UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

THATIANA DANIELE GUIOTO FERREIRA

Ocorrências relacionadas ao comportamento suicida atendidas pelo
serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)

RIBEIRÃO PRETO

2018

THATIANA DANIELE GUIOTO FERREIRA

Ocorrências relacionadas ao comportamento suicida atendidas pelo
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 Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Políticas, Saberes e
Práticas

Orientadora: Profa. Dra. Kelly Graziani
Giaccherro Vedana

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

THATIANA DANIELE GUIOTO FERREIRA

Ocorrências relacionadas ao comportamento suicida atendidas pelo
serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU)

RIBEIRÃO PRETO

2018

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.

Ferreira, Thatiana Daniele Guioto
Ocorrências relacionadas ao comportamento suicida atendidas
pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). Ribeirão
Preto, 2018.
67 p. : il. ; 30 cm

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

1. Suicídio. 2. Tentativa de Suicídio. 3. Enfermagem. 4.
Emergências.

FERREIRA, Thatiana Daniele Guioto

Ocorrências relacionadas ao comportamento suicida atendidas pelo 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 Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a minha orientadora e anjo da guarda Kelly, que desde a Graduação me acolhe e me ampara em todos os momentos, ultrapassando todos os limites de competência e compreensão.

A querida e competente Miyeko, por toda paciência e disposição.

Ao querido amigo Daniel Magrini, por ter sido um bom amigo e psicólogo virtual, ouvindo e muitas vezes aconselhando-me com toda delicadeza e compreensão.

A Deus, por não me deixar fraquejar nos momentos mais difíceis pelos quais passei ao longo desses dois anos.

A Minha família e ao meu esposo querido, por acreditarem sempre em mim e estarem ao meu lado sempre.

As minhas queridas amigas Talita, Aline e Valéria por sempre me motivarem e não me deixarem desistir, e a querida Priscila, por ter sido o canal para que eu iniciasse o meu despertar pessoal e espiritual, quando tudo era escuro e barulhento.

*“As nuvens sempre passam. Podem ser nuvens
claras ou escuras, mas sempre passam. Talvez
tenha que chover uma tempestade, mas ela também
passa. Compreenda que você não é a nuvem, você
é o céu.”*

(Sri Prem Baba)

RESUMO

FERREIRA, T. D. G. **Ocorrências relacionadas ao comportamento suicida atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).** 2018. 67f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

É importante investigar os atendimentos a pessoas com comportamento suicida, pois uma tentativa de suicídio é o principal preditor de futuro óbito por suicídio. Há uma carência de estudos que analisem sobre o assunto no Brasil. Este estudo teve como objetivo investigar os atendimentos relacionados ao comportamento suicida em 2014, em um serviço de atendimento móvel de urgência e fatores associados. Estudo quantitativo, transversal, documental. Foi realizada consulta manual de fichas de atendimento de enfermagem geradas por Unidades de Suporte Básico nas quais estivessem documentados chamados por comportamento suicida no ano de 2014. Os dados foram registrados em roteiros elaborados pelas pesquisadoras e analisados por meio de estatística descritiva, teste qui-quadrado, teste exato de Fisher, testes de correlação e testes de comparação de média. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em pesquisa. Nas 313 fichas analisadas, houve predomínio de mulheres adultas, que tentaram suicídio por intoxicação medicamentosa, na própria residência e foram encaminhadas para um serviço pré-hospitalar de atendimento a urgências. Na maioria das fichas não havia sinais, sintomas ou agravos documentados. As intervenções mais executadas pela enfermagem estiveram relacionadas à monitorização de parâmetros clínicos. Houve diferenças relacionadas ao sexo da vítima e letalidade do comportamento suicida, método da tentativa de suicídio, encaminhamento para serviços de emergência e semestre da ocorrência. As tentativas de suicídio por intoxicação ou por lesões autoprovocadas diferiram em relação ao horário do chamado, tempo de espera pelo atendimento, letalidade, documentação de avaliação clínica e intervenções, encaminhamento para serviços de emergência. Este estudo permitiu o melhor mapeamento das demandas relacionadas ao comportamento suicida, conhecimento relevante para o planejamento dos cuidados de enfermagem e compreensão sobre as competências necessárias para tais atendimentos.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de suicídio; Enfermagem.

ABSTRACT

FERREIRA, T. D. G. **Occurrences related to suicidal behavior attended by the mobile emergency service (MES)**. 2018. 67f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

It is important to investigate the attendance of people with suicidal behavior, since suicide attempt is the main predictor of future suicide death. There is a lack of studies that analyze on the subject in Brazil. This study aimed to investigate the attendances related to suicidal behavior in 2014, in an emergency mobile service and associated factors. Quantitative study, transversal, documentary. A manual consultation of nursing care records generated by Basic Support Units in which they were documented called suicidal behavior in the year 2014. The data were recorded in scripts prepared by the researchers and analyzed by means of descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, correlation tests, and mean comparison tests. The study was approved by the Research Ethics Committee. In the 313 files analyzed, there was a predominance of adult women, who attempted to commit suicide due to drug intoxication, at home and were referred to a pre-hospital emergency room service. Most signs had no documented signs, symptoms, or complaints. The interventions most performed by nursing were related to the monitoring of clinical parameters. There were differences related to the sex of the victim and lethality of the suicidal behavior, suicide attempt method, referral to emergency services and half of the occurrence. Attempts to commit suicide due to intoxication or self-inflicted injuries differed in relation to the time of the call, waiting time for care, lethality, documentation of clinical evaluation and interventions, referral to emergency services. This study allowed the best mapping of the demands related to suicidal behavior, knowledge relevant to the planning of nursing care and understanding of the skills required for such care.

Keywords: Suicide; Suicide attempt; Nursing.

RESUMEN

FERREIRA, T. D. G. **Ocurrencias relacionadas al comportamiento suicida atendidas por el servicio de atención móvil de urgencia (SAMU).** 2018. 67f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Es importante investigar las atenciones a personas con comportamiento suicida, pues un intento de suicidio es el principal predictor de futuro óbito por suicidio. Hay una carencia de estudios para analizar sobre el tema en Brasil. Este estudio tuvo como objetivo investigar las atenciones relacionadas con comportamiento suicida en 2014 en un servicio de atención móvil de urgencia y factores asociados. Estudio cuantitativo, transversal, documental. Se realizó una consulta manual de fichas de atención de enfermería generadas por Unidades de Soporte Básico en las cuales estuvieran documentados llamados por comportamiento suicida en el año 2014. Los datos fueron registrados en guiones elaborados por las investigadoras y analizados por medio de estadística descriptiva, Prueba Qui-cuadrada, Prueba exacta de Fisher, pruebas de correlación y pruebas de comparación de media. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación. En las 313 fichas analizadas hubo predominio de mujeres adultas, que intentaron suicidarse por intoxicación medicamentosa, en la propia residencia y fueron encaminadas para un servicio prehospitalario de atención a urgencias. En la mayoría de las fichas no había signos, síntomas o agravios documentados. Las intervenciones más ejecutadas por la enfermería estuvieron relacionadas con la monitorización de parámetros clínicos. Se observaron diferencias relacionadas con el sexo de la víctima y la letalidad del comportamiento suicida, método del intento de suicidio, encaminamiento para servicios de emergencia y semestre de la ocurrencia. Los intentos de suicidio por intoxicación o lesiones autoprovocadas diferían en relación al horario del llamado, tiempo de espera por la atención, letalidad, documentación de evaluación clínica e intervenciones, encaminamiento para servicios de emergencia. Este estudio permitió el mejor mapeamiento de las demandas relacionadas al comportamiento suicida, conocimiento relevante para la planificación de los cuidados de enfermería y comprensión sobre las competencias necesarias para tales atenciones.

Palabras clave: Suicidio; Intento de suicidio; Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos atendimentos relacionados ao comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida (n=313)	29
Tabela 2. Produtos utilizados nos atendimentos relacionados a autointoxicações realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida (n=230)	30
Tabela 3. Sinais e Sintomas documentados nas fichas de atendimentos relacionados ao comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida (n=313)	31
Tabela 4. Intervenções de enfermagem documentada nas fichas de atendimentos relacionados ao comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida (n=313).....	32
Tabela 5. Associação entre sexo e características dos atendimentos por comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida segundo (n=313)	33
Tabela 6. Associação entre grupo etário e características dos atendimentos por comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida segundo (n=313)	34
Tabela 7. Associação entre método utilizado e características dos atendimentos por comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida segundo (n=313)	36
Tabela 8. Associação entre quantidade de substâncias e características dos atendimentos por autointoxicação realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida segundo (n=230)	37

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Porcentagem

APHM - Atendimento pré-hospitalar

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

FAS - Ficha de Atendimento Sistematizado

h - Hora

min - Minuto

SAE - Sistematização da assistência de enfermagem

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências

SAV - Suporte avançado de vida

SBV - Suporte básico de vida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

TARM - Técnicos Auxiliares de Regulação Médica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O atendimento pré-hospitalar móvel e as urgências e emergências psiquiátricas	13
1.2 Características do comportamento suicida letal e não letal.....	15
1.3 A assistência de enfermagem no atendimento ao comportamento suicida em serviços de emergência.....	19
2 OBJETIVO	23
3 MÉTODO.....	24
3.1 Delineamento da pesquisa	24
3.2 Local do Estudo e Critérios de Seleção	24
3.3 Medidas.....	25
3.4 Procedimentos	25
3.5 Processamento e Análise dos Dados.....	26
3.6 Aspectos Éticos.....	27
4 RESULTADOS.....	28
4.1 Características dos atendimentos realizados	28
4.2 Associações entre características demográficas das vítimas e atendimentos realizados.....	32
4.3 Associações entre características do comportamento suicida e atendimentos realizados	35
5 DISCUSSÃO	38
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES	62
ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 O atendimento pré-hospitalar móvel e as urgências e emergências psiquiátricas

A urgência pode ser definida como uma ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial de vida, enquanto a emergência seria a constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato (BRASIL, 2001; ZEFERINO et al., 2015).

A diferença entre ambas as modalidades pode ser pontuada, sob certo ponto de vista, pelo tempo, sendo que a emergência exige uma intervenção mais rápida do que a urgência (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005). As definições de emergências psiquiátricas sugerem a presença de perturbações, seja de pensamento, comportamento ou enfrentamento, de natureza psiquiátrica, podendo ou não resultar em um risco de morte para o próprio paciente ou terceiros (QUEVEDO et al., 2008).

Os serviços de emergência têm características: alta rotatividade, variedade de casos clínicos, complexidade e a demanda excessiva, o que pode torná-los pouco atrativos para os profissionais da área da saúde (DEL-BEN; TENG, 2010). O atendimento nas situações de urgência e emergências psiquiátricas deve ser objetivo e eficaz, mantendo a integridade física e mental do paciente (SANTOS et al., 2014).

Os serviços de urgências e emergências atuam de maneira essencial nos atendimentos de crises psiquiátricas (BRASIL, 2002). No Brasil, os dispositivos de assistências principais para o atendimento de casos agudos são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os hospitais gerais e de emergências psiquiátricas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) (BRASIL, 2001). Em diversos casos, esses serviços se constituem em uma porta de entrada para os serviços de saúde mental (DOWNEY et al., 2012).

O Governo Federal elaborou políticas públicas de saúde voltadas para a organização do atendimento pré-hospitalar de urgência que foram iniciadas em

1998 com a publicação da Portaria GM/MS nº 2.923, que determinou, dentre outras coisas, investimentos nas áreas de Assistência Pré-Hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos.

No Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é responsável por todo e qualquer atendimento pré-hospitalar (APHM), ou seja, ocorrido fora do ambiente hospitalar. É um serviço ativo 24 horas por dia, com equipes compostas por profissionais de saúde e motoristas devidamente treinados para auxiliar no atendimento, quando se fizer necessário (BRASIL, 2003). Espera-se que o serviço de atendimento móvel chegue à vítima nos primeiros minutos após o serviço ter sido solicitado, atendendo pessoas adultas, crianças ou gestantes, podendo ser originado por cidadãos ou por todo e qualquer serviço de saúde (BRASIL, 2006).

O serviço é dividido em suporte básico (SBV) e suporte avançado (SAV), onde no SBV os atendimentos são de baixa complexidade e também podem prestar apoio as unidades de SAV, com equipes formadas por um técnico ou auxiliar de enfermagem e um motorista/socorrista. Já a unidade de SAV é composta por um enfermeiro, um médico e um motorista/socorrista, estes são direcionados para os atendimentos que demandem maior complexidade, comumente atuando como uma unidade de terapia intensiva móvel (BRASIL, 2003).

As unidades (SBV e SAV) devem estar vinculadas a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. Inicialmente a ligação é recebida pelos Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM), essencialmente por telefone, mas também pode ser originado por diferentes solicitantes: polícia, bombeiros, médico, enfermeiro e/ou particular. Cabe ao TARM identificar o solicitante e a localização do chamado, informações estas primordiais e essenciais ao atendimento, preenchendo devidamente os itens no programa utilizado, gerando um nível de complexidade do atendimento, caso seja de alta complexidade, cabe a ele comunicar imediatamente o médico regulador para que o mesmo direcione a unidade de suporte mais adequada ao caso (FERNANDES, 2004; BRASIL, 2006).

No atendimento a uma crise psíquica, espera-se que os profissionais

envolvidos no atendimento, desenvolvam certas ações de acordo com o Método “ACENA” (BRASIL, 2016) para organizar e aprimorar a qualidade do atendimento:

- * **A:** avaliar arredores, o local do chamado e a presença de armas ou artefatos que indiquem o uso de álcool e drogas; altura e a aparência do paciente;

- * **C:** observar se existem sinais de conflito e crise na rede social da vítima;

- * **E:** avaliar as expectativas e a receptividade do paciente e sua rede social e da equipe de atendimento;

- * **N:** examinar o nível de consciência, a adequação à realidade, a capacidade de escolha e o nível de sofrimento;

- * **A:** avaliar se existem sinais de uso de álcool e drogas, agressividade (atual ou anterior) ou se há de sinais indicativos de autoagressão.

Durante as intervenções diante de uma crise, os profissionais de serviços de atenção móvel devem possuir conhecimentos, competências e técnicas específicas voltadas para a saúde mental do paciente. Diante desta necessidade, a portaria 2048/GM preconiza um treinamento básico para essas situações, com apenas quatro horas teóricas para o socorrista e duas horas teóricas somadas a quatro horas práticas em ocorrências psiquiátricas para o técnico de enfermagem (SANTOS et al., 2014).

A informação e qualificação do profissional em saúde mental, configura uma importante ferramenta para a prevenção do suicídio e de outras situações psiquiátricas (NEVES; COLS, 2014).

1.2 Características do comportamento suicida letal e não letal

O suicídio é um fenômeno enigmático, complexo e dificilmente compreendido. Todavia, é altamente frequente, impactante, subestimado e se constitui em um tabu na sociedade atual (VEDANA et al., 2017).

O comportamento suicida é todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Pensamentos de autodestruição, ameaças,

gestos, tentativas de suicídio até o suicídio consumado, estão presentes no comportamento suicida (WERLANG; BOTEGA, 2004). Destaca-se que o comportamento suicida não se enquadra necessariamente em uma doença mental, embora estejam também associadas aos transtornos mentais (BERTOLOTE et al., 2010).

O comportamento suicida é um fenômeno multidimensional e multifatorial que está associado a fatores biológicos, genéticos, psicológicos e sociológicos (ZADRAVEC; GRAD, 2013). Frequentemente, os comportamentos suicidas representam um pedido por socorro, ainda que nem sempre seja claramente consciente, expresso, reconhecido ou acolhido (WHO, 2014; VEDANA et al., 2017).

O suicídio consumado pode ser definido como morte auto induzida, que tem provas suficientes (explícitas ou implícitas) para permitir a dedução de que o desejo da pessoa era morrer (ENA, 2012). As tentativas de suicídio são situações onde o paciente apresenta comportamentos auto lesivos não conclusivos e não fatais, explicitando o desejo e/ou intenção de morrer (QUEVEDO et al., 2008), trata-se de um percurso que se inicia com a motivação, caminha pela ideação e planejamento, até a conclusão destes.

A autoagressão pode ser definida como o ato intencional que causa dano físico ou mental a si próprio, podendo ser visto como um mecanismo de autodefesa em relação a deficiência do enfrentamento de situações estressantes, pode estar ligada ao desejo de provocar a própria morte, influenciar mudanças de comportamento e testar o sentimento de terceiros a seu respeito e despertar nos outros, sentimento de complacência (ROCCA et al., 2006; GUERREIRO et al., 2015; VEDANA, 2017).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o suicídio seja priorizado nas agendas de saúde e políticas públicas. O suicídio provoca a perda de muitos anos potenciais de vida e tem prejuízos emocionais e econômicos substanciais (WHO, 2012). O suicídio tem um profundo efeito sobre a família, amigos e outras pessoas próximas a vítima, transcendendo a perda imediata (CVINAR, 2005). É um problema multifacetado e particularmente desafiador na prática clínica. Ademais, os custos com o suicídio equiparam-se aos valores gastos com guerras, com oneração de

cofres públicos duplicados em relação aos gastos com tratamentos de outras doenças crônicas (OMS, 2000).

O impacto do suicídio no cenário mundial aponta a necessidade de estratégias para identificação e prevenção desse comportamento (ZADRAVEC; GRAD, 2013). O suicídio é a segunda principal causa de morte entre pessoas com 15 a 29 anos de idade e cerca de um milhão de pessoas morrem a cada ano por suicídio, mesmo que esse evento seja subnotificado. Estima-se que para o ano de 2020 este número chegue a casa de 1,53 milhões de mortes por suicídio, as tentativas de suicídio podem chegar a 20 vezes o número de suicídios concluídos. Os números em relação ao final de cada ano superam o montante de mortes causadas por acidentes de transportes, guerras e conflitos civis (WHO, 2012, 2014).

O Brasil ocupa uma das dez posições no ranking de maiores números de suicídios, girando em torno de 4,1 por 100 mil/habitantes (WHO, 2014). Considerando a gravidade e possibilidade de prevenção do suicídio, o Ministério da Saúde lançou, em 2006, a Portaria 1.876 que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio e ressalta a importância de pesquisas voltadas para essa temática (BRASIL, 2006).

Assim como em outros países, a subnotificação de comportamento suicida é importante no Brasil, os profissionais da saúde ainda se mostram conservadores quando se trata deste assunto, acabam por mascarar ou não registrar os eventos, por motivos religiosos, sociais e legais, somados a um preconceito já fixado sobre pacientes psiquiátricos e situações que os envolvem (NEVES; COLS, 2014). Todavia, a suspeita e/ou confirmação de tentativa de suicídio constitui agravo de notificação compulsória obrigatória, cabendo aos profissionais de saúde a responsabilidade de realizá-las sem prejuízo do acolhimento do paciente, visto que este deve ser a prioridade do atendimento.

É imprescindível que o SAMU, diante da impossibilidade de realizar a notificação, repasse de forma sistemática e organizada as informações relacionadas ao atendimento à unidade de saúde referenciada, visando assim garantir a continuidade do cuidado e evitar revitimizações (BRASIL, 2016).

Estudo brasileiro que investigou índices de suicídio registrados entre

1980 e 2006 nas regiões e capitais estaduais, identificou que a taxa total de suicídio no Brasil cresceu de 4,4 para 5,7 mortes por 100.000 habitantes (29,5%) (LOVISI et al., 2009). Em 2000 e 2012, no Brasil foi identificado aumento de 26,5% na mortalidade por suicídio (MACHADO; SANTOS, 2015). O conhecimento das características locais relacionadas ao suicídio é importante para orientar programas de proteção e prevenção da ocorrência (MACHADO; SANTOS, 2015). Contudo, é importante investigar não apenas o suicídio, mas o comportamento suicida de uma forma ampliada.

O comportamento suicida letal, ou seja, o óbito por suicídio, é mais estudado do que o comportamento suicida não letal (ideação, planos e tentativas de suicídio). No entanto, é importante conhecer as características ligadas ao comportamento suicida não letal, pois uma tentativa de suicídio é o principal preditor para o futuro óbito por suicídio. Estudos apontam que cerca de 30% a 60% das pessoas atendidas já haviam atentado contra a própria vida outras vezes, e 10 a 25 destas ainda farão novas tentativas em menos de um ano (VIDAL et al., 2013). Estima-se ainda que as pessoas com tentativa de suicídio tenham um risco de suicídio cem vezes mais elevado do que a população geral (OWENS et al., 2002).

Estudo de revisão sobre comportamentos suicidas (letais e não letais) identificou que, em diferentes países, as tentativas de suicídio não fatais são mais frequentes entre adolescentes, jovens adultos e mulheres. Por outro lado, idade avançada, sexo masculino, viver sozinho, fácil acesso a métodos letais são fatores associados a um risco aumentado de óbito por suicídio (CONEJERO et al., 2016). O nível educacional baixo, desemprego, problemas financeiros e pertencer a uma minoria étnica ou sexual são, geralmente, associados a maior risco de comportamento suicida em geral (CONEJERO et al., 2016). A religião, por sua vez, é descrita como um fator protetor contra o suicídio (CONEJERO et al., 2016).

Um dos poucos estudos brasileiros sobre características do comportamento suicida não letal foi realizado em um município do estado de São Paulo e identificou que, ao longo da vida, 17,1% reportaram ideação suicida; 4,8% referiram planos e 2,8% relataram algumas tentativas prévia de suicídio. Nos últimos 12 meses, as prevalências foram de 5,3% para a ideação

suicida; 1,9% para os planos e 0,4% para as tentativas de suicídio (BOTEGA et al., 2009).

Uma vez que a tentativa de suicídio anterior foi considerada como o melhor preditor de suicídio futuro, o conhecimento de fatores relacionados à tentativa de suicídio e outras formas de comportamento suicida é importante para projetar estratégias de prevenção de suicídios (AYEHU et al., 2017).

1.3 A assistência de enfermagem no atendimento ao comportamento suicida em serviços de emergência

O suicídio representa um momento crítico marcado pela fragilidade e instabilidade do cliente. A abordagem baseada em evidências, rápida, humanizada e eficaz pode ser determinante para o prognóstico dos indivíduos (VEDANA et al., 2017).

Os serviços de emergência comumente é o primeiro local de contato com os cuidados de saúde mental para pessoas com comportamentos suicidas (LIN et al., 2014). Na verdade, em muitos casos, este pode ser o único local de acesso a algum tipo de tratamento, visto que o seguimento dos pacientes após a alta dos serviços de emergência é desafiador e (LIN et al., 2014) e pessoas com comportamento suicida podem ter mais dificuldade de aderir ao tratamento intensivo ao longo do tempo (BERROUIGUET et al., 2018). Esses aspectos são ainda mais preocupantes ao se considerar que o risco de suicídio é especialmente elevado nas duas semanas após a alta hospitalar (BERROUIGUET et al., 2018).

Os serviços de emergência hospitalares e pré-hospitalares podem ser estratégicos para o oferecimento de cuidados relacionados a prevenção do suicídio, pois o atendimento de pessoas com comportamento suicida é frequente nesses locais (BROVELLI et al., 2017). Assim, os atendimentos prestados pelos diferentes serviços de emergência podem se constituir em uma oportunidade de intervenção de cuidados e para prevenir futuras tentativas com desfecho fatal (KAWASHIMA et al., 2014).

A prevenção do suicídio requer abordagens efetivas, humanizadas, criativas, inovadoras, abrangentes, acessíveis, sustentáveis e culturalmente

adaptadas. É importante que a enfermagem desempenhe o cuidado de forma ampliada, contemplando as necessidades do indivíduo em sua integralidade. O cuidado de enfermagem relacionado ao comportamento suicida deve abranger a promoção da saúde, da qualidade e valorização da vida, a prevenção, o tratamento de agravos, bem a reabilitação. Tal cuidado fundamenta-se na valorização, compreensão e respeito à pessoa em sua integralidade (VEDANA et al., 2017).

A qualidade da assistência de enfermagem para as pessoas com comportamento suicida pode ser influenciada por uma variedade de fatores, tais como: experiência e formação profissional, atitudes dos profissionais relacionadas ao suicídio, habilidade para a avaliação do risco suicida e planejamento de intervenções (VANNOY et al., 2011; OSAFO et al., 2012; DE LEO et al., 2013; MENON, 2013; NEBHINANI et al., 2013). A literatura mostra que os profissionais tendem a manifestar menos atitudes positivas (YASEEN et al., 2013) e mais atitudes negativas em relação a pessoas com comportamento suicida (HAWTON et al., 2013), assim como resistência em atender pacientes com demandas relacionadas à saúde mental (BERTOLOTE et al., 2010).

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 suicídio (DE LEO et al., 2013; NEBHINANI et al., 2013).

Estudo realizado em um município do estado de São Paulo, identificou que apenas um terço das pessoas que tentam suicídio são atendidas em serviços de pronto atendimento (BOTEGA et al., 2009) e o atendimento prestado nos serviços de emergência ainda revela importantes desafios a serem superados.

Estudos brasileiros apontam que a maioria dos profissionais de enfermagem que atuam em emergências não tem experiência ou formação profissional em saúde mental ou suicídio, relatam mais sentimentos negativos em relação ao paciente e menor percepção da própria competência profissional

(VEDANA et al., 2017).

A assistência para as pessoas com comportamento suicida é crítica, desafiadora, evoca sentimentos variados e requer conhecimento, habilidades e controle emocional. Todavia, os enfermeiros não se sentem preparados ou apoiados para o cuidado, identificam lacunas e problemas recorrentes na assistência, ocupam um papel limitado na assistência (restrita demandas físicas) e manifestam predominantemente oposição, julgamentos e incompreensão em relação aos pacientes em risco suicida (VEDANA et al., 2017). Tais achados apontam a importância da formação e suporte de qualidade para esses profissionais.

Estudos já comprovaram que quanto maior a competência técnica dos enfermeiros, mais preparados e seguros eles se tornam para prestar o atendimento, baseando-se em protocolos previamente definidos na Avaliação Primária, o atendimento torna-se preciso, eficaz e decisivo na manutenção da vida do paciente (COSTA et al., 2016).

Os atendimentos psiquiátricos, no contexto do atendimento pré-hospitalar, possuem características específicas e peculiares, podendo haver tentativas dos profissionais de se desresponsabilizar por esse tipo de atendimento, refletindo com isso, a intolerância e preconceito já característicos quando se trata de pacientes com transtornos mentais (BRITO et al., 2015).

Para minimizar os possíveis danos durante o atendimento ao paciente, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em outubro de 2009, instituiu a implementação do processo de enfermagem nos serviços de saúde, para que o atendimento se tornasse seguro, humanizado e, principalmente, rápido e eficaz, fornecendo subsídios importantes para a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem pertinentes (COFEN, 2009; LINS et al., 2013).

Em um atendimento pré-hospitalar, o enfermeiro necessita de raciocínio rápido e lógico para tomada de decisão onde o objetivo é preservar a vida do indivíduo. Para tanto, o processo e diagnóstico de enfermagem torna-se objeto essencial, pois auxilia no agrupamento de informações capazes de auxiliar no julgamento clínico da situação (CARITÁ et al., 2010).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) fornece subsídios técnicos, humanos e científicos para a elaboração de uma

assistência ao cliente com qualidade, reconhecimento e valorização do ser humano, construída a partir do processo de enfermagem, no qual, através de etapas onde é colhido informações sobre o paciente, tais como: diagnósticos, históricos, prescrições, fatores estes imprescindíveis para que o atendimento se torne algo completo dentro das necessidades do indivíduo, estabelecendo assim, diagnósticos de enfermagem humanizados, que possibilitarão uma conduta mais apropriada e individual, traçando assim, metas em relação a continuidade do acompanhamento do paciente atendido (REMIZOSKI et al., 2010).

Um possível obstáculo encontrado para elaboração de um planejamento de ações efetivas de cuidado e prevenção pode estar diretamente ligado a incompletude de registros confiáveis sobre o fenômeno do comportamento suicida. Investigações sobre o perfil de ocorrências relacionadas ao comportamento suicida promovem o conhecimento mais detalhado desses agravos, características e consequências associadas. Tais informações podem ser relevantes para o melhor mapeamento das demandas relacionadas com as emergências psiquiátricas, planejamento dos cuidados de enfermagem e melhor compreensão sobre as competências necessárias para tais atendimentos.

É importante desenvolver estudos sobre os atendimentos de pessoas com comportamento suicida em serviços de emergência, ainda que apenas cerca de um terço das pessoas que tentam suicídio sejam atendidas em serviços de saúde (BOTEGA et al., 2009), pois sabe-se que uma tentativa de suicídio é um forte precursor da morte relacionada ao suicídio (OWENS et al., 2002).

Há uma carência de estudos que analisem os fatores associados aos atendimentos de emergência para pessoas com comportamento suicida (CHAKRAVARTHY et al., 2014), especialmente no Brasil, o que reforça ainda mais a importância do presente estudo.

2 OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo investigar os atendimentos relacionados ao comportamento suicida em 2014 em um serviço de atendimento móvel de urgência e fatores associados.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

Este é um estudo transversal, documental, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa possibilita o raciocínio dedutivo, a formulação de hipóteses a partir da sistematização de um problema, e a escolha de mecanismos capazes de investigar esse problema, considerando o controle e minimização de possíveis vieses, além da maximização da precisão e da validade, com resultados capazes de serem generalizados (POLIT et al., 2011). Considerando todas essas características e sua adequação para atingir o objetivo deste estudo, optou-se pela pesquisa quantitativa.

3.2 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, que possui aproximadamente 650 mil habitantes.

O SAMU do município conta, atualmente, com três ambulâncias de SAV e dez ambulâncias de SBV, sendo que cada tipo de ambulância possui uma Ficha de Atendimento Sistematizado (FAS) específica. Cada atendimento prestado origina uma FAS que é preenchida pelo profissional de enfermagem responsável pelo atendimento. Esta FAS possui diversas informações relacionadas ao chamado: endereço, tipo de atendimento, sinais e sintomas, sinais vitais, procedimentos realizados no local, características da ocorrência, destino final e informações sobre a equipe que realizou o atendimento e anotações pontuais. Após serem preenchidas, as FAS são recolhidas mensalmente e armazenadas no Arquivo Central da Secretária de Saúde, devidamente separadas por mês e ano.

Os critérios de inclusão das fichas no estudo foram: fichas de atendimento de enfermagem nas quais estivessem documentado comportamento suicida (letal ou não letal) no período de 01 janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014. Foram excluídas as fichas de atendimento nas quais

o comportamento suicida não estivesse claramente documentado.

3.3 Medidas

Para atender ao objetivo do estudo, as variáveis do estudo foram: sexo e idade da vítima, semestre, local e hora da solicitação do chamado, tempo de espera pelo atendimento, tipo de comportamento suicida (com ou sem tentativa de suicídio), método da tentativa de suicídio, sinais e sintomas documentados (tipo e quantidade), agravos traumáticos documentados (tipo e quantidade), avaliação clínica documentada (tipo e quantidade), intervenções de enfermagem documentadas (tipo e quantidade) e destino final (serviço de saúde, sem encaminhamento ou óbito no local do atendimento).

Foram analisados ainda, os produtos utilizados em casos de autointoxicação.

3.4 Procedimentos

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 janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014. Foram analisadas 48.168 fichas de atendimento realizadas por unidades de suporte básico e 313 foram incluídas no estudo por atenderem aos critérios de seleção supracitados.

A extração dos dados foi norteada por roteiro específico (Apêndice A), elaborado a partir das estruturas das fichas do serviço e foram utilizadas as mesmas expressões e opções de resposta disponíveis nas fichas de atendimento para permitir que as informações coletadas fossem compatíveis com o material registrado no local do estudo.

Todas as fichas sem o preenchimento correto do motivo do chamado (7.234 fichas) foram analisadas cuidadosamente por meio da leitura de toda a descrição do atendimento realizado, onde continham dados da situação em que o paciente se encontrava, tornando possível a avaliação da ficha segundo os critérios de seleção do estudo.

Durante o processo de avaliação dos registros também se notou que, no preenchimento do motivo do chamado das fichas do SBV, expressões inespecíficas como: “surto PQU, PQU sem medicação, PQU agressivo e crise de depressão”, eram constantemente utilizadas pelos profissionais responsáveis pelo preenchimento da ficha. As fichas nas quais o motivo do chamado não era suficientemente claro, também foram analisadas na íntegra para verificação do atendimento aos critérios de seleção do estudo.

3.5 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. 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 transportados para o programa estatístico SPSS, agrupados em categorias e analisados estatisticamente (PALLANT, 2010).

Os dados foram apresentados por estatística descritiva e, posteriormente, foram testadas associações entre sexo, grupo etário, método de tentativa de suicídio (autointoxicação ou lesões autoprovocadas), quantidade de substâncias utilizadas em autointoxicação, tipos de substâncias utilizadas em autointoxicação e as demais características dos atendimentos: semestre, local e hora da solicitação do chamado, tempo de espera pelo atendimento, sinais e sintomas documentados (quantidade), agravos traumáticos documentados (quantidade), avaliação clínica documentada (quantidade), intervenções de enfermagem documentadas (quantidade) e destino final (serviço de saúde, sem encaminhamento ou óbito no local do atendimento).

As associações de variáveis categóricas entre si foram estudadas por meio da aplicação do Teste Qui-quadrado e Teste exato de Fisher. As associações entre variáveis numéricas foram avaliadas mediante aplicação do Teste de Correlação de Pearson e Correlação de Spearman. Os testes de comparação de média (Teste Kruskal-Wallis e Teste U de Mann-Whitney) foram utilizados

para examinar as associações entre uma variável categórica e variável numérica (PALLANT, 2010; PAGANO; GAUVREAU, 2011). O nível alfa mínimo aceito em pesquisas científicas, que é 0,05, ($p < 0,05$) foi utilizado neste estudo. Este indica que haveria apenas cinco hipóteses nulas sendo rejeitadas incorretamente em cada 100 amostras, ou seja, comparados aos intervalos de confiança (IC) 0,05 seria igual a 95% (POLIT et al., 2011).

3.6 Aspectos Éticos

O estudo foi iniciado após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo A) e autorização do SAMU (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 secundários, portanto, solicitada a dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido.

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

4 RESULTADOS

4.1 Características dos atendimentos realizados

Neste estudo, foram analisadas manualmente 48.168 fichas documentadas por unidades de suporte básico de um serviço móvel de atendimento a urgências, sendo que 313 foram incluídas neste estudo de acordo com os critérios estabelecidos. Essas fichas correspondem a 90% dos atendimentos por comportamento suicida realizados pelo SAMU e documentados no ano analisado, pois 35 atendimentos (10%) foram realizados por unidades de suporte avançado.

A maioria dos chamados relacionados a comportamento suicida referia-se a 60,1% mulheres (Tabela 1), com idade de 20 a 59 anos (74,5%) que tentaram suicídio (96,5%) por autointoxicação (73,5%) e estavam na própria residência (84,3%) e foram encaminhadas para um serviço de saúde pré-hospitalar (62,9%). Destaca-se ainda a divisão equitativa dos chamados entre os semestres.

Tabela 1. Características dos atendimentos relacionados ao comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida (n=313)

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	188	60,1
Masculino	104	33,2
Não informado	21	6,7
Idade		
Jovens (0 a 19)	27	8,6
Adultos (20 a 59)	233	74,5
Idosos (acima de 60)	15	4,7
Não informado	38	12,1
Tentativa de Suicídio		
Sim	302	96,5
Não	11	3,6
Método da Tentativa		
autointoxicação	230	73,5
Ferimento por arma branca	44	14,2
Enforcamento	17	5,4
Queda	3	1,0
Queimadura	2	0,6
Acidente automobilístico	2	0,6
Afogamento	1	0,3
Não se aplica	7	2,2
Não informado	16	5,1
Hora da solicitação		
06h00 - 11h59	57	18,2
12h00 - 17h59	71	22,7
18h00 - 23h59	95	30,0
24h00 - 05h59	40	12,8
Não informado	50	16,0
Semestre		
Primeiro	155	49,5
Segundo	158	50,5
Destino Final		
Serviço de saúde	238	76,0
Não removido	40	12,8
Óbito no local	6	1,9
Não informado	29	9,3

A tabela 2 apresenta os tipos de produtos utilizados por pessoas atendidas por unidades de suporte básico de vida devido a quadros de

autointoxicação. O medicamento foi utilizado pela maioria das vítimas atendidas (63,9%), sendo utilizado isoladamente (54,8%) ou associado a outras substâncias (9,1%).

Tabela 2. Produtos utilizados nos atendimentos relacionados a autointoxicações realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida (n=230)

Produto utilizado em autointoxicação	N	%
Medicamento	126	54,8
Veneno	14	6,1
Álcool ou droga	5	2,2
Medicamento e veneno	1	0,4
Medicamento, álcool e droga	19	8,3
Veneno, álcool e droga	2	0,9
Medicamento, veneno, álcool e droga	1	0,4
Outros	10	4,3
Não informado	52	22,6
Total	230	100,0

Em relação aos sinais e sintomas documentados nas fichas de atendimento (Tabela 3), verificou-se que em 60,7% das fichas não continham nenhuma documentação de sinais ou sintomas avaliados ou identificados. Predominaram a “alteração psiquiátrica”, documentada em 16% das fichas seguida pela agitação psicomotora presente em 7,3% das fichas analisadas.

Tabela 3. Sinais e Sintomas documentados nas fichas de atendimentos relacionados ao comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida (n=313)

Sinais/Sintomas documentados	N	%
Alteração psiquiátrica	50	16
Hálito alcoólico	27	8,6
Agitação psicomotora	23	7,3
Agressividade	14	4,5
Dor	13	4,1
Sangramento	8	2,6
Inconsciência	7	2,2
Vômito	6	2,0
Tontura	6	2,0
Desmaio	6	1,9
Suspeita de óbito	5	1,6
Dispneia	5	1,6
Parada Cardiorrespiratória	1	0,3
Anisocoria	1	0,3
Não informado	190	60,7

Quanto a assistência de enfermagem (Tabela 4), notou-se que as intervenções mais executadas pela equipe, de acordo com os registros assinalados, estiveram relacionadas à monitorização parâmetros clínicos tais como a pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, frequência respiratória, monitorização do nível de consciência, entre outros. Todavia, os únicos procedimentos realizados na maioria dos atendimentos foram a verificação da pressão arterial e a avaliação da frequência cardíaca.

Tabela 4. Intervenções de enfermagem documentada nas fichas de atendimentos relacionados ao comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida (n=313)

Intervenções realizadas	N	%
Verificação de pressão arterial	162	51,8
Avaliação da frequência cardíaca	159	50,8
Avaliação da saturação de O ₂	151	48,2
Avaliação da frequência respiratória	46	14,7
Monitorização do nível de consciência	55	17,6
Aplicação da escala de coma de Glasgow	39	12,5
Oxigenoterapia	9	3,5
Glicozimetria	7	3,7
Contenção mecânica	4	1,3
Imobilização com prancha	4	1,2
Imobilização cervical	2	0,6
Liberção VAS	1	0,3
Imobilização com tala	1	0,3
RCP	1	0,3

4.2 Associações entre características demográficas das vítimas e atendimentos realizados

A tabela 5 apresenta os resultados de testes de associação entre sexo e demais características dos atendimentos realizados. Pessoas do sexo masculino tiveram maior quantidade de sinais e sintomas documentados e todos os óbitos ocorridos no local do atendimento foram observados entre homens.

O sexo feminino esteve associado a atendimentos realizados no primeiro semestre, tentativa de suicídio por autointoxicação e uso de maior quantidade de substâncias, em casos de tentativa de suicídio por autointoxicação. Foi observada ainda maior quantidade de mulheres entre os atendimentos nos quais não houve remoção de vítima pelas ambulâncias.

Tabela 5. Associação entre sexo e características dos atendimentos por comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida segundo (n=313)

Variáveis	Sexo		Valor de p
	Masculino	Feminino	
	Média (DP)	Média (DP)	
Quantidade de substâncias	0,88 (1,00)	1,20 (0,98)	0,001*
Sinais/Sintomas	0,74 (0,96)	0,51 (0,82)	0,017*
Agravos traumáticos	0,14 (0,35)	0,10 (0,30)	0,272*
Avaliação clínica	1,81 (1,77)	1,84 (1,63)	0,945*
Intervenções realizadas	1,38 (1,37)	1,37 (1,23)	0,813*
Tempo de espera (min.)	12,68 (28,36)	12,12 (13,67)	0,297*
Variáveis	N (%)	N (%)	Valor de p
Grupo etário (anos)			
Adolescentes (8-19)	11 (40,7)	16 (59,3)	0,345**
Adultos (20-59)	80 (35,4)	146 (64,6)	
Idosos (60 ou mais)	8 (53,3)	7 (46,7)	
Método utilizado			
autointoxicação	63 (29,3)	152 (70,7)	<0,001***
lesões autoprovocadas	41 (53,2)	36 (46,8)	
Hora da solicitação			
06h00 - 11h59	25 (46,3)	29 (53,7)	0,217**
12h00 - 17h59	23 (35,4)	42 (64,6)	
18h00 - 23h59	28 (31,1)	62 (68,9)	
24h00 - 05h59	10 (27,8)	26 (72,2)	
Semestre			
Primeiro	39 (27,9)	101 (72,1)	0,008***
Segundo	65 (42,8)	87 (57,2)	
Destino Final			
Serviço de saúde	82 (36,3)	144 (63,7)	0,004***
Não removido	8 (24,2)	25 (75,8)	
Óbito no local	6 (100,0)	0 (0,0)	

*Teste U de Mann-Whitney; **Teste Qui-quadrado; *** Teste exato de Fisher

Os resultados de testes de associação não demonstraram associação estatisticamente significativa entre grupo etário e demais características dos atendimentos realizados (Tabela 6).

Tabela 6. Associação entre grupo etário e características dos atendimentos por comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida segundo (n=313)

Variáveis		Grupo etário (anos)			Valor de p
		Adolescente	Adulto	Idoso	
		(8-19)	(20-59)	(≥ 60)	
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Quantidade de substâncias	de	1,12 (0,73)	1,12 (1,04)	0,69 (0,63)	0,283*
Sinais/Sintomas		0,32 (0,80)	0,62 (0,91)	0,69 (1,11)	0,098*
Agravos traumáticos		0,00 (0,00)	0,13 (0,34)	0,08 (0,28)	0,135*
Avaliação clínica		1,68 (1,70)	1,84 (1,64)	2,08 (1,80)	0,746*
Intervenções realizadas		1,28 (1,49)	1,40 (1,27)	1,31 (1,18)	0,736*
Variáveis		N (%)	N (%)	N (%)	Valor de p
Método utilizado					0,149**
autointoxicação		22 (11,1)	169 (84,9)	8 (4,0)	
lesões autoprovocadas		3 (4,5)	58 (87,9)	5 (7,6)	
Hora da solicitação					0,914**
06h00 - 11h59		6 (12,2)	39 (79,6)	4 (8,2)	
12h00 - 17h59		6 (9,8)	53 (86,9)	2 (3,3)	
18h00 - 23h59		9 (10,6)	72 (84,7)	4 (4,7)	
24h00 - 05h59		2 (6,7)	27 (90,0)	1 (3,3)	
Semestre					0,494***
Primeiro		9 (7,4)	107 (88,4)	5 (4,1)	
Segundo		16 (11,1)	120 (83,3)	8 (5,6)	
Destino Final					0,635**
Serviço de saúde		18 (8,6)	182 (86,7)	10 (4,8)	
Outros		4 (12,1)	27 (81,8)	2 (6,1)	

*Teste Kruskal-Wallis; ** Teste exato de Fisher; ***Teste Qui-quadrado

4.3 Associações entre características do comportamento suicida e atendimentos realizados

A tabela 7 apresenta os resultados de testes de associação entre método utilizado no comportamento suicida e demais características dos atendimentos realizados. Os casos de autointoxicação estiveram relacionados a maior quantidade de avaliação clínica e intervenções documentadas e maior tempo de espera pelo atendimento (que compreende o tempo transcorrido entre o chamado e a chegada da ambulância). As autointoxicações também foram mais frequentes no período entre 18h e 23h59min e houve maior quantidade de casos de autointoxicação entre os atendimentos nos quais não houve remoção de vítima pelas ambulâncias, ou seja, atendimentos nos quais não houve encaminhamento do paciente para algum serviço de saúde.

As lesões autoprovocadas (ferimento por arma branca, enforcamento, queda, queimadura, acidente automobilístico e afogamento) estiveram associados a óbito no local do atendimento e a maior quantidade de sinais, sintomas e agravos traumáticos documentados.

Tabela 7. Associação entre método utilizado e características dos atendimentos por comportamento suicida realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida segundo (n=313)

Variáveis	Método utilizado		Valor de p
	autointoxicação	Lesões autoprovocadas	
	Média (DP)	Média (DP)	
Sinais/Sintomas	0,43 (0,74)	1,04 (1,10)	<0,001*
Agravos traumáticos	0,04 (0,19)	0,30 (0,46)	<0,001*
Avaliação clínica	2,07 (1,59)	0,99 (1,62)	<0,001*
Intervenções realizadas	1,49 (1,18)	0,90 (1,42)	<0,001*
Tempo de espera (min.)	13,96 (27,16)	10,89 (15,37)	0,161*
Variáveis	N(%)	N(%)	Valor de p
Hora da solicitação			
06h00 - 11h59	37 (64,9)	20 (35,1)	0,006**
12h00 - 17h59	49 (69,0)	22 (31,0)	
18h00 - 23h59	83 (87,4)	12 (12,6)	
24h00 - 05h59	29 (72,5)	11 (27,5)	
Semestre			
Primeiro	118 (76,1)	37 (23,9)	0,293**
Segundo	112 (70,9)	46 (29,1)	
Destino Final			
Serviço de saúde	177 (74,4)	61 (25,6)	<0,001***
Não removido	31 (77,5)	9 (22,5)	
Óbito no local	0	6 (100)	

*Teste U de Mann-Whitney; **Teste Qui-quadrado; *** Teste exato de Fisher

Nos casos de autointoxicação foram testadas associações entre a quantidade de substâncias e características dos atendimentos. Observou-se quanto maior a quantidade de substâncias utilizadas menor a quantidade de sinais, sintomas e agravos traumáticos documentados e maior a quantidade de avaliação clínica e intervenções documentadas nas fichas de atendimentos (tabela 8).

Tabela 8. Associação entre quantidade de substâncias e características dos atendimentos por autointoxicação realizados por Unidades de Suporte Básico de Vida segundo (n=230)

Variáveis	Quantidade de Substâncias	
	C	Valor de p
Sinais/Sintomas	-0,180	0,002
Agravos traumáticos	-0,340	<0,001
Avaliação clínica	0,261	<0,001
Intervenções realizadas	0,234	<0,001
Tempo de espera (min.)	0,093	0,168

*Teste de Correlação de Pearson

Foi empregado ainda o Teste U de Mann-Whitney que não revelou associação significativa entre a quantidade de substâncias e o destino final da pessoa atendida (serviço de saúde, óbito ou não ser removido).

Nos casos de autointoxicação, os testes de associação (Qui-quadrado e Fisher, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e Correlação de Spearman) não detectaram associações significantes entre o tipo de substância utilizada nas autointoxicações (medicamentos ou outras substâncias) e as outras características dos atendimentos.

5 DISCUSSÃO

O conhecimento das características locais relacionadas ao suicídio é importante para orientar programas de proteção e prevenção da ocorrência (MACHADO; SANTOS, 2015), pois o comportamento suicida não letal (especialmente tentativas de suicídio) está associado a elevado sofrimento mental e está entre os principais preditores de futuro óbito por suicídio.

Nesse entre os atendimentos por comportamento suicida realizados pelo serviço de atendimento móvel de urgência predominaram mulheres adultas, que tentaram suicídio por intoxicação na própria residência e foram encaminhadas para um serviço pré-hospitalar de atendimento a urgências.

Embora os dados relacionados à mortalidade por suicídio sejam maiores no sexo masculino, a tentativa de suicídio é maior no sexo feminino (OMS, 2000; MARCONDES et al., 2002; BERNARDES et al., 2010; SANTANA et al., 2011; VIDAL et al., 2013; BOTEAGA, 2014; OPS, 2014; WHO, 2014), o que corrobora com os achados deste estudo uma vez que a maioria dos chamados para as unidades de suporte básico de vida eram de mulheres (60,1%) que tentaram o autoextermínio (96,5%).

Alguns estudos apontam que o comportamento suicida no sexo feminino está comumente relacionado a traumas vivenciados na infância, abuso sexual, problemas conjugais e transtornos de ansiedade, tornando-as mais susceptíveis para novas tentativas (PIRES et al., 2012; VELOSO et al., 2017).

A menor ocorrência do óbito por suicídio entre as mulheres, pode ser atribuída a diversos fatores, como métodos menos letais, religiosidade, atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais, desempenho de papéis durante a vida e baixa prevalência de alcoolismo.

As mulheres também reconhecem de forma precoce os sinais de risco para a depressão, doença mental, suicídio, buscam ajuda em momentos de crise e tem maior participação nas redes de apoio sociais. O homem possui comportamentos que predispõem ao suicídio, como a impulsividade, competitividade, maior acesso a armas letais; também carregam o significado do papel de gênero, como o “provedor econômico” do lar, em uma cultura patriarcal, sendo submetidos a maior fator de estresse quanto ao desemprego,

empobrecimento, desespero e doenças mentais (MENEGHEL et al., 2004; SANTANA et al., 2011).

Em relação a faixa etária encontrada, o suicídio figura entre as três principais causas de morte de pessoas entre 15 e 45 anos de idade (BOTEGA, 2014; OPS, 2014; WHO, 2014), o que vai de encontro com os achados deste estudo uma vez que a maioria da população atendida pela Unidade de Suporte Básico de Vida tinha idade entre 20 e 59 anos e em segundo lugar jovens, de 0 a 19 anos. Os dados relacionados ao grupo etário são condizentes ainda com outro estudo realizado com a população brasileira (MARTINS; FERNANDES, 2016).

No que se refere ao horário do chamado, um estudo que investigou chamados relacionados ao comportamento suicida na província de Málaga (Espanha) também encontrou o predomínio de chamados durante a tarde e noite (JIMÉNEZ-HERNÁNDEZ et al., 2017), demonstrando que é importante investigar períodos de possível vulnerabilidade aumentada para o engajamento em comportamento suicida.

Destaca-se que o horário da maioria dos chamados por comportamento suicida não coincide com o período de funcionamento de muitos serviços de saúde de atenção primária a saúde e serviços especializados em saúde mental que poderiam ser recursos de apoio em tais situações.

Estudo brasileiro que investigou índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006 nas regiões e capitais estaduais identificou que casa era o cenário mais frequente de suicídios (LOVISI et al., 2009), aspecto também identificado no presente estudo e que merece destaque no planejamento de estratégias preventivas e no plano de gestão de crises entre pessoas vulneráveis ao comportamento suicida. As autointoxicações parecem ocorrer mais comumente no ambiente domiciliar, onde há disponíveis, agentes farmacêuticos e/ou produtos tóxicos seja para uso da própria vítima ou de algum familiar (PIRES et al., 2012; VELOSO et al., 2017).

Neste estudo, a maioria dos pacientes foi encaminhado para algum serviço de emergência. Todavia, o seguimento e manutenção do tratamento após o atendimento em setores de emergência costumam ser desafiadores (LIN et al., 2014) e pessoas com comportamento suicida podem ter mais

dificuldade de aderir ao tratamento intensivo ao longo do tempo (BERROUIGUET et al., 2018).

Os métodos mais frequentemente empregados para o suicídio variam segundo a cultura e o quanto estão acessíveis (BOTEGA, 2014). Autointoxicação foi identificada como método na maioria dos atendimentos analisados no presente estudo. Destaca-se que esse método é mais comum entre tentativas não letais e no público feminino, segundo estudos prévios (NORDENTOFT et al., 1993; HAWTON; FAGG, 2011; BERNARDES et al., 2010; VIDAL et al., 2013; VELOSO et al., 2017).

As elevadas taxas de autointoxicação podem estar relacionadas com a vasta disponibilidade e acessibilidade de medicamentos e produtos tóxicos, a prescrição indiscriminada de medicamentos e a facilidade para aquisição de drogas lícitas e ilícitas (SANTANA et al., 2011; PIRES et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2016).

As autointoxicações tendem a assumir proporções menores em estudos que analisam os óbitos por suicídio, o que pode estar relacionado à letalidade do método. Em 2012, no Brasil, 86,9% dos óbitos por suicídio decorreram de lesões autoprovocadas e 13,1%, de autointoxicação (MACHADO; SANTOS, 2015). Uma revisão de literatura realizada com dados do Japão também identificou que a intoxicação foi o método mais frequente de tentativa de suicídio (52%) (KAWASHIMA et al., 2014).

Estudo brasileiro realizado em um município do estado de São Paulo, também identificou a autointoxicação medicamentosa como principal método de tentativas de suicídio entre pessoas com histórico de comportamento suicida (BOTEGA et al., 2009), o que corrobora com os resultados do presente estudo.

O perfil de elevada autointoxicação com os medicamentos demonstra a importância de monitoramento das necessidades e do risco de suicídio entre pessoas em tratamento para diferentes condições, bem como a necessidade de oferecimento de psicoeducação, outras modalidades terapêuticas e ações que promovam o uso seguro e racional dos medicamentos.

Um dado importante evidenciado neste trabalho foi em relação a lacuna de informações disponíveis no registro de enfermagem, o que dificultou a

análise mais completa das fichas de atendimento impossibilitando maiores avaliações e associações. Importante ressaltar que sendo o SAMU o primeiro serviço a qual o paciente será acolhido, para a continuidade do atendimento, informações sobre o atendimento são extremamente importantes para um atendimento mais coeso e resolutivo.

De acordo com Vasconcellos et al. (2008), cerca de 50% das informações acerca da condição do paciente e do atendimento em si, são fornecidas pela equipe de enfermagem. Tais informações, como por exemplo, sinais vitais, condições em que o paciente foi encontrado, agravos, eventos adversos, são fundamentais para a continuidade do atendimento nos serviços de emergência que darão prosseguimento ao tratamento, por esse motivo, espera-se que os registros de enfermagem sejam completos e fieis ao ocorrido durante o atendimento.

De acordo com Matsuda et al. (2006), os “registros ou anotações de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao cliente e aos seus cuidados”. Tem por finalidade estabelecer fonte de subsídio para a avaliação da assistência prestada, instituir documentos legais, colaborar para a auditoria, contribuindo com o ensino e pesquisa (SETZ; D’INNOCENZO, 2009), e que poderão vir a ser utilizados como provas oficiais em uma possível ação judicial (COREN-SP, 2009).

A maioria das fichas de atendimento analisadas no presente estudo não continha nenhuma documentação de sinais ou sintomas avaliados ou identificados. Desse modo não era possível perceber se essas informações foram coletadas, mas é possível inferir que não foram suficientemente valorizadas. Esse resultado contrasta com estudo realizado em Taiwan no qual a maioria dos pacientes recebeu avaliações psicossociais (LIN et al., 2014). Destaca-se ainda que esse resultado está em desacordo com o as recomendações do SAMU, nas quais os sinais vitais (pressão arterial, frequência respiratória e frequência cardíaca) fazem parte do protocolo para todo e qualquer atendimento realizado por esse serviço (BRASIL, 2014).

Destaca-se que a sistematização da assistência de enfermagem requer uma coleta de dados suficiente para permitir que o cuidado seja individualizado (NANDA, 2015).

De acordo com as fichas de atendimento analisadas neste estudo, as intervenções mais executadas pela equipe de enfermagem estiveram relacionadas à monitorização de parâmetros clínicos. Esse resultado pode estar relacionado às prioridades relacionadas à manutenção da vida dos clientes, mas contrasta com a falta de documentação de agravos traumáticos, sinais e sintomas. Também é possível que esse achado esteja relacionado a incompatibilidade entre o tempo para o atendimento e registro e as características ou praticidade da ficha do atendimento, ao significado atribuído ao atendimento a pessoas com comportamentos suicidas e problemas relacionados à formação e habilidade dos profissionais.

Sendo assim, vale também, discutir a importância da qualificação e sensibilização dos profissionais para o preenchimento da ficha de atendimento preconizada pelo serviço e a necessidade de avaliação da ficha de atendimento por especialistas em diferentes áreas relacionadas às emergências e pelos profissionais do serviço para analisar a adequação do referido instrumento para a documentação ágil, completa e efetiva dos diferentes tipos atendimentos realizados.

Estudo brasileiro revelou que geralmente, os profissionais de enfermagem que atuam em emergências não se sentem suficientemente preparados e seguros ao cuidar de pessoas em risco de suicídio, tendem a restringir-se aos cuidados relacionados às demandas físicas dos pacientes e não se percebem com acesso a protocolos, supervisão, apoio e educação continuada. Essas condições precisam ser melhoradas através de programas de prevenção ao suicídio, políticas institucionais, recursos, diretrizes e protocolos, indicadores de monitoramento e promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem (VEDANA et al., 2017).

Assim, embora a equipe de enfermagem possa desempenhar um importante papel no atendimento a pessoas que tentaram suicídio na prevenção de futuras tentativas (NEBHINANI et al., 2013; OSAFO et al., 2012), nem sempre é isso que se observa na prática e a assistência de enfermagem pode ser qualificada com o devido treinamento, suporte, supervisão e melhores condições para os atendimentos (VEDANA et al., 2017).

É importante ainda criar e avaliar estratégias que permitam momentos de discussão, reflexão e intercâmbio de experiências entre profissionais para promover a auto avaliação, a integração do conhecimento, a coesão da equipe, a redefinição das práticas, a redefinição da assistência ao suicídio e as novas estratégias de atenção (VEDANA et al., 2017).

A elevada taxa de mortalidade por suicídios e de tentativas, apontam para a necessidade de melhoria dos cuidados em saúde destes indivíduos, tanto na prevenção, quanto na assistência (VIDAL et al., 2013) e os serviços de atenção às emergências podem ter uma posição estratégica nesse cenário (KAWASHIMA et al., 2014), pois comumente são o primeiro (LIN et al., 2014) local de contato com os cuidados em saúde mental para pessoas com comportamentos suicidas.

Neste estudo, foram observadas diferenças relacionadas ao sexo da vítima e letalidade do comportamento suicida, método da tentativa de suicídio, encaminhamento para serviços de emergência e semestre da ocorrência.

A literatura aponta a existência de diferenças de sexo na manifestação de comportamentos suicidas. Pensamentos e tentativas de suicídio ao longo da vida são mais comuns entre mulheres, embora o óbito por suicídio seja mais comum entre homens. Tais diferenças são moderadas, mas não apagadas por outros fatores como idade, raça e região geográfica. Todavia, o acesso a métodos letais, transtornos mentais e aspectos culturais podem afetar as diferenças de sexo em relação ao comportamento suicida (FOX et al., 2017).

Assim como o presente estudo, outras pesquisas brasileiras referentes a dados de suicídio registrados entre 1980 e 2006 (LOVISI et al., 2009) e em 2000 e 2012 (MACHADO; SANTOS, 2015) encontraram maiores taxas de óbitos por suicídio entre homens. Os homens tendem a demonstrar maior agressividade no método utilizado, sendo as armas de fogo, precipitação de lugares elevados e enforcamento, são as principais escolhas (BOTEGA et al., 2009; SANTANA et al., 2011; MARTINS et al., 2012; PIRES et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2016), tal fato pode estar associado a maior facilidade ao acesso aos métodos letais, competitividade e impulsividade, baixa aceitação dos transtornos depressivos e fatores sociais.

Em recente estudo realizado com informações do DataSus dos últimos 10 anos (2004-2014), observou-se que assim como os homens mais matam, eles também são os que mais morrem com mortes autoprovocadas, relacionando tal fato com a forma com a qual o homem se relaciona com seus pares na sociedade, utilizando da violência como forma de resolução de conflitos (MARTINS; FERNANDES, 2016). Esses achados reforçam a importância de considerar as especificidades de cada gênero no que se refere aos cuidados em saúde mental e na prevenção do comportamento suicida.

Destaca-se ainda que não foi possível avaliar no presente estudo, informações relacionadas a identidade de gênero ou orientação sexual. Todavia, a literatura aponta que pertencer a uma minoria sexual pode ser um fator de risco para comportamentos suicidas por estar associada a numerosas adversidades, estressores e sofrimento mental (FOX et al., 2017).

No presente estudo, não foi observada nenhuma associação estatisticamente significativa entre os diferentes grupos etários e demais características dos atendimentos analisadas no presente estudo. Esses resultados contrastam com algumas informações disponíveis na literatura, especialmente em relação a letalidade dos comportamentos suicidas. Contudo, o número de óbitos identificados no presente estudo pode ter sido insuficiente para permitir tal observação.

Estudos em diferentes países sugerem que as características do comportamento parecem variar ao longo do ciclo vital. Nos Estados Unidos, em um estudo realizado com dados de 2006 a 2013, a taxa de atendimentos em serviços de emergência relacionadas à ideação suicida foi maior entre jovens do que entre os adultos mais velhos (OWENS et al., 2017). Em estudo que investigou chamados relacionados ao comportamento suicida na província de Málaga (Espanha), as chamadas de atendimento relacionadas a óbito por suicídio foram mais frequentes em pessoas de idade avançada, enquanto as outras formas de comportamento suicida (não letal) foram mais comuns em idades mais jovens (JIMÉNEZ-HERNÁNDEZ et al., 2017). Estudo brasileiro que investigou índices de suicídio registrados entre 1980 e 2006 nas regiões e capitais estaduais identificou que os índices mais altos de suicídio eram registrados na faixa etária de 70 anos ou mais, enquanto que os maiores

aumentos aconteceram na faixa etária dos 20 aos 59 anos (LOVISI et al., 2009). Estudo de revisão também identificou que as tentativas de suicídio não fatais são mais frequentes entre adolescentes e jovens adultos. Por outro lado, idade avançada está associada ao óbito por suicídio (CONEJERO et al., 2016).

Diversos fatores de risco estão relacionados ao comportamento suicida entre idosos, entre eles, é possível destacar a presença de transtornos mentais, doenças físicas, comprometimento funcional, falta de adaptação funcional às mudanças, múltiplos estressores e perdas, desesperança, o sofrimento emocional, rigidez de personalidade, estilos cognitivos mal adaptativos (depreciação, culpa, negativismo), impossibilidade de exercer controle sobre aspectos importantes da vida, resposta ao estresse exacerbada, comportamentos de risco, solidão, isolamento social e suporte social insatisfatório (CONWELL et al., 2011; MINAYO; CAVALCANTE, 2015; FISKE; O'RILEY, 2016).

Cabe considerar que, de modo geral, a literatura mostra que as taxas mais elevadas de suicídio entre idosos são identificadas principalmente entre os homens, pois entre idosos, as taxas de suicídio parecem tornar-se mais elevadas entre os homens e mais reduzidas entre mulheres (FOX et al., 2017). Assim, a menor quantidade de homens no presente estudo pode ter contribuído para a ausência de diferença estatisticamente significativa entre os diferentes grupos etários e a letalidade dos comportamentos suicidas.

A prevenção do suicídio entre idosos do sexo masculino é particularmente desafiadora pois homens idosos também parecem menos propensos a procurar ajuda para problemas emocionais e os programas preventivos (em sua maioria) são mais eficientes para as mulheres (CONWELL et al., 2011; LAPIERRE et al., 2011).

Neste estudo, as tentativas de suicídio por autointoxicação, quando comparadas a outros métodos (lesões autoprovocadas), foram mais frequentes no período entre 18h e 23h59, e estiveram associadas a maior avaliação e intervenção, menor documentação de sinais, sintomas e agravos, menor encaminhamento e menor letalidade. Nos casos de autointoxicação exógena, quanto maior a quantidade de substâncias utilizadas menor a quantidade de

sinais, sintomas e agravos documentados e maior a documentação de avaliação clínica e intervenções.

As diferenças observadas na assistência de enfermagem de acordo com os métodos de tentativas de suicídio não parecem puramente explicadas pelo julgamento clínico, pois a maior avaliação e intervenção observada entre as autointoxicações contrastam com a menor documentação de sinais, menor encaminhamento desses casos para serviços de emergência, e com a menor letalidade associada a esse tipo de método.

Embora as autointoxicações se constituam como métodos de tentativas de suicídio geralmente associados a menor letalidade (Lovisi et al. 2009), eles são preocupantes por serem muito acessíveis e utilizados com frequência. Destaca-se ainda que o acompanhamento de pessoas com comportamento suicida nem sempre é continuado após a alta do serviço de emergência e o período pós-alta constitui um período crítico no qual o risco de suicídio ainda é elevado (BERROUIGUET et al., 2018). Além disso, o poder de letalidade dos métodos de suicídio é uma informação importante, porém a presteza de um possível resgate a pessoas que tentam se matar também pode ser determinante no prognóstico de muitos casos (BOTEGA, 2014).

Estudo desenvolvido em um setor de emergência na Suécia revelou que pessoas que sobrevivem a um episódio de autointoxicação tem maior chance de morrer por suicídio, sendo que há maior vulnerabilidade entre homens e no período de 2 anos após a admissão por autointoxicação (STENBACKA et al., 2017). O mesmo estudo revelou ainda que o envenenamento foi o método de óbito por suicídio mais comum entre essas pessoas e sugere que a prevenção precoce da autointoxicação é crucial para reduzir as mortes futuras (STENBACKA et al., 2017). Outro estudo prospectivo realizado em Taiwan com pessoas com múltiplas tentativas de suicídio sugere que pode haver alteração nos métodos utilizados para as tentativas de suicídio e a progressão em direção a métodos mais (CHEN et al., 2016). Esses aspectos revelam a importância de um olhar cuidadoso para as tentativas de suicídio, especialmente nos casos de pessoas com múltiplas tentativas.

É de suma importância o desenvolvimento e divulgação de pesquisas com elevado rigor metodológico relacionadas à intervenções para a redução do

comportamento suicida, pois ainda há uma falta de evidências suficientemente sólidas para nortear práticas e políticas relacionadas à prevenção realmente capazes de contribuir com a redução do comportamento suicida (ROBINSON; PIRKIS, 2014; SILVERMAN et al., 2014).

O presente estudo contribui com o reconhecimento de fatores associados aos comportamentos suicidas e assistência de enfermagem, o que pode colaborar com o reconhecimento de aspectos relacionados a maior vulnerabilidade e oferecer reflexões sobre as limitações e o potencial da assistência da enfermagem em atuar na prevenção do comportamento suicida.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo possui como limitações o fato de possuir uma amostra limitada relacionada a um único município e abordar dados secundários com escassez de informações nas fichas sobre alguns aspectos relacionados à avaliação e assistência aos casos atendidos. Todavia, esse é um estudo pioneiro na descrição da assistência de enfermagem em ocorrências de comportamento suicida atendidas pelo serviço móvel de urgência no contexto brasileiro.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo investigar os atendimentos relacionados ao comportamento suicida em 2014 em um serviço de atendimento móvel de urgência e fatores associados. Foram analisadas 313 fichas de atendimentos nas quais constatou-se o predomínio de mulheres adultas, que tentaram suicídio por intoxicação medicamentosa, na própria residência e foram encaminhadas para um serviço de pré-hospitalar de atendimento a urgências.

O comportamento suicida esteve associado a local e métodos comuns e acessíveis no cotidiano das pessoas em situação de vulnerabilidade. Desse modo, revela-se a importância da avaliação e intervenção junto a pessoas em vulnerabilidade.

O perfil de elevada autointoxicação com os medicamentos demonstra a importância de monitoramento das necessidades e do risco de suicídio entre pessoas em tratamento para diferentes condições, bem como a necessidade de psicoeducação, acesso a diferentes modalidades terapêuticas e outras ações que promovam o uso racional dos medicamentos.

No que se refere a avaliação clínica e aos cuidados de enfermagem prestados a essa clientela, na maioria das fichas de atendimento analisadas não havia nenhuma documentação de sinais, sintomas ou agravos. Não era possível perceber se a avaliação e assistência de enfermagem foram escassas ou insuficientemente documentadas.

As intervenções mais executadas pela equipe de enfermagem estiveram relacionadas a monitorização de parâmetros clínicos, aspecto que pode refletir as prioridades do atendimento, mas contrasta com a falta de documentação de agravos traumáticos, sinais e sintomas. Esses resultados destacam a importância de avaliar a compatibilidade entre o tempo para o atendimento e características e praticidade do registro e aspectos relacionados à formação e habilidade dos profissionais.

Neste estudo, foram observadas diferenças relacionadas ao sexo da vítima e letalidade do comportamento suicida, método da tentativa de suicídio, encaminhamento para serviços de emergência e semestre da ocorrência. Entre mulheres, foram observados maior sobrevivência, menor encaminhamento

para serviços de saúde, menor documentação de sinais e sintomas, mais atendimentos no primeiro semestre, por intoxicações, e utilização de maior quantidade de substâncias nos casos de tentativa de suicídio por intoxicação. Esses achados reforçam a importância de considerar as especificidades de cada sexo no que se refere aos cuidados em saúde mental e na prevenção do comportamento suicida.

Não houve associação estatisticamente significativa entre os diferentes grupos etários e demais características dos atendimentos analisadas no presente estudo. Esses resultados contrastam com algumas informações disponíveis na literatura, especialmente em relação à letalidade dos comportamentos suicidas. Contudo, o número de óbitos identificados no presente estudo pode ter sido insuficiente para permitir tal observação.

Foram identificadas diferenças entre as tentativas de suicídio por intoxicação ou por lesões autoprovocadas. As tentativas de suicídio por intoxicação foram mais frequentes no período entre 18h e 23h59min e estiveram associadas a maior sobrevivência, menor encaminhamento para serviços de saúde, menor documentação de sinais, sintomas e agravos, maior documentação de avaliação clínica e intervenções, maior tempo de espera pelo atendimento. Nos casos de autointoxicação, maiores quantidades de substâncias utilizadas estiveram associadas a maior a documentação de avaliação clínica e intervenções, porém, menor a quantidade de sinais, sintomas e agravos documentados.

As diferenças identificadas na assistência de enfermagem em relação aos métodos das tentativas de suicídio não parecem puramente explicadas pelo julgamento clínico, pois a maior avaliação e intervenção observada entre as autointoxicações contrastam com a menor documentação de sinais, menor encaminhamento desses casos para serviços de emergência, e com a menor letalidade associada a esse tipo de método. Tais aspectos reforçam a importância do investimento em supervisão, apoio e educação continuada aos profissionais que atuam nas emergências.

Espera-se que os resultados identificados e as reflexões suscitadas nesse estudo possam colaborar com o avanço do conhecimento relacionado ao

comportamento suicida e com a assistência, educação continuada, gestão e políticas relacionadas aos serviços de emergência pré-hospitalares.

REFERÊNCIAS

AYEHU, M.; TAREKEGN, S.; AKINFE, L. Socio-Demographic Characteristics, clinical profile and prevalence of existing mental illness among suicide attempters attending emergency services at two hospitals in Hawassa City, South Ethiopia: a cross-sectional study. **International Journal of Mental Health Systems**, 2017, 11(1): 1-9.

BERNARDES, S. S.; TURINI, C. A.; MATSUO, T. Perfil Das Tentativas de Suicídio Por Sobredose Intencional de Medicamentos Atendidas Por Um Centro de Controle de Intoxicações Do Paraná , Brasil Profile of Suicide Attempts Using Intentional Overdose with Medicines , Treated by a Poison Control Center. **Cadernos de Saúde Pública**, 2010, 26(7):1366–72.

BERROUIGUET, S. P.; COURTET, M. E.; LARSEN, M.; WALTER, G. V. Suicide Prevention: Towards Integrative, Innovative and Individualized Brief Contact Interventions. **European Psychiatry**, 2018, 47:25–26.

BERTOLETE, J.M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEGA, N.J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, sup.2, p. 87-95, 2010.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de Ideação, Plano E Tentativa de Suicídio: Um Inquérito de Base Populacional Em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2009, 25(12):2632–38.

BOTEGA, Neury José. Comportamento Suicida: Epidemiologia. **Psicologia USP**, 2014, 25(3).

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: 30 out. 2016.

_____. _____. **Portaria 2048/GM, de 05 de novembro de 2002**. Dispõe sobre o funcionamento dos Serviços de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. _____. **Portaria nº 1.864, 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: 08 jan. 2018.

_____. _____. **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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html>. Acesso em: 08 jan. 2018.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012.** Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2018.

BRITO, A. A. C.; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis**, v.25, n.4, Rio de Janeiro Oct./Dec. 2015.

BROVELLI, S. et al. Multicomponent Intervention for Patients Admitted to an Emergency Unit for Suicide Attempt: An Exploratory Study. **Frontiers in Psychiatry**, 2017, 8(09):1–10.

CARITÁ, E. C.; NINI, R. A.; MELO, A. S. Sistema de auxílio aos diagnósticos de enfermagem para vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel utilizando as Taxonomia NANDA e N C. **J. Health Inform.** 2010 Out/Dez; 2(4): 87-94.

CHAKRAVARTHY, B. et al. Depression, Suicidal Ideation, and Suicidal Attempt Presenting to the Emergency Department: Differences Between These Cohorts. **Western Journal of Emergency Medicine**, 2014, 15(2):211–16.

CHEN, I. M. et al. 2016. Risk Factors of Suicide Mortality among Multiple Attempters: A National Registry Study in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**, 2016, 115(5):364–71.

COFEM. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Brasília: COFEN; 2009.

CONEJERO, I.; LOPEZ-CASTROMAN, J.; GINER, L.; BACA-GARCIA, E. Sociodemographic Antecedent Validators of Suicidal Behavior: A Review of Recent Literature. **Current Psychiatry Reports**, 2016, 18(10).

CONWELL, Y.; VAN ORDEN, K.; CAINE, E. D. Suicide in Older Adults. **The Psychiatric clinics of North America**, 2011, 34(2):451–68.

COREN – SP. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. **Anotações de enfermagem**. Junho/2009. Disponível em: < <http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

COSTA, D. F.; GUEDES, D. P.; ROCHA-JUNIOR, J. A.; SILVA, R. M. Atividades do Enfermeiro no atendimento Pré – Hospitalar, com ênfase na Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Macapá. **Revista Madre Ciência Saúde**, v. 1, n. 1, 2016.

CVINAR, J. G. Do Suicide Survivors Suffer Social Stigma: A Review of the Literature. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 41, n. 1, p. 14-21, 2005.

DE LEO, D.; DRAPER, B.M.; SNOWDON, J.; KOLVES, K. Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? **Comprehensive Psychiatry**, v.54, n.7, p. 1117–1123, 2013.

DEL-BEN, C. M.; TENG, C. T. Emergências psiquiátricas: desafios e vicissitudes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 567-568, 2010.

DOWNEY, L. A.; ZUN, L. S.; BURKE, T. Undiagnosed mental illness in the emergency department. **Journal of Emergency Medicine**, New York, v. 43, n. 1, p. 876-882, 2012.

ENA. Emergency Nurses Association. **Clinical Practice Guideline: Suicide Risk Assessment**. Full Version. 2012.

FERNANDES, R.J. **Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretária da Saúde do município de Ribeirão Preto –SP**. Dissertação. Ribeirão Preto – SP: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.

FISKE, A.; O'RILEY, A. A. Toward an Understanding of Late Life Suicidal Behavior: The Role of Lifespan Developmental Theory. **Aging & Mental Health**, 2016, 20(2):123–30.

FOX, K. R.; MILLNER, A. J.; MUKERJI, C. E.; NOCK, M. K. Examining the Role of Sex in Self-Injurious Thoughts and Behaviors. **Clinical Psychology Review**, 2017, (06):0–1.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Antropologia e Saúde Collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 192 p. ISBN 978-85-7541-378-4.

GUERREIRO, D.F.; FIGUEIRA, M. L.; CRUZ, D.; SAMPAIO.D. Coping Strategies in Adolescents Who Self-Harm A Community Sample Study. **Crisis**, 2015; 36(1):31–37.

HAWTON, K.; FAGG, J. Suicide , and Other Causes of Death , Following Attempted Suicide . Suicide , and Other Causes of Death , Following Attempted Suicide. **The British Journal of Psychiatry**, 2011, (152):359–66.

HAWTON, Keith et al. Fatores de risco de suicídio em indivíduos com depressão: uma revisão sistemática. **Jornal de distúrbios afetivos** , v. 147, n. 1, p. 17-28, 2013.

JIMÉNEZ-HERNÁNDEZ, M. et al. Las Demandas Por Conducta Suicida a Los Servicios de Urgencias Prehospitalarios de Málaga: Características Y Factores Asociados Calls. **Anales del Sistema Sanitario de Navarra**, 2017; 40 (3): 379-389.

KAWASHIMA, Y.; YONEMOTO, N.; IINAGAKI, M.; YAMADA, M. Prevalence of Suicide Attempters in Emergency Departments in Japan: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Affective Disorders**, 2014, 163:33–39.

LAPIERRE, S. et al. A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs Sylvie. **Crisis**, 2011, 32(2):88–98.

LIN, C. J. et al. The Characteristics, Management, and Aftercare of Patients with Suicide Attempts Who Attended the Emergency Department of a General Hospital in Northern Taiwan. **Journal of the Chinese Medical Association**, 2014, 77(6):317–24.

LINS, T.H; LIMA, A.X.B.C.; VERÍSSIMO, R.C.S.; OLIVEIRA, J.M. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CPE. **Rev.Eletr. Enf.**, 2013,15(1):34 43.

LOVISI, G. M.; SANTOS, S. A.; LEGAY, L.; ABELHA, L.; VALENCIA, E. Epidemiological Analysis of Suicide in Brazil from 1980 to 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 2009, 31(Supl ii):86–94.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. V. dos. Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2015, 64(1):45–54.

MARCONDES, W. et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. **Adolescência Latinoamericana**, 2002, 3(2):1–13.

MARTINS, A. DE C.; FERNANDES, C. R. Mortalidade por agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente: reflexões sobre a realidade brasileira. **Revista Saúde em Foco**, v. 01, n. 01, 2016.

MARTINS, M. D. C. V.; SANTOS, V. T. de G.; BARBOSA, L. V.; CORRÊA, C. R. G.; GUEDES, S. A. G. Perfil dos atendimentos psiquiátricos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Aracaju, janeiro/2010 a fevereiro/2011. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 1, 31-39, 2012.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações / registros de enfermagem: instrumento de comunicação para uma qualidade de cuidados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006.

MENEGHEL, S. N.; VICTORA, C. G.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A. de; FALK, J. W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, 2004, 38(6):804–10.

MENON, V. Suicide risk assessment and formulation: An update. **Asian Journal of Psychiatry**, 2013, v. 6, n. 5, p. 430–435.

MINAYO, M. C. DE S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de Suicídio Entre Pessoas Idosas: Revisão de Literatura (2002/2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015, 20(6):1751–62.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NEBHINANI, M.; NEBHINANI, N.; TAMPHASANA, L.; GAIKWAD, A. D. Nursing Students Attitude towards Suicide Attempters: A Study from Rural Part of Northern India. **Journal of neurosciences in rural practice**, 2013, 4(4):400–407.

NORDENTOFT, M.; BREUM, L.; MUNCK, L. K.; NORDESTGAARD, A. G.; HUNDING, A. High Mortality by Natural and Unnatural Causes: A 10 Year Follow up Study Ofpatients Admitted to a Poisoning Treatment Centre after Suicide Attempts. **BMJ**, 1993, 306:1637–41.

OLIVEIRA, E. N.; FELIX, T. A.; MENDONÇA, C. B. de L.; LIMA, P. S. F.; FREIRE, A. S.; MOREIRA, R. M. M. Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 05, n. 02, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. 2000. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS 1–22, 2000.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. **Mortalidad Por Suicidio En Las Américas: Informe Regional**. 2014.

OSAFO, J.; KNIZEK, B. L.; AKOTIA, C. S.; HJELMELAND, H. Attitudes of Psychologists and Nurses toward Suicide and Suicide Prevention in Ghana: A Qualitative Study. **International Journal of Nursing Studies**, 2012, 49(6):691–700.

OWENS, D.; HORROCKS, J.; HOUSE, A. Fatal and Non-Fatal Repetition of Self-Harm. Systematic Review. **The British journal of psychiatry : the journal of mental science**, 2002, 181(3):193–99.

OWENS, P. L.; FINGAR, K. R.; HESLIN, K. C.; MUTTER, R.; BOOTH, C. L. Emergency Department Visits Related to Suicidal Ideation, 2006–2013. **HCUP Statistical Brief #220**, 2017, (January):1–22.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de Bioestatística**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011. 506p.

PALLANT, J. SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows. **Journeys in Survey Research**, 4th edition, Open University Press. 2010.

PIRES, M. C. D. C.; RAPOSO, M. C. F.; PIRES, M.; SOUGEY, E. B.; BASTOS FILHO, O. C. Estressores na tentativa de suicídio por envenenamento: uma comparação entre os sexos. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 34, n. 01, 2012.

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

QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; KAPCZINSKI, F. **Emergências Psiquiátricas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440p.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M.M.; VALL, J. Sistematização da assistência de enfermagem SAE: uma revisão teórica. **Cad. Da Esc. De Saúde**, Curitiba, 03: 1-14, 2010.

ROBINSON, J.; PIRKIS, J. Research Priorities in Suicide Prevention: An Examination of Australian-Based Research 2007–11. **Australian Health Review**, 2014, 38(1):18.

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

SANTANA, J. C. B.; DUTRA, B. S.; SOUZA, H. N. F.; MOURA, I. C.; FARIA, R. A. D. Caracterização Das Vítimas de Tentativa de Autoextermínio Atendidas Pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) No Município de Sete Lagoas E Região. **Revista Bioethikos**, 2011, 5(1):84–92.

SANTOS, A. C. T.; NASCIMENTO, Y. C. M. L.; LUCENA, T. S. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência às Urgências e Emergências Psiquiátricas. **Rev enferm UFPE**, 2014, 8(6):1586-96, jun.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul. Enferm**, 2009, v.22, n.3, pp.313-317.

SILVERMAN, M. M. et al. Reflections on Expert Recommendations for U.S. Research Priorities in Suicide Prevention. **American Journal of Preventive Medicine**, 2014, 47 (3S2): S97-S101.

STENBACKA, M.; SAMUELSSON, M.; NORDSTRÖM, P.; JOKINEN, J. Suicide Risk in Young Men and Women After Substance Intoxication. **Archives of Suicide Research**, 2017, 0(0):1–9.

VANNOY, S. D.; TAI-SEALE, M.; DUBERSTEIN, P.; EATON, L. J.; COOK, M.A. Suicide Ideation Responses in Late-Life Primary. **Care. J Gen Intern Med**, v.26, n. 9, p.1005–11, 2011.

VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H. S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S173-S182, 2008.

VEDANA, K. G. G. et al. O Cuidado de Enfermagem Relacionado Ao Comportamento Suicida. In: **Cuidar em enfermagem e saúde mental** - Volume 4. Curitiba: Editora Appris, 2017.

VEDANA, K. G. G.; MAGRINI, D. F.; MIASSO, A. I.; ZANETTI, A. C. G.; DE SOUZA, J.; BORGES, T. L. Emergency Nursing Experiences in Assisting People With Suicidal Behavior: A Grounded Theory Study. **Archives of Psychiatric Nursing**, 2017 Aug; 31(4):345-351.

VEDANA, K. G. G.; MAGRINI, D. F.; ZANETTI, A. C. G.; MIASSO, A. I.; BORGES, T. L.; DOS SANTOS, M.A. Attitudes toward Suicidal Behavior and Associated Factors among Nursing Professionals: A Quantitative Study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 2017, Nov; 24(9-10):651-659.

VEDANA, Kelly Graziani Giaccherro. Prevenção Dos Comportamentos Suicidários: Um Tema Prioritário Para Pesquisa Na Enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, 2017, 21:1–2.

VELOSO, C.; MONTEIRO, C. F. S.; VELOSO, L. U. P.; FIGUEIREDO, M. L. F.; FONSECA, R. S. B.; ARAÚJO, T. M. E.; MACHADO, R. DA S. Violência autoinfligida por intoxicação exógena em um serviço de urgência e emergência. **Rev Gaúcha Enferm**, 2017, 38(2): e66187.

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**, 2013, *Rio de Janeiro* 29(1):175–87.

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

WHO. World Health Organization. **Preventing suicide: A global imperative**. 2012. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 11 set. 2014.

_____. _____. **Preventing Suicide: A Global Imperative**. 2014. ISBN: 978 92 4 156477 9.

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

YASSEN, Z. S. et al. Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients – a comparative study. **BMC Psychiatry**, 2013, 13 (230).

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

ZEFERINO, M.T.; RODRIGUES, J.; ASSIS, J.T. **Urgência em Saúde Mental:** fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4 ed. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2015. 101 p. ISBN: 978-85-8328-020-0

APÊNDICES

APÊNCIDE 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
- 11- Tentativa de suicídio: () 1. Não () 2. Sim
- 12- Método da tentativa: () 1. Enforcamento () 2. Intoxicação/Envenenamento () 3. Arma de fogo () 4. Arma branca () 5. Queda () 6. Queimadura () 7. Outros: _____ () 8. Não se aplica
- 12- Intoxicação: () 1. Não () 2. Sim
- 13- Medicamento utilizado:

AVALIAÇÃO DO CLIENTE

14- 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
() 7. Desmaio	() 17. Sangramento
() 8. Dispneia	() 18. Suspeita de óbito
() 9. Dor	() 19. Tontura
() 10. Enchimento capilar > 3seg	() 20. Vômitos

10 - 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	

11 – Sinais Vitais :

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

12 – 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

13 – Procedimentos realizados:

☐ 1.Aspiração de VAS	☐ 10.Imobilização com tala Liberação VAS
☐ 2.Auxílio 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

14 – 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

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP </div> <div> </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: Perfil de ocorrências relacionadas a suicídio, heteroagressão e intoxicação medicamentosa atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência								
Pesquisador: Kelly Graziani Giochero Vedana								
Área Temática:								
Versão: 1								
CAAE: 48199215.3.0000.5393								
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP								
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 1.318.700								
Apresentação do Projeto:								
Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa. Serão analisadas as fichas de atendimento de enfermagem geradas pelas Unidades de Suporte Básicas e Avançadas nas quais estiverem documentadas tentativa de suicídio, heteroagressão ou ingestão de medicamentos no período de 01 janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014. Para a extração dos dados informados será realizada a consulta manual das fichas e os dados serão registrados em roteiros elaborados pelos pesquisadores. Serão excluídas as fichas de atendimento em que as tentativas de suicídio, heteroagressão ou ingestão de medicamento não estejam claramente documentadas ou de vítimas que tiverem remoção antecipada. Os roteiros foram construídos a partir das estrutura das fichas que são preenchidas no SAMU e são utilizados as mesmas expressões e opções de resposta disponíveis nas fichas de atendimento do serviço para permitir que as informações coletadas sejam compatíveis com o material registrado no local do estudo. Os dados serão analisados por meio de estatística descritiva e teste qui-quadrado.								
Objetivo da Pesquisa:								
Investigar o perfil de ocorrências relacionadas ao suicídio, intoxicações medicamentosas e heteroagressão atendidas pelo serviço móvel de urgência de um município do interior de São Paulo no período de 01 janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2014								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: BANDERANTES 3500</td> <td style="border: none;">CEP: 14.040-900</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Cidade: VILA MONTE ALEGRE</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: SP</td> <td style="border: none;">Município: RIBEIRÃO PRETO</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (16)3315-3380</td> <td style="border: none;">E-mail: cep@eerp.usp.br</td> </tr> </table>	Endereço: BANDERANTES 3500	CEP: 14.040-900	Cidade: VILA MONTE ALEGRE		UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO	Telefone: (16)3315-3380	E-mail: cep@eerp.usp.br
Endereço: BANDERANTES 3500	CEP: 14.040-900							
Cidade: VILA MONTE ALEGRE								
UF: SP	Município: RIBEIRÃO PRETO							
Telefone: (16)3315-3380	E-mail: cep@eerp.usp.br							

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Formulário 1.218/200

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores mencionam no projeto que neste estudo existe o risco de exposição de informações sigilosas relacionadas aos atendimentos. Mas para minimizar esse risco será evitada a extração de dados que possam identificar vítimas, profissionais ou qualquer pessoa envolvida no chamado ou atendimento. Será garantido o anonimato e sigilo das informações coletadas. Os pesquisadores se comprometerão a preservar o anonimato e sigilo em relação a todas as informações coletadas. Apenas os resultados do estudo serão divulgados em periódicos e eventos científicos.

Benefícios: os dados obtidos podem ser relevantes para o melhor mapeamento das demandas relacionadas às emergências psiquiátricas, planejamento dos cuidados de enfermagem e melhor compreensão sobre as competências necessárias para tais atendimentos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem apresentado, com objetivos claros, metodologia apropriada e cronograma compatível com os objetivos propostos. A proposta apresenta em seu conjunto: folha de rosto, informações básicas do projeto, Ofício de encaminhamento, Projeto Detalhado, orçamento, ofício de solicitação de dispensa do TCLE, Cronograma de execução para três anos de desenvolvimento de projeto, autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto para coleta de dados do SAMU após a aprovação deste CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores solicitam dispensa do TCLE por se tratar de uma pesquisa documental retrospectiva com uso de fichas de atendimento de vítimas socorridas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. Os pesquisadores mencionam que, devido à falta de informações de contato como endereço e telefone, seria difícil localizar os indivíduos atendidos, sendo que em alguns casos estes já vieram a óbito. Foi mencionado o compromisso desses em assumir a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados. Também será evitada a extração de dados que, por ventura, possam identificar vítimas, profissionais ou qualquer pessoa envolvida nos atendimentos documentados. Garantem o anonimato e sigilo das informações coletadas e as informações não serão utilizadas para finalidades não contidas no projeto de pesquisa. Os dados coletados serão mantidos em local seguro por 5 anos, sob a responsabilidade dos pesquisadores, após isso serão destruídos.

Recomendações:

Endereço: BANDERANTES 3000
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-3396 E-mail: cep@eeerp.usp.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP**

Continuação do Parecer: 1.318.780

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende todas as solicitações para aprovação desse Comitê, sendo pertinente a solicitação de dispensa do TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto apreciado 202ª Reunião Ordinária do CEP EERP-USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543398.pdf	10/08/2015 10:37:41		Aceito
Outros	Ofício de solicitação de dispensa de TCLE.pdf	10/08/2015 10:36:44		Aceito
Outros	ORÇAMENTO.pdf	10/08/2015 10:13:02		Aceito
Outros	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA PESQUISA.pdf	10/08/2015 10:12:52		Aceito
Outros	Ofício de encaminhamento.pdf	10/08/2015 10:12:38		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_543398.pdf	28/07/2015 10:52:45		Aceito
Parecer Anterior	Aprovação SAMU.jpg	28/07/2015 10:51:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO PERFIL SUICÍDIO CEP 28- 07-15.pdf	28/07/2015 10:48:32		Aceito
Folha de Rosto	folha de rosto pesquisa.pdf	28/07/2015 10:48:21		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 11 de Novembro de 2015

Assinado por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDERANTES 3508
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-802
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-3386 E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B – Autorização do SAMU

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 Zacarelli 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,

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Fernanda Cristine Podali
CRM-RV0168

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