentados e demais características dos atendimentos (n=539)....	31
Tabela 6. Destino final e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida (n=490).....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

%- Porcentagem

APHM - Atendimento pré-hospitalar

FAS - Ficha de Atendimento Sistematizado

h- hora

min- minuto

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Statistical Analysis System

SAV - Serviço avançado de vida

SBV - Suporte básico de vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 O Comportamento Suicida e o Comportamento Agressivo	14
1.2 O atendimento de emergências psiquiátricas no Serviço Móvel de Urgência (SAMU): enfoque no comportamento suicida e comportamento Agressivo	17
1.3 A Assistência de Enfermagem a pessoas com Comportamento e/ou Suicida ou Comportamento Agressivo	18
2 OBJETIVO	21
3 MATERIAL E MÉTODO.....	22
3.1 Local do Estudo e Critérios de Seleção	22
3.2 Medidas.....	23
3.3 Procedimentos para coleta dos dados	24
3.4 Processamento e Análise dos dados	24
3.5 Aspectos Éticos.....	25
4 RESULTADOS.....	26
4.1 Caracterização dos chamados por Comportamento Suicida ou Comportamento Agressivo.....	26
4.2 Assistência de Enfermagem aos chamados por Comportamento Suicida ou Comportamento Agressivo	29
5 DISCUSSÃO	34
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	40
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICES	48
ANEXOS	51

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Comportamento Suicida e o Comportamento Agressivo

O comportamento suicida é um fenômeno pouco notificado, multifatorial e multidimensional (ZADRAVEC; GRAD, 2013). Trata-se de um problema complexo com importante impacto social (VIDAL, 2013). O comportamento suicida engloba um conceito mais amplo do que a definição de suicídio, pois compreende toda prática na qual uma pessoa gera lesão a si própria, independentemente do grau de intenção letal e de compreensão da razão desse ato. O comportamento suicida compõe-se desde pensamentos de auto- extermínio, ameaças, atitudes, tentativas até o suicídio propriamente dito (WERLANG; BOTEGA, 2004). Estudar essa rede complexa de fatores, implica em empregar diversos campos de conhecimento (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Entre os diferentes modelos que buscam explicar tal comportamento está o Modelo Integrado Motivacional Volitivo do Comportamento Suicida, que propõe que, em um cenário biopsicossocial marcado por fatores de risco e vulnerabilidades individuais (fase pré-motivacional), a ideação suicida ocorre quando há o surgimento de estressores (fase motivacional), podendo evoluir para as tentativas de suicídio ou óbito por suicídio (fase volitiva) (O'CONNOR; KIRTLEY, 2018).

O suicídio envolve trajetórias e processos complexos e caracteriza-se como o resultado final da interação de diversos elementos, dentre eles estão os fatores de risco biológico, clínico, psicológico, social, cultural e os fatores de proteção (HAWTON; SAUNDER; O'CONNOR, 2012; TURECKI; BRENT, 2016). Assim, o comportamento suicida é influenciado por diversos fatores que podem estar associados a características da sociedade, da saúde coletiva, cultura, grupos sociais, família e ao indivíduo (WHO, 2014).

A prevenção do suicídio precisaria ser considerada prioridade no desenvolvimento de políticas públicas e nas agendas mundiais de saúde (WHO, 2014). O suicídio é um problema de saúde pública mundial. Aproximadamente 800 mil pessoas morrem anualmente por suicídio e o número de tentativas de suicídio é expressivamente mais elevado (WHO, 2014). O suicídio é a segunda principal causa de morte entre 15 e 29 anos de idade e a grande parcela dos suicídios (79%) acontece

em países de baixa e média renda, onde há escassez de recursos para identificação e manejo de casos, além de estigma e subnotificação (WHO, 2018).

No âmbito nacional, a Política Nacional de Saúde Mental apoiada na lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, prevê a sistematização do cuidado aos indivíduos que demandam intervenções e atenções específicas da área de saúde mental e propõe o estabelecimento de uma rede de serviços aos usuários (RAPS) que seja diversificada, com diversos patamares de complexidade e que possibilitem apoio completo visando diferentes necessidades tais como o aumento da integração social, a autonomia, o protagonismo e a atuação social da pessoa com transtorno mental (BRASIL, 2001).

A Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio com diversos objetivos e ações relacionados à promoção da saúde mental e prevenção da violência autoprovocada. A política aborda o controle de fatores determinantes e condicionantes da saúde mental, o acesso à atenção psicossocial, a abordagem adequada de familiares e as pessoas próximas, a informação e educação públicas, a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, a notificação de eventos, bem como a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento (BRASIL, 2019).

No que se refere às políticas públicas e iniciativas relacionadas ao atendimento pré-hospitalar de urgências psiquiátricas, incluindo o comportamento suicida e o comportamento autolesivo, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é responsável pelo atendimento pré-hospitalar (APHM), que compreende o atendimento de urgência e emergência ocorrido na esfera externa do ambiente hospitalar. Assim, está previsto o funcionamento ativo 24 horas por dia, com equipes constituídas de profissionais da saúde e motoristas devidamente preparados para apoiar o atendimento quando se fizer necessário (BRASIL, 2003). É desejado que o serviço de atendimento móvel chegue até o local onde é esperado nos primeiros minutos após o serviço ter sido requerido, cuidando de pessoas de todas as faixas etárias e situações (BRASIL, 2006).

O comportamento agressivo pode ser definido como o ato intencional que causa dano físico ou mental em alguém (ROCCA et al., 2006; QUEVEDO; CARVALHO, 2014). O comportamento agressivo representa um importante desafio na psiquiatria e no atendimento de urgências.

O comportamento agressivo é a exteriorização da agressão e pode estar associado a uma ampla gama de fatores de risco (LIU et al., 2013). A compreensão do comportamento agressivo é complexa e, culturalmente, este comportamento é frequentemente alvo de julgamentos e crenças de esteja ligado à desordem moral ou falta de respeito (HARWOOD, 2017).

Existem diferentes fatores de risco para a manifestação do comportamento agressivo, que podem estar presentes desde o período pré-natal e nascimento do indivíduo (hereditariedade, exposição a substâncias tóxicas, hipóxia), perpassando pela infância (desnutrição, estresse precoce, agressividade ou omissão paterna) até a vida adulta (nível de testosterona, traumas físicos e/ou emocionais, abuso de substâncias, comorbidades, danos cerebrais, entre outros) (EVANS; KANTROWITZ, 2002; WILLIAMS; ROSS, 2007; MENDES et al., 2009; TREMBLAY, 2010; LIU et al., 2013; CARRÉ et al., 2016). Cabe destacar que essas predisposições não são determinantes (MENDES et al., 2009). Pois há uma interação complexa fatores de risco que precipitam e aumentam a predisposição. Estratégias eficazes de prevenção podem precisar reduzir os fatores de risco, bem como mitigar a capacidade dessas situações de provocar agressões (LIU; LEWIS; EVANS, 2013).

A agressividade e a violência, frutos do comportamento agressivo, interferem na vida de milhões de pessoas, mundialmente 470.000 pessoas são vítimas de homicídios todos os anos, quando não produz óbitos, a violência tem o poder de gerar consequências duradouras como a dependência de substâncias psicoativas, depressão, suicídio, evasão escolar, desemprego e dificuldades em se relacionar (WHO, 2014; WHO, 2017).

Centenas de milhões de indivíduos convivem com as formas não fatais da violência interpessoal, incluindo maus-tratos infantis e outros tipos de agressões, com diversas proporções de padecimento. A carência de saúde ao longo da vida, especificamente para o público feminino e infantil, tem a violência como fator predisponente. Os atos violentos proporcionam barreiras no desenvolvimento de uma nação, intensificando as demarcações sociais, difundindo a criminalidade e, em alguns cenários, pode reincidir guerras. As Mortes significam apenas uma parcela do ônus gerado pela violência (WHO, 2014; WHO, 2017).

No Brasil, em 2017, ocorreram 65.602 homicídios (31,6 mortes/cem mil habitantes), elevando o país a um patamar histórico de óbitos via letalidade violenta intencional (FBSP, 2019). Desse registro, a maior parcela é formada por uma

população jovem, gerando preocupações quanto as consequências desse fato no âmbito econômico e social do país, especialmente na conjuntura atual da pirâmide etária nacional, quando o país caminha cada vez mais para o envelhecimento populacional (CAMARANO, 2014).

1.2 O atendimento de emergências psiquiátricas no Serviço Móvel de Urgência (SAMU): enfoque no comportamento suicida e comportamento Agressivo

No começo dos anos 2000, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi estabelecido no Brasil, como o primeiro elemento da Política Nacional de Atenção às Urgências (O'DWYER, 2017). Trata-se de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, que é acionado pelo cidadão que solicita atendimento por meio de ligação telefônica gratuita. Por meio de um componente regulador e assistencial, as chamadas são identificadas e transferidas para o médico regulador, que realiza o serviço de orientação dos pacientes via telefone ou aciona a equipe de assistência (MINAYO, 2008; WANG, 2016).

O atendimento móvel de emergência realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é uma forte iniciativa do SUS (Sistema Único de Saúde) que se destaca como principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) do Ministério da Saúde (MASCARENHAS et al., 2009).

Em 2014, a previsão de atendimentos no Brasil fora de 13,6 milhões de solicitações, nessas condições os trabalhadores dispuseram de unidades de suporte avançado, motolâncias, ambulanchas e unidades aeromédicas habilitadas e disponíveis (BRASIL, 2016).

Os atendimentos podem ocorrer por dois tipos de ambulâncias. As Unidades de Suporte Básico (USB) são direcionadas para a maioria dos atendimentos e são tripuladas pelo técnico de enfermagem e por um motorista com treinamento específico. A Unidade de Suporte Avançado (USA) possui maior amplitude de recursos disponíveis, humanos e tecnológicos, sendo destinada a casos clinicamente mais graves (MINAYO, 2008; WANG, 2016).

O Protocolo do SAMU traz orientações específicas para casos que envolvam o risco da integridade física do paciente ou de terceiros. Nessas condições os funcionários devem atentar-se para o método ACENA que é composto por cinco etapas a serem realizadas pela equipe do suporte: Avaliar (os arredores do

atendimento, a altura e a aparência do paciente, além de artefatos que indiquem o uso de álcool ou drogas ou a presença de armas); C (observar a presença de Conflitos ou Crise na cadeia social do paciente), E (avaliar a Expectativa da rede social ou do próprio paciente sobre a equipe de atendimento), N (avaliar o Nível de consciência, a adequação à realidade e a capacidade de escolha e Nível de sofrimento) e A (avaliar a presença de sinais de uso de Álcool e drogas, a presença de agressividade (atual ou anterior) e a presença de sinais de Auto- agressão (BRASIL, 2016).

O SAMU é parte essencial da organização e do acesso aos serviços de urgência e de leito hospitalar, tornando-se uma entrada no sistema de saúde, valoroso o suficiente para resgatar vidas (O'DWYER et al., 2017).

1.3 A Assistência de Enfermagem a pessoas com Comportamento e/ou Suicida ou Comportamento Agressivo

Atender pacientes instáveis pode ser desafiador, ainda mais quando o atendimento está associado a falta de cooperação do cliente, a ausência de histórico psiquiátrico conciso e a lacuna de informações sobre suas medicações anteriores (ROCCA et al., 2006). Destaca-se que, comumente, muitas dessas características estão presentes nos atendimentos pré-hospitalar de urgências psiquiátricas.

Em um atendimento emergencial com acréscimo de comportamento instável, o principal objetivo da equipe envolvida deve ser a intervenção rápida, eficaz e segura, visando evitar que a situação evolua e com ela eleve o risco da situação, mantendo o máximo de segurança possível para todos e buscando a assistência humanizada (ROCCA et al., 2006).

Casos de agressividade ocorrem em diversos tipos de atendimentos, e a equipe deve estar preparada para lidar de forma eficiente com a possibilidade de uma reação inesperada advinda dos pacientes que atendem. São frequentes os casos em que o paciente se apresenta instável e podem agir de forma agressiva contra eles mesmos, familiares, outros pacientes e contra a equipe que estiver prestando atendimento (FOLEY et al., 2010). É crucial que a etiologia do comportamento do paciente seja avaliada e discutida, a assistência adequada previne confusão entre os diagnósticos, faz com que a escolha das medicações e das doses (quando necessárias), sejam corretas, resultando em uma prática clínica adequada e segura, reduzindo riscos para todos os envolvidos (FOLEY et al., 2010).

Destaca-se que em atendimentos de emergência que envolvem comportamentos alterados, o comportamento agitado e/ou agressivo não deve nunca ser entendido como específico de indivíduos com transtornos mentais e todo caso deve ser analisado com cuidado (MANTOVANI et al., 2010). Alterações orgânicas como hipóxia, hipoglicemia entre outras condições podem gerar estados de agitação por parte do paciente atendido (ROSSI; SWAN; ISAACS, 2010). Alguns dados básicos como primeiro episódio psiquiátrico, início abrupto, mais de 40 anos de idade, traumas e outros achados podem não indicar doença psiquiátrica e auxiliar o caminho para se chegar em um diagnóstico preciso (MANTOVANI et al., 2010).

Pacientes que tentaram o suicídio ou possuem ideação suicida, também podem apresentar diversos desafios para a equipe responsável, geralmente nesses atendimentos o paciente não é capaz de verbalizar que a causa de seus ferimentos está diretamente ligada a autolesão por exemplo (EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, 2017).

A equipe de saúde deve ser capaz de identificar os fatores de risco e as características pessoais do indivíduo atendido, associadas com o comportamento suicida (EMERGENCY NURSES ASSOCIATION, 2017). É importante que sejam realizadas a avaliação do histórico pessoal e familiar do paciente avaliando os fatores de risco para o suicídio; a avaliação detalhada do risco suicida, utilizando-se de ferramenta de triagem adequada, padronizada e baseada em evidências; e o estabelecimento de planos de cuidado (THE JOINT COMMISSION, 2016).

Culturalmente, os trabalhadores da equipe de enfermagem possuem diversos posicionamentos e crenças relacionados ao comportamento suicida e ao comportamento agressivo que causam impacto no cuidado profissional (RUEDA, 2010). O paciente com comportamento suicida ou com comportamento agressivo pode ser analisado pelos profissionais de saúde de formas estigmatizantes, rotuladas e depreciativas que nem sempre favorecem o acolhimento, compreensão e cuidado (FREITAS; BORGES, 2014; HARWOOD, 2017).

É importante compreender que os dois comportamentos provêm de algum tipo de sofrimento, o comportamento agressivo pode tratar-se de dificuldades na comunicação ou de necessidades não satisfeitas, medo, entre outras condições (HARWOOD, 2017). O comportamento suicida está em contraste com o instinto de sobrevivência humano e comumente está ligado ao desejo de estar livre de um sofrimento insuportável (ABREU et al., 2010). A assistência de enfermagem deve

seguir a linha do cuidado baseado em evidências científicas, no entanto existe a necessidade de agregar a esse cuidado, a compreensão da particularidade de cada paciente, refletindo sobre o sofrimento mental, evitando a replicação de padrões inertes e excludentes como o modelo manicomial (HECK, 2012).

Atualmente, a equipe de enfermagem tem enfrentado diversos obstáculos quando precisam lidar com urgências psiquiátricas, tais como número insuficiente de funcionários, despreparo, falta de segurança e de equipamentos, impasses administrativos, financeiros e psicológicos (RAMEZANI, 2017; VEDANA et al., 2017). Para a mudança desse cenário são necessárias estratégias de formação e suporte aos profissionais (RAMBERG; DI LUCCA; HADLACZKY, 2016; VEDANA et al., 2017), normas que auxiliem e organizem a abordagem, discussões regulares sobre os casos atendidos (NICE, 2005; MANTOVANI et al., 2010; DUXBURY; WRIGHT, 2011), ações colaborativas, personalização do cuidado, comunicação efetiva, bem como a edificação de relações satisfatórias que visam o cuidado em sua integralidade (WORKSAFE BC, 2010; HARWOOD, 2012).

A capacitação adequada, além do apoio qualificado para os profissionais de saúde desde a graduação, é crucial para a prevenção do suicídio (PULLEN; GILJE; TESAR, 2016) e está relacionada à utilização de práticas mais apropriadas em relação a pessoa com comportamento suicida (MICHAIL; TAIT, 2016; NORHEIM et al., 2016).

Pesquisas sobre comportamento agressivo e comportamento suicida existem em números elevados. Todavia, há escassez de estudos sobre as condições e implicações do atendimento ao paciente com esses comportamentos no atendimento pré-hospitalar e emergencial. O conhecimento sobre esse assunto pode fomentar melhor atendimento dessas situações, melhor preparo dos profissionais envolvidos nesses atendimentos, bem como benefícios para esses indivíduos a curto e longo prazo, além de beneficiar a sociedade como um todo.

2 OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo investigar os fatores associados aos atendimentos relacionados a comportamento agressivo e comportamento suicida ocorridos em 2014 no serviço de atendimento móvel de urgência de um município do interior de São Paulo - Brasil.

3 MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo transversal, documental, com abordagem quantitativa. A pesquisa oferece o raciocínio dedutivo, a elaboração de hipóteses desde a metodização de um problema, e a seleção de instrumentos capazes de analisar esse problema, considerando a monitorização e diminuição de possíveis vieses, além da maximização da exatidão e da validade, com decorrências capazes de serem generalizadas (POLIT et al., 2011). Esse tipo de estudo abrange um método sistemático, objetivo e rigoroso tendo como objetivo final conceber conhecimento apurado (CRESWELL, 2003; BURNS, 2005; WALKER, 2005). A análise quantitativa usualmente quantifica as ligações entre variáveis, a variável independente e a variável dependente (SOUSA; DRESSMACK; MENDES, 2007).

O estudo retrospectivo como o próprio nome sugere, analisa fatos que aconteceram anteriormente à data do estudo, e é primordial que exista credibilidade por parte dos registros ofertados que serão utilizados na pesquisa (HADDAD, 2004).

Compreender como selecionar o tipo de pesquisa que melhor se adapta à questão do estudo, é o primeiro movimento para que se realize um trabalho significativo e satisfatório, se torna primordial para os enfermeiros que se busque por aprendizagens novas, evoluindo no cuidado aos pacientes, buscando e trazendo ideias recentes que instigam o desempenho atual da enfermagem (SOUSA; DRESSMACK; MENDES, 2007).

3.1 Local do Estudo e Critérios de Seleção

O estudo foi realizado no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de um município do interior de São Paulo – Brasil, que possui aproximadamente 700 mil habitantes.

No momento da coleta de dados, o SAMU do município contava com três ambulâncias de Suporte Avançado de Vida e dez ambulâncias de Suporte Básico de Vida, sendo que cada classe de ambulância possui uma Ficha de Atendimento Sistematizado (FAS) específica. Cada atendimento realizado gera uma FAS que é preenchida pelo profissional da equipe de enfermagem responsável pelo atendimento.

A maioria dos atendimentos relacionados a emergências psiquiátricas são atendidas por ambulâncias de SBV, sendo essas fichas incluídas no presente estudo.

A FAS das ambulâncias de SBV possui diversas informações relacionadas ao chamado, tais como: endereço, tipo de atendimento, sinais e sintomas, sinais vitais, procedimentos realizados no local, características da ocorrência, destino final e informações a respeito dos profissionais que realizaram o atendimento, além de um campo aberto para anotações. A maioria das informações a serem coletadas nas fichas de atendimento possuem opções de respostas pré-determinadas a serem assinaladas. Após o preenchimento, as FAS são recolhidas mensalmente e depositadas no Arquivo Central da Secretaria da Saúde, de forma a serem separadas por mês e ano.

Os critérios de inclusão das fichas no estudo foram: fichas de atendimento de enfermagem provenientes de ambulâncias de SBV nas quais estivessem documentadas ocorrências relacionadas ao comportamento agressivo e ocorrências relacionadas ao comportamento suicida (letal ou não letal) no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014. Foram excluídas as fichas de atendimento nas quais o paciente não foi caracterizado como agressor ou como potencialmente suicida, além disso fichas que não estiveram claramente documentadas ou que foram referentes a pacientes que tiveram remoção antecipada também não fizeram parte deste estudo.

3.2 Medidas

Considerando o objetivo proposto pelo estudo, as variáveis do estudo foram: sexo do paciente (masculino; feminino; não informado), idade do paciente (crianças e adolescentes; adultos; idosos; não informado), semestre (primeiro; segundo) local (residência; outros), período da solicitação do chamado (diurno; noturno), tempo de espera pelo atendimento (em minutos), tipo de comportamento (agressivo ou suicida), sinais e sintomas documentados (tipo e quantidade), agravos traumáticos documentados (tipo e quantidade), avaliação clínica documentada (tipo e quantidade), intervenções de enfermagem documentada (tipo e quantidade) e destino final do atendimento (serviço de saúde, sem encaminhamento ou óbito no local de atendimento).

3.3 Procedimentos para coleta dos dados

Foram coletados dados secundários disponíveis no banco de dados do SAMU. Para a extração dos dados foi realizada a consulta manual de todas as fichas de atendimento relacionadas no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014. Ao total, foram analisadas 48.168 fichas de atendimento geradas por unidades de suporte básico e 627 foram incluídas no estudo por atenderem aos critérios de seleção supracitados.

A extração dos dados foi norteada por roteiro exclusivo (Apêndice A), concebido com base na estrutura das fichas do serviço, utilizando-se das mesmas expressões e seleções de respostas disponíveis nas fichas de atendimento, permitindo assim que os dados coletados fossem compatíveis com o material registrado no local do estudo.

Destaca-se que as fichas sem o preenchimento do motivo do chamado (7.234) foram lidas minuciosamente por meio da leitura de toda a descrição do atendimento realizado para avaliar se atendiam aos critérios de seleção do presente estudo. Durante o processo de julgamento dos registros, notou-se ainda textos ambíguos ou inespecíficos relacionados ao motivo do chamado. As fichas nas quais o preenchimento do motivo do chamado não era considerado suficientemente claro, também foram lidas na íntegra para avaliar se eram elegíveis para o estudo.

3.4 Processamento e Análise dos dados

Após a extração dos dados, a fim de organizar o material obtido, foi criado um banco de dados no programa *Microsoft Excel* 2010 para melhor organização de todos os dados obtidos por meio da coleta. Os dados foram duplamente digitados para evitar possíveis erros, bem como o cruzamento entre a primeira e a segunda digitação para analisar a consistência e veracidade dos dados obtidos. Posteriormente foram categorizados, transportados para o programa estatístico SAS 9.2 e analisados estatisticamente.

Os dados foram analisados por estatística descritiva e, em seguida, foram testadas associações entre as variáveis dependentes (avaliações de sinais e sintomas, avaliações de sinais vitais, tempo de espera, realização de procedimentos,

destino final) e as demais características dos atendimentos: sexo, idade, local, semestre e tipo de atendimento (comportamento suicida ou agressivo).

Para as comparações entre os grupos foi proposta a análise de covariância (ANCOVA), que além de comparar grupos, permite o ajuste de covariáveis (MONTGOMERY, 2000). Todos os modelos foram ajustados por possíveis fatores de confusão e quando os pressupostos dos modelos não foram válidos, transformações nas variáveis resposta foram utilizadas. Para verificar se as variáveis de interesse são preditoras de resposta, foram calculados *odds ratio* através da regressão logística múltipla. Para todas as comparações adotou-se um nível de significância de 5%.

3.5 Aspectos Éticos

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A) e autorização da Secretaria Municipal da Saúde (Anexo B). Seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental de dados secundário, sendo assim, dispensa o uso do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os pesquisadores assumiram o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, não fazendo uso das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. As informações coletadas serão mantidas em local seguro por 5 anos, sob a responsabilidade dos pesquisadores, e após esse período, serão destruídos. Apenas os resultados do estudo serão divulgados em periódicos e eventos científicos.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos chamados por Comportamento Suicida ou Comportamento Agressivo

Nesse estudo, foram analisados, manualmente, 48.168 prontuários de enfermagem provenientes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de uma cidade do interior do estado de São Paulo e 627 atendimentos relacionados estiveram relacionados a comportamento agressivo ou suicida, sendo incluídos no estudo.

A maioria dos chamados referia-se a homens (51,1%), com comportamento agressivo (52,49%), adultos (82,49%), que estavam na própria residência (84,69%) no momento do chamado e que foram transportados para algum serviço de saúde (76,64%).

Tabela 1. Características dos chamados relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida atendidos por Unidade de Suporte Básico de Vida (SAMU) (n = 627)

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	288	48,9
Masculino	301	51,1
Não informado	38	6,06
Idade		
Crianças e Adolescentes (8-19)	62	11,19
Adultos (20-59)	457	82,49
Idosos (60 ou mais)	35	6,32
Não informado	38	11,64
Comportamento		
Suicida	300	47,51
Agressivo	327	52,
Período da Solicitação		
Diurno	287	54,77
Noturno	237	45,23
Não informado	103	16,42
Semestre		
Primeiro	300	47,85
Segundo	327	52,15
Destino Final		
Outros	132	23,36
Serviço de Saúde	433	76,64
Não informado	62	9,88

Foram testadas associações entre características do chamado e motivo do chamado (comportamento suicida ou comportamento agressivo) e demais características dos atendimentos e foi identificada associação apenas o motivo do chamado e o sexo, sendo que homens tiveram quase três vezes a chance (OR=2,97; IC=2,08-4,23; $p<0,01$) de apresentar comportamento agressivo quando comparados as mulheres (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre motivo do Chamado e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento Agressivo e comportamento Suicida (n=539).

	Motivo do Chamado (n=539)			
	Comportamento Agressivo N (%)	Comportamento Suicida N (%)	OR (IC)	p valor
Sexo				
Feminino	101 (39,00 %)	158 (61%)	1,00(-)	-
Masculino	184 (65,71%)	96 (34,29%)	2,97 (2,08 -4,23)	<0,01
Idade				
8-19	36 (59,02%)	25 (40,98%)	1,00 (-)	-
20-59	231 (51,91%)	214 (48,09%)	0,78 (0,45 -1,38)	0,40
60 ou mais	18 (54,55%)	15 (45,45%)	1,01 (0,41-2,44)	0,99
Local				
Outros	39 (53,42%)	34 (46,58%)	1,00 (-)	-
Residência	246 (52,79%)	220 (47,21%)	1,00 (0,60 -1,68)	0,99
Semestre				
Primeiro	118 (49,17%)	122 (50,83%)	1,00 (-)	-
Segundo	167 (55,85%)	132 (44,15%)	1,00 (0,82 -1,69)	0,37

Negrito: indica valores de $p < 0,05$.

OR: *odds ratio* calculado através da regressão logística múltipla.

IC: intervalo de confiança.

Nesse estudo, também foram testadas associações entre o período de solicitação do chamado e demais características dos atendimentos, contudo não foram identificadas associações (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre motivo do Chamado e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento Agressivo e comportamento Suicida (n=539).

Período de Solicitação do chamado (453)				
	Diurno N (%)	Noturno N (%)	OR (IC)	p valor
Sexo				
Feminino	118 (54,13%)	100 (45,87%)	1,00 (-)	-
Masculino	127 (54,04%)	108 (45,96%)	1,03 (0,70-1,51)	0,90
Idade				
8-19	30 (55,56%)	24 (44,44%)	1,00 (-)	-
20-59	199 (53,21%)	175 (46,79%)	1,07 (0,60-1,91)	0,81
60 ou mais	16 (64,00%)	9 (36,00%)	0,68 (0,26-1,82)	0,44
Local				
Outros	36 (63,16%)	21 (36,84%)	1,00 (-)	-
Residência	209 (52,78%)	187 (47,22%)	1,56 (0,87-2,78)	0,13
Comportamento				
Suicida	115 (52,75%)	103 (47,25%)	1,13 (0,77-1,67)	0,53
Agressivo	130 (55,32%)	105 (44,68%)	1,00 (-)	-
Semestre				
Primeiro	113 (54,07%)	96 (45,93%)	1,00 (-)	-
Segundo	132 (54,10%)	112 (45,90%)	1,05 (0,72-1,53)	0,80

Negrito: indica valores de $p < 0,05$.

OR: *odds ratio* calculado através da regressão logística múltipla.

IC: intervalo de confiança.

4.2 Assistência de Enfermagem aos chamados por Comportamento Suicida ou Comportamento Agressivo

Os chamados de pessoas do sexo masculino ($OR=1,74$; $IC=1,12-2,71$; $p=0,01$), por comportamento agressivo ($OR=13,56$; $IC= 8,43-21,80$; $p<0,01$) e ocorridos no segundo semestre ($OR=2,33$; $IC=1,49-3,63$; $p<0,01$), tiveram chances aumentadas de terem a avaliação de sinais e sintomas documentada (Tabela 4).

Os chamados por comportamento suicida ($OR=10,41$; $IC=6,70-16,19$; $p<0,01$) e ocorridos na residência ($OR=2,74$; $IC=1,42-5,29$; $p<0,01$) tiveram mais chance de terem sinais vitais avaliados e documentados (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliações de Sinais Vitais e Sinais e Sintomas e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida (n=539).

Variáveis	Sinais e Sintomas (n=539)			Sinais Vitais (n=539)		
	Sim N (%)	OR (IC)	p valor	Sim N (%)	OR (IC)	p valor
Sexo						
Feminino	135 (52,12)	1,00 (-)	-	118 (45,56)	1,00 (-)	-
Masculino	212 (75,71)	1,74 (1,12-2,71)	0,01	78 (27,86)	0,75 (0,49-1,15)	0,19
Idade						
8 - 19	38 (62,30)	1,00 (-)	-	18 (29,51)	1,00 (-)	-
20-59	284 (63,82)	1,52 (0,76-3,04)	0,24	165 (37,08%)	1,18 (0,60-2,31)	0,63
60 ou mais	25 (75,76)	2,88 (0,94-8,85)	0,07	13 (39,39)	1,38 (0,49-3,87)	0,54
Local						
Outros	48 (65,75)	1,00 (-)	-	16 (21,92)	1,00 (-)	-
Residência	299 (64,16)	1,01 (0,53-1,93)	0,97	180 (38,63)	2,74 (1,42-5,29)	<0,01
Semestre						
Primeiro	131 (54,58)	1,00 (-)	-	95 (39,58)	1,00 (-)	-
Segundo	216 (72,24)	2,33 (1,49-3,63)	<0,01	101 (33,78)	0,95 (0,62-1,44)	0,81
Comportamento						
Agressivo	254 (89,12%)	13,56 (8,43-21,80)	<0,01	38 (13,33)	1,00 (-)	-
Suicida	93 (36,61)	1,00(-)	-	158 (62,20)	10,41 (6,70-16,19)	<0,01

Negrito: indica valores de p <0,05.

OR: *odds ratio* calculado através da regressão logística múltipla.

IC: intervalo de confiança.

Foram testadas associações entre características do chamado e a realização de procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem e apenas o motivo do chamado esteve associado à documentação da realização de procedimentos, sendo que chamados por comportamento suicida tiveram mais de quatro vezes a chance (OR=4,59; IC=3,14-6,72; $p<0,01$) de ter algum procedimento documentado quando comparados aos chamados por comportamento agressivo (Tabela 5).

Tabela 5. Associação entre procedimentos relacionados aos cuidados de enfermagem documentados e demais características dos atendimentos (n=539).

Procedimentos de Enfermagem (n=539)				
	Não N (%)	Sim N (%)	OR (IC)	p valor
Sexo				
Feminino	131 (50,58%)	128 (49,42%)	1,00(-)	-
Masculino	174 (62,14%)	106 (37,86%)	0,92 (0,63-1,34)	0,65
Idade				
8-19	39 (63,93%)	22 (36,07%)	1,00 (-)	-
20-59	249 (55,96%)	196 (44,04%)	1,28 (0,71-2,32)	0,41
60 ou mais	17 (51,52%)	16 (48,48%)	1,61 (0,64-4,05)	0,31
Local				
Outros	45 (61,64%)	28 (38,36%)	1,00 (-)	-
Residência	260 (55,79%)	206 (44,21%)	1,30 (0,75-2,24)	0,35
Comportamento				
Suicida	95 (37,40%)	159 (67,20%)	4,59 (3,14- 6,72)	<0,01
Agressivo	210 (73,68%)	75 (26,32%)	1,00 (-)	-
Semestre				
Primeiro	133 (55,42%)	107 (44,58%)	1,00 (-)	-
Segundo	172 (57,53%)	127 (42,47%)	1,04 (0,72-1,52)	0,82

Negrito: indica valores de $p < 0,05$.

OR: *odds ratio* calculado através da regressão logística múltipla.

IC: intervalo de confiança.

Foram testadas associações entre características do chamado e o destino final para o qual os casos foram encaminhados e foram identificadas associações entre motivo do chamado e semestre da ocorrência. Os chamados de pessoas atendidas por comportamento suicida (OR=2,21; IC=1,36-3,60; $p<0,01$) e os chamados ocorridos no segundo semestre do ano (OR=1,61; IC=1,03-2,52; $p<0,04$) tiveram chances aumentadas de serem encaminhados para um serviço de saúde (Tabela 6).

Tabela 6. Destino final e demais características dos atendimentos relacionados ao comportamento agressivo e comportamento suicida (n=490).

Destino Final (n=490)				
	Outros N (%)	Serviços de Saúde N (%)	OR (IC)	p valor
Sexo				
Feminino	45 (19,23%)	189 (80,77)	1,00 (-)	-
Masculino	58 (22,66%)	198 (77,34)	1,01 (0,63-1,61)	0,98
Idade				
8 - 19	12 (21,43%)	44 (78,57)	1,00 (-)	-
20-59	89 (22,14%)	313 (77,86)	0,91 (0,45-1,81)	0,78
60 ou mais	2 (6,25)	30 (93,75)	4,05 (0,83-19,74)	0,08
Local				
Outros	14 (21,88)	50 (78,13)	1,00 (-)	-
Residência	89 (20,89)	337 (79,11)	1,08 (0,56-2,08)	0,81
Semestre				
Primeiro	53 (25,12)	158 (74,88)	1,00 (-)	-
Segundo	50 (17,92)	229 (82,08)	1,61 (1,03-2,52)	0,04
Comportamento				
Agressivo	69 (26,64)	190 (73,36)	1,00 (-)	-
Suicida	34 (14,72)	197 (85,28)	2,21 (1,53-3,60)	<0,01

Negrito: indica valores de $p < 0,05$.

OR: *odds ratio* calculado através da regressão logística múltipla.

IC: intervalo de confiança.

Foram testadas associações entre as características do chamado e o tempo de espera, que corresponde ao tempo transcorrido entre o horário do chamado e a chegada do serviço de atendimento móvel ao local. Os chamados ocorridos em residências (média= 12,49 min.) tiveram maior tempo de espera quando comparados aos ocorridos em outros locais (média= 7,71 min.; $p=0,02$). Os chamados relacionados ao comportamento (média= 13,38 min.) suicida também tiveram maior tempo de espera quando comparados aos chamados por comportamento agressivo (média= 10,53 min.; $p=0,39$).

5 DISCUSSÃO

Nesse estudo, foram analisados 627 atendimentos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) relacionados a comportamento agressivo ou suicida. A maioria dos chamados referia-se a adultos, que estavam na própria residência no momento do chamado e que foram transportados para algum serviço de saúde.

Foram identificadas diferenças entre os casos de comportamento agressivo e de comportamento suicida no que se refere à sexo da vítima, documentação de sinais e sintomas, sinais vitais, procedimentos, encaminhamento e tempo de espera. O comportamento agressivo foi mais comum entre homens, teve mais sinais e sintomas documentados e menor tempo de espera pelo atendimento. O comportamento suicida teve mais sinais vitais avaliados, procedimentos realizados e mais encaminhamento para serviços de saúde.

Houve proporção semelhante entre homens e mulheres e entre os motivos do chamado (comportamento agressivo ou suicida). A única variável associada ao motivo do chamado foi o sexo, sendo que homens tiveram quase três vezes a chance de apresentar comportamento agressivo quando comparados às mulheres. Na literatura os percentuais de comportamento agressivo são superiores na população masculina quando equiparados ao público feminino. Desde a juventude, as mulheres tendem a não demonstrar de forma significativa esse tipo de comportamento e consequentemente também evidenciam menos prisões por crimes violentos, por conseguinte, o público masculino é detentor das maiores taxas de encarceramentos causados pela agressividade (MENAHEM; CZOBOR, 2006).

A relação entre gênero e violência é complexa, entretanto há diferentes papéis sociais que homens e mulheres assumem diariamente, e existe a normalização de que os homens desempenhem atitudes consideradas mais agressivas ou hostis (WHO, 2009).

O atendimento nos serviços de emergência deve ser criterioso e requer a avaliação cuidadosa de cada caso (MANTOVANI et al., 2010). Todavia, neste estudo, houve casos que não tiveram a avaliação de sinais e sintomas documentada. O comportamento agressivo teve aproximadamente 13 vezes a chance de ter sinais e sintomas documentados, quando comparado ao comportamento suicida. É provável que as alterações documentadas estejam relacionadas à própria manifestação do comportamento agressivo, que pode ser mais evidente do o comportamento suicida e

potencialmente marcante para os profissionais por gerar sensação de vulnerabilidade (VEDANA et al., 2018) e insegurança por prováveis danos à integridade física (MANTOVANI et al., 2010).

Destaca-se ainda que os profissionais podem documentar alterações relacionadas ao comportamento agressivo para justificar a utilização de contenção física e mecânica. Essas técnicas são utilizadas para imobilizar ou reduzir os movimentos do indivíduo para prevenir comportamentos destrutivos e preservar a segurança e a integridade dos pacientes e de outras pessoas (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, 2005; KNOX; HOLLOMAN; JUNIOR, 2012; PERKINS; PROSSER; RILEYWHITTINGTON, 2012). Apesar de ser controversa, a contenção mantém-se como uma prática frequente (MANTOVANI et al., 2010) que tende a usada excessivamente (PATERSON et al., 2013).

Esse procedimento é relativamente comum e aceito em diferentes contextos e fortemente relacionado às tradições locais e preferências da equipe de saúde (DE ARAÚJO et al., 2010; BRAGA et al., 2016). Estudos realizados em serviços psiquiátricos de duas cidades brasileiras, estimaram que a restrição física foi utilizada em 13% a 36% das admissões (MIGON et al., 2008; DE ARAÚJO et al., 2010; BRAGA et al., 2016). O cuidado a pacientes com comportamento agressivo é desafiador (BERGK et al., 2011) e o conhecimento reduzido sobre alternativas para o manejo do comportamento agressivo pode predispor ao maior uso de contenções (VEDANA et al., 2018). Assim, é importante que a equipe de saúde esteja capacitada para o manejo de pacientes agitados ou violentos, (MANTOVANI et al., 2010).

A menor documentação de sinais e sintomas entre pessoas com comportamento suicida também pode estar ligada à manifestação menos explícita dos sinais de risco e à pouca investigação ativa sobre os sinais indicativos de risco de suicídio. O comportamento suicida não letal pode ser subestimado pelos profissionais devido ao despreparo (VEDANA et al. 2017), atitudes negativas, intolerância e preconceito (BRITO, 2015) e pela dificuldade de avaliar a intencionalidade no comportamento suicida, que é um fenômeno complexo (WHO, 2016). Todavia, a identificação precoce de sinais de risco e o gerenciamento eficaz são essenciais para garantir que as pessoas recebam os cuidados de que precisam (OMS, 2014). Embora o atendimento pré-hospitalar possa ter algumas limitações no que tange a suas possibilidades terapêuticas, limitações de tempo e atendimento a prioridades (VEDANA et al., 2017), prover especial atenção à pessoa que tentou se suicidar é

uma das principais estratégias de prevenção do suicídio (BOTEGA, 2014), pois a qualidade do cuidado prestado após a tentativa de suicídio é essencial para reduzir a ocorrência do óbito por suicídio (DE LEO, 2013; NEBHINANI, 2013) e a tentativa de suicídio é um forte precursor da morte relacionada ao suicídio (OWENS et al., 2002).

A chance de ter os sinais vitais avaliados foi aproximadamente 10 vezes maior nos casos de comportamento suicida, quando comparados ao comportamento agressivo. Além disso, pessoas com comportamento suicida tiveram aproximadamente quatro vezes a chance de terem procedimentos realizados, quando comparados aos chamados por comportamento agressivo. A maior avaliação de sinais vitais e realização de procedimentos pode estar ligada ao fato de que as tentativas de suicídio podem ter consequências diversas que variam desde a recuperação completa até danos irreversíveis (JAWAID et al., 2017). É possível que essa diferença na avaliação de sinais vitais e na realização de procedimentos também esteja relacionada à dificuldade de avaliar sinais vitais ou realizar procedimentos durante episódios de violência (HUBER et al. 2008; STOWELL et al., 2012) entre outros fatores.

É preconizado que a avaliação de sinais vitais seja realizada nos atendidos pelo SAMU sempre que possível, inclusive em casos que envolvem pacientes agitados ou agressivos (SAMU, 2016). Além disso, há alterações orgânicas que podem gerar estados de agitação (ROSSI; SWAN; ISAACS, 2010) e a investigação cuidadosa pode favorecer o diagnóstico preciso e o levantamento de necessidades para planejamento do cuidado (MANTOVANI et al., 2010; GARRIGA et al., 2016). Em situações de emergência que envolvem comportamento agressivo não é incomum que alterações por causas orgânicas sejam erroneamente diagnosticadas (STOWELL et al. 2012) e a avaliação clínica é um essencial para evitar tal equívoco, embora possa ser desafiadora (ALLEN et al., 2005; HUBER et al., 2008; MANTOVANI et al., 2010; HANKIN et al., 2011).

A qualidade dos serviços prestados em setores de emergência é muito importante para prevenir futuras tentativas com desfecho fatal (KAWASHIMA et al., 2014) e devem estar articuladas com os demais serviços existentes no sistema, permitindo o adequado encaminhamento dos pacientes a outros serviços competentes (FRANÇA, 2005; AZEVEDO, 2007) para que cada um desses recursos colabore para garantir a atenção integral e prevenir novas tentativas de suicídio (HUBAND; TANTAM, 2000; SUOKAS et al., 2009). Um sistema de referência eficaz

pode tornar difícil a continuidade do cuidado (OLIVEIRA; SILVA, 2017) e trazer consequências prejudiciais para pessoas que necessitam de acompanhamento continuado.

Segundo a Portaria 2.048/GM, uma das funções do SAMU durante o atendimento é “reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas, quando implicar a segurança das equipes de APH (vítimas agressivas em situações de risco para si e para os outros)” (BRASIL, 2002). A efetiva integração de um serviço de emergência psiquiátrica com os demais serviços de saúde mental disponíveis na região é um fator decisivo para o bom funcionamento, tanto da unidade de emergência como do sistema de atendimento psiquiátrico como um todo (SANTOS et al., 2014). Neste estudo, as pessoas atendidas por comportamento suicida tiveram chances aumentadas de serem encaminhadas para um serviço de saúde.

Apesar do encaminhamento para serviços de saúde ter sido maior entre casos de comportamento suicida, a literatura mostra que comumente os cuidados à pessoa com comportamento suicida ficam limitados aos serviços de emergência, sem seguimento posterior (LIN et al., 2014). Além disso, essa clientela pode ter mais dificuldade para aderir ao tratamento (BERROUIGUET et al., 2018). Estudos mostram ainda que pacientes que tentaram suicídio comumente são liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento (OLFSON et al., 2005; MYNAIO, 2007; WHEATLEY, 2009). Essa avaliação do risco de suicídio na rotina precisa ser elemento presente nos atendimentos de emergência para nortear condutas e para que o encaminhamento proposto seja condizente com suas necessidades (BERTOLOTE et al., 2010).

O tempo resposta (período entre o momento da chamada até a chegada na cena) de urgências é um importante indicador de qualidade da atenção nos serviços de urgências pré-hospitalares (ALSALLOUM; RAND, 2006; VILLAVIVENCIO, 2008; AL-SHAQSI, 2010) e pode favorecer melhor prognóstico dos casos atendidos (CICONET, 2015). Esse transcurso de tempo entre a recepção da chamada e chegada da equipe na cena se compõe de 4 intervalos: tempo de abertura do chamado, tempo de decisão sobre a demanda, tempo de espera ou de preparo da equipe e tempo de deslocamento até o endereço da ocorrência (VILLAVIVENCIO, 2008; SOUZA et al., 2013).

A literatura aponta que, entre os diferentes fatores que estão ligados ao maior tempo resposta está a priorização do SAMU pela população como porta de entrada para o SUS devido às características do serviço (resposta imediata, acesso a especialistas e serviços de maior densidade tecnológica, entre outros) (ABREU et al., 2012), chamados que não caracterizam urgências ou emergências (RIBEIRO; SILVEIRA; CASTANHEIRA, 2015), dificuldades relacionadas ao transporte pela falta de manutenção das vias públicas e dos veículos, trânsito, quantidade insuficiente de recursos humanos e materiais para os atendimentos (GUIMARÃES; SANTOS, 2018). Neste estudo, encontrou-se que o tipo de emergência psiquiátrica também é um fator associado ao tempo resposta, visto que os chamados relacionados ao comportamento suicida tiveram maior tempo de espera quando comparados aos chamados por comportamento agressivo.

Embora não seja possível determinar os mecanismos associados a maior tempo de espera para atendimentos relacionados ao comportamento suicida, estudos apontam que, nos serviços de urgência, o comportamento suicida e nem sempre é considerado um problema relevante (VEDANA et al., 2017) e é frequentemente associado a condutas profissionais caracterizadas por hostilidade e rejeição (PATTERSON; WHITTINGTON; BOGG, 2007; TAYLOR et al., 2009; VIDAL; CONTIJO, 2013) e a diminuição dos cuidados por parte do profissional por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves (TAYLOR et al., 2009). Todavia, a tentativa de suicídio é o principal fator de risco para uma futura concretização desse intento (BOTEGA, 2014) e maioria dos óbitos por suicídio é precedida de uma tentativa não fatal atendida em algum de serviço de saúde, principalmente na emergência (VIDAL; CONTIJO, 2013). A assistência à pessoa com transtorno mental em situação de emergência e, em especial ao paciente que tentou suicídio, deve ser realizada com segurança, prontidão e qualidade, já que esse comportamento é fator determinante na aceitação e adesão do paciente ao tratamento (OLFSON et al., 2005; ISACSSON; RICH, 2006; SUOKAS et al., 2009; BURIOLA et al., 2011).

Nesta pesquisa, os chamados ocorridos no segundo semestre do ano tiveram maior chance de terem sinais e sintomas documentados e de serem encaminhados para um serviço de saúde. Não foram identificados estudos brasileiros que pudessem ser comparados com esses achados ou que pudessem explicá-los. Contudo, é válido ressaltar que a maior documentação possa estar associada ao oferecimento de um

programa intensificado de treinamentos de para a equipe do SAMU do local do estudo. Tal programa teve início no mês de março do ano investigado e prosseguiu pelos meses seguintes.

Chamados ocorridos em residências tiveram mais chance de ter maior tempo de espera quando comparados aos ocorridos em outros locais. Estudo brasileiro mostra que pode uma das dificuldades para a agilidade no atendimento é encontrar o endereço residencial do solicitante (MATA et al., 2018), que pode ser menos conhecido do que outros espaços públicos. Além disso, a literatura revela que os eventos testemunhados em espaços públicos podem ter o acionamento mais precoce do serviço de emergência (EISENBURGUER et al., 2006).

No presente estudo, os chamados ocorridos em residências também tiveram mais chance terem documentação de sinais vitais quando comparados aos ocorridos em outros locais. Não foi possível esses os resultados com outras pesquisas no que se refere à maior documentação de sinais vitais, devido à carência de estudos que explorassem essas características dos atendimentos.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo estiveram relacionadas à amostra limitada a um único município, bem como à utilização de dados secundários com escassez de informações referentes a alguns aspectos relacionados sobre avaliação e assistência em cada chamado. No entanto, trata-se de estudo pioneiro sobre o cuidado de enfermagem na ocorrência de comportamento suicida e heteroagressivo realizado por um serviço de emergência móvel no contexto brasileiro.

7 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo investigar os fatores associados aos atendimentos relacionados a comportamento agressivo e comportamento suicida ocorridos em 2014 no serviço de atendimento móvel de urgência de um município do interior de São Paulo - Brasil. Foram incluídos no estudo 627 atendimentos nos quais predominaram homens adultos, com comportamento agressivo, que estavam na própria residência e foram transportados para algum serviço de saúde.

O tipo de emergência psiquiátrica (comportamento agressivo ou suicida) esteve associado ao sexo do paciente, sendo que homens tiveram quase três vezes a chance de manifestar comportamento agressivo quando comparados às mulheres. É importante que sejam realizadas ações relacionadas à promoção de saúde mental e prevenção de agravos que considerem especificidades de cada gênero.

Os chamados por comportamento suicida ou ocorridos em residências tiveram maior tempo de espera quando comparados aos chamados por comportamento agressivo ou ocorridos em outros locais. Considerando que a maioria dos chamados ocorre em residências, é necessário investir em ações que possam facilitar a melhora do tempo-resposta desses chamados.

No que se refere a assistência de enfermagem, a documentação de sinais e sintomas avaliados foi maior em atendimentos de pessoas do sexo masculino, com comportamento agressivo e ocorridos no segundo semestre. Por outro lado, os sinais vitais foram mais avaliados nos chamados por comportamento suicida ocorridos na residência. Destaca-se ainda que os atendimentos por comportamento suicida tiveram mais de quatro vezes a chance de ter algum procedimento documentado quando comparados aos chamados por comportamento agressivo. As razões para essas diferenças merecem investigadas em futuros estudos para a promoção do cuidado seguro e qualificado.

Em relação ao destino final dos atendimentos, os chamados de pessoas atendidas por comportamento suicida ou realizados no segundo semestre tiveram chances aumentadas de serem encaminhados para um serviço de saúde.

Espera-se que os resultados e as reflexões que foram realizadas no presente estudo possam contribuir com o avanço do conhecimento relacionado ao atendimento pré-hospitalar de urgências psiquiátricas e possam colaborar com as políticas, o planejamento e qualificação da assistência e a educação continuada nesses serviços.

REFERÊNCIAS

ABREU, K.P; LIMA, M.A.D.S.; KOHLRAUSH, E.; SOARES, J. F. Comportamento Suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**,v.12,n.1,p.195-200,2010.

BRASIL. IPEA e FBSP (Fórum Brasileiro de Segurança Pública): **Atlas da Violência 2019. Brasília**. 2019. Disponível em: < http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/06/Atlas-da-Violencia-2019_05jun_versão-coletiva.pdf>. Acesso em 21 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 15 de jun. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e da Automutilação com ações relacionadas à promoção da saúde mental e prevenção da violência autoprovocada. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13819.html >. Acesso em 19 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1864, de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território BRASILEIRO: SAMU-192. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html>. Acesso em 19 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em 19 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf>>. Acesso em 01 de jul de 2019.

BURNS, N; GROVE, SK. **The practice of nursing research**: conduct, critique, and utilization. 5th ed. St Louis: Elsevier; 2005.

CAMARANO, A. A. **Novo regime demográfico**: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

CARRÉJ.M.; GENIOLE, S.N.; ORTIZ, T.L.; BIRD, B.M.; VIDETO, A.; BONIN, P.L. Exogenous Testosterone Rapidly Increases Aggressive Behavior in Dominant and Impulsive Men. **Society of Biological Psychiatry**. vol.82, p.249-256, 2016.

CRESWELL, J.W. **Research design**: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.

DUXBURY, J.; WRIGHT, K. Should nurses restrain violent and aggressive patients? **Nursing Times**, London, v. 107, n. 9, p. 22-25, 2011.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION (ENA). **Clinical Practice Guideline**: Suicide Risk Assessment. 2017.

EVANS, G.W.; KANTROWITZ, E. Socioeconomic Status and Health: the Potential Role of Environmental Risk Exposure. **Annu Rev Public Health.**, v.23, p.303-31. 2002.

FOLEY, S. Short-Term Pharmaceutical Management of The Violent/Aggressive patient in the emergency Department. **Journal of Emergency Nursing.**, v.36, n.5, 2010.

FREITAS, A.P.A.; BORGES, L.M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.560-577, 2014.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. São Paulo: Roca; 2004.

HARWOOD, R.H. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. **J R Coll Physicians**, Edinburgh, v.47, p.176-82, 2017.

HARWOOD, R.H. Dementia for hospital physicians. **Clin Med**, v.12, p.35-9, 2012.

HARWOOD. How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. **J R Coll Physicians Edinb.**, v.47, n.2, p.94-101,2017.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K.E.A.; O'CONNOR, R.C. Self Harm and Suicide in Adolescents. **The Lancet**, v.379 (9834): 2373-2382,2012.

HECK,M.R.;KANTORSKI,L.P.;BORGES,A.M.;LOPES,C.V.;SANTOS,M.C.;PINHO,L. B.Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis,v.21,n.1, p.26-33,2012.

HOSMER, D. LEMESHOW, S. Applied Logistic Regression. **John Wiley & sons**. 2th ed. New York,2000.

JOINT COMISSION. Detecting and treating suicide ideation in all settings. **Sentinel Event Alert**,v.56,pag 1-7.2016.

Liu J, Lewis G, Evans L. Understanding aggressive behaviour across the lifespan. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 2013;20(2):156–168.

LIU, J.; LEWIS, G. EVANS, L. Understanding aggressive behaviour across the lifespan. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. 2013;20(2):156–168.

MANTOVANI, C.;MIGON,M.N.;ALHEIRA, V. Manejo de paciente agitado ou agressivo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.32,s.2,p. 96-103,2010.

MASCARENHAS, M. D. M. et al . Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 18, n. 1, p. 17-28, mar. 2009.

MENDES, D. et al. Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo, v. 31, supl. 2, p. S77-S85, 2009.

MICHAIL,M.;TAIT,L.Exploring general practitioners' views and experiences on suicide risk assessment and management of young people in primary care: a qualitative study in the UK. **BMJ Open**.v.6,n.1,2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, 2008.

MONTGOMER, D. The present state of industrial statistics. Qual. **Reliab. Engng. Int.**, 16: 253-254. doi:10.1002/1099-1638(200007/08)16:4<253::AID-QRE356>3.0.CO;2-O

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). **Violence:**Theshort-term management of disturbed/violentbehavior in in-patient psychiatric settings and emergency departments. College of Nursing: London,2005.

NORHEIM,A.B.;GRIMHOLT,T.K.;LOSKUTOVA,E.; EKEBERG,O. Attitudes toward suicidal behavior among professionals at mental health outpatient clinics in Stavropol, Russia and Oslo, Norway.**BMC Psychiatry**, v.16,n.1. 2016.

O'CONNOR,R.C.;KIRTLEY,O.J.The Integrated Motivational- volitional model of suicidal behavior.**Philosophical Transactions B**. 373: 20170268. 2018.

O'DWYER, G;KONDER, M.T.;RECIPUTTI,L.T.;MACEDO,C.;LOPES,M.G.M. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, e00043716, 2017.

PAGANO,M.; GAUVREAU,K. **Princípios de Bioestatística**. São Paulo: Thomson,2004.

POLIT,D.;BECK,C.T.;HUNGLER,B. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed,2011.

PULLEN,J.N.; GILJE,F.; TESAR,E. A descriptive study of baccalaureate nursing students' responses to suicide prevention education. **Nurse educ Pratic**, v.16,n.1,p.104-10. 2016.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A.F. **Emergências Psiquiátricas**. 3 ed. Artmed; 2014.

RAMBERG,I.; DI LUCCA, M.A.; HADLACZKY, G. The impact of knowledge of suicide prevention and work experience among clinical staff on attitudes towards working with suicidal patients and suicide prevention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. V.13, n.195, 2016.

RAMEZANI, T.; GHOLAMZADEH, S.; TORABIZADEH, C.; SHARIF, F.; AHMADZADEH, L. Challenges of nurses' empowerment in management of patient aggression: A qualitative study. **Iranian J Nursing Midwifery Res.** v.22, n.6, p. 442-448, 2017.

ROCCA, P.; VILLARI, V.; BOGETTO, F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. **Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v.30, n.4, p.586-598, June 2006.

ROSSI, J.; SWAN, M.C.; ISAACS, E.D. The Violent or Agitated Patient. **Emergency Medicine Clinics of North America**, vol 28, n.1, p.235-256, 2010.

RUEDA, F. **Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares**, 2010. Disponível em: <<http://feafes.org/guia-sobre-la-prevencion-del-suicidiopara-personas-con-ideacion-suicida-y-familiares/>>. Acesso em 13 de agosto de 2017.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.3, p.502-507, junho 2007.

TREMBLAY, R. E. Developmental origins of disruptive behaviour problems: the 'original sin' hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 51: 341-367, 2010.

TURECKI, G.; BRENT, D.A. Suicide and suicidal behaviour. **Lancet.**, v.387, n.10024, p.1227-1239. 2016.

VEDANA, K.G.G.; MAGRINI, D.F.; MIASSO, A.I.; ZANETTI, A.C.G.; SOUZA, J.; BORGES, T.L. Emergency Nursing Experiences in assisting people with suicidal behavior: A grounded theory study. **Archives of Psychiatric Nursing**. v.31, n.4, p.345-351, 2017.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C.D.M.; LIMA, L. A. Tentativas de Suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.1, p.175-187, 2013.

WALKER W. The strengths and weaknesses of research designs involving quantitative measures. **J Res Nurs**, v.10, n.5, p.571-582, 2005.

WANG, L.-H.; GOOPY, S.; LIN, C.-C.; BARNARD, A.; HAN, C.-Y.; LIU, H.-E. The emergency patient's participation in medical decision-making. **Journal of Clinical Nursing**, 25(17-18), 2550–2558. 2016.

WERLANG, B. G.; BOTEAGA, N. J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

WHO. World Health Organization. **World health statistics: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2017.

WHO. World Health Organization. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WHO. **World health statistics: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization; 2018.

WILLIAMS J; ROSS L. Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents: A systematic review. **European Child & Adolescent Psychiatry**;16(4):243–253, 2007.

WORKSAFE, B.C. **Workers' Compensation board of british Colombia**. Dementia: Understanding Risks and Preventing Violence. 2010. Disponível em: <<https://www.worksafebc.com/en/health-safety/industries/healthcare-social-services/topics/working-with-people-with-dementia>>. Acesso em 13 de agosto de 2017.

ZADRAVEC, T.; GRAD, O. Origins of suicidality: compatibility of layand expert belirfs – Qualitative study. **Pshychiatria Danubia**, v.25, n.2, p.152-155, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO PARA EXTRAÇÃO DOS DADOS DE FICHAS DE UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO

NÚMERO DA FICHA NO BANCO DE DADOS:

IDENTIFICAÇÃO DO CHAMADO	
1- Data do chamado: ____/____/____	
2- Hora da solicitação: ____:____h	
3- Chegada no local (do atendimento): ____:____h	
3- Iniciais do paciente:	
4- Data de nascimento do paciente ____/____/____	
5- Sexo do paciente: () 1. Masculino () 2. Feminino	
6- Endereço:	
7- Bairro:	
8- Local: () 1. Via pública () 2. Residência () 3. Outro: _____	
TIPO DE OCORRÊNCIA	
9 – Agressão interpessoal: () 1. Não () 2. Sim	
10- Classificação do paciente: () 1. Vítima () 2. Agressor () 3. Não especificado	
() 4. Não se aplica	
AVALIAÇÃO DO CLIENTE	
11- Sinais e sintomas	
() 1. Agitação psicomotora	() 11. Inconsciência
() 2. Agressivo	() 12. Hálito alcoólico
() 3. Alteração psiquiátrica	() 13. Obstrução VA
() 4. Anisocoria	() 14. Parada Card. Respiratória
() 5. Confusão Mental	() 15. Pulso não palpável
() 6. Deambula com dificuldade	() 16. Queimadura
	() 17. Sangramento

☐ 7.Desmaio	☐ 18.Suspeita de óbito
☐ 8.Dispneia	☐ 19.Tontura
☐ 9.Dor	☐ 20.Vômitos
☐ 10.Enchimento capilar>3seg	

12 - Agravos Traumáticos

☐ 1.Abrasão	☐ 8.Escoriação
☐ 2.Amputação	☐ 9.Fer. Corto Contuso
☐ 3.Contusão	☐ 10.Hematoma
☐ 4.Crepitação Óssea	☐ 11.Instabilidade Pélvica
☐ 5.Deformação	☐ 12.Laceração
☐ 6.Desalinhamento Ósseo	☐ 13.Queimadura
☐ 7.Edema	
-

13 – Sinais Vitais:

PA:_____ Fc:_____ Fr:_____ SatO2:_____ ECG:_____

14 – Avaliação Psicossocial

☐ 1.Aflito	☐ 9.Confuso
☐ 2.Agitado	☐ 10.Cooperativo
☐ 3.Agressivo	☐ 11.Descontrole Verbal
☐ 4.Amedrontado	☐ 12.Em pânico
☐ 5.Ansioso	☐ 13.Inquieto
☐ 6.Apático	☐ 14.nervoso
☐ 7.Assustado	☐ 15.Tenso
☐ 8.Choroso	☐ 16.Tranquilo
-

15 – Procedimentos realizados:

☐ 1.Aspiração de VAS	☐ 10.Imobilização com tala Liberação VAS
☐ 2.Auxilio proc. Invasivo	☐ 11.RCP – SBV
☐ 3.Contenção mecânica	☐ 12.Medicação ev/im/vo
☐ 4.Extricação	☐ 13.Monitorização nível de consciência
☐ 5.Fluidoterapia	☐ 14.Saturação de O2
-

() 6.Glicosimetria	() 15.Monitorização sinais vitais
() 7.Cânula de guedel	() 16.Oxigenoterapia
() 8.Imobilização cervical	() 17.Punção venosa periférica
() 9.Imobilização com prancha	() 18.Ventilação com ambú

16 – Destino Final

(1) Hospital	(2) UBDS	(3) Óbito no local
--------------	----------	--------------------

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP: 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 185/2015, de 12.11.2015

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em sua 202ª Reunião Ordinária, realizada em 11 de novembro de 2015.

Protocolo CAAE: 48199215.3.0000.5393

Projeto: Perfil de ocorrências relacionadas a suicídio, heteroagressão e intoxicação medicamentosa atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência

Pesquisadores: Kelly Graziani Giaccherro Vedana

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Claudia Benedita dos Santos

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Kelly Graziani Giaccherro Vedana

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO B- Autorização da Secretaria Municipal da Saúde **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 2203/15
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 09 de junho de 2015.

Prezada orientadora,
Profª. Drª. Kelly Graziani Giaccheri Vedana
Prezada Pesquisadora,
Thatiana Daniele Guioto Ferreira

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, a Enfermeira do Núcleo de Educação Permanente – **Regilene Molina Zacareli Cyrillo**, bem como esta Comissão em reunião ordinária; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“Perfil de ocorrências relacionadas a suicídio, heteroagressão e intoxicação medicamentosa atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Proc. Adm. 02 2015 017262 8.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista às rotinas destes estabelecimentos de saúde, e que ao término do estudo seja disponibilizada uma cópia a área Programática.

Informo que a pesquisa está autorizada, sendo esta secretaria coparticipante, porém a coleta dos dados acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Fernanda Cristina Padial
CRB-8/8168

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Ilmo
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto
Avenida Bandeirantes, 3900
14049-900 Monte Alegre RP/SP