

ANA MARA MARTINS DE MENESES

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À
PACIENTES APÓS TENTATIVA DE
SUICÍDIO**

Trabalho Final do Mestrado Profissional,
apresentado à Universidade do Vale do
Sapucaí, para obtenção do título de Mestre
em Ciências Aplicadas à Saúde.

POUSO ALEGRE – MG

2020

ANA MARA MARTINS DE MENESES

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À
PACIENTES APÓS TENTATIVA DE
SUICÍDIO**

Trabalho Final do Mestrado Profissional,
apresentado à Universidade do Vale do
Sapucaí, para obtenção do título de Mestre
em Ciências Aplicadas à Saúde.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dra. Diba Maria Sebba Tosta de Souza

COORIENTADORA: Prof^ª. Dra. Fiorita Gonzales Lopes Mundim

POUSO ALEGRE – MG

2020

Meneses, Ana Mara Martins.

Protocolo de atendimento à pacientes após tentativa de suicídio / Ana Mara Martins de Meneses. -- Pouso Alegre: UNIVÁS, 2020. x, 60f.: il.

Trabalho Final do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde, Universidade do Vale do Sapucaí, 2020.

Título em inglês: Protocol for patient care after attempted suicide

Orientadora: Prof^a. Dra. Diba Maria Sebba Tosta de Souza

Coorientadora: Profa. Dra. Fiorita Gonzales Lopes Mundim

1. Suicídio. 2. Protocolos Clínicos. 3. Serviços de Emergência Psiquiátrica 4. Algoritmo I. Título.

CDD - 362.2

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

**MESTRADO PROFISSIONAL EM
CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE**

COORDENADORA: Profa. Dra. Adriana Rodrigues dos Anjos Mendonça

DEDICATÓRIA

À **DEUS**, que me indaga coragem para questionar realidades e propor sempre novas possibilidades.

Ao meu amado filho **LUIZ FELIPE DE MENESES PEREIRA** e meu marido e melhor amigo **EVERSON DE CARVALHO PEREIRA**, ao contemplar vocês dois prossigo em busca de mais uma conquista nossa.

Ao meu pai **LUIZ CARLOS DE MENESES** por me motivar ao ver sua dedicação com o trabalho na área da saúde e docência.

Aos **PACIENTES** em sofrimento psíquico com ideação suicida, que me inspiram na busca de conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Ao **PROF. DR. JOSÉ DIAS DA SILVA NETO**, PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, pela acolhida, entusiasmo e incentivo para que possamos fazer diferente aonde quer que estejamos.

À **PROFA. DRA. ADRIANA RODRIGUES DOS ANJOS MENDONÇA**, COORDENADORA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAI, por toda dedicação e virtuosidade na condução de sua função.

À **PROFA. DRA. DANIELA FRANCESCATO VEIGA** COORDENADORA ADJUNTA DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAI, pelo profissionalismo e orientações que me foi concedido enquanto discente.

À minha orientadora, **PROFA. DRA. DIBA MARIA SEBBA TOSTA DE SOUZA**, pelo conhecimento, disponibilidade, compreensão, sabedoria e confiança para comigo.

À minha coorientadora **PROFA. DRA. FIORITA GONZALES LOPES MUNDIM** pela atenção, carinho e contribuições advindas.

Aos **DOCENTES DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE** DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, por cultivarem de forma significativa o compartilhamento e aproximação do saber nas pesquisas. A **PROFA. DRA. JOICE JAQUELINE MUNIZ** e **PROF. DR. GERALDO SALOMÉ** por toda apreciação que fizeram significativa diferença no preparo para a defesa.

Aos **DISCENTES DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE** DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, por partilharem de seus conhecimentos em diversas áreas da saúde.

Aos **FUNCIONÁRIOS DA SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU** DA UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ, **SR. GUILHERME OLIVEIRA SANTOS**, **SRAS. GISLAINE BITTENCOURT**, **AMANDA FIGUEIREDO** E **LETÍCIA FARIA COUTINHO** pela pronta atenção durante todo o período.

Aos **PROFISSIONAIS DE SAÚDE** que participaram do estudo, minha eterna gratidão.

“Há mais na superfície do que o nosso olhar alcança”.

(Aaron Beck)

SUMÁRIO

1 CONTEXTO.....	1
2 OBJETIVOS.....	6
3.1 Tipo de estudo.....	7
3.2 Local do estudo.....	7
3.3 Aspectos Éticos.....	7
3.4 Etapas do estudo.....	7
3.5 Casuística.....	8
3.5.1 Critérios de elegibilidade para profissionais.....	8
3.5.2 Critérios de elegibilidade das Fichas de Notificação Compulsória.....	8
3.6 Procedimentos para Coleta de dados.....	8
3.7 Construção do protocolo.....	9
3.7.1 Revisão Integrativa da literatura.....	9
3.7.2 Validação do protocolo.....	13
3.8 Análise estatística.....	13
3.8.1 Análise dos resultados do protocolo.....	14
4 RESULTADOS.....	15
4.1 Descrições dos resultados.....	15
4.2 Produtos.....	23
4.2.1 Algoritmo de atendimento ao paciente após tentativa de suicídio.....	23
4.2.2 Protocolo de atendimento ao paciente após tentativa de suicídio.....	24
5 DISCUSSÃO.....	28
5.1 Aplicabilidade.....	35
5.2 Impacto social.....	35
6 CONCLUSÃO.....	36
7 REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICES.....	44
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais Participantes.....	44
Apêndice B – Questionário para Registro dos Dados do Profissional que Trabalha na Urgência/ Emergência.....	45
Apêndice C – Questionário para o Registro das Informações da Ficha de Notificação Compulsória do Núcleo de Epidemiologia.....	46

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais Participantes da Validação.....	47
Apêndice E – Questionário dos Juízes para Validação do Protocolo	49
Apêndice F – Gráficos dos testes Mann – Whitney e Kruskal-Wallis	53
ANEXO	57
Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP	57
NORMAS ADOTADAS	60

RESUMO

Contexto: O suicídio é fenômeno humano complexo, universal e problema de saúde pública. Manifestações associadas ao comportamento auto lesivo de intenção suicida são amplas e conceituadas com sequência de pensamentos e atos. **Objetivos:** identificar a sistematização da assistência dos profissionais aos pacientes suicidas no setor de urgência/emergência, construir e validar protocolo para atendimento estruturado e acolhedor com orientações para tratamento. **Métodos:** estudo primário, descritivo e observacional. Local: Hospital Universitário e Núcleo de Epidemiologia. Casuística: médicos e equipe enfermagem. Critérios de Inclusão Profissionais: ambos os sexos; enfermeiros, técnicos e médicos que atendam suicidas. Notificação Compulsória: Critérios de Inclusão: ≥ 18 anos, ambos os sexos, tentativa de suicídio constatada pelo médico. Revisão integrativa da literatura, construção do algoritmo e validação do protocolo. Estatística: análise de correlação de Spearman; testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. **Resultados:** profissionais: mediana 31 anos, feminino 61%; 71% aceitam as razões do paciente com reserva; 51% não se sentem capacitados para este atendimento e 87% necessitam de psicoterapia; necessidade de profissional da saúde mental e ter protocolo 70% e 98% respectivamente; profissionais em uso de psicotrópicos sentem-se incapacitados para o atendimento $p=0,0028$. Avaliadas 101 notificações compulsórias; mediana 27 anos, feminino 66%; 53% não apresentam motivo da tentativa; 74% por intoxicação; 88% não necessitaram de internação; 88% não consomem bebida alcoólica, 88%; ocorrência nas residências e primeira tentativa 63%. Construção do algoritmo e validação do protocolo: Alfa de Cronbach: 0.91; Índice Validade do Conteúdo: 92%. **Conclusão:** Dificuldade dos profissionais no acolhimento e assistência ao suicida, desenvolvido algoritmo, construído e validado protocolo.

Palavras-chave: Suicídio. Protocolos Clínicos. Serviços de Emergência Psiquiátrica. Algoritmo.

ABSTRACT

Context: Suicide is a complex, universal human phenomenon and a public health problem. Manifestations associated with self-injurious behavior of suicidal intent are broad and conceptualized with a sequence of thoughts and actions. **Objectives:** to identify the systematization of professionals 'assistance to suicidal patients in the urgency/emergency sector, to build and validate a protocol for structured and welcoming care with patients' with treatment guidelines. **Methods:** primary, descriptive, observational and cross-sectional study. Location: University Hospital and Epidemiology Center. Case series: doctors and nursing staff. Professional Inclusion Criteria: both sexes; nurses, technicians and doctors who care for suicides. Compulsory Notification: Inclusion Criteria: ≥ 18 years old, both sexes, attempted suicide by the doctor. Integrative literature review, construction of the algorithm and validation of the protocol. Statistics: Spearman's correlation analysis; Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. **Results:** professionals: median 31 years old, female 61%; 71% accept the patient's reasons with reservation; 52% do not feel qualified for this service and 87% need psychotherapy; need for a mental health professional and having a protocol of 70% and 98%, respectively; professionals using psychotropics feel unable to provide care $p = 0.0028$. 101 compulsory notifications were evaluated; median 27 years old, female 66%; 53% have no reason to attempt; 74% due to intoxication; 88% did not require hospitalization; 88% do not consume alcohol, 88%; occurrence in homes and first attempt 63%. Construction of the algorithm and validation of the protocol: Cronbach's alpha: 0.91; Content Validity Index: 92%. **Conclusion:** Difficulty of professionals in welcoming and assisting, developed algorithm, built and validated protocol.

Keywords: Suicide. Clinical Protocols. Psychiatric Emergency Services. Algorithm.

1 CONTEXTO

O suicídio é a junção das palavras de origem latina *sui* “de si mesmo” e *caedēre* “matar” que corresponde ao ato pelo qual o indivíduo retira a própria vida. O suicídio sofre grande influência religiosa, moral e cultural, levando a discussão para um patamar áspero e praticamente proibido. Há forte estigma e tabu sobre o assunto, e este estigma resulta do processo em que pessoas são levadas a se sentirem envergonhadas, excluídas e discriminadas, pois se têm a ideia errônea de que evitando falar sobre o assunto, evita-se essa prática (ABEPS, 2016).

Assim, o suicídio é um fenômeno social mundial e um problema de saúde pública observada desde a Antiguidade (BRASIL, 2017). Para este paciente há necessidade de se buscar a morte como refúgio para o sofrimento que se torna insuportável, ou seja, não é um ato de coragem e nem de covardia, é um ato de desespero. Por se tratar de uma ação voluntária e intencional, que objetiva cessar a vida do praticante após certo grau de reflexão, planejamento e ação, parte do ponto de vista que a morte significa o fim de tudo (ASSUMPCÃO, 2018; SOLOMON, 2018).

Diante dos adoecimentos mentais, a depressão grave é a causa mais relacionada à ideação suicida, especialmente entre os jovens, estando diretamente relacionada à forma como se constrói a subjetividade do ser, ao enfrentamento de experiências como violência sexual, dificuldades de vincular-se com outras pessoas, abuso de álcool e outras drogas, além do investimento em atividades que colocam a vida em risco (TORO *et al.*, 2016).

Um milhão de pessoas se suicida no mundo anualmente e a cada 45 segundos uma pessoa se suicida em algum lugar do planeta. Os países da Europa oriental, América Central e América do Sul apresentam os índices mais altos de suicídio (ASSUMPCÃO *et al.*, 2018). O Brasil é apontado como oitavo país com maior índice de suicídio. Contudo, ressalta-se que ele é passível de prevenção e destaca-se ainda, a importância de estratégias de trabalho com uma abordagem multissetorial abrangente (MÜLLER *et al.*, 2017).

Em seis anos (2010- 2016) a taxa de suicídio no Brasil aumentou 7%, em contraposição ao índice global que teve queda de 9,8%. Em 2010, foram contabilizados 5,7 suicídios a cada 100 mil habitantes, já em 2016, foram registrados 6,1 casos a cada 100 mil habitantes no país. Ainda nesse contexto, dentre os principais métodos utilizados para sua execução, encontram-se auto envenenamento com pesticidas, enforcamento e uso de armas de fogo (OMS, 2018).

As ideações, as tentativas ou o ato suicida propriamente dito podem ocorrer em crianças, embora sejam raros e pouco identificados nesta fase da vida, principalmente, pela dificuldade em reconhecer que crianças podem ter a intenção de se matar e de diferenciá-las dos acidentes (SILVA FILHO, 2019). Na adolescência é um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo, liderando as principais causas de morte nesta fase da vida (WHO, 2019).

No Brasil, a maior prevalência de casos notificados de lesão autoprovocada, assim como de tentativas de suicídio, se encontra na faixa etária entre os 20 e 49 anos (BRASIL, 2017).

O suicídio é um problema de primeira magnitude em nosso meio. Sua prevenção tornou-se objetivo prioritário das políticas de saúde. Estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorrem entre 10 e 20 tentativas não letais (SARRIÉS, 2017).

As lesões autoprovocadas ou como são popularmente conhecidas como suicídio são caracterizadas por uma auto violência intencional para acabar com a própria vida, na tentativa de se suicidar o indivíduo pode se ferir gravemente ou atingir o seu objetivo final, o óbito (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2018).

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheça o suicídio como improrrogável obstáculo no quesito de saúde pública e disponha de políticas como “*Mental Health Gap Action Programme (mhGAP)*” (programa de saúde mental da OMS) que tem como objetivo a diminuição de 10% dos casos de suicídio nos países pertencentes aos Estados Membros da OMS, incluindo o Brasil, até 2020, ainda existem empecilhos como a efetividade de políticas públicas e a falta de informação, tornando-se substancial a promoção de estudos e análises dentro do tema pré-estabelecido de forma a colaborar com o enriquecimento científico e com a consumação de ações preventivas eficientes (SILVA FILHO *et al.*, 2019).

Em 2017, o Ministério da Saúde lançou a agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil 2017-2020 (BRASIL, 2017). Enfim, em abril de 2019, foi promulgada Lei 13.819, que impõe a participação da sociedade civil e de instituições privadas de saúde e educação na promoção da saúde mental para prevenção de automutilação e suicídio, construindo a compreensão de que o suicídio precisa de ações conjuntas entre o governo e a sociedade.

Todas estas ações governamentais são de suma importância, pois, de acordo com (SOLOMON, 2018) no campo do suicídio, retirar sua invisibilidade, trazendo-o para a área pública, sugere o desenvolvimento de novas perspectivas sob o aspecto do acolhimento, da compreensão, do cuidado e da valorização da vida.

No início do século XXI o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que culminou em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS - sendo eixo norteador para as práticas de gestão e assistência, tendo como principal alicerce a participação e corresponsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde (SILVA *et al.*; 2011).

Humanização, conforme os preceitos da Política Nacional de Humanização (PNH) envolve a gestão compartilhada como método e dispositivo na produção de novos modos de gerir e cuidar em saúde. Para além do bom trato, humanizar a assistência engloba a oferta de serviços e tecnologias, recursos humanos e materiais e infraestrutura, visando um cuidado seguro com garantia de conforto e bem-estar aos usuários dos serviços de saúde, com sua participação efetiva, afinando-se com os debates internacionais sobre novas formas de se produzir saúde (SILVA *et al.*, 2016).

Múltiplos fatores influenciam a humanização nos serviços de urgência e emergência. Observa-se que dentre os dispositivos da PNH, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) se destaca por ter tornado o atendimento mais ágil, seguro e justo, por meio da reorganização da assistência por nível de complexidade, ofertando tecnologias conforme as necessidades dos usuários. Além disso, nesse dispositivo o enfermeiro se destaca como protagonista do cuidado, como o mais capacitado para o exercício da função, atuando como gerente de caso, direcionando e integrando os usuários à rede de saúde (PRUDÊNCIO *et al.*, 2016).

Entretanto, compreende-se a humanização como um ato de valor e respeito a vida humana, onde são incluídas questões éticas, sociais e educacionais, presentes em todo ser humano e, portanto, nas relações interpessoais (SOUSA *et al.*, 2019).

Práticas e políticas públicas voltadas para a promoção de saúde mental e prevenção do suicídio são de extrema importância nesse momento. Sugere-se que as intervenções sejam baseadas no grau de risco. Sendo classificadas em Universal é destinada a toda a população, independente do risco, e seu objetivo é impedir o início de determinado comportamento; seletiva tem foco em indivíduos e populações que estão sob baixo risco, mas que ainda não desenvolveram o comportamento alvo da intervenção. Seu objetivo é reduzir os fatores de risco através da busca ativa, oferta de informações e acolhimento; a Indicada necessita de intervenção imediata, específica para indivíduos e populações em pandemias, que estão sob risco iminente ou que já desenvolveram o comportamento alvo (OMS, 2014; BERTOLOTE, 2012; GUNNEL *et al.*, 2020).

Em relação aos transtornos mentais e ao comportamento suicida são indicadas intervenções nos níveis seletivas e indicada, propondo-se ações, como oferecer cuidados de diferentes maneiras incluindo os meios digitais; desenvolver suporte para as equipes de saúde afetadas por exposições adversas, dada a possibilidade de desenvolver estresse pós-traumático; oferecer equipamentos de proteção individual, incentivar autocuidado e suporte adicional. Experiência de crise suicida, oferecer acesso a atendimento especializado às pessoas, informações adequadas ao acesso remoto, intervenções online baseadas em evidência, melhorar os serviços de apoio voluntário e oferecer recursos digitais (GUNNEL *et al.*, 2020).

Os hospitais são organizações consideravelmente complexas com a finalidade do cuidado da saúde e a unidade de emergência é considerada uma área crítica e tem função estratégica, pois é resultante de um atendimento imediato por se tratar de casos críticos (SABBADINI e GONÇALVES 2008).

Acolher é uma forma de humanizar o atendimento, fazer com que os profissionais de saúde atendam melhor aos usuários e aos outros profissionais que fazem parte da equipe, de uma forma adequada, respeitosa e com empatia. Essa abordagem deve ser ética e humana, pois garante um melhor vínculo entre profissional-usuário e profissional-profissional (FILHO *et al.*, 2010).

O hospital pode ser um espaço promotor da integralidade do cuidado e promoção de saúde, desde que saia da lógica médico-centrada, para uma lógica usuário-centrada, na qual além dos cuidados técnicos e instrumentais, o usuário é um sujeito de direitos e há a responsabilização pelo cuidado a partir do acolhimento e do vínculo (SILVA *et al.*, 2015).

Dessa forma, é essencial a capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica, das unidades de emergência e dos serviços de saúde mental, os quais deveriam se articular de forma organizada e resolutiva dentro da rede social e de saúde (VIDAL *et al.*, 2013).

O serviço oferecido pela equipe de saúde em unidades de urgências e emergências hospitalares faz parte de um complexo estruturado e organizado em diversos setores, necessitando assim de uma política de acolhimento, pois estas unidades de saúde são consideradas a porta de entrada e recepção dos indivíduos que buscam por atendimento (PEREIRA *et al.*, 2015).

Além dos métodos técnicos empregados em situações de emergência, o acolhimento e a afetividades confirmadas pelos profissionais de enfermagem é decisivo para uma perspectiva de que as ações sejam eficazes e satisfatórias (SOUSA *et al.*, 2015).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2017), um dos empecilhos na busca por ajuda que possa impedir a efetivação do ato, é o preconceito relacionado à temática do suicídio. Nesse sentido, uma intervenção profissional com uma atenção direcionada e especializada pode proteger pessoas em condições de risco e adversidade do ato suicida (COLLINS KRL, et al., 2018).

Para Quental(2017), ao considerar o suicídio como problema de saúde pública e social, dá-se maior visibilidade ao mesmo, abrindo possibilidades para que todos possam contribuir para seu enfrentamento e solução. Pode-se observar que muitas ações têm sido realizadas, no entanto ainda persistem as dificuldades de prevenção e de protocolos para se lidar com a situação.

Protocolo clínico é uma diretriz terapêutica que tem como objetivo auxiliar profissionais e gestores na tomada de decisão sobre questões clínicas concretas que apresentem variabilidade na prática clínica ou incertezas científicas quanto à eficácia, segurança, custo-efetividade, aplicabilidade ou outros aspectos relevantes, com o intuito de aperfeiçoar a eficiência do SUS e a qualidade do cuidado (QASEEN, 2012).

Portanto, faz-se necessário à implementação de protocolo clínico de atendimento a pacientes que tentaram suicídio baseado em estudos recentes para atender essa população em sofrimento mental, já que comprovadamente poucos foram os encontrados com essa temática. A possibilidade de mudança de paradigma ao aprimorar a estrutura no atendimento e no acolhimento, pode proporcionar a este paciente em sofrimento mais orientações ao tratamento.

2 OBJETIVOS

Identificar a sistematização da assistência dos profissionais aos pacientes suicidas no setor de urgência/emergência, construir e validar protocolo para atendimento estruturado e acolhedor com orientações para tratamento.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Urgência e Emergência e no Núcleo de Epidemiologia do Hospital das Clínicas Samuel Libânio (HCSL), hospital universitário, na cidade de Pouso Alegre, MG.

3.3 Aspectos Éticos

O presente estudo obedeceu à Resolução de número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, que trata da ética em pesquisa envolvendo humanos, tal como anonimato total dos participantes, sua privacidade e autonomia de aceitar ou não a participação no estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), sob o CAAE 20269119.1.0000.5102 e Parecer nº. 3.719.375 em 22 de novembro de 2019 (ANEXO 1).

3.4 Etapas do estudo

O estudo foi dividido em três etapas, sendo a primeira referente a avaliação situacional do atendimento com os profissionais das equipes de Enfermagem e Médica da unidade do Pronto Socorro Urgência/Emergência, realizada durante três meses. A segunda etapa, no mesmo período, foi realizada a avaliação das fichas de notificações compulsórias dos pacientes que tentaram suicídio, no Núcleo de Epidemiologia. A terceira, baseada nas anteriores e numa revisão integrativa da literatura foi construído o Protocolo.

3.5 Casuística

3.5.1 Critérios de elegibilidade para profissionais

Critérios de Inclusão:

- Ambos os sexos;
- ≥ 18 anos;
- Tempo de experiência na unidade de no mínimo 12 meses;
- Profissionais da equipe de enfermagem, enfermeiros e técnicos e médicos do setor de urgência e emergência do HCSL que atendem suicidas.

Critérios de Não Inclusão:

- Profissionais de outras áreas da saúde e de outros setores do hospital, que estejam em substituição eventual na unidade de urgência e emergência.

Critérios de Exclusão:

- Profissionais que após assinaram o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) desistiram de continuar a participar do estudo.

3.5.2 Critérios de elegibilidade das Fichas de Notificação Compulsória

Critérios de Inclusão:

- Dados sociodemográficos
- Informações sobre o ato da tentativa de suicídio

3.6 Procedimentos para Coleta de dados

Primeira etapa: Após orientações sobre o estudo, quando foi destacada a segurança do anonimato e a informação da possibilidade de retirarem a autorização a qualquer momento, e de acordo, os profissionais assinaram o TCLE (Apêndice A). Em seguida, teve início à coleta de dados, sendo realizada durante três meses, de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. Os profissionais participantes, por meio de entrevista semiestruturada, preencheram o questionário com dados sociodemográficos, clínicos e questões relacionadas à percepção dos mesmos durante o atendimento a pacientes suicidas (Apêndice B).

Segunda etapa: No mesmo período, foi realizado levantamento sobre os atendimentos de tentativas suicidas na unidade de urgência/emergência que foram registrados em um questionário, com questões sobre causa, modo e gravidade do evento, conforme informações em ficha de notificação compulsória registradas no Núcleo de Epidemiologia do HCSL (Hospital das Clínicas Samuel Libânio). (Apêndice C).

As respostas com os pareceres dos profissionais, as informações das fichas de notificação compulsória e a revisão integrativa da literatura, subsidiaram a construção do algoritmo, o qual proporcionou o desenvolvimento do protocolo de atendimento para pacientes suicida no setor de urgência/emergência.

3.7 Construção do protocolo

3.7.1 Revisão Integrativa da literatura

A construção do protocolo foi realizada por meio de revisão integrativa da literatura com os filtros aplicados: texto completo, unidade hospitalar, psiquiatria, tentativa de suicídio, idiomas em português, espanhol e inglês e nos últimos dez anos. Utilizado os descritores com a busca booleana em três idiomas, sendo no português: *Protocolos Clínicos AND Suicídio AND Serviços de emergência psiquiátrica AND Algoritmo*, em Espanhol: *Protocolos Clínicos AND Suicidas AND Servicios de Emergencia Psiquiátrica AND Algoritmo* e Inglês: *Clinical Protocols AND Suicide AND psychiatric emergency services AND Algorithm*.

Vinte e oito artigos foram encontrados na base de dados Scielo e selecionados seis, na base de dados Lilacs encontrados doze e selecionado um, no Medline cinquenta e seis encontrados e selecionados oito. O total de artigos encontrados foram 96 após a leitura criteriosa relacionada ao tema da construção do protocolo.

Desta forma, foram utilizados quinze artigos das bases de dados para realização do desenvolvimento do algoritmo e construção do protocolo.

A qualidade das evidências é classificada em sete níveis. No nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências

provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK e FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Realizada revisão integrativa da literatura demonstrada no fluxograma na figura 1.

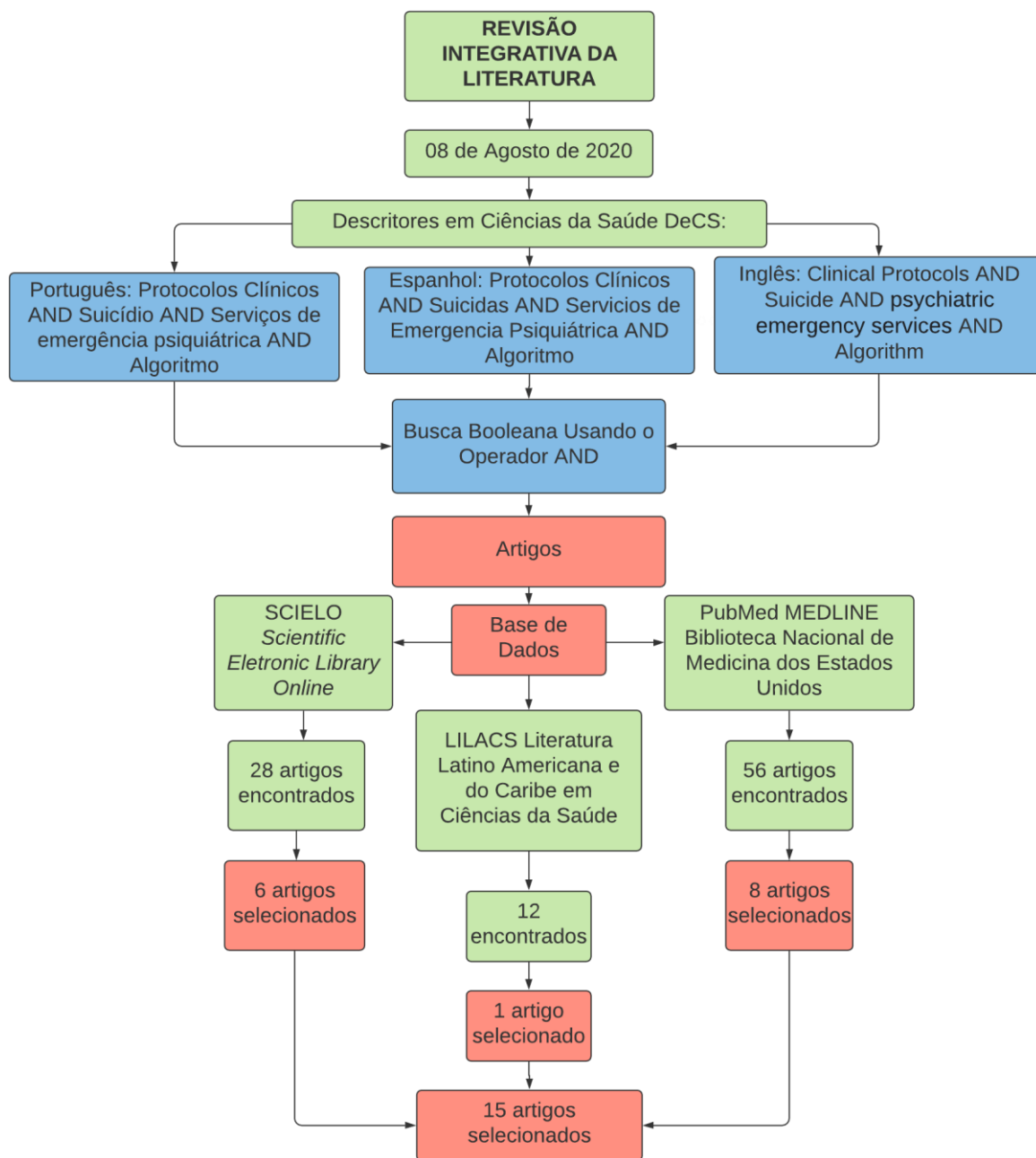


Figura 1 - Fluxograma da revisão integrativa da literatura

Quadro 1 - Identificação e características dos estudos selecionados para construção do protocolo

Autores	Título	Periódico. Ano; Volume (Número): Páginas. Base de dados	Nível de Evidência
1. Bosworth HB, Almirall D, Weiner BJ, Maciejewski M, Kaufman MA, Powers BJ, Oddone EZ, Lee SYD, Damush TM, Smith V, Olsen MK, Anderson D, Roumie CL, Rakley S, Del Monte PS, Bowen ME, Kravetz JD, Jackson GL.	The implementation of a translational study involving a primary care based behavioral program to improve blood pressure control	Implement Sci. 2010;5:54. Published 2010 Jul 16. Pubmed	1
2. Bertolote JM, Mello-Santos C, Botega NJ	Detecção do risco de suicídio nos serviços de psiquiatria emergente.	2010; Brazilian Journal of Psychiatry, 32(Supl. 2), S87-S95. Scielo	5
3. Beautrais AL, Gibb SJ, Faulkner A, Fergusson DM, Mulder RT	Postcard intervention for repeat self-harm: Randomised controlled trial.	2010; British Journal of Psychiatry, 197 (1), 55-60. Medline	2
4. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Beautrais MAA, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, Girolamo G, Graaf R, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Hu C, Huang Y, Karam EG, Kawakami N, Kovess V, Levinson D, Posada-Villa J, Sagar R, Tomov T, Viana MC, Williams DR	Transnational analysis of the associations between mental disorders and suicidal behavior: results of WHO global mental health surveys.	2010; PLOS Medicine 6(8): e1000123.Pubmed	1
5. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR	Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review.	2016;11(4), PLoS One Published. Pubmed	4
6. Terry B.	Suicide prevention in the non-psychiatric hospital setting: a nurse education process	2017, 1-1, Boise State University Scholar Works. Lilacs	3

7. Haris B, Beurmann R, Fagien S, Shatell MM.	Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: a secondary analysis.	2016; Int Emerg Nurs. 26:14-19. Pubmed	3
8. Torres AR, Smaira S I, Vellozo AP, Trench EV, Lovadini GB, Lima MCP	Ensinando a Anamnese Psiquiátrica para Estudantes de Medicina através da Inversão de Papéis: Relato de Experiência.	2019; Revista Brasileira de Educação Médica, 43(2), 200-207. Scielo	5
9. Tavares CMM, Magnago C.	O ensino de enfermagem psiquiátrica nas Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro	2011, 14(1) Rev. Eletr Enferm, 14(1), 50-8. https://doi.org/10.5216/ree.v14i1.10626 . Scielo	5
10. Patterson P, Whittington R, Bogg J.	Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS).	2007; J Psychiatr Ment Health Nurs. 14(5):438-445. Pubmed	2
11. Wheatley M.	Nursing staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adults and adolescents in an inpatient setting.	Behav Cogn Psychother. 2009;37(3):293-309. Pubmed	3
12. Vidal CEL, Gontijo E C D M, Lima LA.	Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade.	2013; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(1):175-187. Scielo	2
13. Silva AP, Diniz AS, Araújo FA, Souza CC.	Presença da queixa de dor em pacientes classificados segundo o Protocolo de Manchester	2013; R. Enferm. Cent. O. Min. 3(1):507-517. Scielo	3
14. Almeida AB, Nascimento ERP, Rodrigues J, Schweitzer G.	Intervenção nas situações de crise psíquica: dificuldades e sugestões de uma equipe de atenção pré-hospitalar	2014, 67(5), 708-14 Rev. bras. enferm. 67(5) Brasília Sept./Oct. Scielo	4
15. Melnyk BM. and Fineout-Overholt.	Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk, B.M. and Fineout-Overholt, E., Eds., Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare. A Guide to Best Practice, Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia.	2005, p.3-24. Pubmed	1

3.7.2 Validação do protocolo

Para a validação do protocolo foi aplicado um questionário a 21 juízes, profissionais da Enfermagem, Psicologia e Medicina que foram convidados para fazerem a avaliação e se estivessem de acordo assinariam o TCLE. Dezenove profissionais fizeram a devolutiva do questionário conforme as orientações. O questionário apresentava 19 perguntas onde os juízes marcaram seu grau de concordância, numa escala de 4 a 1 (Apêndice E).

Quadro 2: Características dos profissionais juízes que participaram da validação do produto

Sexo	Quantidade	%
Feminino	11	58%
Masculino	8	42%
Profissão	Quantidade	%
Enfermeiro	8	42%
Psicólogo	5	26%
Psiquiatra	6	31%
Tempo de formado	Quantidade	%
Menos de 1 ano	0	0%
De 1 a 3 anos	0	0%
De 3 a 5 anos	2	10%
Mais de 5 anos	17	89%
Tempo de trabalho na área	Quantidade	%
Menos de 1 ano	0	0%
De 1 a 3anos	0	0%
De 3 a 5 anos	2	10%
Mais de 5 anos	17	89%
Grau acadêmico	Quantidade	%
Especialista	9	48%
Mestrado	7	37%
Doutorado	2	10%
Pós doutorado	1	5%

3.8 Análise estatística

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2016 e submetidos à análise estatística, utilizadas medidas de tendência central para variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Utilizou-se o programa Minitab versão 18.1 e Statistical Package for the Social Sciences, inc.(SPSS) Chicago, USA, versão 22.0. O nível de significância utilizado como critério de aceitação ou rejeição nos testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

Os testes utilizados foram baseados no tipo de variável sob análise (qualitativa e quantitativa) e no tamanho da casuística (testes paramétricos ou não paramétricos). Para análise dos resultados foram aplicados: análise de correlação de Spearman para estudar a correlação entre as variáveis estudadas; teste de Mann-Whitney (utilizado quando se tem dois grupos independentes) para estudar se existe diferença entre as medianas de duas populações e teste de Kruskal-Wallis (utilizado quando se tem mais de dois grupos independentes) para estudar a variância entre as respostas com níveis categóricos.

3.8.1 Análise dos resultados do protocolo

O Coeficiente Alfa de Cronbach (α) foi utilizado para avaliar a consistência interna do questionário, foi apresentado por Lee J. Cronbach Lee, em 1951, como uma forma de estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Ele mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos respondentes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição (BLAND e ALTMAN, 1997).

O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) é utilizado para quantificar o grau de concordância entre os respondentes sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Permite inicialmente analisar cada item individualmente e depois o instrumento como um todo (HYRKÄS *et al.*, 2003; MCGILTON, 2003).

4 RESULTADOS

Os 56 profissionais que trabalham na unidade de emergência e urgência responderam ao questionário contendo questões relacionadas aos dados sócios demográficos, profissionais, atendimento e acolhimento ao paciente suicida. Também foram avaliadas do Núcleo de Epidemiologia, 101 fichas de notificações compulsórias de pacientes que tentaram suicídio e os resultados estão apresentados em tabelas e figuras.

4.1 Descrições dos resultados

A tabela 1 demonstra que a mediana de idade dos profissionais participantes do estudo é 31 anos, predomínio do sexo feminino com 60,7%; o estado civil prevaleceu os solteiros com 51,7%, sem filhos com 53,5% e religião católica em 75%.

Tabela 1 – Informações pessoais dos profissionais participantes do estudo

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
Média	32,4	
Desvio padrão	9,6	
Variância	93,2	
Mediana	31	
Sexo		
Feminino	34	61
Masculino	22	39
Estado Civil		
Solteiro	29	52
União Estável / Casado	25	44
Separado / Divorciado	1	2
Viúvo	1	2
Número de Filho		
0	30	53
1	16	29
2	6	11
3	3	5
5	1	2
Religião		
Católico	42	75
Evangélico	10	18
Outra	4	7

A tabela 2 demonstra que 32,1% eram técnicos em enfermagem, o tempo de experiência no setor mediana de 25 meses. A postura dos profissionais ao atenderem um paciente suicida é de aceitarem suas razões, porém, 71,1%, com alguma reserva, 51,7% profissionais não se sentem capacitados para atenderem esses pacientes e 87,5% afirmam necessidade de psicoterapia, entretanto 76,7% não fazem psicoterapia. Desses profissionais 66% não faziam uso de medicação psiquiátrica, 69,6% relataram necessidade de ter profissional da saúde mental no setor e 98,2% em ter um protocolo para atendimento a paciente suicida.

Tabela 2 – Informações dos profissionais participantes do estudo

Tempo de experiência (meses)		
Média	52	19,6
Desvio Padrão	76,7	32,1
Variância	587,5	23,2
Mediana	25,5	25
Postura no atendimento		
Aceito suas razões como totalmente honestas	11	20
Aceito suas razões, mas com alguma reserva	40	71
Provavelmente irei ignorar suas razões	4	7
Isso não é problema meu	1	2
Sente-se capacitado para o atendimento		
Sim	27	48
Não	29	52
Profissional precisa de terapia		
Sim	49	87
Não	7	13
Se faz terapia		
Sim	4	7
Não	43	77
Já fiz	9	16
Se já fez uso de medicação psiquiátrica		
Sim	19	34
Não	37	66
Profissional de saúde mental no setor		
Importante	39	69
Necessária	13	23
Às vezes atrapalha	2	4
Nada a declarar	2	4
Ter um protocolo no setor		
Sim	55	98
Não	1	2

De acordo com o teste de Mann – Whitney, profissionais participantes e a associação do uso de psicotrópico e a capacidade para o atendimento de paciente suicida. Assim, quem já fez uso de medicação, se sente incapacitado para atender paciente, valor de $p=0,002$. (APÊNDICE F).

Pode-se observar a seguir que somente um profissional não achou importante ter um protocolo de atendimento ao paciente suicida no setor de urgência/emergência não sendo o tamanho da amostra suficiente para validar o resultado da correlação, demonstra a tabela 3.

Tabela 3 – Importância da existência de profissional de saúde mental e protocolo urgência/emergência no atendimento após tentativa de suicídio.

	n	%
Profissional de saúde mental no setor		
Importante	39	69
Necessária	13	23
Às vezes atrapalha	2	4
Nada a declarar	2	4
Ter um protocolo no setor		
Sim	55	98
Não	1	2

Na Tabela 4 houve correlação significativa entre os profissionais que já fizeram uso de psicotrópicos sentem-se incapacitados para atender os pacientes e ter um protocolo de atendimento ao paciente após tentativa de suicídio e um profissional de saúde mental no setor de urgência e emergência.

Tabela 4 – Profissionais que trabalham na Urgência/ Emergência e a correlação das variáveis

	Gênero	Idade	Estado civil	N. de filhos	Religião	Profissão	Temp. Exp.	Postura	Capacitado	Prof/Terapia	Terapia	Medicação	Prof. Saúde Ment
Idade	-0,018 0,895												
Estado civil	-0,172 0,204	0,460 0,000											
N. de filhos	-0,177 0,191	0,607 0,000	0,546 0,000										
Religião	-0,030 0,827	-0,152 0,264	0,015 0,911	-0,108 0,427									
Profissão	0,352 0,008	-0,267 0,046	-0,049 0,721	-0,121 0,376	-0,139 0,308								
Temp. Exp.	-0,117 0,390	0,494 0,000	0,283 0,035	0,354 0,008	-0,169 0,214	-0,267 0,047							
Postura	0,020 0,884	0,021 0,880	-0,166 0,220	-0,004 0,979	-0,129 0,343	0,140 0,303	0,133 0,329						
Capacitado	0,118 0,388	-0,041 0,764	-0,067 0,625	-0,079 0,561	0,076 0,578	0,111 0,415	-0,155 0,255	0,201 0,138					
Prof/Terapia	0,028 0,840	-0,080 0,556	-0,051 0,707	-0,041 0,767	0,044 0,747	0,114 0,402	0,000 1,000	-0,023 0,865	-0,176 0,195				
Terapia	0,158 0,244	-0,066 0,629	0,030 0,827	-0,058 0,671	0,173 0,202	-0,015 0,913	0,044 0,746	0,243 0,072	0,047 0,734	-0,079 0,561			
Medicação*	0,036 0,793	0,065 0,632	0,036 0,793	0,035 0,799	-0,034 0,804	-0,163 0,229	0,176 0,194	-0,062 0,651	-0,390 0,003	0,043 0,754	-0,203 0,134		
Prof. Saúde Ment	0,034 0,805	0,148 0,278	0,009 0,947	0,001 0,992	-0,022 0,871	-0,170 0,210	0,101 0,459	0,019 0,890	0,012 0,928	-0,031 0,820	0,041 0,764	0,117 0,390	
Protocolo*	-0,108 0,426	-0,184 0,175	-0,128 0,347	-0,120 0,380	-0,077 0,572	-0,069 0,613	-0,042 0,759	0,032 0,817	0,130 0,339	-0,051 0,709	-0,028 0,836	-0,188 0,165	0,279 0,037

Teste: Análise de Correlação de Spearman

Durante três meses foram avaliadas 101 fichas de notificação compulsória de pacientes em tentativa de suicídio, com mediana de idade de 27 anos, predomínio do sexo feminino 66,3%, estado civil solteiro 57,4%, escolaridade de 30,6%, com ensino médio completo e a cor/raça branca em 83,1% conforme tabela 5.

Tabela 5 – Registros em fichas de notificação compulsória sobre pacientes que tentaram suicídio no período de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020

Variáveis		
Idade (anos)		
Média	30,7	
Desvio Padrão	13,14	
Variância	172,7	
Mediana	27	
	n	%
Sexo		
Feminino	67	66
Masculino	34	34
Estado Civil		
Solteiro	58	57
União estável / Casado	33	33
Separado / Divorciado	9	9
Viúvo	1	1
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	11	11
Fundamental Completo	17	17
Médio Incompleto	16	16
Médio Completo	31	31
Superior Incompleto	17	17
Superior Completo	9	8
Cor / Raça		
Branca	84	83
Parda	14	14
Negra	3	3

De acordo com a tabela 6 nas notificações compulsórias, em 53% dos registros não apresentam relatos do motivo da tentativa. O método mais utilizado, 74,2%, ocorreu por intoxicação, e 88,1% não teve necessidade de internação. Não consomem bebida alcoólica, 88,1%, e o local de ocorrência predominante são as residências, 88,1%. Prevalência de 63,3%, como a primeira tentativa dos pacientes.

Tabela 6 – Características da tentativa de suicídio dos participantes do estudo

	n	%
Motivo das tentativas		
Sem relatos	53	53
Conflitos familiares	23	23
Perdas	16	15
Trabalho	4	4
Autoimagem	5	5
Método Utilizado		
Arma de fogo	1	1
Asfixia	4	4
Automutilação	19	19
Intoxicação	74	74
Impacto Veicular	1	1
Outro	1	1
Necessária Internação		
Sim	14	14
Não	87	88
Presença de consumo de álcool		
Sim	12	12
Não	88	88
Local da ocorrência		
Residência	89	89
Trabalho	2	2
Via Pública	9	9
Primeira Tentativa		
Sim	64	64
Não	36	36

Na tabela 7 houve correlação significativa das seguintes variáveis: sexo feminino e método utilizado por intoxicação exógena, sexo masculino e presença de álcool no momento da tentativa; o estado civil solteiro foi mais predominante tendo correlação com a primeira tentativa de suicídio, a escolaridade ensino médico completo com a não internação do paciente após tentativa; a presença de acompanhante com a primeira tentativa e a presença de álcool com o motivo não especificado no momento.

Tabela 7 – Pacientes suicidas registrados nas fichas de notificação compulsória e correlação das variáveis

	Sexo	Idade	Cor/Raça	Cidade	Estado Civil	Escol.	Acomp.	Local tent.	Mét. ut.	1ª vez	Pres. álcool	Internação
Idade	0,119											
	0,236											
Cor/Raça	0,006	0,103										
	0,956	0,307										
Cidade	0,087	0,035	0,045									
	0,386	0,731	0,658									
Estado Civil	0,087	0,595	0,062	0,125								
	0,385	0,000	0,541	0,215								
Escolaridade	-0,183	0,010	-0,185	-0,199	0,123							
	0,067	0,921	0,064	0,046	0,220							
Acompanhante	-0,078	0,156	0,106	0,073	0,160	0,129						
	0,438	0,118	0,292	0,470	0,110	0,198						
Local tentativa	0,061	-0,048	-0,084	-0,110	-0,141	-0,096	-0,033					
	0,546	0,636	0,404	0,274	0,158	0,340	0,741					
Método utilizado*	-0,319	0,087	-0,062	0,036	0,132	-0,027	0,044	0,085				
	0,001	0,387	0,539	0,725	0,189	0,786	0,664	0,398				
1ª vez*	-0,063	-0,046	-0,110	-0,134	-0,186	0,103	-0,230	-0,085	0,018			
	0,529	0,651	0,273	0,180	0,063	0,305	0,021	0,399	0,858			
Álcool*	-0,192	-0,089	0,086	0,172	0,091	-0,019	0,118	-0,154	-0,117	-0,102		
	0,055	0,374	0,395	0,086	0,368	0,852	0,238	0,123	0,245	0,311		
Internação*	-0,078	-0,080	0,032	-0,115	-0,072	0,230	0,005	0,057	-0,051	-0,111	0,030	
	0,438	0,425	0,752	0,250	0,474	0,021	0,961	0,572	0,614	0,268	0,767	
Motivo*	-0,059	-0,131	0,043	0,099	0,025	-0,054	0,078	-0,095	-0,048	0,005	0,199	0,018
	0,559	0,191	0,668	0,325	0,801	0,593	0,436	0,345	0,633	0,957	0,046	0,861

Teste: Análise Correlação de Spearman

Na aplicação do teste Mann-Whitney os paciente que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação entre o método utilizado e o sexo apresentou um $p= 0,0018$. Sendo assim, existe associação em relação ao método utilizado e sexo, o feminino faz mais tentativas por intoxicação que o sexo masculino (APÊNDICE F).

Já os pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação entre sexo e uso de álcool no momento da tentativa apresentou um $p= 0,218$, ou seja, sexo masculino possui tendência maior em ingerir álcool quando pratica a tentativa de suicídio (APÊNDICE F).

No teste de Kruskal-Wallis os pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação do estado civil com a primeira tentativa apresentou um $p = 0,028$, portanto, não existe diferença significativa em relação às tentativas de suicídio com o estado civil (APÊNDICE F).

Pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação entre internação e escolaridade apresentou um $p= 0,02466$ e também não existe associação das internações a com escolaridade dos pacientes que cometeram a tentativa de suicídio (APÊNDICE F).

E, pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação entre motivo e uso de álcool apresentou um $p =0,323$ sendo que também não existe diferença em relação aos motivos da tentativa de suicídio comparados com o uso de álcool (APÊNDICE F).

Análise pelo Coeficiente Alfa de Cronbach e Índice de Validade de Conteúdo do algoritmo

A avaliação da confiabilidade do algoritmo foi realizada por dezenove juízes, sendo onze mulheres e oito homens, oito profissionais da Enfermagem, cinco da Psicologia e seis Psiquiatras com tempo de formação a partir da graduação e de atividade profissional na área, maiores que cinco anos. Quanto à titulação, dez especialistas, sete mestres, duas doutoras. Após o convite via e-mail, foi agendado a entrega presencial dos instrumentos. No que tange ao Índice de Validade de Conteúdo (IVC), foi possível observar o valor de 1,0 na concordância entre juízes. Os itens de avaliação do algoritmo pelos juízes encontram-se na Tabela 8.

Tabela 8 – Itens julgados pelos juízes e cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach e Índice de Validade de Conteúdo

Item de julgamento	Coeficiente α	IVC %
1.Apresentação Gráfica	0.90	1
2.Facilidade de leitura do protocolo	0.91	1
3.Sequência do protocolo	0.91	1
4.Vocabulário do protocolo	0.91	1
5.Clareza e compreensão das informações do protocolo	0.91	1
6.Descrição sobre entrevista inicial	0.91	1
7.Identificação do paciente suicida	0.92	1
8.Descrição da identificação da Medicina e Anamnese	0.91	1
9.Descrição da avaliação Psiquiátrica na abordagem voluntária	0.91	1
10.Conteúdo científico sobre as condutas durante a assistência ao paciente psiquiátrico	0.93	1
11.Sugestões das orientações no momento da alta hospitalar	0.90	1
12.Sugestões do encaminhamento a interconsulta psiquiátrica	0.90	1
13.Facilidade de leitura, clareza e compreensão das informações	0.90	1
14.Sequência das informações	0.91	1
15.Layout/Apresentação	0.90	1
Score total	0.91	1

Legenda: Coeficiente Alfa de Cronbach: 0,70 a 0,80 = Aceitável; 0,81 a 0,90 = Bom; 0,91 ou mais = Excelente
IVC Geral: >0,90 = Validado

4.2 Produtos

4.2.1 Algoritmo de atendimento ao paciente após tentativa de suicídio

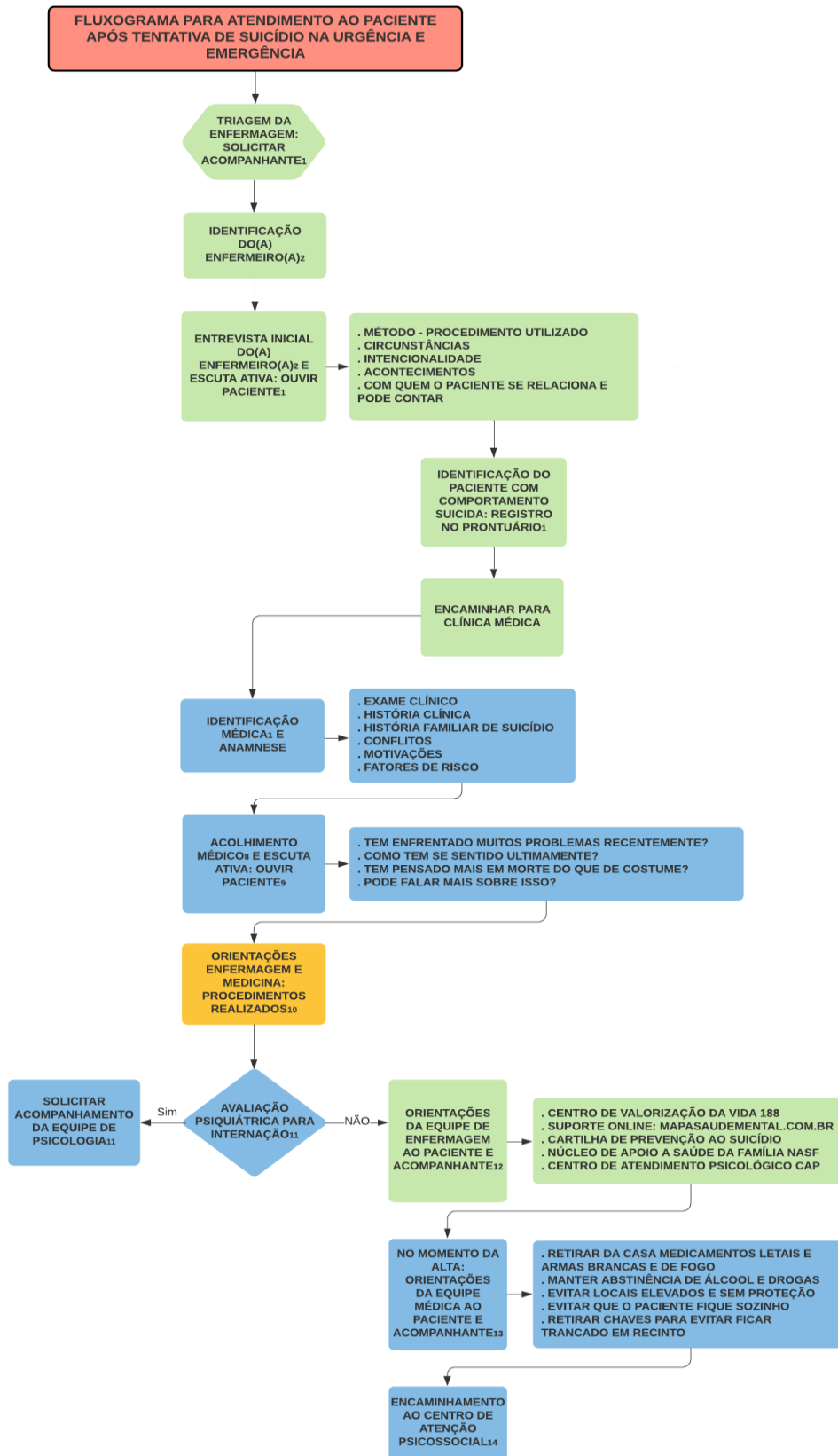


Figura 2 – Algoritmo para atendimento ao paciente suicida na unidade de Urgência/Emergência

4.2.2 Protocolo de atendimento ao paciente após tentativa de suicídio

Protocolo de atendimento no setor de urgência e emergência

Data da emissão: 10/2020



1 Introdução

O protocolo clínico caracteriza-se como um instrumento dos cuidados prestados para facilitar a comunicação, avaliação contínua e o acompanhamento do progresso apresentado pelo paciente em busca das metas pré-estabelecidas¹.

O comportamento suicida é o termo aplicado para denominar as ações auto infligidas que geram prejuízos ao próprio indivíduo e abarca desde a ideação suicida, a tentativa e o próprio suicídio².

2 Objetivos

2.1 Geral

Promover a padronização de condutas dos profissionais de saúde e uniformizar os tipos de abordagens assistência/procedimentos ao paciente após tentativa de suicídio.

2.2 Específicos

Atualizar o conhecimento dos profissionais de saúde que atendem e cuidam dos pacientes após tentativa de suicídio;

Organizar e facilitar a tomada de decisão dos profissionais no atendimento aos pacientes após tentativa de suicido;

Apresentar fluxos para o manejo operacional para o atendimento aos pacientes após tentativa de suicido.

3 Características do paciente com comportamento suicida

A maioria (90%) dos pacientes que tentam suicídio tem uma doença mental subjacente que é comumente não detectada e tratada ou estão em risco de surgimento de um transtorno psiquiátrico (por exemplo, esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, transtorno de ansiedade ou transtorno de personalidade)⁴.

Os sobreviventes do suicídio podem ser classificados em dois tipos: aqueles cujas tentativas são intencionais e aqueles que se envolvem em lesões autoprovocadas não suicidas⁵.



4 Descrição de prioridades

Para que a assistência supere o enfoque técnico, são necessários também o cuidado psicológico e a observação contínua de pacientes e familiares, tendo como objetivo priorizar a comunicação em acordo com a escuta qualificada, por tratar-se muitas vezes de pacientes inseguros. É importante alertar que todas as pessoas que tentaram suicídio devem receber atenção profissional devido à fragilidade emocional em que se encontram. A equipe de emergência tem como competência salvar vidas, devendo levar em consideração não somente o aspecto físico como também os aspectos psicológicos envolvidos no processo de cuidar⁶.

Desde o início do atendimento é preciso tentar o estabelecimento de um vínculo que garanta a confiança e a colaboração, em um momento em que a pessoa pode se encontrar fragilizada, hostil e nem sempre disposta a colaborar. É necessário desmistificar que não se pode abordar a questão da tentativa de suicídio diretamente, pois se trata de uma concepção equivocada frequente mesmo entre profissionais¹.

Os pacientes com pensamentos suicidas, na maioria dos casos, sentem-se aliviados e acolhidos por terem a oportunidade de expor seus pensamentos e sentimentos relacionados ao ato. A partir de então, a própria pessoa poderá colaborar a continuar a ajudá-la¹.

Assim, existem alguns comportamentos indispensáveis que a equipe pode se apropriar ao atender a pessoa que tentou suicídio ou que possui ideação suicida, a saber: ouvir atentamente, ser empático, passar mensagens não verbais de aceitação, expressar respeito pela opinião do outro, conversar honestamente, mostrar preocupação e focar nos sentimentos da pessoa. A simples interação com o paciente tem um grande potencial para acalmar, prevenir ou minimizar a agressão e a intensidade dos sintomas. Ainda, a equipe deve tentar estabelecer um vínculo de confiança desde o começo, enquanto, por outro lado, a ideia de que o paciente tentou suicídio para manipular os outros deve ser abandonada⁷.



5 Fluxo de atendimento

Primeiramente será realizada a solicitação de acompanhante pela equipe de Enfermagem da triagem, pois, as informações dessas pessoas são de grande importância e um cuidado especial deve ser tomado nos casos de acompanhantes que tenham relacionamentos claramente conflituosos com o paciente¹.

A equipe de enfermagem deverá se identificar de modo que o paciente se sinta acolhido, pois, é de grande relevância se identificar e criar harmonia de modo que os pacientes se sintam confortáveis².

A entrevista inicial tem como objetivo obter informações sobre o método, ou seja, o meio pelo qual a pessoa tentou o suicídio, circunstâncias, intencionalidade, fatores de risco, acontecimentos marcantes, conflitos, motivações, com quem o paciente se relaciona e pode contar².

Nas emergências psiquiátricas é relevante identificar o paciente com comportamento suicida, muitas vezes a estrutura física e o preparo das equipes médicas e paramédicas estão longe das condições ideais, como por exemplo, a existência de espaços físicos que misturam pacientes suicidas e pacientes clínicos. Diante do exposto, assinalar o risco de suicídio no prontuário e nos registros de enfermagem, é prioridade¹.

A identificação do médico responsável no atendimento como sendo uma tentativa de suicídio, deve-se abordar o paciente de uma maneira calma, não julgadora e empática. O assunto deve ser exposto com tato, entretanto, com clareza¹. Portanto, na anamnese médica que é um processo fundamental para estabelecer o diagnóstico preciso e instituir as condutas terapêuticas mais adequadas é imprescindível comportamento empático do médico, pois melhoraria também a comunicação com o paciente, estimularia o relato deste de seus sintomas e preocupações, sua participação, adesão e satisfação com o tratamento, diminuiria seu sofrimento, melhoraria sua qualidade de vida e até mesmo sua resposta imunológica⁸.

Os profissionais devem criar a habilidade da escuta qualificada, ou seja, sendo mais ativos, incentivando o diálogo e deve-se aliar à parte do paciente que deseja sobreviver¹. É por meio da escuta ativa que se encontram respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem como foco principal a doença. Logo, pressupõe-se a capacidade de escuta e disponibilidade do profissional da saúde para acolher e interagir com os sujeitos que demandam de atenção humanizada a saúde⁹.

Ao ouvir e acolher com respeito todos os relatos, dúvidas e manifestações afetivas dos pacientes, o profissional passa a ser um modelo de postura de acolhimento sem julgamento dos problemas e sentimentos dos pacientes, postura fundamental ao desenvolvimento da aliança terapêutica em qualquer cenário e contexto da prática médica⁸.

A equipe orientar quanto aos procedimentos a serem realizados e fornecer informações ao paciente, implica em melhores resultados, eles ficam mais satisfeitos quando são ouvidos atentamente e quando o profissional explica quais procedimentos estão sendo realizados¹⁰.

A avaliação psiquiátrica deve ser solicitada quando necessário para decidir se há necessidade de internação ou não, se sim: solicitar acompanhamento da equipe de psicologia hospitalar. O papel do psicólogo, além de ser o ponto de partida para a assistência integral que o paciente terá no hospital, assim como se tornar o profissional de referência para o paciente durante sua internação¹¹.

As orientações ao paciente e acompanhante no momento da alta são essenciais, pois é preciso vislumbrar um ponto por onde começar a organizar o caos emocional deste paciente¹ orientando sobre as possibilidades de suporte ao sair do setor de urgência e emergência. Diante dos pacientes que tentaram o suicídio, é pertinente que o planejamento das práticas de saúde direcione o acesso universal aos serviços de saúde almejando a integralidade do cuidado¹². A crise precisa ser compreendida como uma tentativa da pessoa de elaborar um acúmulo existencial e histórico de sofrimento, pressupondo a necessidade de uma estratégia ampliada de cuidado¹³, por isso a importância das orientações em domicílio também.

O encaminhamento para a interconsulta psiquiátrica no Centro de Atenção Psicossocial deve ocorrer, sendo que as taxas de mortalidade por suicídio podem aumentar ou diminuir de acordo com as atitudes das equipes envolvidas no atendimento. Pacientes que tentaram suicídio, na maioria das vezes, são liberados da emergência sem passar por avaliação psiquiátrica ou sem encaminhamento. Esse é um dado significativo, pois muitos dos pacientes que tentam suicídio sofrem de algum transtorno mental. Alguns autores recomendam a realização de interconsulta psiquiátrica depois de tentativa de suicídio¹⁴. Este Protocolo está baseado na qualidade do nível de evidências dos artigos.¹⁵



5 DISCUSSÃO

O serviço de urgência e emergência configura-se como a porta de entrada de usuários que necessitam de tratamentos de cunho emergencial e de referência psiquiátrica, como os casos de tentativa de suicídio, setor fundamental para avaliação dos casos atendidos e de potente visualização do fenômeno. Caracteriza-se, portanto, como serviço de cuidado primário ao indivíduo. Percebe-se, ainda, que os estudos apontam, cada vez mais, para a falta de manejo clínico para esses usuários (VIDAL *et al.*, 2013).

As situações de urgência/emergência são um conjunto de métodos e ações executadas por profissionais treinados e direcionados para a estabilização do quadro clínico apresentado pelo paciente, para que, posteriormente, seja possível a sua recuperação. Esse cenário gera ansiedade, não só para o doente e os familiares, mas, também, para os profissionais que ali desempenham suas atividades (VASCONCELOS e SELOW, 2016).

Os profissionais deste estudo que atendem os pacientes após tentativa de suicídio é composta por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares com experiência de mais de dois anos, trabalhando na unidade e o número de técnicos de enfermagem foi maior que os demais profissionais, o que comprova a necessidade da presença de uma assistência do cuidado de forma constante em todos os turnos de trabalho, principalmente, durante este momento. Vários estudos apontam que a enfermagem possui um importante papel na implantação da humanização nos serviços de saúde. Dentre esta prática está à assistência direta ou indireta aos pacientes, juntamente com a equipe multiprofissional na educação ou na gestão dos serviços de saúde, composta por trabalhadores da enfermagem que permanecem mais tempo em contato com os pacientes (BECK *et al.*, 2009; PISSAIA e THOMAS, 2019).

Para alguns autores a enfermagem como profissão que compõe a equipe de saúde, é convidada a ir além das ações de conter, vigiar e medicar, que durante tantos anos resumiram a sua participação no processo de cuidado em saúde mental. Nessa configuração, o processo de trabalho, principalmente da equipe de enfermagem, se deparou com novas convocações na assistência, no sentido de valorizar o relacionamento terapêutico, aumentando a capacidade de escuta e de diálogo com os usuários (MOTA, 2016).

Nesta pesquisa grande parte dos profissionais é católica e para Vasconcelos (2009), a religiosidade/espiritualidade é uma dimensão presente na cultura do Brasil, em que grande parte da população é religiosa. De fato, a religiosidade/espiritualidade influencia a forma de as pessoas pensarem, sentirem e agirem, em diferentes dimensões, entre elas a saúde. Assim, é necessário refletir em nível acadêmico sobre o significado da espiritualidade

como instrumento e espaço de relação educativa entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

O atendimento assistencial prestado ao paciente com transtorno mental grave em unidades não-psiquiátricas - concentraram-se na percepção do profissional de enfermagem a respeito deste tipo de assistência/paciente, demonstrado por vários estudos (ELIAS, 2012; ELIAS *et al.*, 2012; ZOLNIEREK, CLINGEMAN, 2012; PAES *et al.*, 2010; MUNRO *et al.*, 2007; LETHOBA *et al.*, 2006; CLARK *et al.*, 2005; ATKIN *et al.*, 2005; REED e FITZGERALD, 2005; MCDONALD *et al.*, 2003; DE JONGE *et al.*, 2001).

Serviços de urgência e emergência são ambientes normalmente estressantes, com alta demanda de pacientes, cercados de condições complexas inerentes ao próprio ambiente e aos seres humanos que cuidam e são cuidados. (BAGGIO *et al.*, 2008; PISSAIA e THOMAS, 2019).

A postura dos profissionais ao atenderem um paciente suicida é de aceitarem suas razões, porém, a maioria ainda o faz, mas com alguma reserva ou receio. Foi observada uma dificuldade de entendimento do ato suicida do paciente, por parte dos profissionais sem capacitação em saúde mental. No entanto, nem sempre essa oportunidade é aproveitada pela equipe, seja pelas características do serviço de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. Geralmente esses indivíduos são vistos como pertencendo a um grupo que exhibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular, e, a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição (TAYLOR *et al.*, 2009). Para os profissionais deste estudo os relatos mostraram que se sentem incapacitados para o atendimento

Entretanto alguns autores destacam que falar palavras de conforto, demonstrar interesse pelo problema, investigar o histórico, ser prestativo, e às vezes até um simples sorriso faz muita diferença em um atendimento. Ainda, os serviços de saúde devem investir em palestras e capacitações sobre a humanização, reforçando a Política de humanização (COTTA *et al.*, 2013).

Para a maioria dos profissionais entrevistados fica evidente a necessidade de acompanhamento psicológico devido ao ambiente de trabalho e também ficou evidenciada a importância da presença de um profissional de saúde mental no setor de urgência e emergência. Sabe-se que as estruturas emocionais dos profissionais devem ser asseguradas e a maioria dos profissionais do estudo relatou que não frequentam a terapia. A psicologia hospitalar não está voltada restritamente aos pacientes e familiares dentro do hospital, mas também tem responsabilidade de dar suporte à equipe de saúde cujo ambiente hospitalar requer muito do emocional equilibrado da equipe inteira de saúde. De acordo com o CFP

(Conselho Federal de Psicologia 2007), o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem seu exercício profissional nos níveis secundários e terciários na atenção à saúde, instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, colaborando com a formação de outros profissionais de saúde. Faz atendimentos a pacientes e familiares, suporte emocional em situações específicas a membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, além de colaborar com alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência.

Alguns profissionais do presente estudo fazem ou já fizeram uso de medicação psiquiátrica. Percebeu-se um desconforto por parte dos profissionais ao responderem a esta pergunta com receio e relatos de preconceito que deu margem a abertura de diálogo para com a pesquisadora. De acordo com Maftum, *et al.* (2016) a terapêutica medicamentosa é um recurso grandemente usufruído e quando prescrito de forma coerente, direcionada a necessidades do indivíduo com transtorno mental possibilita uma importante melhora da sintomatologia do transtorno mental, sendo assim, favorece o relacionamento interpessoal e contribui para o convívio com a sociedade. De outro modo, profissionais que já fizeram uso de psicotrópicos sentem-se incapacitados para atender os pacientes suicidas. Podendo haver uma relação em terem dificuldade de aceitarem ou analisarem a possibilidade de passarem pela mesma situação que os pacientes.

A presente investigação identificou a necessidade da existência de um protocolo para a melhoria do atendimento, pois, alguns profissionais relataram não saber como conduzir o atendimento e que necessitam de treinamento. Os protocolos clínicos ou assistenciais são recomendações para as práticas assistenciais baseados em evidência científica, elaborados de forma metódica, a partir de orientações claras sobre diagnóstico e tratamento. São consideráveis ferramentas gerenciais e para atualização clínica, sendo utilizados para reduzir a variação das ações na prática clínica por meio de normatizações (WERNECK *et al.*, 2009).

Assim, o cuidado vem da capacidade para escutar e dialogar, além de disponibilizar atenção para perceber o outro, como um indivíduo cheio de potencialidades, resgatando a autonomia e estimulando a cidadania (BECK *et al.*, 2009; PISSAIA e THOMAS, 2019).

Os pacientes que tentaram suicídio apresentaram mediana de 27 anos, o que corrobora com o ministério da saúde no Brasil, a maior prevalência de casos notificados de lesão autoprovocada, assim como de tentativas de suicídio, se encontram na faixa etária entre os 20 e 49 anos (BRASIL, 2017).

Ressalta-se que, apesar de homens se suicidarem três vezes mais que as mulheres, nas últimas décadas há um maior crescimento de suicídio feminino em comparação ao masculino, tornando expressivo o ato de conceber estudos sobre o suicídio em panorama ainda pouco exploradas (MACHADO e SANTOS, 2015). O que de fato retrata no estudo apresentado, pois ocorreu o predomínio de suicídio no do sexo feminino. Ou seja, o sexo feminino faz mais tentativas por intoxicação que o sexo masculino.

A maioria dos pacientes suicidas são solteiros, trinta por cento dos pacientes suicidas tem ensino médio completo e maioria são da cor branca. Almeida *et al.* (2013) explanaram que os profissionais de saúde ou até mesmo pessoas próximas ao paciente devem ficar cautelosos a sinais de alerta como relatos de infelicidade, distanciamento social, automutilação, perda de entes queridos ou demissão, problemas financeiros que afetam o emocional de pessoa e outros ensejos que causem grande desordem emocional, como por exemplo, um rompimento afetivo.

Freitas (2015) ainda evidencia sobre os sinais de alerta para casos de tentativas anteriores de suicídio, transtorno mental, doenças graves, ansiedade e desesperança, crise conjugal e familiar, situações de luto ou perda, facilidade de acesso aos meios de interrupção da vida, e a influência de outras pessoas para que a vítima se mate. Sobre essa ótica grande parte dos participantes dessa pesquisa não relatam o motivo da tentativa de suicídio e poucos relataram dos que relataram o motivo seriam por conflitos familiares.

A equipe assistencial deve avaliar o estado mental das pessoas que deseja se suicidar e avaliar o motivo dela querer encerrar sua vida e os planos que possui de como fazer isso, para tal é necessário criar um vínculo de confiança com o paciente para entender seus planos suicidas e elaborar estratégias eficazes de prevenção de futuras tentativas de suicídio (NUNES, 2016).

Estudos apontam que é necessário trabalhar sobre os sentimentos suicidas do paciente, uma vez que quanto mais abertamente a pessoa fala sobre os fatores que o motivam tentar se matar, menos turbulentas suas emoções se tornam, desse modo quando a turbulência emocional cede, a pessoa pode se tornar pensativa, e avistar soluções para seus problemas que não sejam a morte, ou ainda sentirem-se valorizadas por ter pessoas que se importam com suas queixas (MOREIRA *et al.*, 2015).

A maioria do método utilizado ocorre por intoxicação de acordo com as anotações nas fichas de notificações compulsórias, reafirmando assim a literatura, que a intoxicação exógena se destaca como meio utilizado para a tentativa/suicídio. Dentre as principais substâncias usadas estão os agrotóxicos, com frequências de até 90% nos países em desenvolvimento, enquanto que o uso de medicamentos chega a 60% e é mais utilizado em

países desenvolvidos. No Brasil, a intoxicação exógena é responsável por acerca de 70% dos casos notificados (SPILLER *et al.*; 2010).

Nota-se neste estudo a necessidade de se estabelecer processos de educação permanente à equipe para o atendimento em saúde mental. Diferentes autores têm reiterado a importância da oferta de educação permanente aos profissionais que atuam nestes contextos para lidar com situações que desafiam as representações sobre a vida e a morte, para que a crença ou o julgamento não se imponha sobre a prática (BOTEGA, 2015).

Assim, estimular a conscientização das tendências epidemiológicas relacionadas às tentativas de suicídio e lesão autodestrutiva é um dos primeiros e mais consideráveis passos para o desenvolvimento de estratégias eficazes para a prevenção de comportamentos suicidas recorrentes ou fatais (TING *et al.*, 2012).

De acordo com a realização do fluxograma para atendimento ao paciente após tentativa de suicídio na urgência e emergência foi realizado triagem pela equipe de Enfermagem. O primeiro contato com o paciente suicida é de extrema importância. É a partir dele que se estabelece o vínculo que influencia muito no manejo. O local da anamnese deve ser calmo e seguro, onde haja privacidade e deve-se retirar do ambiente qualquer objeto potencialmente arriscado. É importante reservar tempo e ouvir o paciente atentamente, mostrando empatia e respeito por seus valores, sem fazer julgamentos. Deve-se também, evitar mostrar espanto ou muita emoção diante do relato do paciente, interrompê-lo com frequência, mostrar-se ansioso e fazer o problema explicitado parecer banal (CIULLA *et al.*, 2014).

A solicitação de acompanhante é primordial, pois, a entrevista com a família também pode ser muito esclarecedora, possibilitando a coleta de dados como características do paciente (desanimado, impulsivo, instável...), sua aderência a tratamentos médicos, comportamento após intervenções anteriores e fatos omitidos por ele na anamnese. Além disso, é uma oportunidade para verificar o apoio familiar, fator de grande importância para o sucesso da intervenção (CIULLA *et al.*, 2013).

A identificação dos profissionais atuantes é extremamente importante para o processo. Os profissionais têm consciência da necessidade do cuidado humano. No entanto, o cuidado técnico impera em alguns setores dentro do hospital. Os pacientes após a tentativa de suicídio geralmente estão muito fragilizados, alguns demonstram que se sentem incompetentes por não terem alcançado o ato desejado. Já os seus familiares encontram-se assustados com o fato, preocupados com o estado de saúde do paciente, e em alerta para o que possa ocorrer. Por isso, é fundamental a presença de carinho, de delicadeza e de dedicação durante o convívio com esses pacientes e seus familiares. Diante dos pacientes que tentaram o

suicídio, é pertinente que o planejamento das práticas de saúde direcione o acesso universal aos serviços de saúde almejando a integralidade do cuidado (WALDOW, 1998).

Sendo assim, atuar de forma humanizada em serviços de urgência e emergência nos hospitais é um desafio a toda equipe. Nesse contexto, espera-se estar oferecendo segurança, atendimento rápido e eficaz, além de um efetivo apoio emocional ao cliente (ANDRADE *et al.*, 2009; PISSAIA e THOMAS, 2019).

A realização do acolhimento à pessoa com transtorno mental em situação de emergência também é fundamental, pois se realizado com segurança, prontidão e qualidade é possível determinar a aceitação e a adesão do paciente ao tratamento. O acolhimento representa a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, pois possibilita a escuta ativa pelo profissional, favorecendo a empatia, oferecendo-lhe cuidado integral com respostas adequadas e resolutividade, no âmbito intra e extra hospitalar, isto é, articulando as possibilidades oferecidas na rede de serviços do sistema de saúde e social (AZEVEDO e BARBOSA, 2007; FRANÇA, 2005).

Ao contrário do que se imagina popularmente, falar com o paciente sobre suicídio não o incentiva a se matar, tendo inclusive efeito protetor: o mesmo sente-se mais seguro e confortável por poder conversar sobre assuntos que lhe causam incômodo (D'OLIVEIRA e BOTEGA 2006; CIULLA *et al.*, 2013).

Nos resultados da pesquisa, 98,2% dos profissionais entrevistados afirmaram ser importante ter um protocolo de atendimento no setor de urgência e emergência a pacientes após tentativa de suicídio. Desta forma, entende-se que a relação do paciente com o profissional de saúde, da acolhida até a saída do serviço, é um importante instrumento para a continuidade ou não dos encaminhamentos realizados, bem como para a prevenção de novas tentativas de suicídio (VIDAL e GONTIJO, 2013).

As mudanças sociais são geradas pela educação, vontade política e estratégia social, por meio da coordenação e colaboração entre múltiplos setores da sociedade, como saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, direito, defesa, política e mídia. Essa integração, de forma abrangente, conduzirá a melhores resultados sobre uma questão tão complexa quanto o suicídio (WHO, 2014).

A abordagem educacional a respeito deste fenômeno, de forma responsável, assume posição de fator de proteção ao suicídio, de modo que o enfrentamento do estigma e a conscientização e estimulação de ações preventivas são ações comunitárias de enfrentamento a esta realidade vivida (BRASIL, 2017).

Contudo, os vagarosos passos nas ações de prevenção ao suicídio no Brasil culminam em uma realidade onde é observado um predomínio da escassez de instrumentos

operacionais para lidar com todas as questões respectivas ao fenômeno do suicídio, a saber, a escassez de evidências científicas de melhores práticas relacionadas a este fenômeno e escassez de programas governamentais de qualificação para os profissionais da saúde na atuação e manejo dos casos de suicídio (MÜLLER *et al.*, 2017).

Em um panorama mais ampliado, mesmo na presença de percepção da importância da abordagem das questões relacionadas ao suicídio, e a consideração da gravidade do problema, não é observada na prática profissional, a implementação de ações organizadas e executadas que visem ações de prevenção ao comportamento suicida, fruto da falta de interesse e inabilidade perante a saúde mental e psiquiatria, falta de recursos, e falta de treinamentos e capacitações (SILVA *et al.*, 2017). Assim, há um vácuo abissal entre o que deve ser feito e o que está sendo produzido na área de comportamento suicida no país, pois não há política pública de saúde voltada ao tema, faltam recursos e investimentos, desinteresse político, que poderia evitar perdas dessas vidas e sofrimento para os sobreviventes.

Sendo assim, ter um protocolo de atendimento na urgência/emergência para os pacientes após tentativa de suicídio considera-se instrumento importante com orientações para o enfrentamento na assistência e qualidade do serviço. A divulgação do protocolo e capacitação dos profissionais que irão atender esses pacientes deve ocorrer mediante processo de conhecimento da equipe para abordagem empática para com estes pacientes, seguindo um protocolo para que os mesmos se sintam acolhidos e consigam compreender as orientações para maior adesão ao tratamento.

5.1 Aplicabilidade

O estudo mostra que os profissionais que assistem o paciente suicida também precisam de respaldo emocional e conhecimento para assistir de forma adequada para alcançar melhores resultados. O protocolo de atendimento a pacientes após tentativa de suicídio na urgência/emergência traz inovação científica e tecnológica, melhora as condições de trabalho, promove a saúde psíquica, aprimoramento de habilidade na comunicação e conscientização da necessidade de políticas públicas em suicídio. Perspectivas para a aplicabilidade em outras instituições que recebem na urgência/emergência pacientes em tentativas de suicídio.

5.2 Impacto social

O protocolo de atendimento a pacientes após tentativa de suicídio na urgência e emergência contribui para avanços na disponibilidade de conteúdo de trabalho, norteia a tomada à decisão, auxilia os profissionais da Enfermagem e Medicina a conduzirem o atendimento possibilitando informações acerca de melhores condutas, melhoria do acolhimento ao sofrimento psíquico, ponto de partida para políticas públicas de saúde adequadas. Propõe mudanças de paradigma no que se refere à abordagem mais clara e com acolhimento em relação ao paciente suicida.

6 CONCLUSÃO

A sistematização da assistência dos profissionais do setor de urgência/emergência à pessoa após tentativa de suicídio mostra receio ao abordarem o tema com o paciente e evidencia dificuldades da equipe no acolhimento e assistência. O diagnóstico situacional e a revisão integrativa auxiliam no desenvolvimento do algoritmo e este propicia a construção do protocolo, posteriormente validado.

7 REFERÊNCIAS

Almeida RMM, *et al.* Ideação suicida, resolução de problemas, expressão de raiva e impulsividade em dependentes de substâncias psicoativas. *Rev Bras Enferm*, 2013; 3(7): 67-81.

Andrade LM *et al.* Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev Eletr Enferm*, 2009; 11(1):151-72.

Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do suicídio (ABEPS) Notícias do I Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio. 2016. [acesso em 12 abr. 2019]. Disponível em: <http://www.abeps.org.br/>.

Assumpção GLS *et al.* Depressão e suicídio: uma correlação. *Pretextos- Rev Grad Psicol PUC Minas*, 2018; 3 (5): 312-33.

Atkin K, Holmes J, Martin C. Provision of care for older people with co-morbid mental illness in general hospitals: general nurses' perceptions of their training needs. *Int J Geriatr Psychiatry*, Manchester, 2005; 20(1):1081-3.

Azevedo JMR, Barbosa MA. Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. *Rev Enferm UERJ*, 2007; 15(1), 33-9.

Baggio MA, Callegaro GD, Erdmann AL. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Rev Bras Enferm*, 2008; 61(5), 552-7

Beck CLC *et al.* Humanização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros nos serviços de saúde de um município. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1), 54-61.

Bertolote JM. O suicídio e a sua prevenção. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

Bland, JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, v.314, n.7080, p. 572, 1997.

Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol USP*, 2014; 25 (3): 231-236.

Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre, Artmed, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Ministério da Saúde, Vol. 48 N° 30, 2017.

Ciulla L, *et al.* Suicídio: avaliação de risco e manejo. In: Cataldo Neto A, Gauer GJC, Furtado NR, editors. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EdiPUCRS; 2013: 236-46.

Ciulla, L. *et al.* Suicide risk in the elderly: data from Brazilian public health care program. *J Affect Disord*, 2014;152-154(s.n): 513-16.

Clark C, Paker E, Gould T. Rural generalist nurses' perceptions of the effectiveness of their therapeutic interventions for patients with mental illness. *Aust. J. Rural Health, Malden*, 2005;13(4):205-13.

Collis KRL, *et al.* Mind full of life: Does mindfulness confer resilience to suicide by increasing zest for life? *Journal of Affective Disorders*, 2018; 226, 100–107.

Cotta RMM. *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós. *Ciênc Saúde Col*. 2013; 18(1), 171-9.

Elias AD. Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência geral: real e imaginário. 2012. 107f. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

Filho AD, Souza MPO, Castanheira PHR, Santana RR. Acolhimento com Classificação de Risco: humanização nos serviços de emergência. 2010. 10 p. Curso de Enfermagem, Universidade Salgado de Oliveira, Campus Goiânia.

Filho ES *et al.* O suicídio no Estado do Tocantins. *Rev Eletrôn Ac Saúde*, 8 jul. 2019; 11(12):e712.

França IG. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2005; 5(1):146-63.

Freitas G. A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio. *Stylus Rev Bras Psicanál*, 2015; 31(7): 215-22.

Goñi Sarriés A, Zandio Zorrilla M. Suicídio: um desafio para a prevenção. *Um Sist Sanit Navar*. 2017; 40 (3): 335-8. <http://doi.org/10.23938/ASSN.0122>

Gunnel D. *et al.* Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 2020. D.

Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(6):619-25.

Jonge PD *et al.* Mental disturbances and perceived complexity of nursing care in medical inpatients: results from a European study. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 36, n. 3, p. 355-363, 2001.

Kondo EK, Vilella JC, Borba LO, Moraes MR, Maftum MA. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. *Rev Esc Enferm USP*, 2011; 45(2):501-07.

Lethoba KG, Netswera FG, Rankhumise E. How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients. *Curationis*, Pretoria, 2006; 29(4):4-11.

Macdonald M.T. Nurse-Patient Encounters: Constructing Harmony and Difficulty. *Advanc Emerg Nurs J*, Philadelphia, 2007; 29(1):73-81.

Machado DB; Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, jan./mar. 2015; 64(1):45-54.

Maftum MA, Alcântara CB, Capistrano FC, Czarnobay J, Ferreira ACZ, Brusamarello T. Uso do psicofármaco no tratamento à pessoa com transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem. *Invest Qualit Saúde*, 2016.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Públ*, 2004; 20(5), 1411-16.

Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins;2005.p.3-24.

Mcdonald DD *et al.* Effect of a Psychiatric Diagnosis on Nursing Care for Nonpsychiatric Problems. *Research in Nursing & Health*, New York, v. 26, n. 3, p. 225-232, 2003.

McGilton K. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. *Can J Nurs Res*, 2003; 35(4):72-86.

Moreira LB, Cappelle MCA, Freitas MNC. A dinâmica identitária de Pessoas com Deficiência: um estudo no Brasil e nos Estados Unidos. *Revista de Administração Mackenzie*, 2015; 16(1): 40-61.

Mota AS. Educação permanente: práticas e processos da enfermagem em saúde mental. *Rev Port Enferm Saúde Mental*, 2016:9-16.

Müller SA *et al.* Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED*. Passo Fundo, 2017; . 9(2):6-23.

Munro A, Watson HE, Mcfadyen A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, 2007; 44(8):1430-38.

OMS. (Organização Mundial de Saúde). Folha informativa Suicídio. In OPAS Brasil. [acesso em 14 mai. 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativasuicidio&Itemid=839. 2018.

Paes MR, Maftum MA, Mantovani M.F. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *Rev Ciênc Cuid Saúde*, Maringá, abr./jun. 2010; 9(2):309-16.

Pereira *et al.* Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital público. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 67-88, Apr. 2015.

Pissaia LF, Thomas J. New emergency and emergency scenarios: intersections with the first Meeting of Nursing Caring in Emergencies of Coren-RS. *Research, Society and Development*, 2019; 8(5): 685938

Prudêncio CPG *et al.* Percepção de enfermeira(o)s sobre acolhimento com classificação de risco no serviço de pronto atendimento. *Rev Baiana Enferm.*, Salvador, v.30, n.2, p.1-10, abr./jun. 2016.

Qaseen A. Guidelines International Network: Toward International Standards for Clinical Practice Guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 3 abr. 2012; 156(7):525.

Quental IA. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção um desafio para o SUS. 2017.

Reed F, Fitzgerald L. The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, Chicago, 2005; 14: 249-57.

Sabbadini FS, Gonçalves AS. A Unidade de Emergência no Contexto do Ambiente Hospitalar. Rio de Janeiro, 2008, p. 1-13.

Silva Filho OC. Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência. 2019. 236. Rio de Janeiro, 2019.

Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado. *Esc Anna Nery* 2011;15(2):306-13.

Silva NKN *et al.* Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. *SMAD - Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog. Ribeirão Preto*, 2017; 13(2):71-77.

Silva RN *et al.* Uma análise política do trabalho em equipe como proposta de humanização em saúde: implicações para a enfermagem. *Int. Nurs. Rev.*, v.63, n.4, p.572-9, 2016.

Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev Bioét*, 2015; 23(2), 419-26.

Solomon, A. Um crime da solidão: reflexões sobre o suicídio. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

Sousa *et al.* Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. V. 40, junho, Porto Alegre, 2019 .

Sousa *et al.* Humanização da assistência de enfermagem em unidade de urgência e emergência. *Rev. Interdisciplinar*. v. 8, n.1. Janeiro, 2015.

Spiller HA, Appana S, Brock GN. Epidemiological trends of suicide and attempted suicide by poisoning in the US: 2000-2008. *Leg Med (Tokyo)*. 2010; 12(4):177-83.

Toro T *et al.* Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan* [online]. 2016, vol.16, n.4, pp.473-486. ISSN 1657-5997.

Taylor TL, Hawton K, Fortune S, Kapur N. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2009; 194(2):104-10.

Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo Jr A. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993–2008. *General Hospital Psychiatry*, 2012; 34, 557–65.

Vasconcelos MFG, Selow MLC. Atendimento humanizado pela equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência. *Vitrine Prod Acad*, 2016; 4(2):205-20.

Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Públ*, 2013; 29(1), 175-87. doi: 10.1590/S0102-311X2013000100020

Vidal CEL, Gontijo ED. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cad Saúde Col*, 2013; 21(2), 108-14.

Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre, RS: Sagra Luzzata, 1998.

Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Coopmed, 2009

World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014. 92p.

Zolnierek CD, Clingerman EM. A Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring for a Person With Severe Mental Illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, St. Louis, 2012; 18(4):226-35.

FONTES CONSULTADAS

Comitê de Ética

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://www.decs.bvs.br>

Conselho Federal de Psicologia: Disponível em: <http://www.cfp.org.br>

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais Participantes

Responsável: Professora Diba Maria Sebba Tosta de Souza

Título do Trabalho: Protocolo para atendimento após tentativa de suicídio

Eu,.....
RG....., abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade das pesquisadoras Ana Mara Martins de Meneses e Diba Maria Sebba Tosta de Souza do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas a Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí - Univás.

Assinando este Termo de Consentimento estou ciente de que:

- 1 - O objetivo da pesquisa é criar um protocolo no setor de urgência e emergência para um atendimento acolhedor ao paciente admitido por suicídio e facilitar a adesão do mesmo ao tratamento.
- 2- Durante o estudo será utilizado uma ficha de protocolo para abordagem aos profissionais.
- 3 - Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4- A minha participação na pesquisa não causará riscos conhecidos à minha saúde física e mental, não sendo provável, também, que causem desconforto emocional;
- 5 - Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, o que não me causará nenhum prejuízo;
- 6 – Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada;
- 7 - Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí – Univás, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa pelo telefone: (35) 3449-2199;
- 8 - Poderei entrar em contato com a responsável pelo estudo, sempre que julgar necessário pelo telefone;
- 9- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em meu poder e outra com o pesquisador responsável.

Assinatura do Participante: _____

Pouso Alegre – MG, ____/____/____.

Ana Mara Martins de Meneses

Profª. Diba Maria Sebba Tosta de Souza

Apêndice B – Questionário para Registro dos Dados do Profissional que Trabalha na Urgência/Emergência

1-Sexo: F M

2-Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

3-Estado civil: Solteiro(a) União estável/casado(a) Separado(a)/divorciado(a) Viúvo(a) Outro: _____

4-Número de filhos: _____

5- Religião: Católica Evangélica Testemunha de Jeová Budista Espírita

Muçulmana Outra: _____

6- Profissão: _____

7- Tempo de experiência na unidade urgência/emergência: _____

8- Qual a sua postura frente a um paciente potencialmente suicida, ou que tentou o suicídio?

Aceito suas razões como totalmente honestas

Aceito suas razões, mas com alguma reserva

Provavelmente irei ignorar suas razões

Isso não é problema meu

9- Você se sente capacitado para atender um paciente que tentou suicídio?

Sim Não

10- Você acha necessário que um profissional, que trabalha com esse perfil de pacientes, faça psicoterapia?

Sim Não

12- Você faz terapia?

Sim Não Já fiz

13-Alguma vez você já tomou medicação psiquiátrica?

Sim Não Não aceito tomar

14- Como você considera a presença de um profissional de saúde mental no seu ambiente de trabalho?

Importante Necessária Às vezes atrapalha Nada a declarar

15- Você acha importante ter em seu ambiente de trabalho um protocolo de atendimento ao paciente potencialmente suicida, ou que cometeu o suicídio?

Sim Não Nada a declarar

Apêndice C – Questionário para o Registro das Informações da Ficha de Notificação Compulsória do Núcleo de Epidemiologia

Data do atendimento: _____

1- Sexo: F M

2-Data de Nascimento: ____/____/____

3- Idade: _____

4- Cor/Raça: Branca Amarela Parda Negra Indígena

5- Cidade em que reside: _____

6- Estado civil: Solteiro(a) União estável/casado(a) Separado(a)/divorciado(a)

Viúvo(a) Outro: _____

7- Profissão: _____

8- Escolaridade:

Analfabeto Fundamental incompleto Fundamental completo Médio Incompleto

Médio completo Superior Incompleto Superior completo

9- Presença de acompanhante: Sim Não

10- Local da tentativa/suicídio: Residência Trabalho Via pública

11- Método utilizado: Arma de fogo Afogamento Asfixia Automutilação

Intoxicação Fogo Impacto veicular Outro _____

12- Lesão Corporal autoprovocada: Sim Não

13- Local da lesão: _____

14- Motivo do ocorrido: _____

15- Primeira vez que ocorreu: Sim Não

16- Identificada presença de álcool: Sim Não

17- Permaneceu internado: Sim Não

18- Houve encaminhamento para tratamento extra-hospitalar: Sim Não

Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Profissionais Participantes da Validação

Eu, Ana Mara Martins de Meneses, discente do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS –Pouso Alegre, MG, juntamente com as pesquisadoras Prof^a. Dr^a. Diba Maria Sebba Tosta de Souza e a Profa. Dra. Fiorita Gonzales Lopes Mundim docentes do curso, orientadora e coorientadora, vimos por meio desta, respeitosamente, convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada: “PROTOCOLO PARA ATENDIMENTO APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO.” Este estudo tem como objetivos: promover a padronização de condutas dos profissionais de saúde e uniformizar os tipos de abordagens assistência/procedimentos ao paciente após tentativa de suicídio; atualizar o conhecimento dos profissionais de saúde que atendem e cuidam dos pacientes após tentativa de suicídio; organizar e facilitar a tomada de decisão dos profissionais no atendimento aos pacientes após tentativa de suicido e apresentar fluxos para o manejo operacional para o atendimento aos pacientes após tentativa de suicídio.

Para a validação do protocolo, o senhor (a) está sendo convidado a fazer apreciação como juiz com experiência na área. Se de acordo, e aceitar, iniciará analisando o conteúdo, a apresentação, a clareza e a compreensão do instrumento. O contato será por meio de apresentação presencial do Termo de consentimento Livre e esclarecido, do protocolo e o questionário para avaliá-lo caso aceite participar do estudo e responder ao questionário, retornarei em cinco dias. Para a realização desta pesquisa, o (a) senhor (a) não será identificado (a) pelo seu nome. Será mantido o anonimato, assim como o sigilo das informações obtidas e será respeitada a sua privacidade e a livre decisão de querer ou não participar do estudo, podendo retirar-se dele em qualquer momento, bastando para isso expressar a sua vontade.

A realização deste estudo não lhe trará consequências físicas ou psicológicas, podendo apenas lhe trazer, não necessariamente, algum desconforto mediante a entrevista, porém serão tomados todos os cuidados para que isso não ocorra. Serão estabelecidos e mantidos o anonimato total e a privacidade.

O projeto foi aprovado com Número do Parecer: 3.719.375 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde “Dr. José Antônio Garcia Coutinho”, em Pouso Alegre - MG e o estudo seguirá os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12.

Em caso de dúvidas e se quiser ser mais bem informado (a), poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde “Dr. José Antônio Garcia Coutinho”, que é o órgão que irá controlar a pesquisa do ponto de vista ético. O CEP

funciona de segunda à sexta-feira e o seu telefone é (35) 3449 2199, Pouso Alegre, MG. O senhor (a) concorda em participar deste estudo? Em caso afirmativo, após ler a “Declaração”, que segue abaixo, peço assiná-la no local próprio.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que fui informado (a) sobre esta pesquisa, estou ciente dos seus objetivos, da avaliação do protocolo e da relevância do estudo, assim como me foram esclarecidas todas as dúvidas.

Mediante isto, concordo livremente em participar da pesquisa, fornecendo as informações necessárias. Estou também ciente de que, se quiser e em qualquer momento, poderei retirar o meu consentimento deste estudo.

Para tanto, lavro minha assinatura em duas vias deste documento, ficando uma delas comigo e a outra com o pesquisador.

Pouso Alegre _____, _____ 2020.

Participante: _____.

Documento de Identidade ou CPF: _____.

Pesquisadores: Mestranda Ana Mara Martins de Meneses.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Diba Maria Sebba Tosta de Souza.

Coorientadora Prof^a. Dr^a. Fiorita Gonzales Lopes Mundim.

Apêndice E – Questionário dos Juízes para Validação do Protocolo

Identificação do Avaliador:

Data de nascimento: ___/___/___ Sexo: Masculino () Feminino ()

Profissão: _____

CPF: _____

1 - Tempo de formado na graduação:

- Menos de 1 ano
 - De 1 a 3 anos
 - De 3 a 5 anos
 - Mais de 5 anos
-

2 - Tempo em que trabalha na área:

- Menos de 1 ano
 - De 1 a 3 anos
 - De 3 a 5 anos
 - Mais de 5 anos
-

3 - Qual o seu grau acadêmico:

- Especialista
 - Mestrado
 - Doutorado
 - Pós doutorado
-

Avaliação do Protocolo:

4 - Quanto à apresentação gráfica do Protocolo:

- Totalmente adequado (4 pontos)
- Adequado (3 pontos)
- Parcialmente adequado (2 pontos)
- Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários: _____

5 - Quanto a facilidade de leitura do Protocolo:

- Totalmente adequado (4 pontos)
- Adequado (3 pontos)
- Parcialmente adequado (2 pontos)
- Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários: _____

6 - Quanto a sequência do Protocolo:

- Totalmente adequado (4 pontos)
- Adequado (3 pontos)
- Parcialmente adequado (2 pontos)
- Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

7 - Quanto ao vocabulário do Protocolo:

- Totalmente adequado (4 pontos)
- Adequado (3 pontos)
- Parcialmente adequado (2 pontos)
- Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

8 - Quanto à clareza e compreensão das informações do Protocolo:

- Totalmente adequado (4 pontos)
- Adequado (3 pontos)
- Parcialmente adequado (2 pontos)
- Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

9 - Quanto à descrição sobre entrevista inicial:

- Totalmente adequado (4 pontos)
- Adequado (3 pontos)
- Parcialmente adequado (2 pontos)
- Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

10 - Quanto a identificação do paciente suicida no prontuário:

- Totalmente adequado (4 pontos)
- Adequado (3 pontos)
- Parcialmente adequado (2 pontos)
- Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

11 - Quanto à descrição da identificação da Medicina e Anamnese:

- Totalmente adequado (4 pontos)
- Adequado (3 pontos)
- Parcialmente adequado (2 pontos)

Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

12 - Quanto a descrição da avaliação Psiquiátrica na abordagem involuntária:

Totalmente adequado (4 pontos)

Adequado (3 pontos)

Parcialmente adequado (2 pontos)

Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

13 - Quanto ao conteúdo científico sobre as condutas durante a assistência ao paciente psiquiátrico na Unidade de Urgência e emergência:

Totalmente adequado (4 pts)

Adequado (3 pts)

Parcialmente adequado (2 pts)

Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

14 - Quanto a sugestão das orientações no momento da alta hospitalar:

Totalmente adequado (4 pts)

Adequado (3 pts)

Parcialmente adequado (2 pts)

Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

15 - Quanto a sugestão do encaminhamento a Interconsulta Psiquiátrica?

Totalmente adequada (4 pts)

Adequada (3 pts)

Parcialmente adequada (2 pts)

Inadequada (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

16 - Quanto à facilidade de leitura, clareza e compreensão das informações:

Totalmente adequada (4 pts)

Adequada (3 pts)

Parcialmente adequada (2 pts)

Inadequada (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

17 - Quanto a sequência das informações:

- Totalmente adequada (4 pts)
- Adequada (3 pts)
- Parcialmente adequada (2 pts)
- Inadequada (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

18 - Quanto ao layout/apresentação:

- Totalmente adequado (4 pts)
- Adequado (3 pts)
- Parcialmente adequado (2 pts)
- Inadequado (1 ponto)

Sugestões/Comentários:

OPINIÃO DO AVALIADOR

Em sua opinião, o protocolo é adequado para os profissionais da Enfermagem e Medicina do Setor de Urgência e Emergência?

SIM NÃO

Em caso de resposta negativa, justifique o porquê.

Sugestões

Agradecemos sua participação.

Apêndice F – Gráficos dos testes Mann – Whitney e Kruskal-Wallis

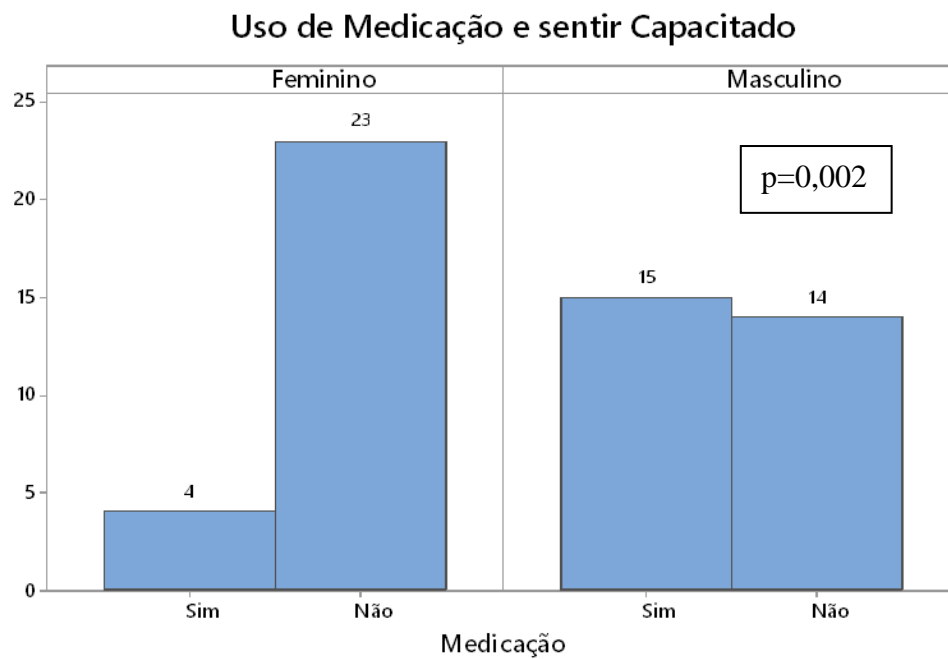


Figura 1 – Profissionais participantes e a associação do uso de psicotrópico e a capacidade para o atendimento de paciente suicida

Teste: Mann-Whitney

Os profissionais que já fizeram uso de psicotrópicos sentem-se incapacitados para atender os pacientes.

Método utilizado por Sexo

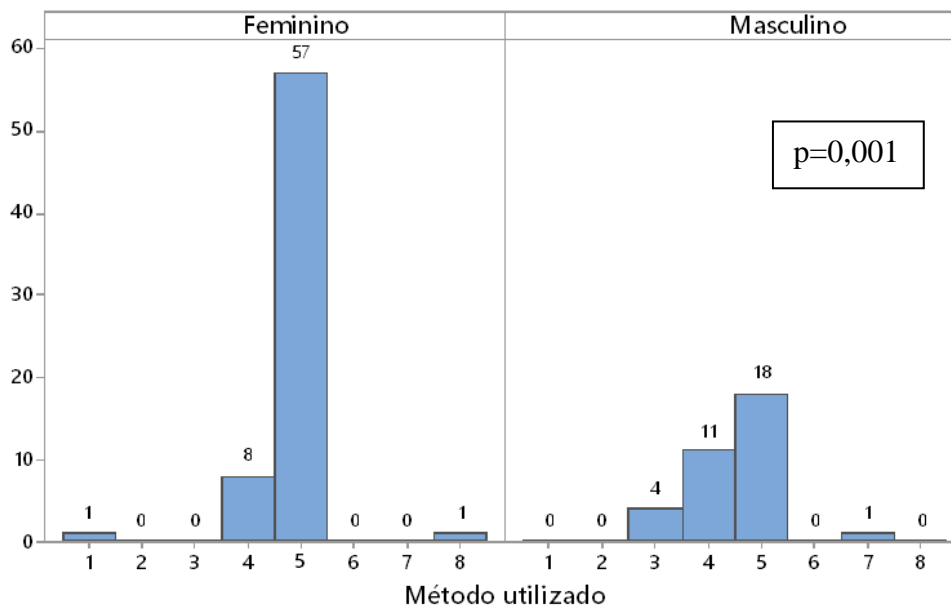


Figura 2 – Pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação entre o método utilizado e o sexo
 Teste: Mann-Whitney

Existe associação em relação ao método utilizado e sexo, o feminino faz mais tentativas por intoxicação que o sexo masculino.

Estado Civil por 1ª tentativa

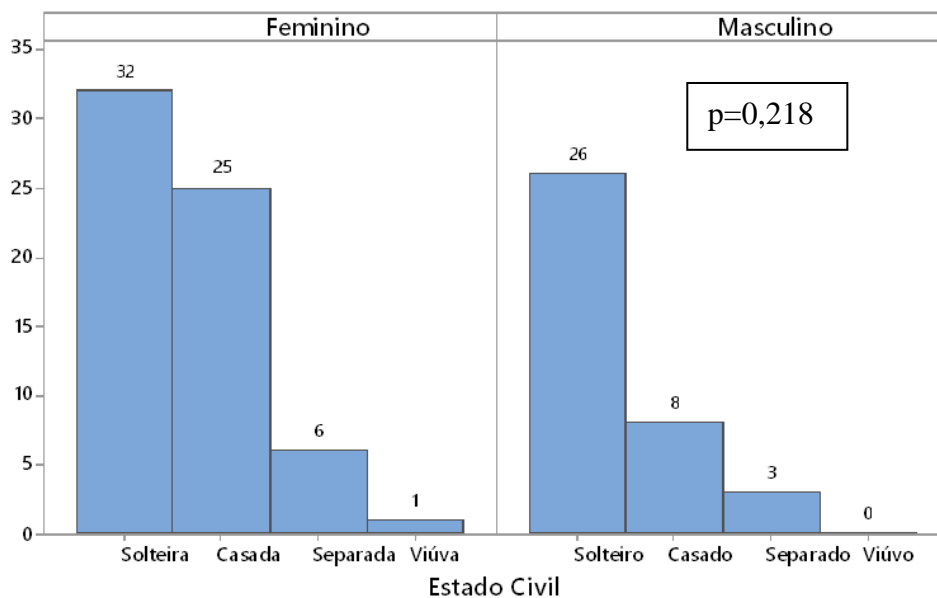


Figura 3 – Pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação do estado civil com a primeira tentativa
 Teste: Kruskal-Wallis

Não existe diferença significativa em relação às tentativas de suicídio com o estado civil.

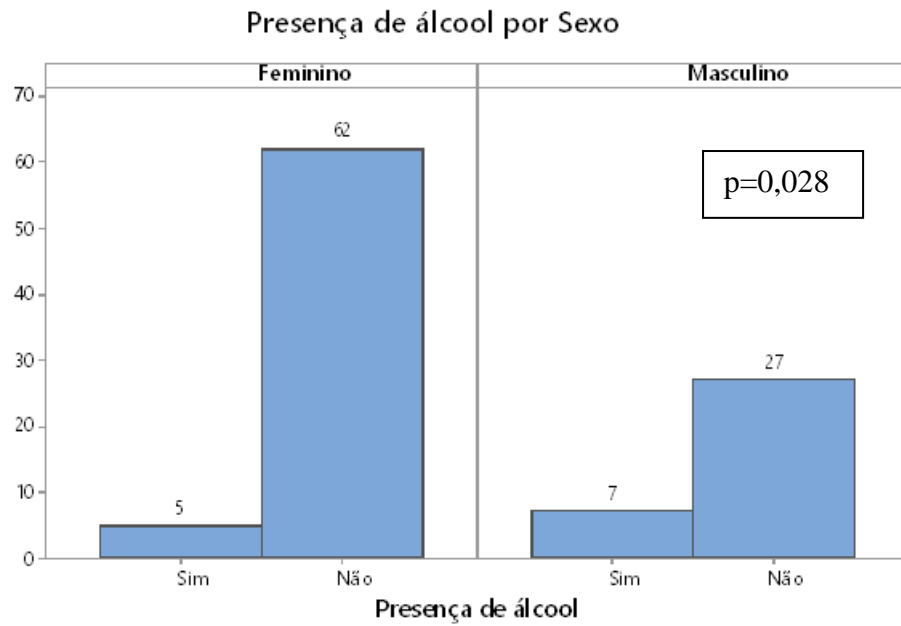


Figura 4 – Pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação entre sexo e uso de álcool no momento da tentativa
 Teste: Mann-Whitney

Sexo masculino possui tendência maior em ingerir álcool quando pratica a tentativa de suicídio

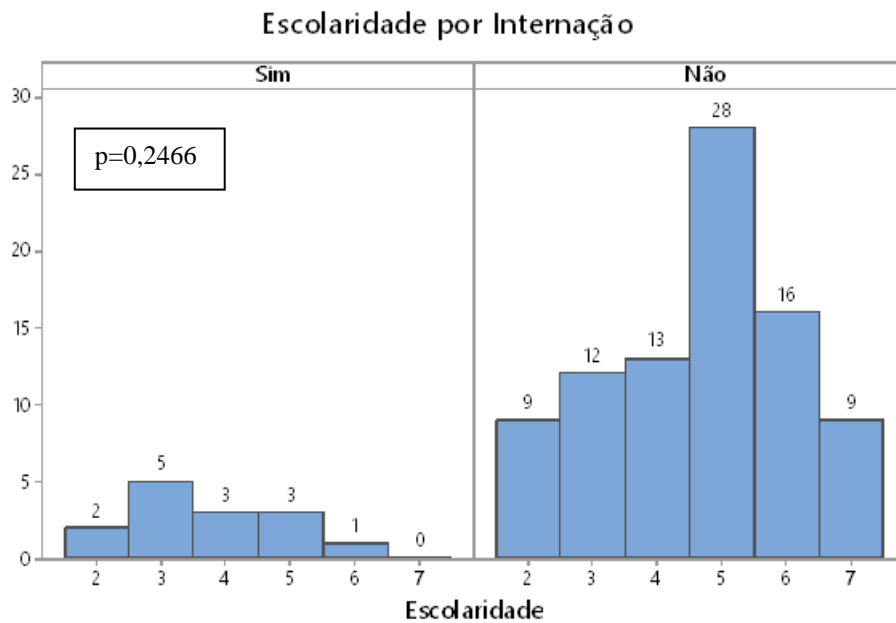


Figura 5 – Pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação entre internação e escolaridade
 Teste: Kruskal-Wallis

Não existe associação das internações a com escolaridade dos pacientes que cometeram a tentativa de suicídio.

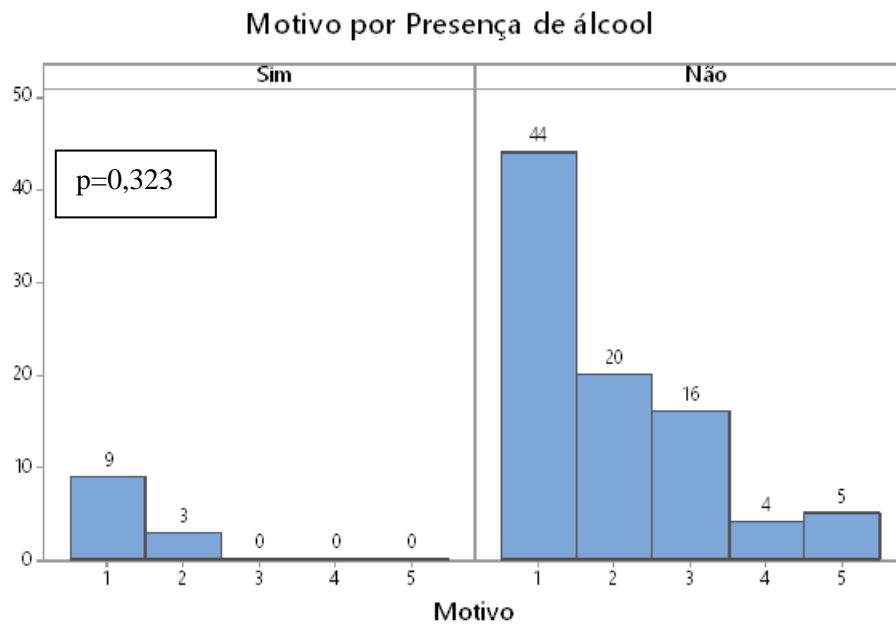


Figura 6 – Pacientes que tentaram suicídios registrados nas fichas de notificação compulsória e a associação entre motivo e uso de álcool

Teste: Kruskal-Wallis

Não existe diferença em relação aos motivos da tentativa de suicídio comparados com o uso de álcool.

ANEXO

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Curso de capacitação aos profissionais do setor de urgência e emergência

Pesquisador: ANA MARA MARTINS DE MENESES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20269119.1.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.719.375

Apresentação do Projeto:

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. As manifestações associadas ao comportamento auto lesivo de intenção suicida são amplas e conceituadas dentro de uma sequência de pensamentos e atos que englobam sete categorias: suicídio completo, tentativa de suicídio, atos preparatórios para o comportamento suicida, ideação suicida, comportamento auto agressivo sem intenção de morrer, automutilação não intencional e automutilação com intenção suicida desconhecida (GUTIERREZ, 2014).

Estima-se que, para cada caso de suicídio, ocorram pelo menos dez tentativas consideradas graves o suficiente para requerer cuidados médicos e que, esses comportamentos sejam até 40 vezes mais frequentes do que os suicídios consumados (MELLO et al., 2000). O presente trabalho objetiva capacitar a equipe do setor de urgência e emergência para um atendimento acolhedor ao paciente admitido por tentativa de suicídio em uso de sonda nasogástrica. O curso tem como principal contribuição à conscientização da equipe do setor que será capacitada para acolhimento do paciente/família, que na maioria das vezes se defronta com dificuldades encontradas no ambiente hospitalar, reproduzindo assim com excelência a atuação pela equipe. Trata-se de um estudo primário, descritivo, observacional e transversal.

Objetivo da Pesquisa:

Capacitar profissionais do setor de urgência e emergência para atendimento ao paciente admitido

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

Continuação do Parecer: 3.719.375

por tentativa de suicídio em uso de sonda nasogástrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Responder a questões sensíveis.

Benefícios:

A pesquisadora, que realizará esta pesquisa e por meio desta poderá adquirir um maior conhecimento acerca da área; o paciente e família, que na maioria das vezes se defronta com dificuldades encontradas no ambiente hospitalar e a equipe multiprofissional, em especial a enfermagem e medicina que poderá contar com um curso preparatório com o objetivo de facilitar e o acolhimento e os procedimentos realizados com os pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social e científica, levando-se em conta que os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que no ano de 2018 aproximadamente 800 mil pessoas tiraram suas próprias vidas, sendo que, a cada 40 segundos, uma pessoa se suicida no planeta. De acordo com o organismo internacional, todos os países, sejam eles ricos ou pobres, registram casos de suicídio.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória constam no projeto

Recomendações:

Foram atendidas as recomendações propostas na Versão 1.

Recomenda-se:

- Atualizar cronograma;
- Inserir no TCLE que os riscos são responder às questões sensíveis como encontra-se no PB, substituindo a seguinte redação "A minha participação na pesquisa não causará riscos conhecidos à minha saúde física e mental, não sendo provável, também, que causem desconforto emocional".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Este projeto encontra-se aprovado pois foram atendidas as recomendações de acordo com a Resolução 466/12.

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO - FACIMPA



Continuação do Parecer: 3.719.375

Considerações Finais a critério do CEP:

Os autores deverão apresentar ao CEP um relatório parcial e um final da pesquisa de acordo com o cronograma apresentado no projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1403900.pdf	18/10/2019 15:33:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	18/10/2019 15:32:25	ANA MARA MARTINS DE MENESES	Aceito
Outros	Pendente_CEP.docx	18/10/2019 15:29:13	ANA MARA MARTINS DE MENESES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEP.pdf	18/10/2019 15:23:27	ANA MARA MARTINS DE MENESES	Aceito
Folha de Rosto	_folha_.pdf	03/08/2019 14:42:48	ANA MARA MARTINS DE MENESES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	_pesquisa_de_campo_.pdf	28/07/2019 11:59:36	ANA MARA MARTINS DE MENESES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 22 de Novembro de 2019

Assinado por:
Ronaldo Júlio Baganha
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

NORMAS ADOTADAS

MPCAS – Elaboração e Formatação do Trabalho de Conclusão de Curso. Univás.