

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

JULIANE DE SOUZA CAVAZZANA

**CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM IDEAÇÃO
OU TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

MARÍLIA
2023

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

JULIANE DE SOUZA CAVAZZANA

**CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM IDEAÇÃO
OU TENTATIVA DE SUICÍDIO ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Acadêmico em “Saúde e
Envelhecimento”, da Faculdade de
Medicina de Marília, para obtenção do
título de Mestre. Área de concentração:
Saúde e Envelhecimento.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José
Sanches Marin.

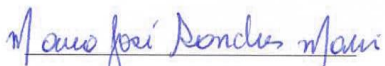
MARÍLIA
2023

Juliane de Souza Cavazzana

Características e evolução dos pacientes com ideação ou tentativa de suicídio atendidos em um serviço de urgência e emergência em Saúde Mental.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em "Saúde e Envelhecimento", da Faculdade de Medicina de Marília, para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde e Envelhecimento.

Banca examinadora:



Profa. Dra. Maria Jose Sanches Marin

Faculdade de Medicina de Marília



Profa. Dra. Fabiana Sanches Grecco

Universidade Estadual de Campinas



Profa. Dra. Marcia Aparecida Padovan Otani

Faculdade de Medicina de Marília

Data da aprovação: 15/02/2023

Dedico este trabalho a Deus, sobretudo,
SEMPRE!

A todos aqueles a quem esta pesquisa possa
ajudar de alguma forma, ao colocar a saúde
mental no lugar de importância que merece e
deve ocupar.

Ao meu marido, Ricardo Estefani, pela
paciência, incentivo e companheirismo.

À minha orientadora, Maria Jose Sanches
Marin, por ter aceitado minha proposta, por sua
ternura, amparo e carinho em todas suas
orientações.

À minha pessoa favorita da vida, Renata Chade,
por não ter me deixado nunca desistir do meu
sonho.

E a uma pessoa que deu outro significado a este
trabalho, Maraisa Miasato, *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, por me trazer ao mundo e me ensinar que eu poderia ser o que acreditasse
que seria.

Às queridas Fabiana Sanches Grecco e Paula Karine Jorge pela amizade, correções, ajuda e orientações.

À Fernanda Gimenez, por todas suas contribuições, ajuda e dedicação.

Agradeço aos meus companheiros de caminhada, Ronaldo José Pereira Junior e Luciana Meneguim Pereira de Queiroz, pela parceria e ajuda. Sem eles esse momento da vida não teria sido tão gratificante.

À Gisele Bonfante, pela ajuda, cuidado e por se esforçar em conseguir organizar minha agenda para que tivesse tempo para a escrita.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, a qual agradecemos.

RESUMO

O suicídio é um fenômeno social complexo e multideterminado e representa um sério problema de saúde pública no cenário mundial. **Objetivos:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico e compreender a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde mental das pessoas com tentativa ou ideação suicida após serem atendidas em um serviço de urgência e emergência. **Método:** Utiliza modalidades de pesquisa qualitativa e quantitativa. Inicialmente, foi realizado um estudo documental por meio da análise retrospectiva das fichas de atendimento de pacientes com tentativa ou ideação suicida. Posteriormente, uma pesquisa qualitativa com a finalidade de se obter informações sobre a condução dos casos após atendimento no serviço de urgência em emergência. A pesquisa foi desenvolvida no Pronto-Socorro de um Hospital Terciário do Centro Oeste Paulista, na especialidade de Psiquiatria. Para os dados quantitativos, foi selecionada a totalidade dos atendimentos nos meses de janeiro, maio e setembro de 2020, com vistas a obter uma amostragem geral dos atendimentos. Para os dados qualitativos, foram sorteadas fichas de atendimento dos meses selecionados e realizadas entrevistas. **Resultados:** na primeira etapa do estudo verificou-se que 40,6% dos participantes encontram-se na faixa etária entre 18 e 30 anos, 64,2% são do sexo feminino, 49,2% solteiros e 59,4% trabalham ou estudam. As queixas mais prevalentes foram ideação suicida (69%), sintomas depressivos (45,5%), tentativa de suicídio (40,6%) e uso abusivo de substâncias psicoativas (14,4%). Os transtornos mentais mais identificados foram os transtornos de personalidade (27,8%), humor (27,8%) e uso abusivo de substâncias psicoativas (17,6%). Na análise das entrevistas, foram identificadas as temáticas: dificuldade de acesso aos serviços; falta de adesão ao tratamento; recorrência das ideações/tentativas; e fatores de melhora. **Conclusão:** frente às características demográficas e epidemiológicas apresentadas, bem como às dificuldades enfrentadas por essas pessoas para a continuidade do tratamento, depreende-se que são necessários investimentos na rede de atenção à saúde mental, com vistas à definição de estratégias de enfrentamento desse grave problema de saúde pública, por meio de ações efetivas de prevenção e posvenção do suicídio.

Descritores: Saúde Mental; Ideação Suicida; Tentativa de Suicídio; Serviços de Emergência Psiquiátrica.

ABSTRACT

Suicide is a complex and multidetermined social phenomenon and represents a serious public health problem on the world stage. **Main goals:** To characterize the sociodemographic and epidemiological profile and understand the continuity of the mental health care network of people with suicidal ideation or attempt after being treated at an urgency and emergency service. **Method:** It uses qualitative and quantitative research modalities. Initially, a documental study was carried out through the retrospective analysis of the records of patients with suicidal attempt or ideation. Subsequently, qualitative research aimed at obtaining information about the management of cases after the emergency service care. The research was developed in the Emergency Room of a Tertiary Hospital in the Center West of São Paulo, in the specialty of Psychiatry. For the quantitative data, all attendances in the months of January, May and September 2020 were selected, to obtain a general sampling of the services. For the qualitative data, attendance records of the selected months were drawn, and interviews were conducted. **Results:** in the first stage of the study, it was found that 40.6% of the participants are aged between 18 and 30 years, 64.2% are female, 49.2% are single and 59.4% work or study. The most prevalent complaints were suicidal ideation (69%), depressive symptoms (45.5%), suicide attempt (40.6%) and substance abuse (14.4%). The most identified mental disorders were personality disorders (27.8%), mood (27.8%) and psychoactive substance abuse (17.6%). In the interviews analysis, these themes were identified: difficulty in accessing services; lack of adherence to treatment; recurrence of ideations/attempts; and improvement factors. **Conclusion:** facing the demographic and epidemiological characteristics presented, as well as the difficulties encountered by these people for the treatment continuity, it appears that investments are needed in the mental health care network, with a view to defining strategies to face this serious public health problem, through effective suicide prevention and postvention actions.

Descriptors: Mental Health; Suicidal Ideation; Suicide attempt; Psychiatric Emergency Services.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVO.....	13
4. MÉTODO.....	14
4.1 Tipo de Estudo.....	14
4.2 Universo da Pesquisa.....	14
4.3 Local do Estudo.....	14
4.4 População e amostra.....	14
4.5 Critérios de inclusão.....	15
4.6 Critérios de exclusão.....	15
4.7 Instrumento de coleta de dados.....	15
4.8 Análise dos dados.....	16
4.9 Riscos e benefícios.....	17
4.10 Aspectos éticos.....	17
4.11 Apresentação dos resultados.....	17
5. RESULTADOS.....	18
5.1 Caracterização dos pacientes com ideação ou tentativa de suicídio atendidos na urgência e emergência psiquiátrica.....	18
5.2 Pacientes com ideação ou tentativa de suicídio atendidos na urgência e emergência Psiquiátrica: um estudo qualitativo sobre a continuidade do cuidado.....	34
6. DISCUSSÃO.....	43
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APÊNDICE 1 – Instrumento para Coleta de Dados Quantitativos.....	56
APÊNDICE 2 – Instrumento para Coleta de Dados Qualitativos.....	57
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	59
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	63

1. INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno social complexo e multideterminado, que permeia a história da humanidade desde seus primórdios, resultante de interações históricas, psicológicas, socioculturais, econômicas, genéticas e biológicas.¹

Em relação à determinação social do suicídio, é importante considerá-lo em sua dimensão histórica. Émile Durkheim, sociólogo francês do século XIX, compreendeu que as circunstâncias usadas como pretexto ao suicídio seriam infinitas, seguindo o estado moral da sociedade. Cada grupo social teria coletivamente uma tendência ao suicídio que lhe é própria, tendo origem na constituição moral desses grupos. Assim, as causas raramente seriam fundamentadas na situação pessoal da vítima, e só poderiam ser compreendidas por meio de explicações históricas e sociais.²⁴

O autor demonstrou que os indivíduos que mais sofriam não estavam entre os grupos com maiores índices de suicídio, pelo contrário, nas épocas e classes sociais em que a vida seria menos dura, as pessoas se desfaziam dela mais facilmente. Existem ainda variáveis observadas pelo autor que se transformam diante da mutabilidade da vida e da sociedade, como a diferença de gênero, de faixas etárias e de sazonalidade nos casos de suicídio. Assim, por mais que o suicídio pareça exprimir o temperamento pessoal, seria consequência e prolongamento de um estado social que se manifesta exteriormente.²⁴

Atualmente, a predominância do social sobre o indivíduo na determinação do suicídio também pode ser observada. A exemplo disso, citam-se situações como o *karoshi*, no Japão, que consiste em mortes por excesso de trabalho, incluindo os suicídios,²⁵ e o suicídio indígena, que se trata do grupo com maiores taxas de mortalidade por suicídio em diversos países, o que é explicado por questões sociais e culturais específicas.²⁶

Representa um sério problema de saúde pública no cenário mundial, caracterizado pelo comportamento autolesivo que engloba pensamentos e ações que podem ser agrupados em sete categorias: 1) suicídio completo; 2) tentativa de suicídio; 3) atos preparatórios para o comportamento suicida; 4) ideação suicida; 5) comportamento autoagressivo sem intenção de morrer; 6) automutilação não intencional; e 7) automutilação com intenção suicida desconhecida.²

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)³, a cada ano mais de 700 mil pessoas morrem em decorrência do suicídio em todo o mundo. No entanto, acredita-se que as

tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes maiores que o suicídio em si, de modo que, para cada tentativa documentada, existem pelo menos outras quatro que não foram registradas, sobretudo em decorrência de 51% dos casos de suicídio acontecerem no ambiente domiciliar. Desse modo, estima-se que a cada 40 segundos ocorra uma morte por suicídio no mundo e que haja uma tentativa a cada 2 ou 3 segundos.^{4,5}

O Brasil apresenta uma das maiores taxas em números absolutos de suicídio em todo o mundo, ocupando, nas Américas, a oitava posição. Esta é a terceira mais frequente causa de óbito por fatores externos no país, perdendo apenas para o homicídio e as mortes associadas ao trânsito.^{1,4} Entre os anos de 2011 e 2015, registrou-se um total de 55.649 óbitos por suicídio, o que corresponde a uma taxa de 5,5 mortes para cada 100 mil habitantes. Nota-se que as maiores ocorrências se concentram nos países de baixa e média renda, quando comparados aos de alta renda.^{4,6,3} É alarmante a tendência de aumento do número de óbitos por suicídio no Brasil, uma vez que foram registrados, em 2016, 9.623 casos; em 2017, 10.530 casos; em 2018, 11.315 casos; em 2019, 12.900 casos; em 2020, 13.264 casos; e em 2021, 14.353 casos.^{19, 20, 21}

A tentativa de suicídio tem praticamente as mesmas características do suicídio, diferenciando-se apenas quanto ao desfecho, em que um é fatal e o outro não. A pretensão do suicídio surge quando o indivíduo apresenta uma dor de tal magnitude que imagina não ser capaz de suportá-la, não conseguindo mais dar continuidade à sua existência. Na maioria dos casos, a morte é vista como a única alternativa capaz de resolver todos os problemas.¹

As violências interpessoais e autoprovocadas compõem a lista de doenças e agravos de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 2011 em todos os serviços, sejam eles públicos ou privados. Vale salientar que a tentativa, bem como o suicídio consumado, integra essa lista e deve ter notificação compulsória obrigatória e imediata, realizada em até 24 horas.^{4,6}

O SINAN e o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) registraram, no período de 2009 a 2016, 186.891 notificações de tentativas de suicídio (lesão autoprovocada). Esse número, distribuído anualmente, mostra um crescimento exponencial do comportamento suicida, sendo 3.941 em 2009; 6.739 em 2010; 14.940 em 2011; 21.164 em 2012; 25.468 em 2013; 29.707 em 2014; 39.464 em 2015 e 45.468 em 2016.⁷

Estimativas apontam que, para cada adulto que comete o suicídio, há pelo menos outros 20 que atentam contra a própria vida. E que, para cada três pessoas que tentam suicídio, uma é atendida em um serviço médico de urgência, sendo possível dizer que 30 a 50% das pessoas com comportamento suicida tem histórico de tentativa prévia de suicídio. Uma tentativa

anterior aumenta o risco de efetivação do ato em até 100 vezes em relação às pessoas que nunca tentaram o suicídio.^{3,4,8,9}

Por fim, o suicídio representa a segunda mais frequente causa de interrupção da vida de milhares de jovens, com idade compreendida entre 15-29 anos.³ De acordo com os estudos voltados ao envelhecimento populacional, nota-se que a taxa de fecundidade mundial se apresenta em declínio, contribuindo para que a parcela mais jovem da população diminua naturalmente, fazendo com que esse fator externo de causa de morte seja mais um agravante para a inversão das pirâmides etárias.¹⁷

2. JUSTIFICATIVA

Há uma série de fatores, apresentados acima, que contribuem para os números elevados de suicídio. Os transtornos mentais mais relacionados ao comportamento suicida são: depressão, transtorno de humor bipolar, dependência de álcool e/ou outras drogas, esquizofrenia e transtornos de personalidade. A coexistência dessas condições aumenta ainda mais a situação de risco. Estimativas internacionais apontam que cerca de 90% das pessoas que cometem suicídio apresentam algum tipo de transtorno mental.^{9,10}

Além disso, é possível observar fatores associados que contribuem como agravantes do comportamento suicida, como desigualdade social, baixa renda, desemprego, gênero, idade, escolaridade, histórico de tentativas de suicídio ou suicídio na família, presença de transtornos mentais, perda de trabalho, endividamento, desentendimentos amorosos, insatisfação com si próprio, doenças crônicas, uso e abuso de álcool ou outras drogas, ausência de suporte e continência familiar, eventos estressantes, entre outros.^{1,11,12}

Outro agravante é o fato de o suicídio ser um tabu em nossa sociedade, de modo que, por diversas vezes, o indivíduo não encontra apoio e espaço para falar sobre o assunto e ser ouvido. Muitas vezes, o comportamento suicida é visto como opcional ao indivíduo. Parte dos profissionais de saúde, por exemplo, afirmam que estes atrapalham o fluxo de atendimento, o que resulta em um atendimento estigmatizado, com avaliações pejorativas e incriminatórias, caracterizadas por hostilidade e rejeição, tendo como prioridade no atendimento aqueles pacientes que não atentaram contra a própria vida e que, supostamente, a valorizam. Isso faz com que os profissionais atuem de maneira impessoal e com dificuldade de abordagem humanizada.¹³

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria n.º 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, tem por objetivo assegurar os princípios do SUS, entre eles a universalidade, equidade e integralidade a esses sujeitos no atendimento às urgências¹⁴ no acolhimento à pessoa com comportamento suicida, e de seus familiares, pautando-se na integralidade do cuidado, bem como na atenção e solidariedade, respeitando o exercício de sua cidadania.¹⁵

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada com a finalidade de organizar os serviços de saúde mental no país, assim como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com vistas a um atendimento humanizado, e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção

Primária no Brasil. É preciso citar, também, o Plano de Ação para Saúde Mental 2013-2020, da OMS.

Em 2019, foi sancionada a Lei nº 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, com o objetivo de promover, conforme descrição do seu terceiro artigo, “a garantia ao acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativas de suicídio”, como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados.¹⁶

Além dessas políticas e normas, no Brasil, o Centro de Valorização da Vida (CVV), que iniciou sua expansão para todo o país em 2017, presta um serviço importante, atuando 24 horas por dia em diversas cidades, com voluntários que atendem ligações gratuitas pelo número 188, respondem *e-mails* e mensagens de pessoas que precisam de suporte psicológico e emocional, atuando na prevenção do suicídio.²

Compreende-se que, além da elaboração e implementação de políticas públicas, o estabelecimento de uma relação terapêutica eficiente é uma ferramenta importante na prevenção de novas tentativas de suicídio, no aumento da adesão ao tratamento e na mudança significativa na percepção do indivíduo sobre a qualidade do cuidado oferecido.¹⁵

Assim, este estudo buscou responder as seguintes questões de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico da população atendida no Pronto-Socorro de Psiquiatria do HCFAMEMA, em caráter de urgência e emergência, devido à ideação/tentativa de suicídio? Quais as medidas implementadas, encaminhamentos realizados e abordagens oferecidas a esses pacientes? De que forma a rede de saúde está estruturada para realizar o cuidado longitudinal, desde a abordagem na crise até a manutenção do tratamento estabelecido, se indicado?

3. OBJETIVO

Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico e compreender a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde mental das pessoas com tentativa ou ideação suicida após serem atendidas em um serviço de urgência e emergência.

4. MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Na presente pesquisa, foram utilizadas as abordagens qualitativa e quantitativa, com vistas à complementariedade dos dados. Na primeira etapa, foi realizado um estudo documental, por meio de análise retrospectiva de fichas de atendimento médico no cenário de urgência e emergência. Na segunda etapa, foram desenvolvidas entrevistas com a finalidade de se obter informações sobre a continuidade da assistência no atendimento no setor de urgência e emergência psiquiátrico.

4.2 Universo da Pesquisa

A pesquisa se deu no Pronto-Socorro de um Hospital Terciário do Centro Oeste Paulista, na especialidade de Psiquiatria.

4.3 Local do Estudo

O local do estudo foi o Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília - HCFAMEMA, autarquia criada pela Lei Complementar nº 1.262, de 6 de maio de 2015, vinculado à Secretaria da Saúde, com sede e foro na cidade de Marília, Estado de São Paulo, que atua em conjunto e de forma coordenada com a Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA para fins de ensino, pesquisa e extensão, integrando a rede de atenção à saúde do DRS IX, cuja área de abrangência inclui 62 municípios, agrupados em 5 microrregiões, totalizando uma população estimada em 1.200.000 habitantes.

4.4 População e amostra

Neste pronto-socorro são atendidas ao mês, uma média de 376 pessoas no setor de psiquiatria; destas, cerca de 64 ocorrem por tentativa ou ideação suicida, registradas dentro das intoxicações exógenas e violência autoprovocada.

Para os dados quantitativos foi selecionada a totalidade dos atendimentos por tentativa ou ideação suicida nos meses de janeiro, maio e setembro de 2020, com vistas a obter uma amostragem representativa. Considerando que inexistia no Código Internacional de Doenças

(CID) um código que traduza com precisão a tentativa ou ideação suicida, sendo necessário incluir tal condição, foi necessária a leitura da totalidade das fichas, selecionando aquelas que tratavam de nosso interesse de estudo.

Para os dados qualitativos, foram sorteadas, inicialmente, 10 fichas de atendimento dos três meses selecionados de pacientes residentes no município de Marília, totalizando 30 fichas. Entretanto, houveram recusas em participar, além das dificuldades de contato com os participantes, portanto, novos contatos foram realizados até que se obtivesse a saturação dos dados.

4.5 Critérios de inclusão

Prontuários que apresentassem em sua história clínica tentativa ou ideação suicida no momento do atendimento, devidamente descrita no corpo da história clínica, apresentando ou não tentativas anteriores. Para os dados qualitativos, foram incluídos apenas aqueles que residiam no município de Marília.

4.6 Critérios de exclusão

Casos em que as queixas não se tratavam de ideação/tentativa de suicídio e aqueles que não possuíam condições cognitivas de fornecer as informações.

4.7 Instrumento de coleta de dados

Para os dados quantitativos, que foram obtidos a partir da análise dos dados coletados das fichas de atendimento, foi construído um roteiro contendo os seguintes dados: idade, sexo, estado civil, profissão, grau de parentesco de quem acompanha, queixa principal, diagnóstico, medicamentos prescritos e encaminhamentos realizados (Apêndice 1).

A coleta de dados qualitativos foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, contando com dados de identificação, como: idade, sexo, estado civil, com quem mora, escolaridade, profissão, medicamentos prescritos no serviço de urgência e emergência e de qual está fazendo uso no momento, se está em atendimento psicoterápico e a frequência. Além disso, foi elaborado um roteiro com as seguintes questões: Como foi para você o atendimento realizado no serviço de urgência e emergência? Fale sobre a sua vida após ter passado pelo

atendimento no serviço de urgência e emergência. Como foi a continuidade do tratamento (serviços que passou, dificuldades, facilidades e, caso não tenha dado continuidade, qual foi o motivo)? Quais as suas expectativas em relação à vida e ao futuro? (Apêndice 2).

4.8 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Os dados qualitativos foram analisados por meio da análise temática, que é um método analítico qualitativo que busca identificar, analisar, relatar padrões (temas) dentro dos dados e interpretar vários aspectos do tema de pesquisa. Essa forma de análise permite grande flexibilidade, uma vez que o processo de codificação dos dados não é fixado *a priori*, ou seja, os temas são extraídos dos próprios dados. Um tema representa algo importante que é abstraído dos dados em relação à pergunta de pesquisa e tem um “*significado padronizado*” frente aos dados obtidos, podendo ou não aparecer com grande prevalência no conjunto das informações.²²

Na sua operacionalização foram desenvolvidas seis fases. Inicialmente, coloca-se a **familiaridade com os dados**, que compreende a imersão por meio de leituras repetidas dos dados de forma a se aproximar da profundidade e amplitude do conteúdo. A segunda fase envolve a **produção de códigos iniciais** a partir dos dados, sendo que esses representam um conteúdo semântico ou latente que se refere ao segmento ou elemento mais básico do dado. Nesta fase, trabalha-se sistematicamente com o conjunto dos dados que foram obtidos, buscando identificar aspectos interessantes e significativos do texto.²³

A fase três se refere à **procura por temas**, a qual é desenvolvida a partir da lista de códigos e envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais. Na fase quatro, momento de **revisitar os temas**, o que envolve o seu refinamento, leva-se em consideração os critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa. Na sequência, os temas são **definidos e nomeados**, ou seja, é identificada a essência do assunto de cada tema. Na última fase, inicia-se a análise final e a escrita do relatório. Neste relatório, os extratos das falas dos participantes precisam ser incorporados à narrativa analítica, visando ilustrar o conteúdo que se pretende mostrar.²³

4.9 Riscos e benefícios

Na coleta de dados quantitativos, considerando que foi realizada a partir de análise documental, não se observaram riscos previsíveis, visto que foi mantido o sigilo e anonimato. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora, que é médica psiquiatra e, nos casos que foram identificados desconforto emocional, o participante do estudo foi acolhido e encaminhado aos serviços de atendimento em saúde mental de referência do município.

4.10 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente sob parecer nº 42705021.0.0000.5413 (Anexo 1). Para a análise documental, foi solicitada a dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Para participar das entrevistas, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.11 Apresentação dos resultados

Considerando os objetivos do estudo, os resultados são apresentados em formato de artigo, conforme seguem: 1. Caracterização dos pacientes com ideação ou tentativa de suicídio atendidos na urgência e emergência psiquiátrica; e 2. Evolução dos pacientes com ideação ou tentativa de suicídio.

5. RESULTADOS

5.1 Caracterização dos pacientes com ideação ou tentativa de suicídio atendidos na urgência e emergência psiquiátrica

Resumo

Objetivo: caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos em um serviço de urgência e emergência psiquiátrica devido à ideação e/ou tentativa de suicídio. **Método:** estudo quantitativo realizado a partir de análise documental dos atendimentos de urgência e emergência psiquiátrica de um hospital do interior paulista. Foram incluídos os atendimentos dos meses de janeiro, maio e setembro de 2020, obtendo-se um n=187. Foram coletados dados sobre: idade, sexo, estado civil, profissão, grau de parentesco do acompanhante, queixa principal, diagnóstico, medicações prescritas e encaminhamentos realizados. Na análise estatística, utilizou-se o teste Qui-quadrado. **Resultados:** verificou-se que 40,6% dos participantes encontram-se na faixa etária entre 18 e 30 anos, 64,2% são do sexo feminino, 49,2% solteiros e 59,4% trabalham ou estudam. As queixas mais prevalentes foram ideação suicida (69%), sintomas depressivos (45,5%), tentativa de suicídio (40,6%) e uso abusivo de substâncias psicoativas (14,4%). Os transtornos mentais mais identificados foram os transtornos de personalidade (27,8%), humor (27,8%) e uso abusivo de substâncias psicoativas (17,6%). **Conclusão:** frente às características demográficas e epidemiológicas apresentadas, faz-se necessária a definição de estratégias de enfrentamento desse grave problema de saúde pública, com ações efetivas de prevenção e posvenção do suicídio.

Descritores: Saúde Mental; Ideação Suicida; Tentativa de Suicídio; Serviços de Emergência Psiquiátrica.

Introdução

O suicídio representa um sério problema de saúde pública no cenário mundial, caracterizado pelo comportamento autolesivo que engloba pensamentos e ações que podem ser agrupados em sete categorias: suicídio completo; tentativa de suicídio; atos preparatórios para o comportamento suicida; ideação suicida; comportamento autoagressivo sem intenção de morrer; automutilação não intencional; e automutilação com intenção suicida desconhecida.¹ Trata-se de um fenômeno social complexo e multideterminado, intrínseco ao ser humano,

resultante de interações históricas, psicológicas, socioculturais, econômicas, genéticas e biológicas.²

O Brasil é um dos países com maior número absoluto de suicídios no mundo e o oitavo nas Américas, sendo a terceira causa de morte mais comum no país por fatores externos, perdendo apenas para homicídios e mortes relacionadas ao trânsito. Atualmente, estima-se que no mundo ocorra uma tentativa de suicídio a cada 2 ou 3 segundos e uma morte por suicídio a cada 40 segundos.^{3,4}

Segundo dados do Ministério da Saúde,³ entre os anos de 2011 e 2016, foram registrados 48.204 casos de tentativas de suicídio, sendo que a população feminina foi responsável por 69% dos casos e os homens por 31%. Nesse mesmo período, foram registradas 62.804 mortes causadas por suicídio, alcançando uma taxa de 5,5/100 mil habitantes, sendo que o risco de suicídio para homens é de 8,7/100 habitantes e para mulheres é de 2,4/100 mil habitantes.^{3,5}

A cada três pessoas que tentam suicídio, uma é atendida em um serviço médico de urgência, sendo possível dizer que 30 a 50% das pessoas com comportamento suicida têm histórico de tentativa prévia de suicídio. Uma tentativa anterior aumenta o risco de efetivação do ato em até 100 vezes em relação às pessoas que nunca tentaram o suicídio. De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 700 mil pessoas morrem anualmente em decorrência do suicídio em todo o mundo.^{3,6,7}

O período de crise, que diz respeito ao processo de pensar em tirar a própria vida ou tentar cometer suicídio, é resultado de um máximo de dor, perturbação, pressão e sofrimento que se expressa na maneira de conduzir a vida.⁹ O indivíduo, muitas vezes, exterioriza essas experiências negativas por meio de comunicações verbais, comportamentos e diversos outros sinais, como anedonia, diminuição da volição, comportamentos de risco, recorrer subitamente a alguma religião, descuido e abuso de medicações, presença de sintomas vagos que podem ser manifestados a partir do sentimento de não pertencimento, sensação de ser um fardo para a família ou para alguém, e a ausência do medo primitivo de morrer.¹⁰

Além disso, é possível observar fatores associados que contribuem como agravantes do comportamento suicida, como desigualdade social, baixa renda, desemprego, gênero, idade, escolaridade, histórico de tentativas de suicídio ou suicídio na família, presença de transtornos mentais, perda de trabalho, endividamento, desentendimentos amorosos, insatisfação com si próprio, doenças crônicas, ausência de suporte e continência familiar, eventos estressantes, entre outros.^{2,9,11}

Em 2019, foi sancionada a Lei nº 13.819,¹² que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, com o objetivo de garantir o acesso das pessoas em

sofrimento psíquico agudo ou crônico à atenção psicossocial, como estratégia permanente do poder público para a prevenção desses acontecimentos e para a abordagem dos fatores a eles associados. As ações previstas para o cuidado a essas pessoas incluem a identificação de situações de vulnerabilidade e de proteção, manejo adequado frente ao comportamento suicida, educação da população para enfrentamento de estigmas sociais e preconceitos, além de ações educativas e de apoio aos familiares da pessoa em risco.¹²

Tendo-se em vista a importância e a complexidade desse cenário, e a necessidade da implementação de políticas de prevenção do suicídio nos diversos serviços de saúde, objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos pacientes atendidos em um serviço de urgência e emergência psiquiátrica devido à ideação e/ou tentativa de suicídio, contribuindo com dados que possibilitarão reflexões acerca do atendimento e revisão dos processos de trabalho, gestão e organização dos serviços de saúde.

Método

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo realizado por meio de análise documental de prontuários de pacientes atendidos em um serviço de urgência e emergência em saúde mental.

Local do estudo

O estudo foi realizado no Pronto-Socorro de Psiquiatria de um hospital de alta complexidade, localizado na cidade de Marília – SP, Brasil, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), referência para 62 municípios, agrupados em cinco microrregiões, totalizando uma população estimada em 1.200.000 habitantes, sendo atendidos em média 500 pacientes ao mês.

Período do estudo

Para este estudo, foram selecionados todos os atendimentos dos meses de janeiro, maio e setembro de 2020, com vistas a obter uma representatividade anual dos atendimentos na especialidade de Psiquiatria.

População do estudo

Fizeram parte do estudo a totalidade dos prontuários das pessoas que apresentaram em sua história clínica ideação ou tentativa de suicídio durante os meses previamente definidos.

Crítérios de seleção

Foram incluídos os prontuários das pessoas que apresentaram em sua história clínica ideação ou tentativa de suicídio no momento do atendimento, devidamente descrito no corpo da história clínica, apresentando ou não tentativas anteriores, sendo excluídos os casos em que as queixas foram diferentes de ideação/tentativa de suicídio.

Participantes do estudo

Neste estudo, foram incluídos os prontuários que apresentaram os critérios de seleção necessários, obtendo-se um $n=187$.

Variáveis do estudo

As variáveis qualitativas estão descritas pela distribuição de frequência absoluta (f) e relativa (%). Para analisar a distribuição de frequência das mesmas e a associação entre elas, foi realizado o teste Qui-quadrado.

Instrumento de coleta dos dados

O instrumento de coleta contou com dados sociodemográficos, incluindo: idade, sexo, estado civil, profissão, grau de parentesco do acompanhante, queixa principal, diagnóstico, medicações prescritas e encaminhamentos realizados.

Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada em prontuário eletrônico pelas pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa, uma enfermeira residente em saúde mental e uma médica psiquiatra, nos meses de abril a julho de 2021.

Tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados por meio da estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas e gráficos.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 42705021.0.0000.5413, sendo que por se tratar de análise documental houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foram observados riscos aparentes neste estudo. Foram mantidos o sigilo e anonimato dos participantes.

Resultados

Na Tabela 1, verificou-se que grande parte dos indivíduos apresentam idade entre 18 e 30 anos (40,6%), são do sexo feminino (64,2%), solteiros (49,2%) e trabalham ou estudam (59,4%). Durante o atendimento, mais da metade estava acompanhado por familiares (61%) e recebeu encaminhamento para internação hospitalar (30,5%).

Tabela 1 – Distribuição da frequência das condições sociodemográficas das pessoas com ideação ou tentativa de suicídio atendidas no serviço de urgência e emergência psiquiátrica (n=187). Marília, SP, Brasil, 2021.

(continua)

		N	%	p-valor
Idade	18 a 30	76	40,6	<0,001*
	31 a 40	49	26,2	
	41 a 50	35	18,7	
	51 a 60	18	9,6	

Tabela 1 – Distribuição da frequência das condições sociodemográficas das pessoas com ideação ou tentativa de suicídio atendidas no serviço de urgência e emergência psiquiátrica (n=187). Marília, SP, Brasil, 2021. (conclusão)

		N	%	p-valor
Sexo	> 60	9	4,8	
	Feminino	120	64,2	
	Masculino	67	35,8	<0,001*
Estado civil	Solteiro	92	49,2	<0,001*
	Casado	77	41,2	
	Divorciado	10	5,3	
	Viúvo	2	1,1	
	Não informado	6	3,2	
Atividade laboral	Trabalha/estuda	111	59,4	<0,001*
	Não trabalha/do lar	62	33,2	
	Não informado	14	7,5	
Acompanhante	Familiar	114	61,0	<0,001*
	Amigo	5	2,7	
	Sem acompanhante	35	18,7	
	Não informado	33	17,6	
Encaminhamentos	Hospitalar	57	30,5	
	Atenção Básica	32	17,1	<0,001*
	Caps	32	17,1	
	Retorno	11	5,9	
	Revelia	21	11,2	
	Sem encaminhamento	21	11,2	
	Não informado	13	7,0	

Nota: *Indica diferença significativa na distribuição de frequência pelo teste do qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Fonte: Autores (2022).

Na Tabela 2, tem-se que as queixas mais prevalentes foram, nesta ordem, ideação suicida (69%), sintomas depressivos (45,5%), tentativa de suicídio (40,6%) e uso abusivo de

substâncias psicoativas (SPA) (14,4%), sendo que automutilação foi a queixa que apresentou menor frequência entre os indivíduos (2,1%).

Tabela 2 – Frequência das queixas apresentadas (n=187). Marília, SP, Brasil, 2021.

	N	%	p-valor
Ideação suicida	129	69,0	<0,001*
Sintomas depressivos	85	45,5	0,214
Tentativa de suicídio	76	40,6	0,010*
Uso abusivo de drogas	27	14,4	<0,001*
Sintomas ansiosos	16	8,6	<0,001*
Pensamentos de morte	14	7,5	<0,001*
Agressividade	11	5,9	<0,001*
Sintomas psicóticos	6	3,2	<0,001*
Ideação homicida	5	2,7	<0,001*
Automutilação	4	2,1	<0,001*

Nota: *Indica diferença significativa na distribuição de frequência pelo teste do qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Fonte: Autores (2022).

A Tabela 3, que considera o diagnóstico médico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), revela que os transtornos mais prevalentes identificados no momento do atendimento foram os transtornos de personalidade (27,8%) e de humor (27,8%), seguidos por uso abusivo de substâncias psicoativas (17,6%).

Tabela 3 – Distribuição da frequência dos transtornos identificados através do diagnóstico médico no momento do atendimento (n=187). Marília, SP, Brasil, 2021.

	N	%	p-valor
Transtornos de personalidade	52	27,8	<0,001*
Transtornos de humor	52	27,8	<0,001*
Relacionados ao uso abusivo de SPA	33	17,6	<0,001*
Transtornos psicóticos	15	8,0	<0,001*
Autointoxicação	11	5,9	<0,001*
Transtornos de adaptação	9	4,8	<0,001*
Transtornos de ansiedade	7	3,7	<0,001*
Outros	8	4,2	<0,001*

Nota: *Indica diferença significativa na distribuição de frequência pelo teste do qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Fonte: Autores (2022).

A Tabela 4, que buscou analisar a frequência das medicações prescritas nos atendimentos, mostra que os fármacos mais utilizados foram Risperidona (17,1%), Quetiapina (16,6%), Clonazepam (11,2%), Haloperidol (10,7%), Prometazina (10,2%) e Alprazolam (9,6%). Também foi possível identificar que em 35,3% dos atendimentos não foram prescritas medicações. Vale salientar que em alguns casos houve associação de medicações, ou seja, foi prescrito mais de uma medicação por pessoa.

Tabela 4 – Frequência das medicações prescritas no atendimento de urgência e emergência psiquiátrica (n=187). Marília, SP, Brasil, 2021.

	N	%	p-valor
Risperidona	32	17,1	<0,001*
Quetiapina	31	16,6	<0,001*
Clonazepam	21	11,2	<0,001*
Haldol	20	10,7	<0,001*
Prometazina	19	10,2	<0,001*
Alprazolam	18	9,6	<0,001*
Lorazepam	12	6,4	<0,001*
Diazepam	6	3,2	<0,001*
Bromazepam	5	2,7	<0,001*
Olanzapina	5	2,7	<0,001*
Outros	4	2,0	<0,001*
Não foi prescrito	66	35,3	<0,001*
Não informado	8	4,3	<0,001*

Nota: *Indica diferença significativa na distribuição de frequência pelo teste do qui-quadrado para $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Fonte: Autores (2022).

Discussão

Na presente investigação, que se propôs a caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental com queixa de ideação ou tentativa de suicídio, houve maior incidência de indivíduos na faixa etária de 18 a 30 anos. Estes dados coincidem com publicação da Organização Mundial de Saúde,¹³ que diz que o suicídio ocorre predominantemente na faixa etária entre 15 e 29 anos; além disso, é a segunda causa mais frequente de morte, sendo que 51% dos casos de suicídio acontecem dentro de casa.³⁻⁴

Também foi possível verificar maior prevalência de mulheres (64,2%). Na maior parte dos países ocidentais, tem-se que as maiores taxas de mortalidade são encontradas no sexo masculino, entretanto, a ideação e as tentativas de suicídio se apresentam predominantemente nas mulheres.¹⁴ Há uma tendência mundial de que os homens apresentam três vezes mais chances de cometer suicídio do que as mulheres, com crescimento importante do autoextermínio na população feminina em detrimento do público masculino nas últimas décadas.¹⁵

Os motivos que levam as mulheres a tentarem suicídio são diferentes dos homens, sendo que diversos fatores estão ligados a esse comportamento, como a violência física, sexual e matrimonial, além de doenças na infância e velhice, dificuldades financeiras, histórico de aborto, depressão, transtornos alimentares, isolamento social, baixa resiliência, descontrole emocional, morte do cônjuge ou dos filhos, conflitos com familiares e sofrimento mental.¹⁶

Quanto ao estado civil, encontrou-se maior prevalência de solteiros (49,2%). Acredita-se que esse público apresenta maior suscetibilidade a cometerem o suicídio pelo fato de se sentirem por vezes sós, desamparados e sem suporte emocional e social.¹⁷⁻¹⁸

Na análise, também foi possível identificar maior número de pessoas que trabalham ou estudam. Situações negativas no ambiente de trabalho podem ser consideradas como gatilhos para o empobrecimento da saúde mental, aparecimento de transtornos mentais comuns (TMCs), comportamento suicida, absenteísmo e acidentes ocupacionais, tendo-se em vista a possibilidade de exposição ao estresse psicológico, assédio, *bullying*, Síndrome de *Burnout* ou Esgotamento, jornada excessiva, conflitos com colegas, rivalidade e competição que podem existir neste cenário, além do baixo nível de controle sobre o trabalho, alta demanda e baixo apoio social.¹⁹⁻²⁰

Para os que estudam, o período de transição para a universidade envolve sentimentos de frustração, angústia, exaustão, separação do núcleo familiar, maior responsabilidade,

insegurança e cobranças, além das dificuldades impostas pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais vigentes neste período.²¹

Os registros dos atendimentos dos casos de tentativas ou de ideação suicida que foram analisados mostram que uma grande proporção deles se encontrava sem a presença do acompanhante, o que torna a situação ainda mais complexa. A família representa uma rede de apoio importante e a presença do acompanhante neste contexto se destaca por proporcionar conforto emocional, tranquilidade e confiança, além de representar a ligação com o meio social no qual o indivíduo está inserido, contribuindo para que haja diminuição da agitação, ansiedade, estresse, insegurança, sentimentos negativos, pensamentos de morte e, até mesmo, para a desistência da consumação do suicídio.^{9,22}

A família, os grupos nos quais o indivíduo está inserido, a renda, a educação e a sociedade em si influenciam diretamente, tanto positivamente como negativamente, para o comportamento suicida. Além disso, tem-se que a família, a religião e a sociedade são as maiores medidas protetivas contra o suicídio. Conflitos nas relações familiares e dinâmicas familiares complicadas são tidos como fatores de risco importantes para o comportamento suicida, pois são condições que geram medo, angústia e insegurança, enquanto o núcleo familiar deveria ser o espaço do afeto, respeito e cuidado.²³⁻²⁵

Os serviços de urgência e emergência costumam ser o primeiro local onde as pessoas que tentam suicídio recebem atendimento; entretanto, geralmente não oferecem cuidado integral e continuado às pessoas que apresentam transtornos mentais. Sendo assim, torna-se necessário o acolhimento, seguimento e monitoramento desses casos, tanto pelos serviços de saúde da Atenção Básica como pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir da identificação e intervenção precoce em situações de risco e vulnerabilidade.⁶

Nesse sentido, a RAPS foi criada com a finalidade de organizar os serviços de saúde mental no país, visando à integralidade do cuidado a partir da articulação de serviços nos mais diversos níveis de atenção do SUS, partindo da interdisciplinaridade e corresponsabilização do cuidado entre os serviços, de modo a romper com os padrões fragmentados, hierarquizados e piramidais.²⁶

Mesmo que, após a reforma psiquiátrica, os leitos hospitalares tenham sido fechados e criados novos dispositivos – a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com vistas a um atendimento humanizado e pautado na integralidade –, no presente estudo, encontra-se que um terço dos casos foram encaminhados para internação hospitalar, o que se coloca como um grande desafio à rede de atenção psicossocial.²⁶

Encontra-se que, mesmo diante das mudanças no modelo de atenção, persistem dificuldades para que as políticas públicas sejam efetivadas, uma vez que existe escassez na oferta de serviços, recursos humanos, e a distribuição desigual dos mesmos, o subfinanciamento e a desarticulação da rede de atenção à saúde, além do fato de o modelo de atenção vigente ainda ser predominantemente centrado no médico em detrimento de ações multiprofissionais.²⁶

Acrescenta-se a isso o fato de que a internação em psiquiatria, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, ainda é uma ferramenta terapêutica necessária para o manejo de indivíduos em crise e que apresentam transtornos mentais graves. É utilizada em situações nas quais o indivíduo oferece risco para si mesmo ou para as outras pessoas, quando os serviços extra-hospitalares não conseguem oferecer o subsídio necessário para estabilização do quadro.²⁷

Além disso, foi possível observar maior incidência de ideação suicida (69%) em relação à tentativa de suicídio (40,6%). Estimativas apontam que, para cada adulto que comete o suicídio, há pelo menos outros 20 que atentam contra a própria vida.^{8,13,28} A ideação suicida antevê o comportamento, sendo assim, requer não apenas a detecção precoce, mas também uma compreensão maior das razões de seu aparecimento e das características comuns desse período.²⁹

O comportamento suicida pode ser prevenido, se forem levados em conta os pensamentos e ideias suicidas. Esses “avisos” devem ser lidos como pedidos de ajuda, e em momento nenhum podem ser ignorados. Entre as estratégias para o atendimento às pessoas que apresentam risco de suicídio estão: demonstrar empatia, ouvir, dar suporte, verificar o grau de gravidade e estabelecer contratos. O suicídio ainda é um tabu na sociedade, de modo que, por diversas vezes, o indivíduo não encontra apoio e espaço para falar sobre o assunto e ser ouvido.⁸

Diante disso, salienta-se a necessidade de incentivo para a implementação da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Nesse sentido, diversas atividades podem ser desenvolvidas na esfera da saúde, como treinamento de profissionais e gestores por meio da educação permanente, conscientização da população sobre as lesões autoprovocadas como importante problema de saúde pública e a possibilidade de ações de prevenção, identificação e tratamento precoce dos transtornos mentais, além do aperfeiçoamento do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a fim de facilitar possíveis decisões e a elaboração de políticas.¹²

Estimativas internacionais apontam que cerca de 90% das pessoas que cometem suicídio apresentam algum tipo de transtorno mental.³⁰ Na presente investigação, os transtornos mais prevalentes encontrados foram os transtornos de humor (27,8%), personalidade (27,8%) e uso abusivo de substâncias psicoativas (17,6%) – achado que corrobora com outros estudos

envolvendo este tema, que pontuam que os transtornos mentais mais relacionados ao comportamento suicida são: depressão, transtorno de humor bipolar, uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, esquizofrenia e transtornos de personalidade. Para além disso, os autores salientam que a coexistência dessas condições aumenta ainda mais a situação de risco.³⁰⁻³¹

Em relação aos medicamentos, foi possível observar que em mais de 60% dos atendimentos foram prescritas medicações, o que evidencia a necessidade de contenção química na maior parte dos casos, realizada a partir da avaliação do grau de incontinência do indivíduo que procura por atendimento em situação de vulnerabilidade. Este uso se torna ainda mais importante quando o indivíduo se encontra desacompanhado e sem condições de proteger sua própria vida, sendo a medicação o único recurso possível para protegê-lo do risco de morte.

Os fármacos mais utilizados em casos de agitação psicomotora são os benzodiazepínicos, antipsicóticos e a associação entre eles, o que coincide com os dados coletados neste estudo. A vantagem de se associar classes distintas de medicações é o fato da ocorrência do sinergismo de ação, que possibilita o uso de quantidades menores dos medicamentos e, portanto, menor probabilidade de ocorrência de efeitos colaterais.³²

Por fim, vale destacar que as tentativas e a concretização do suicídio poderão ser evitadas na medida em que esse acontecimento for compreendido como uma situação complexa e multifatorial, além do desenvolvimento de ações integradas e mais abrangentes. Para tanto, torna-se necessário o engajamento de profissionais e gestores para melhor planejamento das intervenções, a partir de um olhar atento para melhor funcionamento dos serviços de saúde que integram a RAPS.⁶

Conclusão

O presente estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado em apenas um serviço de saúde e partir de análise documental, o que pode não revelar com total exatidão o perfil sociodemográfico e epidemiológico dessas pessoas.

Ainda assim, o estudo permitiu identificar as principais características sociodemográficas e epidemiológicas da ideação e tentativa de suicídio, sendo este um importante marcador para a concretização do ato. Os dados revelam que em torno de 40,6% dos indivíduos apresentam idade entre 18 e 30 anos, a maioria é do sexo feminino, cerca de um terço foi encaminhado para a internação hospitalar e a queixa mais frequente foi ideação suicida (69%). Os transtornos de humor e de personalidade foram os mais prevalentes e os benzodiazepínicos (sedativos) os medicamentos mais prescritos.

Espera-se que esse estudo ofereça elementos importantes para promover reflexões acerca do atendimento de urgência e emergência em saúde mental e para o planejamento de estratégias efetivas de enfrentamento, prevenção e posvenção do suicídio, além da revisão dos processos de trabalho, gestão e organização dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção psicossocial, com vistas à humanização do cuidado e à integralidade da assistência.

Referências

1. Vidal CEL, Gontijo ED. Suicide attempts and hosting in emergency services: the perception of those who try. *Cad. Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [access in 25 jul 2021], 21 (2):108-14. Available from: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVy6hjVYchTXBWc4z9R/?lang=pt>.
2. Moreira RMM, Félix TA, Flôr SMC, Oliveira EM, Albuquerque JHM. Epidemiological analysis of deaths by suicide. *Sanare* [Internet]. 2017 [access in 25 jul 2021]; 16. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1136/621>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir [Internet]. 2017 [acesso em 25 jul 2021]; 40(38). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2017/2017-025-perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-brasil-e-a-rede-de-atem-ao-a-sa-de-pdf>.
4. Vedana KGG, Zanetti ACG. Attitudes of nursing students toward to the suicidal behavior. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [access in 25 jul 2021]; 27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2842.3116>
5. De Baére F, Zanello V. Suicide and masculinities: an analysis through gender and sexualities. *Psicol. Estud.* [Internet]. 2020 [access in 19 nov 2021]; 25. DOI: <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44147>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil [Internet]. 2021 [acesso em 09 nov 2021]; 52 (33). Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf.
7. World Health Organization (WHO). Suicide. World Health Organization [Internet]. 2021 [access in 23 jan 2022]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
8. Santos CVM. Psychic suffering and suicide risk: Dialogue on mental health at university. *Rev. NUFEN* [Internet]. 2019 [access in 25 jul 2021]; 11(2). DOI: <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02rex29>
9. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 [access in 25 jul 2021]; 23(11). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>

10. Minayo MCS, Figueiredo AEB, Mangas RMN. Study of scientific publications (2002-2017) on suicidal ideation, suicide attempts and self-neglect of elderly people hospitalized in Long-Term Care Establishments. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 [access in 25 jul 2021]; 24(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01422019>
11. Carbogim FC, Pereira NL, Luiz FS, Braz PR, Barbosa ACS, Paula GL, et al. Suicide and care for suicide attempt victims. *Rev. enferm. UFPE* [Internet]. 2019 [access in 25 jul 2021]; 13(4). DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238056p1090-1096-2019>
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 26 abr. 2019 [acesso em 09 nov 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>.
13. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva [Internet]. 2014 [access in 25 jul 2021]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.
14. Meneghel S, Hesler LZ, Ceccon RF, Trindade AG, Pereira S. Suicide of Women: an Extreme Condition?. *Athenea Digital*. 2013 [access in 05 nov 2021]; 13(2), 207-217. Available from: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Meneghel-2013>.
15. Machado DB, Santos DN. Suicide in Brazil, from 2000 to 2012. *J. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2015 [access in 06 nov 2021]; 64 (1):45-54. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
16. Silva RM, Sousa GS, Vieira LJES, Caldas JMP, Minayo MCS. Suicidal ideation and attempt of older women in Northeastern Brazil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [access in 05 nov 2021]; 71(Suppl. 2):755-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0413>
17. Pedrosa NFC, Barreira DA, Rocha DQC, Barreira MA. Analysis of the main epidemiological factors related to suicide in a town of Ceará country-side, Brazil. *Health Biol Sci* [Internet]. 2018 [access in 26 nov 2021]; 6(4):399-404. DOI: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.2068.p399-404.2018>
18. Rodrigues HF, Morais LS, Veloso LC. Epidemiological analysis of suicide in the Northeast Region from Brazil in the period 2014 to 2018. *Research, Society and Development* [Internet]. 2020 [access in 26 nov 2021]; 9(7): 1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4725>
19. Corsi CAC, Assunção-Luiz AV, Cintra AS, Pitta NC, Paschoal ACS, Queiroz TS, et al. Worker's health surveillance: work-related suicide. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog* [Internet]. 2020 [access in 23 jan 2022]; 16(4):133-143. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.172196>
20. Cortez PA, Veiga HMS, Gomide APA, Souza MVR. Suicide at work: review of Brazilian literature in Psychology. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho* [Internet]. 2019 [access in 23 jan 2022]. 19(1):523-531. DOI: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2019.1.14480>

21. Gomes CFM, Silva DA. Epidemiological aspects of suicidal behavior in college students. *Research, Society and Development* [Internet]. 2020 [access in 26 nov 2021]; 9(5). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3106>
22. Guarnieri AC, Pio DAM. The presence of the accompanying person in emergency. *TEMPUS* [Internet]. 2018 [access in 06 jan 2022]; 11(4):41-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i4.2014>
23. Durkheim E. O suicídio [Internet]. São Paulo: Martin Claret. 1 ed; 2000 [acesso em 08 nov 2021]. 513 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4239077/mod_resource/content/0/%C3%89mile%20Durkheim%20-%20O%20Suicidio%20%282000%29.pdf.
24. Vasconcelos PJA, Moreira RS, Oliveira FJM, Ludermit AB. Suicide attempt, Post-traumatic stress disorder and associated factors in women of Recife. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2020 [access in 25 jul 2021]; 23. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200010>
25. Silva DA, Marcolan JF. The impact of family relationships in the suicidal behavior. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [access in 06 jan 2022]; 10(2), 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12349>
26. Sampaio ML, Bispo JP. Network of Psychosocial Care: evaluation of the structure and process of mental healthcare linkage. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2021 [access in 26 nov 2021]; 37(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>
27. Cordeiro Q, Ribeiro RB, Morana HCP. Internação psiquiátrica para tratamento de pacientes menores de idade com dependência química. *Psychiatry on line Brasil* [Internet]. 2014 [access in 09 jan 2022]; 19(12). Available from: <https://www.polbr.med.br/ano14/for1214b.php>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Suicídio na pandemia COVID-19. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19. Fundação Oswaldo Cruz: Fiocruz, 2020 [acesso em 09 nov 2021]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41420/2/Cartilha_PrevencaoSuicidioPandemia.pdf
29. Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalence and risk factors associated with suicidal ideation in adolescents: literature review. *Psicologia Escolar e Educacional* [Internet]. 2015 [access in 09 nov 2021]; 19(3):445-453. DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>
30. Borba LO, Ferreira ACZ, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA, Maftum GJ. Factors associated with suicide attempt by people with mental disorders. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2020 [access in 25 jul 2021]; 24. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200013>
31. Barbosa BA, Teixeira FAFC. Epidemiological and psychosocial profile of suicide in Brazil. *RSD* [Internet]. 2021 [access in 09 nov 2021]; 10(5). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15097>
32. Del-Ben CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MCM, Oliveira GEC, Guapo VG, et al. Psychiatric emergencies: psychomotor agitation management and suicide risk assessment.

Medicina - Ribeirão Preto [Internet]. 2017 [access in 06 jan 2021]; 50(Suppl.1):98-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p98-112>

5.2 Pacientes com ideação ou tentativa de suicídio atendidos na urgência e emergência Psiquiátrica: um estudo qualitativo sobre a continuidade do cuidado

Resumo

Introdução: a tentativa ou ideação suicida representa um sério problema de saúde pública no mundo todo e o atendimento inicial normalmente é realizado nos serviços de urgência e emergência; entretanto, é necessário que haja continuidade do cuidado por meio da rede de atenção à saúde mental. **Objetivo:** compreender como se dá a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde mental às pessoas atendidas no serviço de urgência e emergência com tentativa ou ideação suicida. **Método:** estudo qualitativo realizado por meio da técnica de análise temática, a partir de entrevistas com pessoas que passaram pelo serviço de urgência e emergência de um hospital do interior paulista por tentativa ou ideação de suicídio, no período de janeiro a dezembro de 2020. **Resultados:** a maioria dos participantes são mulheres e vivem sem o companheiro, além de utilizar em média três psicofármacos. Na análise das entrevistas, foram identificadas as temáticas: dificuldade de acesso aos serviços; falta de adesão ao tratamento; recorrência das ideações/tentativas; e fatores de melhora. **Considerações finais:** revela-se que os entrevistados encontram dificuldades com o acesso e na adesão ao tratamento, continuam apresentando risco de suicídio e conseguem obter melhora pautando-se no uso de psicofármacos, apoio de familiares e consultas com profissionais. Depreende-se que são necessários investimentos na rede de atenção à saúde mental, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento e o apoio a essas pessoas.

INTRODUÇÃO

O suicídio representa um sério problema de saúde pública no mundo todo. Trata-se de um fenômeno social de extrema complexidade, marcado pela associação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e históricos, ocorrendo principalmente em pessoas com transtorno mental, mais comumente com depressão.¹ Seu caráter autolesivo envolve pensamentos ou ações que podem culminar em suicídio completo, tentativa, preparação para o ato, ideação, autoagressão sem a intenção de morrer, automutilação não intencional ou automutilação com intenção suicida desconhecida.²

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), sua ocorrência afeta todas as classes sociais, com uma estimativa de 700 mil de mortes por ano, representando a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos.³

Nota-se aumento significativo da demanda pelos serviços de emergência nas últimas décadas. Mais de um terço das pessoas que se suicidaram procurou alguma modalidade de serviço de saúde uma semana antes de concretizar o ato, mais da metade havia passado por atendimento em saúde um mês antes de se suicidar e, quase em sua totalidade, cerca de um ano antes teve algum contato com serviços de saúde.^{4,5,6}

O Brasil apresenta uma das maiores taxas em números absolutos de suicídio em todo o mundo. No período de 2010 a 2019, foram registradas 112.230 mortes por suicídio, sendo constatado um aumento crescente do risco de morte em todas as regiões do país. Essas mortes ocorrem predominantemente na própria residência e 41% delas tiveram tentativa prévia.⁷

Estima-se que as tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes maiores que o suicídio, que haja uma tentativa a cada 2 ou 3 segundos e que a cada 40 segundos ocorra uma morte por suicídio. Acrescenta-se que, para cada três pessoas que tentam suicídio, uma é atendida em um serviço médico de urgência.^{8,9,10}

A pretensão de tirar a própria vida surge quando o indivíduo apresenta uma dor grande o bastante para imaginar não ser capaz de suportá-la, tendo a morte como única alternativa capaz de resolver o problema.¹ Agrava a situação o fato de se tratar de uma condição estigmatizada pela sociedade, e até mesmo por profissionais de saúde que, por vezes, enxergam o comportamento suicida como opcional ao indivíduo. Nos serviços de saúde, tal pensamento resulta em um atendimento caracterizado por hostilidade, rejeição e dificuldade de abordagem humanizada.¹¹

Algumas políticas públicas vêm sendo estabelecidas com vistas a um atendimento humanizado e integral a essas pessoas. Nesse sentido, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada com a finalidade de organizar os serviços de saúde mental no país, a partir da articulação de serviços dos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como eixo a corresponsabilização do cuidado entre os serviços, pautando-se no princípio da integralidade do cuidado.¹²

Além disso, em 2019, foi sancionada a Lei nº 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, com o objetivo de promover o acesso à atenção psicossocial das pessoas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativas de suicídio, visando principalmente a prevenção desses eventos a partir do tratamento dos condicionantes associados.¹³

No contexto do atendimento às pessoas com ideação ou tentativa de suicídio, os serviços de urgência e emergência são fundamentais, pois correspondem, muitas vezes, ao primeiro contato dessas pessoas com profissionais e serviços de saúde. No momento em que se encontram em crise, são nesses espaços que são adotadas medidas agudas que visam a continuidade da assistência, a fim de contribuir para a redução dos fatores de risco e prevenção de novos episódios.

Sendo assim, além de uma abordagem acolhedora e condutas terapêuticas condizentes com as necessidades, cabe aos serviços de urgência e emergência proporcionar um direcionamento para essas pessoas, de forma que elas possam dar seguimento em sua assistência. Porém, mesmo frente aos avanços colocados pelas políticas de atenção psicossocial, tem se observado que ainda são muitas as dificuldades encontradas nas interrelações necessárias, uma vez que essa nova lógica ainda não se encontra incorporada entre os atores envolvidos no processo.¹⁴ É um problema o fato de serem poucas as opções disponíveis no sistema de saúde para o encaminhamento das pessoas que precisam dar sequência ao cuidado, o que leva ao questionamento sobre como vem ocorrendo a continuidade do atendimento realizado em serviços de urgência e emergência por tentativa ou ideação suicida.¹⁵

O presente estudo tem como objetivo compreender a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde mental das pessoas com tentativa ou ideação suicida após ter passado pelo serviço de urgência e emergência.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com a finalidade de se obter informações sobre a continuidade da assistência após atendimento de pessoas com ideação ou tentativa de suicídio, na especialidade de Psiquiatria em um Pronto-Socorro de um Hospital Terciário do Centro Oeste Paulista.

A razão em optar por uma pesquisa empírica qualitativa reside na busca por aquilo que não se pode quantificar e no fato de ela possibilitar conhecimentos que não estão presentes em outras fontes. De acordo com Minayo,¹⁶ esse tipo de investigação empenha-se em estudar os motivos, significados, aspirações, crenças, atitudes e valores.

Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido em um serviço de urgência e emergência de um hospital escola estadual, localizado em um município do interior do estado de São Paulo. Neste pronto-socorro, são atendidos em média 3900 pacientes ao mês, sendo que destes cerca de 70 são acolhidos por tentativa ou ideação suicida.

O município em pauta está inserido na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e tem equipamentos de saúde em diversos componentes. A Atenção Primária de Saúde tem implantado 46 Unidades de Saúde da Família (USF) e nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de uma Equipe de Consultório na Rua – CR (Modalidade e uma equipe no Programa Melhor em Casa).

Em relação à Atenção Psicossocial Especializada, conta com um CAPS II “Com-Viver” e com o CAPS infantil. O CAPS AD (Álcool e Drogas) está ligado à Faculdade de Medicina de Marília. Conta, também, com três Unidades de Urgência não Hospitalar, sendo uma pré-hospitalar móvel (SAMU-192) e duas pré-hospitalares fixas.

A Atenção Hospitalar dispõe de um hospital geral com enfermaria psiquiátrica e um hospital especializado. Conta, também, com o Programa “De Volta para Casa”, que auxilia na reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido por longo tempo em internações psiquiátricas, em sua reinserção no convívio social, a fim de assegurar seu bem-estar e exercício dos seus direitos civis, políticos e de cidadania.¹⁷

Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foram sorteadas fichas de atendimento dos meses de janeiro, maio e setembro do ano de 2020, de pacientes atendidos por tentativa ou ideação suicida. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2021. Foram incluídos os pacientes que tiveram em sua história clínica tentativa ou ideação suicida no momento do atendimento, apresentando ou não tentativas anteriores e que residiam na cidade sede do pronto-socorro.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, contando com roteiro que continha dados de identificação, como: nome, idade, sexo, estado civil, com quem mora, escolaridade, profissão, e as seguintes questões: Como foi para você o atendimento realizado no serviço de urgência e emergência? Fale sobre a sua vida após ter passado pelo atendimento no serviço de urgência e emergência; como foi a continuidade do tratamento (serviços que passou, dificuldades, facilidades e, caso não tenha dado continuidade, qual foi o motivo); quais as suas expectativas em relação à vida e ao futuro?

Procedimento da coleta de dados

Para realizar as entrevistas, foram realizados contatos por meio de telefonemas e agendado o melhor dia e horário para a realização das entrevistas, as quais foram feitas no próprio domicílio dos participantes e no ambulatório de Saúde Mental quando os pacientes lá eram atendidos e preferiam aproveitar o dia da consulta para participarem da pesquisa.

Salienta-se que houveram muitas recusas, uma vez que muitos diziam não querer falar sobre o assunto e outros alegavam medo de se tratar de golpe. Assim, fichas de atendimento foram sorteadas até que se atingiu a amostragem desejada.

Considerando que as entrevistas poderiam mobilizar sentimentos e causar desconforto emocional aos participantes, elas foram realizadas pela pesquisadora principal, que é médica psiquiatra, a qual teve condições de fazer as devidas intervenções em caso de necessidade, como orientações sobre o tratamento e encaminhamentos aos serviços de apoio.

Análise dos dados

Os dados foram processados por meio da técnica de análise temática, que busca identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados e interpretar vários aspectos do tema de pesquisa. Nesta forma de análise, o processo de codificação ocorre a partir dos próprios dados. Um tema representa algo importante, abstraído dos dados em relação à pergunta de pesquisa, sem importar se ele aparece ou não com grande prevalência no conjunto das informações.¹⁸

Na sua operacionalização, foram desenvolvidas seis fases. Inicialmente, coloca-se a **familiaridade com os dados**, que compreende a imersão por meio de leituras repetidas dos dados de forma a se aproximar da profundidade e amplitude do conteúdo. A segunda fase envolve a **produção de códigos iniciais** a partir dos dados, sendo que estes representam um conteúdo semântico ou latente que se referem ao segmento ou elemento mais básico do dado. Nesta fase, trabalha-se sistematicamente com o conjunto dos dados que foram obtidos, buscando identificar aspectos interessantes e significativos do texto.¹⁸

A fase três se refere à **procura por temas**, a qual é desenvolvida a partir da lista de códigos e envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais. Na fase quatro, momento **de revisitar os temas**, o que envolve o seu refinamento, leva-se em consideração os critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa. Na sequência, os temas são **definidos e nomeados**, ou seja, é identificada a essência do assunto de cada tema. Na última fase, inicia-se a análise final e a escrita do relatório. Neste relatório, os extratos das falas dos

participantes precisam ser incorporados à narrativa analítica, visando ilustrar o conteúdo que se pretende mostrar.¹⁸

Aspectos éticos

Foi garantido o sigilo sobre as informações prestadas, de uso exclusivo para fins científicos, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente sob CAAE 42705021.0.0000.5413. Para participar, todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tratando-se do período da pandemia da Covid-19, nas entrevistas foi adotado o protocolo sanitário, mantendo-se o distanciamento social de dois metros, com uso de máscara pelo entrevistador e entrevistado, e higienização das mãos com álcool gel, antes e após o contato com o participante.

RESULTADOS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pacientes que tiveram tentativa ou ideação suicida (n 31). Marília, SP, Brasil, 2021.

Variáveis	N.	%
Sexo		
Masculino	09	29%
Feminino	22	71%
Idade		
20 a 39 anos	15	48,4
40 a 59 anos	15	48,4
60 anos ou mais	01	3,2
Estado conjugal		
Vive com companheiro	12	38,7
Vive sem o companheiro	19	61,3
Escolaridade		
Analfabeto	1	3,2
Ensino básico completo/incompleto	10	32,2
Ensino médio completo/incompleto	15	48,4
Superior completo/incompleto	5	16,1

Entre os participantes do estudo, 22 (71%) são mulheres e nove (29%) homens, com idade que varia de 20 a 66 anos, sendo que 19 (61,3%) deles vive sem o companheiro (solteiros ou separados). Quanto à escolaridade, 15 (48,4%) contam com ensino médio completo ou incompleto e cinco (16,1%) o ensino superior.

Entre os entrevistados, apenas um não estava fazendo uso de psicofármacos no momento das entrevistas, sendo que os demais utilizavam em média três, destacando-se os antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor.

Tabela 2 – Distribuição das classes de psicofármacos em uso pelos entrevistados que tiveram tentativa ou ideação suicida (n 31). Marília, SP, Brasil, 2021.

Medicações	N
Antipsicóticos	27
Antidepressivos	34
Ansiolíticos	17
Anticolinérgicos	9
Estabilizadores de humor	22
Outros	5
Total	95

Na análise dos dados das entrevistas foram identificadas quatro temáticas, conforme se apresenta a seguir.

Dificuldade de acesso aos serviços especializados em saúde mental

Os entrevistados relataram dificuldade de acesso tanto ao atendimento psicológico como ao tratamento médico especializado, o que é considerado como fundamental para sua recuperação. Ao longo da realização da pesquisa, muitos permaneciam sendo acompanhados pela atenção básica, o que para eles não era considerado suficiente para que o tratamento ocorresse de forma eficaz.

Além disso, parte deles considerava que a ampliação do espaçamento entre os atendimentos comprometia o tratamento. A dificuldade de acesso ao atendimento público levava-os a procurarem serviços privados, porém os recursos financeiros nem sempre eram suficientes, fazendo com que, em muitos casos, não ocorresse a continuidade do tratamento, culminando em seu abandono. A existência de barreira física também é considerada como um aspecto que dificulta o tratamento. Considera-se como tal principalmente a distância até o local onde é feito o tratamento e a forma de chegar até ele, principalmente relacionado à dificuldade financeira para locomoção quando são longas distâncias, uma vez que nem todos os

diagnósticos psiquiátricos são considerados deficiências que dão direito à isenção de tarifas de transporte coletivo regular às pessoas com essas necessidades.³⁶

Entretanto, aqueles que passaram por internação psiquiátrica após a tentativa ou ideação suicida tiveram maior facilidade para acessar os serviços, uma vez que já saíam com o agendamento ambulatorial marcado. A seguir, encontram-se fragmentos de entrevistas que explicitam esse cenário:

Gostaria só que a psicóloga me chamasse logo, porque estou na lista de espera, porque eu sinto muita falta de conversar com alguém, como eu moro sozinha eu não falo com ninguém [...]. E3

Porque era a cada 15 dias (atendimento psicológico) e eu não conseguia ver resultado e sentido.

[...] porque eu ainda não consegui um médico psiquiatra, então eu passo no posto de saúde com um clínico geral [...]. E7

[...] é longe e às vezes eu me perdia, mas eu gostaria de fazer o atendimento no... (ambulatório de psiquiatria) porque é mais perto da minha casa.

[...] no posto eu só vou para buscar a receita, porque lá não tem o tratamento nem da psicóloga nem da psiquiatra.

Tive, a dificuldade foi em conseguir a vaga no SUS, então eu tive que optar pelo atendimento particular e ainda não faço atendimento psicológico, mas assim que as coisas melhorarem eu quero começar a fazer. E28

[...] foi rápido, acho que no máximo um mês eu já estava com atendimento marcado no ambulatório, eu vim com um encaminhamento porque tinha sido internado [...]. E2

Falta de adesão ao tratamento

A análise das entrevistas mostrou que, além das dificuldades para continuidade do tratamento, decorrentes da pouca oferta de serviços e de profissionais, os pacientes têm

dificuldades de aderir aos tratamentos propostos e encaminhados, colocando em risco a oportunidade de tratamento ao não comparecerem às consultas ou ao não seguirem as orientações. Conforme os relatos:

[...] eu comecei atendimento no ambulatório, eu não parei, mas quase perdi a vaga esses tempos porque eu tive faltas, eu acabo esquecendo. E9

[...] psiquiatra eu dou balão nele, né. O certo era uma vez no mês. O combinado foi... a verdade é que eu mudei de terapeuta, né. E2

Recorrência das ideias / tentativas

A partir da fala dos participantes, depreende-se que eles continuam apresentando ideias suicidas, além de outros sentimentos que demonstram a perpetuação do risco de suicídio. Rotineiramente, as tentativas são sucessivas e, mesmo com o uso de medicamentos, apresentam o desejo de repetir o ato e a ideia de morte. Além disso, observa-se a falta de perspectiva para o futuro e ausência do sentimento de felicidade. Apontam, ainda, para a presença de ansiedade, confusão mental e “cabeça perturbada”.

Eu já tentei me matar com a corda, foi mais de uma tentativa e agora mesmo tomando os medicamentos é difícil demais, porque tem momentos que você lembra de novo e você quer fazer aquilo lá, tentei cortar os pulsos com a faca, mas não consegui. E10

[...] costumo dizer que eu não lembro qual o sentimento de felicidade [...] não tenho sonhos e metas, eu digo que só vou viver até o dia da minha morte. E31

[...] aquilo que eu fiz para trás eu tenho de esquecer, mas a cabeça é tão perturbada que a cabeça volta lá para trás e volta tudo de novo.

Mas eu tô assim, mordendo concreto, extremamente ansioso, sabe, penso toda hora, todo momento. E20

[...] eu tenho pensamento até hoje, eu tenho pensamento também de matar as pessoas, eu não me sinto totalmente segura de ficar sozinha com uma pessoa, porque aí bate aquela vontade, se eu não sair eu faço assim, eu tenho coragem e faço sim. E13

Os fatores de melhora

No relato dos participantes, observa-se que, para dar continuidade ao tratamento, eles consideram de grande relevância o uso dos psicofármacos, pois alegam precisar deles para se sentir bem. Assim, buscam fazer uso correto dos mesmos e quando tentam ficar sem eles não conseguem em decorrência da piora do quadro. Por vezes, torna-se necessário ajustes na dosagem. A melhora também advém das consultas e do apoio de familiares, levando-os a gostar mais da vida e deles próprios, conforme se observa nas falas que seguem.

Eu senti uma melhora, estou tomando as medicações, tive algumas crises, aí tive que ajustar algumas doses, mas hoje eu estou bem, me adequando a cada situação. E29

Por um tempo eu ainda sofria com a tristeza e angústia, mas com o passar do tempo e com os remédios que o médico me passou e o acompanhamento das consultas eu comecei a me sentir melhor. E28

Agora eu gosto mais da vida, agora eu gosto de mim [...] sou outra pessoa, eu gosto de mim e eu aprendi a viver e meu marido me apoia muito, me ajuda muito, então para mim estão muito bom. E30

Então, eu não posso ficar sem o remédio, senão eu fico ruim, a cabeça pesa, quero morrer às vezes [...]. E24

6. DISCUSSÃO

No que concerne ao sexo dos entrevistados, confirma-se a paradoxal diferença existente entre homens e mulheres, uma vez que, em relação aos fatores de risco, há preponderância de comportamento suicida não fatal entre as mulheres, enquanto que entre os homens o suicídio consumado é maior. Quanto aos métodos de tentativa de suicídio, as mulheres se utilizam do uso de substâncias e os homens tendem ao enforcamento.⁴²

Em relação ao estado conjugal, encontrou-se que a maioria dos entrevistados vive sem o companheiro, o que pode levar ao sentimento de solidão, desamparo, falta de suporte social e emocional.⁴³

Sobre o uso de psicofármacos, observa-se que os entrevistados utilizam uma média de três deles, com destaque para os antidepressivos, antipsicóticos e estabilizadores de humor. A despeito desse uso em pacientes com ideação ou tentativa de suicídio, é preciso considerar que o fenômeno do suicídio está longe de ter um sentido unidimensional e reducionista e, embora o desenvolvimento de novos medicamentos tenha tido impacto no tratamento das doenças mentais, a diminuição dos comportamentos suicidas ainda não foi observada. As medicações, portanto, tem mais especificamente a finalidade de tratar as doenças mentais de base ou comórbidas, uma vez que estas estão grandemente associadas à ideação, tentativa e consumação do ato⁴⁴.

Entretanto, o aumento de opções farmacológicas para o tratamento dos pacientes, seja na unidade de Urgência e Emergência, seja ambulatorialmente, é considerado necessário. Cita-se, por exemplo, o fato de a maior parte da população que comete suicídio sofrer com depressão, que menos de 50% dos pacientes deprimidos terão remissão total dos sintomas e cerca de 30% tem depressão resistente ao tratamento.⁶¹ Neste contexto, vale resgatar o avanço em pesquisas sobre a possibilidade de tratamento por meio de substâncias como cetamina e seu enantiômero escetamina no tratamento do transtorno de depressão maior e/ou depressão resistente ao tratamento, pela sua segurança, tolerabilidade e eficácia terapêutica. Porém, apesar de se constituírem em medicamentos promissores, são de alto risco, devido à grande capacidade de gerar efeitos adversos de severidades variadas.⁶⁰

No presente estudo, que buscou analisar como ocorre a continuidade da assistência após passagem pelo serviço de urgência e emergência de pessoas com tentativa ou ideação suicida, argumentamos que qualquer que seja a situação que envolve a tentativa ou a ideação suicida, é preciso considerar que se trata de uma condição complexa e que envolve grande investimento nos cuidados à saúde para que se possa evitar uma tragédia maior. Entretanto, os achados da investigação mostraram que um dos aspectos mais relevantes é a dificuldade de acesso aos serviços especializados. Parece-nos mais complicado quando se trata de acesso ao acompanhamento psicológico, conforme referido nas entrevistas, mesmo que esses profissionais estejam inseridos na rede de atenção básica por meio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

Quanto ao NASF, que é formado por profissionais de diferentes áreas de formação, tem como atribuição atender às demandas específicas de forma articulada com as equipes da Estratégia Saúde da Família, o que inclui o atendimento em saúde mental. Entretanto, foram identificadas fragilidades importantes entre os profissionais que o integram em relação à falta de formação acadêmica, experiência nesta lógica de atuação e falta da instituição de processos

de Educação Permanente, o que dificulta que mudanças sejam implementadas na forma de agir e pensar a atenção à saúde na lógica da integralidade.⁴⁵

Referindo-se ao atendimento ofertado pelo Sistema Único de Saúde, encontra-se que as Redes de Atenção à Saúde, embora consideradas como condição essencial para o bom funcionamento do sistema, ainda apresentam importantes lacunas em relação ao acesso e cobertura, especialmente quando se trata da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesta perspectiva, um estudo realizado em três estados nordestinos revelou que são necessários investimentos na identificação e acompanhamento dos casos de transtorno mental de diferentes níveis de gravidade, com a finalidade da elaboração de planos de cuidado pautados na longitudinalidade e trabalho em rede, o que inclui disponibilizar tanto recursos no próprio território, por meio de ações da equipe de Atenção Básica, como atenção especializada.⁴⁶

Em contrapartida, embora tenha havido investimentos na atenção primária nas últimas décadas na perspectiva do vínculo e longitudinalidade, foi constatado no presente estudo que, após a tentativa ou ideação suicida, o paciente que passa por internação, tem o cuidado longitudinal ocorrendo de forma mais frequente, já que há maior adesão inicial ao tratamento. Remete-se, desta forma, a reflexões sobre a importância de haver grande investimento na continuidade, além do cuidado agudo, o que contribui para a redução do risco de recorrência às tentativas.^{27,47,48}

Entre os entrevistados do presente estudo, observa-se que a atenção básica, embora parte da rede de atenção e local do estabelecimento de vínculo e responsabilização pelo cuidado, não se fez presente enquanto ponto de suporte aos mesmos, uma vez que os pacientes não sentem segurança/confiança em manter seu tratamento por essa via, ficando na dependência de atendimento ambulatorial especializado ou mesmo de serviços particulares quando possível, mas que, segundo maior parte dos relatos, não se mantém por limitações financeiras quando buscada essa alternativa.

Um estudo que analisou as concepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em saúde mental encontrou que a atuação se encontra pautada na lógica fragmentada, que se estende para a relação com a equipe do NASF, indicando profundos desafios a serem superados por meio da organização estrutural, formação dos profissionais, fortalecimento do diálogo coletivo, planejamento e avaliação das ações.⁴⁹ Nos resultados de uma revisão sistemática sobre avaliação de serviços de saúde mental no Brasil, encontra-se que a expansão da rede de saúde mental brasileira não se configura como suficiente para atender às necessidades.⁵⁰

Nesta perspectiva, é importante resgatar o Plano de Ação para Saúde Mental 2013-2020, da OMS,³ segundo o qual, no atendimento à saúde mental, deve haver uma abordagem ampla, por meio de estratégias governamentais abrangentes de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, ao considerar que as pessoas com transtornos mentais apresentam taxas elevadas de incapacidade e mortalidade, alertando que o suicídio é a segunda causa de morte mais comum entre jovens em todo o mundo.

Para a continuidade do tratamento da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio, destaca-se também a importância da adesão ao tratamento, o que é considerado como uma condição multifatorial, uma vez que envolve fatores internos e externos. Citam-se, como exemplos: a falta de empatia na relação médico-paciente; efeitos colaterais intoleráveis dos medicamentos; baixo acesso a terapias alternativas de tratamento, como a psicoterapia; falta de entendimento sobre sua doença psiquiátrica; uso de álcool e/ou drogas como forma de automedicação.⁵¹ Para pacientes que necessitam de cuidados contínuos, verificou-se que a adesão aumenta quando há comunicação eficaz entre as diferentes equipes que compõem a rede de cuidados em saúde mental.²⁷

Quase metade (49%) dos pacientes com transtornos psiquiátricos maiores não adere à medicação psicotrópica, tendo maior expressividade os portadores de esquizofrenia, transtorno depressivo maior e transtorno afetivo bipolar, grupo sabidamente mais propenso a tentativas e ideações suicidas. Além desse risco, há outros inúmeros prejuízos na vida, como a redução da eficácia do tratamento, maior número de hospitalizações, piora da qualidade de vida, reaparecimento dos sintomas e desperdícios de recursos de saúde.⁶¹

Encontra-se na fala dos entrevistados o intenso sofrimento que leva à desvalorização da vida, o que eles traduzem como ausência de felicidade, ansiedade e cabeça perturbada. O sentimento de impotência perante a vida e desesperança são fortes preditores do comportamento suicida. Neste sentido, compreende-se que a ideação suicida é um importante sinal de sofrimento psíquico, sendo necessário identificar se o transtorno psíquico está presente ou não, visando a condução adequada da abordagem terapêutica.⁵²

Quanto aos fatores que contribuem para melhorar as condições de saúde mental dos entrevistados, encontra-se o uso correto de medicamentos, o acompanhamento com profissionais e o apoio dos familiares. Em uma revisão sistemática sobre a associação de intervenções de prevenção de suicídio com tentativas de suicídio subsequentes, verificou-se que o acompanhamento ativo após a alta do pronto-socorro reduziu as tentativas, assim como o contato por meio de ligações telefônicas e recebimento de notas manuscritas pelo correio em semanas subsequentes ao fato.²⁷

Instituir medidas de prevenção ao suicídio significa intervir em um problema de grande magnitude e transcendência, considerando sua alta prevalência e os danos pessoais e sociais. O primeiro passo a ser pautado é a identificação dos fatores de risco. Neste contexto, as pessoas que passaram por atendimento em serviço de urgência e emergência por tentativa ou ideação suicida precisam de acompanhamento de profissionais e serviços apropriados, de forma que sejam considerados em sua individualidade na perspectiva da integralidade do cuidado.⁵³

A despeito da necessidade de prevenção do suicídio, a Organização Mundial de Saúde, ao reconhecer o mesmo como um relevante problema de saúde, torna público o Relatório Mundial de Suicídio, trazendo a prevenção como uma questão de alta prioridade na agenda global voltada para a saúde pública. Nesta perspectiva, salienta-se a importância da família, a busca pelo sentido da vida e a valorização da autoestima, assim como se observa nas falas dos participantes desse estudo.⁵⁴

Assim, estudos têm mostrado a relevância de distintas intervenções. Ao avaliar a efetividade e a aceitabilidade de uma atividade física, por meio de dois dias de caminhada de 30 minutos, comparando com pacientes sedentários internados em unidade psiquiátrica por tentativa de suicídio, constatou-se que a atividade física foi eficaz para aliviar o sofrimento psíquico desses pacientes.⁵⁵ Um programa de pós-tratamento para pessoas com ideação suicida, que contou com o acompanhamento dos próprios idealizadores e dos familiares, mostrou forte tendência de redução do comportamento suicida. Reforça-se, desta maneira, a importância de cuidados posteriores e acompanhamento para pessoas em risco de suicídio.⁵⁶

O apoio social, como ter um confidente e uma amizade de qualidade, também contribui para reduzir as tentativas. Além disso, verificou-se a importância do investimento nos determinantes sociais da saúde e identificação e facilitação ao acesso a intervenções que promovam a conexão social para os mais vulneráveis.⁵⁷

Limitações do estudo

O estudo tem como limitações aquelas que são próprias do estudo qualitativo, o que envolve principalmente o fato de não permitir a generalização dos dados e de ter sido realizado em um único local. Além disso, a grande recusa em participar das entrevistas pode comprometer a evidenciação de condições de continuidade do cuidado ainda mais complexas do que as encontradas no presente estudo. No entanto, os seus resultados trazem à luz aspectos importantes para reflexões acerca das limitações na continuidade do cuidado após a ocorrência de ideação ou tentativa de suicídio.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, que buscou interpretar como vem ocorrendo a continuidade do cuidado após o atendimento de pessoas com ideação ou tentativa de suicídio em um serviço de urgência e emergência, é importante destacar, a partir dos dados sociodemográficos, que a maioria é do sexo feminino e vive sem o companheiro, está em tratamento farmacológico, com uso, em média, de três psicofármacos.

Na análise das entrevistas, evidenciou-se a dificuldade de acesso aos serviços especializados em saúde mental, principalmente de acompanhamento psicoterápico. Pacientes apresentam pouca ligação com a Atenção Primária à Saúde, indicando fragilidade na rede de atenção à saúde mental e no papel de estabelecimento de vínculo e responsabilização com as necessidades de saúde da população adscrita. Além da dificuldade de acesso, os entrevistados mostram não aderir ao necessário acompanhamento de serviços oferecidos, pelos mais variados motivos, de acordo com suas falas.

Mostrou-se, também, como uma preocupação, a presença de sentimentos de profundo sofrimento emocional, que leva a dificuldades de visualizar valor à vida, tornando o risco de suicídio evidente. Apontam para as condições de melhora o apoio de familiares, o uso de medicamentos e o acompanhamento com profissionais de saúde da área de saúde mental.

Além disso, deve haver maior articulação da rede de atenção psicossocial, resgate do vínculo e responsabilização da APS com as necessidades de saúde dessa população, haja visto o impacto que as ações de prevenção podem causar em relação às consequências das ideações e tentativas de autoextermínio.

A partir dos resultados encontrados, é preciso reconhecer que há necessidade de aumentar o acesso da população, a fim de que os diagnósticos sejam feitos, e o tratamento adequado seja instituído de forma longitudinal com consequente melhora na qualidade de vida, a ponto de fazer com que a ideação ou tentativa de interrupção brutal desta, não seja uma possibilidade, tampouco algo recorrente em sua existência.

Acrescenta-se a necessidade de planejamento de estratégias efetivas de enfrentamento, prevenção e posvenção do suicídio a partir de uma revisão dos processos de trabalho, gestão e organização dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção psicossocial, com vistas à humanização do cuidado e à integralidade da assistência.

A presença de uma equipe destinada exclusivamente ao setor de psiquiatria, reduziria a já inicial situação de vulnerabilidade, uma vez que conforme os dados coletados, em nosso

serviço, mais de 40% dos paciente em risco, seja por ideação ou tentativa chega sem acompanhante.

Ter uma equipe multidisciplinar no ambiente de pronto socorro traria ajuda às lacunas que se apresentam frente a escassez de recursos humanos para além da conduta centrada no médico, o qual, na maior parte das vezes, sozinho, tem que dar conta de toda demanda do setor, optando pelas contenções tanto química quanto física como a única forma inicial de proteção à vida, o que pode trazer ao paciente a impressão de que é essa, a única abordagem possível inicial nesse cenário, o que é uma inverdade, a qual pode relacionar ao tratamento, configurando como mais um impeditivo em procurar ajuda.

Neste contexto, considerando que a saúde mental traz em seu cerne a influência do meio no qual a pessoa está inserida, é fundamental a ação de uma rede multidisciplinar, incluindo, especialmente, o Serviço Social do Município, já que muitas vezes são os fatores sociais os principais obstáculos para a continuidade do tratamento. Ademais, sugere-se também a criação de um núcleo de apoio às pessoas com tentativa ou ideação suicida, para que recebam uma atenção em conformidade com o risco ao qual se encontram expostas.

Espera-se que o estudo possa ofertar elementos para reflexões acerca da rede de atenção em saúde mental, mais especificamente voltada para as necessidades das pessoas com ideação ou tentativa de suicídio.

Como desdobramento das necessidades identificadas no presente estudo, encontra-se o fato de, após solicitação ao Núcleo de Tecnologia e Informática do Hospital, ter sido alocado na ficha de atendimento eletrônico do hospital em pauta, a indicação de que se trata de uma ideação ou tentativa de suicídio, para que, posteriormente, novas pesquisas consigam localizar esses atendimentos de forma mais objetiva.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreira RMM, Félix TA, Flôr SMC, Oliveira EM, Albuquerque JHM. Epidemiological analysis of deaths by suicide. Sanare [Internet]. 2017 [access in 25 jul 2021]; 16. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1136/621>
2. Santos LA, Kind L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. Interface – Comunicação, Saúde, Educação [Internet]. 2020 (24) [acesso em 6 Agosto 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190116>.
3. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva [Internet]. 2014 [access in 25 jul 2021]. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
4. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir [Internet]. 2017 [acesso em 25 jul 2021]; 40(38). Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/campanhas/Prevencao_do_suicidio_2017/folheto_Suicidio_PublicoGeral_150x210.pdf
5. Vedana KGG, Zanetti ACG. Attitudes of nursing students toward to the suicidal behavior. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [access in 25 jul 2021]; 27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2842.3116>.
6. Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos?. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [acesso em 03 jan 2022]; 29(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290303>.
7. Silva DA, Marcolan JF. The impact of family relationships in the suicidal behavior. Research, Society and Development [Internet]. 2021 [access in 06 jan 2022]; 10(2), 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12349>
8. Santos CVM. Psychic suffering and suicide risk: Dialogue on mental health at university. Rev. NUFEN [Internet]. 2019 [access in 25 jul 2021]; 11(2). DOI: <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02rex29>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Suicídio na pandemia COVID-19. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19. Fundação Oswaldo Cruz: Fiocruz, 2020 [acesso em 09 nov 2021]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41420/2/Cartilha_PrevencaoSuicidioPandemia.pdf
10. Borba LO, Ferreira ACZ, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA, Maftum GJ. Factors associated with suicide attempt by people with mental disorders. REME – Rev Min Enferm [Internet]. 2020 [access in 25 jul 2021]; 24. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200013>.
11. Pereira AS, Willhelm AR, Koller SH, Almeida RMM. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [access in 25 jul 2021]; 23(11). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
12. Carbogim FC, Pereira NL, Luiz FS, Braz PR, Barbosa ACS, Paula GL, Silva TR, Alves, MS. Suicide and care for suicide attempt victims. Rev. Enferm. UFPE [Internet]. 2019 [access

in 25 jul 2021]; 13(4). DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238056p1090-1096-2019>.

13. Resende Dória A, Faro A. Stigma in patients admitted to urgency/emergency for attempted suicide: analysis of students and health professionals from hypothetical cases. *Salud Soc.* [Internet]. 2018 [access in 25 jul 2021]; 8(3):200-15. DOI: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0003.00001>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1863, de 29 de Setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 6 out. 2003 [acesso em 09 nov 2021], Seção I, p. 56. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html.

15. Fontão MC, Rodrigues J, Lino MM, Lino MM, Kempfer SS. Nursing care to people admitted in emergency for attempted suicide. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [access in 09 nov 2021]; 71(Supl. 5):2199-2205. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>.

16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.819, de 26 de Abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de Junho de 1998. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 26 abr. 2019 [acesso em 09 nov 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>

17. Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia – Rev. Bras. Geografia Médica e da Saúde.* [Internet]. 2019 nov [acesso em 20 jan 2021]; 15(32):69-79. nov. 2019. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>

18. IBGE. Censos Demográficos. Censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: [2008]. [acesso em 20 jan 2021]. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=destaques>

19. Edição 2022 do Anuário Brasileiro de Segurança Pública [acesso em 04 set 2022]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/06/anuario-2022.pdf?v=5>

20. Edição 2018 do Anuário Brasileiro de Segurança Pública [acesso em 04 set 2022]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Anuario-Brasileiro-de-Seguran%C7%A7a-Pu%C8%Blica-2018.pdf>

21. Edição 2020 do Anuário Brasileiro de Segurança Pública [acesso em 04 set 2022]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020-v1-interativo.pdf>

22. Braun V, Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [Internet]. 2008 jul [access in 29 oct 2022]; 3(2), 77–101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

23. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology* [Internet]. 2017 [access in 30 oct 2022]; 12(3):297-298. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>.
24. Durkheim É. *O suicídio: estudo de sociologia*. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000. 381-393 p.
25. Silva JARO. A flexibilização da jornada de trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador. In: Navarro VL, Lourenço EÂS, organizadoras. *Avesso do trabalho III: Saúde do trabalhador e questões contemporâneas*. São Paulo: Expressão Popular, 2013, p. 59-88.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. *Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas / Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena*. – Brasília : Ministério da Saúde : 2019. 38 p.: il.
27. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, Eggen E, Bridge JA, Marcus SC. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2020 [access in 10 jan 2022]; 77(10):1021-1030. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>.
28. Ahmedani BK, Westphal J, Autio K, et al. Variation in patterns of health care before suicide: a population case-control study. *Prev Med* [Internet]. 2019 [access in 10 jan 2022]; 127:105796. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105796>.
29. Canner JK, Giuliano K, Selvarajah S, Hammond ER, Schneider EB. Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006-2013. *Epidemiol Psychiatr Sci*. [Internet]. 2018 [access in 10 jan 2022]; 27(1):94-102. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796016000871>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico: Suicídio. Saber, agir e prevenir* [Internet]. 2017 [acesso em 25 jul 2021]; 40(38). Disponível em: https://antigo.saude.gov.br/images/campanhas/Prevencao_do_suicidio_2017/folheto_Suicidio_PublicoGeral_150x210.pdf.
31. Santos CVM. Psychic suffering and suicide risk: Dialogue on mental health at university. *NUFEN* [Internet]. 2019 [access in 25 jul 2021]; 11(2). DOI: <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02rex29>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. *Suicídio na pandemia COVID-19. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19*. Fundação Oswaldo Cruz: Fiocruz, 2020 [acesso em 09 nov 2021]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41420/2/Cartilha_PrevencaoSuicidioPandemia.pdf
33. Vedana KGG, Zanetti ACG. Attitudes of nursing students toward to the suicidal behavior. *Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2019 [access in 25 jul 2021]; 27. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2842.3116>.

34. Resende DA, Faro A. Estigma em pacientes admitidos em urgência/emergência por tentativa de suicídio: Análise de estudantes e profissionais da saúde a partir de casos hipotéticos. *Salud soc.* [Internet]. 2018 [acesso em 10 ago 2022]; 8(3):200-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.152045>.
35. Sampaio ML, Bispo JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 [acesso em 26 nov 2021]; 37(3). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>.
36. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 26 abr. 2019 [acesso em 10 nov 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>
37. Lima DKRR, Guimarães J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [acesso em 15 jan 2022]; 43(122):883-896. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>.
38. Freitas APA, Borges LM. Do acolhimento ao encaminhamento: O atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. *Estud. psicol. (Natal)* [Internet]. 2017 [acesso em 15 jan 2022]; 22(1):50-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170006>.
39. Minayo MCS. O desafio da Pesquisa Social. In: *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* [Internet]. 2009 [acesso em 30 out 2022]; 28 ed., p. 09-29. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/748>.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual do Programa “De Volta para Casa”. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. [acesso em 28 out 2022] 18p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf.
41. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology* [Internet]. 2017 [access in 30 oct 2022]; 12(3):297-298. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>.
42. Berardelli I, Rogante E, Sarubbi S, Erbuto D, Cifrodelli M, Concolato C, Pasquini M, Lester D, Innamorati M, Pompili M. Is Lethality Different between Males and Females? Clinical and Gender Differences in Inpatient Suicide Attempters. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [access in 30 oct. 2022]; 19(20):13309. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph192013309>.
43. Pedrosa NFC, Barreira DA, Rocha DQC, Barreira MA. Analysis of the main epidemiological factors related to suicide in a town of Ceará country-side, Brazil. *Health Biol Sci* [Internet]. 2018 [access in 26 nov 2021]; 6(4):399-404. DOI: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i4.2068.p399-404.2018>.
44. Martínez-Aguayo JC, Arancibia MM, Silva IH. Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. *Rev chil neuro-psiquiatr* [Internet]. 2015 [access in 26 nov 2022]; 53(2):127-133. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000200008>.

45. Rabelo JS, Nunes RZS, Zavadil SC, Tomasi CD, Ceretta LB, Tuon L. Atenção domiciliar: percepção do usuário que apresenta condição crônica sobre o cuidado ofertado pela atenção primária à saúde. *Saúde em Redes* [Internet]. 2021 [acesso em 15 jan 2022]; 7(3). DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132021v7n3.3302g770>.
46. Dimenstein M, Simoni ACR, Macedo JP, Nogueira N, Barbosa BCNS, Silva BIBM, et al. Equidade e acesso aos cuidados em saúde mental em três estados nordestinos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [acesso em 15 jan 2022]; 26(5):1727-1738. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04912021>.
47. Ahmedani BK, Westphal J, Autio K, Elsis F, Peterson EL, Beck A, et al. Variation in patterns of health care before suicide: A population case-control study. *Preventive medicine* [Internet]. 2019 [access in 15 jan 2022]; 127:105796. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105796>.
48. Canner JK, Giuliano K, Selvarajah S, Hammond ER, Schneider EB. (2018). Emergency department visits for attempted suicide and self harm in the USA: 2006-2013. *Epidemiology and psychiatric sciences* [Internet]. 2018 [access em 15 jan 2022]; 27(1):94–102. DOI: <https://doi.org/10.1017/S2045796016000871>.
49. Santos RC, Bosi MLM. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [acesso em 15 jan 2022]; 26(5):1739-1748. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04902021>.
50. Ricci EC, Pereira MB, Erazo LJ, Onocko-Campos RT, Leal EM. Revisão sistemática qualitativa sobre avaliações de serviços em saúde mental na perspectiva dos usuários. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* [Internet]. 2020 [acesso em 25 jan 2022]; 16(2):94-105. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.159559>.
51. Saini P, Chantler K, Kapur N. GPs' views and perspectives on patient non-adherence to treatment in primary care prior to suicide. *Journal of Mental Health* [Internet]. 2017 [access in 25 jan 2022]; 27:112-119. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294736>.
52. Jorgetto G, Marolan JF. Autopercepção do sofrimento psíquico em indivíduos com sintomatologia depressiva e comportamento suicida: Percepción de depresión y comportamiento suicida. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2021 [acesso em 10 out. 2022]; 54(4). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/180529>.
53. Leão MH, Duarte LFB. Revisão teórica integrativa acerca dos possíveis fatores que levam a tentativa de suicídio. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* [Internet]. 2020 [acesso em 30 out. 2022]; 4:101-110. DOI: <http://dx.doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/tentativa-de-suicidio>.
54. Silva CM, Colucci-Neto V. O suicídio: uma reflexão sobre medidas preventivas. *Arch Health Invest* [Internet]. 2020 [acesso em 30 out. 2022]; 9(1):80-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v9i1.4996>.

55. Legrand FD, Lallement D, Kasmi S. Physical activity can reduce hopelessness among women admitted to psychiatric short stay unit following a suicide crisis. *J Psychiatr Res.* [Internet]. 2022 [access in 30 oct. 2022]; 155:567-571. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.09.046>.
56. Siu WHS, Juang YY, Huang TM, Lin SR, Chung CC, Tu HT, Chen WM, Wang BH, See LC. Effectiveness of aftercare program for suicide ideators: Real-world evidence from National Suicide Surveillance System in Taiwan. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2022 [access in 30 oct 22]; 101(42). DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000031192>.
57. Fuller-Thomson E, West KJ, Baiden P. The tide does turn: Predictors of remission from suicidal ideation and attempt among Canadians who previously attempted suicide. *Psychiatry research* [Internet]. 2019 [access in 15 jan 2022]; 274:313–321. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.030>.
58. Berens AE, Jensen SK, Nelson CA. Biological embedding of childhood adversity: From physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine* [Internet]. 2017 [access in 15 jan 2022]; 15(1):135. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0895-4>.
36https://www.emtu.sp.gov.br/Sistemas/legislacao/Categorias/passageiro%20especial/2004_res03.htm
59. Semahegn A, Torpey K, Manu A, et al. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst ver* [Internet]. 2020 [access in 29 set 2022]; 9(17). DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>
60. Kowalski L, Delanogare E, Bittencourt de Oliveira T. Um novo olhar para o tratamento do transtorno depressivo maior: uma revisão dos estudos clínicos realizados com cetamina e escetamina. *VITTALLE – Revista de Ciências da Saúde*. 2021;33(3):134-154.
61. Parikh RM, Lebowitz BD. Current perspectives in the management of treatment-resistant depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2004;6(1):53-60.

APÊNDICE 1 – Instrumento para Coleta de Dados Quantitativos

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Profissão:

Religião:

Grau de parentesco de quem acompanha:

Queixa principal:

Diagnóstico:

Medicamentos prescritos:

Encaminhamentos realizados:

APÊNDICE 2 – Instrumento para Coleta de Dados Qualitativos

1) IDENTIFICAÇÃO

a) Nome:

b) Idade:

c) Sexo: () F () M

d) Estado civil:

e) Com quem mora:

f) Escolaridade:

g) Profissão:

h) Medicamentos prescritos no serviço de urgência e emergência:

i) Medicamentos em uso no momento:

j) Está passando por atendimento psicoterápico/psiquiátrico? Se sim, qual a frequência?

2) QUESTÕES

a) Como foi para você o atendimento realizado no serviço de urgência e emergência?

b) Fale sobre a sua vida após ter passado pelo atendimento no serviço de urgência e emergência.

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM IDEAÇÃO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO. **Pesquisador:** JULIANE DE SOUZA CAVAZZANA. **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 42705021.0.0000.5413

Instituição Proponente: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA **Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.595.411

Apresentação do Projeto:

A presente pesquisa tem como objetivo descrever os atendimentos realizados no serviço de urgência e emergência em saúde mental e compreender a evolução do tratamento dos pacientes atendidos com ideação ou tentativa de suicídio. Será um estudo documental, através da análise retrospectiva de prontuários médicos. Posteriormente, uma pesquisa qualitativa com a finalidade de se obter informações sobre a condução dos casos após a avaliação no setor de alta complexidade.

Envolve, portanto, as modalidades de pesquisa qualitativa e quantitativa. Será desenvolvida no Pronto-Socorro de um Hospital Terciário do Centro Oeste Paulista, na especialidade de Psiquiatria. Para os dados quantitativos, será selecionada a totalidade dos atendimentos nos meses de janeiro, maio e setembro de 2020, com vistas a obter uma amostragem geral dos atendimentos. Para os dados qualitativos, serão sorteadas, inicialmente, 10 fichas de atendimento dos três meses selecionados acima, de pacientes residentes no município de Marília, totalizando 30 fichas.

Entretanto, caso se observe que não há saturação dos dados, serão sorteadas novas fichas. Os dados quantitativos serão apresentados em forma de tabela e os dados qualitativos serão analisados por meio da técnica de análise temática.

Página 01 de

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Descrever os atendimentos realizados no serviço de urgência e emergência em saúde mental e compreender a evolução do tratamento dos pacientes atendidos com ideação ou tentativa de suicídio.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental;
- Compreender a evolução das condições de saúde mental após ter passado pelo serviço de urgência e emergência;
- Descrever a percepção da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio a respeito do atendimento recebido no serviço de urgência e emergência e sua trajetória de atendimento nos demais serviços de atendimento à saúde mental;
- Compreender as expectativas em relação à vida e ao futuro da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio que passou pelo serviço de urgência e emergência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Na coleta de dados quantitativos, considerando que será realizada a partir de análise documental, não se observam riscos previsíveis, visto que serão mantidos o sigilo e o anonimato. Nas entrevistas, que serão realizadas pelos próprios pesquisadores, sendo uma enfermeira especializada em Enfermagem em Saúde Mental e uma médica psiquiátrica, caso seja identificado qualquer desconforto emocional, o participante do estudo será acolhido e encaminhado aos serviços de atendimento em saúde mental de referência do município.

Benefícios: O estudo irá contribuir com dados que possibilitarão reflexões acerca do atendimento em saúde mental e, com isso, a revisão dos processos de trabalho, gestão e organização dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo realizado no Pronto-Socorro de um Hospital Terciário do Centro Oeste Paulista, na especialidade de Psiquiatria.

Pré-Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Marília para obtenção do título de Especialista.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Página 02 de

Presentes as informações do projeto (plataforma), projeto completo, folha de rosto devidamente assinada pela pós-graduação e diretor clínico, instrumentos quali e quantitativo e TCLE.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP FAMEMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela Aprovação do Projeto de Pesquisa.

Aprovado: Retirar Documentos assinados pelo CEP/FAMEMA após 30/03/21.

Observação: O CEP FAMEMA informa que, a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1685912.pdf	11/03/2021 21:01:26		Aceito
Outros	chefiaimediata.pdf	11/03/2021 21:01:06	Maria José Sanches Marin	Aceito
Outros	usodeprontuario.pdf	11/03/2021 20:59:50	Maria José Sanches Marin	Aceito
Outros	respostapendencias.docx	28/02/2021 11:26:17	Maria José Sanches Marin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	tcle.docx	28/02/2021 11:15:38	Maria José Sanches Marin	Aceito

Justificativa de Ausência				
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	26/01/2021 12:08:54	JULIANE DE SOUZA CAVAZZANA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	26/01/2021 12:02:57	JULIANE DE SOUZA CAVAZZANA	Aceito

Página 03 de

Outros	instrumentoquali.docx	17/01/2021 21:51:08	JULIANE DE SOUZA CAVAZZANA	Aceito
Outros	roteiroquanti.docx	17/01/2021 21:50:47	JULIANE DE SOUZA CAVAZZANA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARÍLIA, 17 de Março de 2021

Assinado por:

Danielle Abdel Massih Pio

Coordenador(a)

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DOS PACIENTES COM IDEIAÇÃO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO”, cujo objetivo é descrever os atendimentos realizados no serviço de urgência e emergência em saúde mental e compreender a evolução do tratamento dos pacientes atendidos com ideação ou tentativa de suicídio.

A pesquisa tem por finalidade caracterizar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos atendimentos de urgência e emergência em saúde mental, compreender a evolução das condições de saúde mental após ter passado pelo serviço, descrevendo a percepção da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio a respeito do atendimento recebido no serviço de urgência e emergência e sua trajetória de atendimento nos demais serviços de atendimento à saúde mental, além de compreender as expectativas em relação à vida e ao futuro da pessoa com ideação ou tentativa de suicídio que passou pelo serviço em questão.

Sua participação nessa pesquisa será a de responder um questionário que consiste em alguns dados de identificação, como: idade, sexo, estado civil, com quem mora, escolaridade, profissão, medicamentos prescritos no serviço de urgência e emergência e o que está fazendo uso no momento, se está em atendimento psicoterápico e a frequência. Além disso, há um roteiro estruturado com as seguintes questões: Como foi para você o atendimento realizado no serviço de urgência e emergência?; Fale sobre a sua vida após ter passado pelo atendimento no serviço de urgência e emergência; Como foi a continuidade do tratamento (serviços pelos quais passou, dificuldades, facilidades e, caso não tenha dado continuidade, qual foi o motivo)?; Quais as suas expectativas em relação à vida e ao futuro?

Trata-se de uma pesquisa sem fins lucrativos, e todos os participantes estão isentos de custos e ressarcimentos. Sua participação é voluntária e você poderá sair da pesquisa a qualquer momento, sem sofrer nenhum dano. Quanto às informações que serão obtidas por meio deste estudo, podemos garantir que serão totalmente confidenciais, sem que seja divulgado o nome do(a) participante. Os dados obtidos serão utilizados para fins acadêmicos de estudo e publicações científicas. No caso de dúvidas adicionais em relação ao estudo, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis pela pesquisa.

Orientadora:

Maria José Sanches Marin

Telefone: (14) 98145-1685. E-mail: marnadia@terra.com.br

Pesquisadoras:

Fernanda Vieira Gimenez

Telefone: (14) 99605-8235. E-mail: fernandagimenez@famema.br.

Juliane de Souza Cavazzana

Telefone: (14) 99143-0588. E-mail: jcpsiquiatria@gmail.com.

Para que fique registrado o meu pleno consentimento em participar desta pesquisa, firmo o presente documento.

Nome do(a) participante: _____ RG: _____

CPF: _____

Assinatura do(a) participante: _____

Marília, _____ de _____ de _____

